

Vergaderjaar 2017–2018

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 309

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 29 mei 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 maart 2018 inzake Actieprogramma Werken in de Zorg (Kamerstuk 29 282, nr. 303).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen beantwoord bij brief van 28 mei 2018. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

1

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de zorg? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne aantallen zonder kinderopvang, omdat dit onder Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) valt. Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website en graag opsplitsen naar deelsector.

In onderstaande tabel is het aantal werknemers in de verschillende zorgbranches weergegeven, zowel in personen als in fte. Wij beschikken niet over data over het 1^{ste} kwartaal 2015 (kwartaaldata zijn pas vanaf het derde kwartaal 2015 beschikbaar binnen het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn). In plaats daarvan is het aantal werknemers aan het eind van 2014 weergegeven (jaardata).

Tabel 1: Aantal werknemers in de verschillende zorgbranches (in duizenden personen en fte)

	31 december 2014		1ste kwartaal 2016		1ste kwartaal 2017	
	Personen	fte	Personen	fte	Personen	fte
Umc's	69	58	70	58	71	60
Algemene ziekenhuizen	214	163	210	162	209	162
GGZ	86	71	84	69	84	69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	397	261	366	248	368	246
Gehandicaptenzorg	162	117	160	118	166	121
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	29	20	31	21	32	22
Overige zorg	103	75	109	80	112	82
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	53	39	53	41	56	43
Jeugdzorg	30	25	27	23	28	23
Totaal	1.143	829	1.110	820	1.126	828

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

2

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de zorg? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne aantallen zonder kinderopvang, omdat dit onder SZW valt. Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website en graag opsplitsen naar deelsector.

In onderstaande tabel is het aantal werknemers in het derde kwartaal 2017 (peildatum 30 september 2017) in de verschillende zorgbranches weergegeven, zowel in personen als in fte. Dit zijn de meest recente data die wij op dit moment beschikbaar hebben.

Tabel 2: Aantal werknemers in de verschillende zorgbranches (in duizenden personen en fte)

	Derde kwartaal 2017	
	Werknemers	fte
Umc's	71	61
Algemene ziekenhuizen	212	164
GGZ	84	69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	376	248
Gehandicaptenzorg	171	123
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	33	23
Overige zorg	113	82
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	56	43
Jeugdzorg	28	24
Totaal	1.144	837

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

3

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam bij een Universitair medisch centrum (UMC)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen bij umc's in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017. Bij niet-clientgebonden personeel gaat het om ondersteund personeel zoals management en administratief personeel, maar bijvoorbeeld ook om personeel in onderzoeksfuncties. Deze informatie is afkomstig van de werknemersenquête uit het onderzoeksprogramma AZW die 2-jaarlijks wordt uitgevoerd.

Tabel 3: Uitsplitsing personeel UMC's naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	53%	46%
Niet cliëntgebonden	47%	54%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

4

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam bij de UMC's? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen bij umc's in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 3.

5

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de algemene en overige ziekenhuizen? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen bij algemene en overige ziekenhuizen in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017.

Tabel 4: Uitsplitsing personeel ziekenhuizen naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	65%	62%
Niet cliëntgebonden	35%	38%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

6

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de algemene en overige ziekenhuizen? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen bij algemene en overige ziekenhuizen in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 5.

7

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de GGZ in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017.

Tabel 5: Uitsplitsing personeel GGZ naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	75%	76%
Niet cliëntgebonden	25%	24%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

8

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de GGZ? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de GGZ in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 7.

9

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de verpleging en verzorging, vallend onder de Wet langdurige zorg (Wlz)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron. Een deel van de medewerkers binnen de zorg verleent ook zorg uit verschillende financieringsbronnen, bijvoorbeeld zvw-zorg en wmo-zorg.

10

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de verpleging en verzorging, vallend onder de Wlz? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

11

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de verpleging, verzorging en thuiszorg, vallend onder de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

12

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de verpleging, verzorging en thuiszorg, vallend onder de Zvw? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

13

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de zorg, betaald vanuit een persoonsgebonden budget (pgb)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

14

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de zorg, betaald vanuit een pgb? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

15

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de thuishulp, vallend onder de Wmo 2015? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

16

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de thuishulp, vallend onder de Wmo 2015? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de werkgelegenheid binnen de zorg naar financieringsbron.

17

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de gehandicaptenzorg (Wlz, Zvw, pgb en Wmo 2015)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijdfactor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de gehandicaptenzorg in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017.

Tabel 6: Uitsplitsing personeel gehandicaptenzorg naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	82%	87%
Niet cliëntgebonden	18%	13%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

18

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de gehandicaptenzorg (Wlz, Wmo 2015, Zvw en pgb)? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijd-factor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiënten-contact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de GGZ in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 17.

19

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de huisartsenzorg en overige Eerstelijns Behandelcentra? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijd-factor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de huisartsenzorg en gezondheidscentra in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017.

Tabel 7: Uitsplitsing personeel huisartsenzorg naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	92%	91%
Niet cliëntgebonden	8%	9%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

20

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de huisartsenzorg en overige Eerstelijns Behandelcentra? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijd-factor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de huisartsenzorg en gezondheidscentra in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 19.

21

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 werkzaam in de jeugdhulp/jeugdgezondheidszorg/jeugdketen? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijd-factor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiëntencontact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de jeugdzorg in het eerste kwartaal van 2015, het eerste kwartaal van 2016 en het eerste kwartaal van 2017 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1. Hieronder is een opsplitsing gemaakt van de medewerkers naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel voor de jaren 2015 en 2017.

Tabel 8: Uitsplitsing personeel jeugdzorg naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden functies

	2015	2017
Cliëntgebonden	75%	80%
Niet cliëntgebonden	25%	20%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

22

Hoeveel mensen waren in het eerste kwartaal van 2018 werkzaam in de jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg/jeugdketen? Gaarne uitdrukken in zowel voltijdplekken als het daadwerkelijke aantal medewerkers (deeltijd-factor). Gaarne opsplitsen in medewerkers met en zonder patiënten-contact (overhead). Gaarne een concreet aantal als antwoord geven in plaats van te verwijzen naar een website.

Voor het aantal werkzame mensen in de huisartsenzorg en gezondheidscentra in het eerste kwartaal van 2018 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2. Voor de opsplitsing naar cliëntgebonden en niet cliëntgebonden personeel verwijs ik u naar het antwoord op vraag 21.

23

Hoeveel zorgverleners, uitgesplitst per beroep zijn sinds 2015 gaan werken in de zorg en in welke zorgsector?

In onderstaande tabel is voor de verschillende zorgbranches de instroom van werknemers van buiten de zorg voor de jaren 2015, 2016 en 2017 weergegeven. Mobiliteit binnen de zorg is daarbij dus niet meegenomen (deze personen werken immers al in de zorg). Een uitsplitsing naar beroep is niet voor handen.

Tabel 9: Instroom naar de zorgsector uitgesplitst naar branche (in duizenden personen)

	2015	2016	2017
Algemene ziekenhuizen	12,3	13,5	15,5
GGZ	4,3	5,0	6,5
Verpleging, verzorging en thuiszorg	34,2	42,5	54,0
Gehandicaptenzorg	11,2	14,9	18,9
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	2,4	2,4	2,8
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	6,3	7,5	8,1
Jeugdzorg	1,6	2,4	2,7
Overige zorg	8,1	8,7	10,7
<i>Totaal zorg en welzijn¹</i>	<i>80,4</i>	<i>96,9</i>	<i>119,2</i>

¹ Dit is exclusief de branche umc's. Deze gegevens zijn afkomstig van PFZW en de umc's zijn aangesloten bij het ABP.

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn.

24

Hoeveel zorgverleners, uitgesplitst per beroep hebben sinds 2015 de zorg verlaten en uit welke zorgsector?

In onderstaande tabel is voor de verschillende zorgbranche de uitstroom van werknemers naar buiten de zorg voor de jaren 2015, 2016 en 2017 weergegeven. Mobiliteit binnen de zorg is daarbij dus niet meegenomen (deze personen hebben de zorg namelijk niet verlaten). Een uitsplitsing naar beroep is niet voor handen.

Tabel 10: Uitstroom uit de zorgsector uitgesplitst naar branche (in duizenden unieke personen)

	2015	2016	2017
Algemene ziekenhuizen	12,7	12,6	15,3
GGZ	5,1	4,6	5,9
Verpleging, verzorging en thuiszorg	48,6	39,1	43,0
Gehandicaptenzorg	10,2	9,2	12,3
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	1,6	1,6	2,5
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	5,7	5,8	7,3
Jeugdzorg	2,6	2,3	2,9
Overige zorg	7,1	7,5	8,0
<i>Totaal zorg en welzijn¹</i>	<i>93,6</i>	<i>82,7</i>	<i>97,2</i>

¹ Dit is exclusief de branche umc's. Deze gegevens zijn afkomstig van PFZW en de umc's zijn aangesloten bij het ABP.

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

25

Hoeveel geld is beschikbaar gesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor de uitvoering van het Actieprogramma Werken in de Zorg?

Er is € 347 mln. beschikbaar gesteld voor het actieprogramma Werken in de Zorg. Deze middelen zijn bedoeld voor om- her- en bijscholing van met name nieuw aan te trekken personeel via SectorplanPlus en voor loopbaanoriëntatie en -begeleiding via Sterk in je Werk.

Daarnaast worden er op artikel 4.2 Beroepen, opleidingen en arbeidsmarkt jaarlijks middelen gereserveerd voor onder meer het stimuleren van de regionale samenwerking via Regioplus (ca. € 11,5 mln. per jaar), het stagefonds (ca. € 112 mln. per jaar) en arbeidsmarktonderzoek (ca. € 2 mln. per jaar).

26

Hoeveel geld is beschikbaar gesteld door de decentrale overheden voor de uitvoering van het Actieprogramma Werken in de Zorg?

In sommige regio's dragen decentrale overheden bij aan de regionale actieplannen via financiering voor concrete projecten. De mate waarin en waarvoor financiering beschikbaar wordt gesteld, verschilt van regio tot regio. Decentrale overheden maken hierin hun eigen keuzes en leggen daarover ook lokaal verantwoording af. Er is daarom geen overzicht beschikbaar van middelen die beschikbaar gesteld worden door decentrale overheden voor de uitvoering van het Actieprogramma.

27

Op welke wijze zijn de gemeenten betrokken bij de totstandkoming van het actieplan?

Gemeenten zijn in het voortraject niet betrokken bij de totstandkoming van het actieplan. Voor het gehele programma – inclusief de regionale actieplannen – geldt het uitgangspunt dat iedereen is uitgenodigd om een bijdrage te leveren, ook gemeenten. We zien ook dat gemeenten bij een

aantal regionale actieplannen al actief meedoen, bijvoorbeeld in het regionale actieplan van de RotterdamseZorg, waar de gemeente Rotterdam een belangrijke partner is. De adviescommissie zal bij het opstellen van het referentiekader ook aandacht besteden aan de wijze en mate van betrokkenheid van de verschillende stakeholders.

28

Hoeveel geld is beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars voor de uitvoering van het Actieprogramma Werken in de Zorg?

Er is geen overzicht beschikbaar van middelen die beschikbaar worden gesteld door zorgverzekeraars.

29

Op welke wijze zijn de zorgverzekeraars betrokken bij de totstandkoming van het actieplan?

Verzekeraars zijn vooral sectorspecifiek met arbeidsmarktvragestukken aan de slag. Specifiek voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg geldt bijvoorbeeld dat zorgkantoren vanaf de derde tranche akkoord moeten geven op de opleidingsplannen van verpleeghuizen. Vanwege de relatie met het actieprogramma Thuis in het verpleeghuis worden zorgkantoren uitgenodigd om een bijdrage te leveren aan de regionale actieplannen. Een ander voorbeeld is dat zorgverzekeraars in regio's waar het voor huisartsen lastig is een opvolger te vinden, met de andere betrokken partijen aan een oplossing werken. Zo kunnen in Groningen bijvoorbeeld nieuwe praktijkhouders bij Menzis terecht voor financiële hulp bij een overname.

Bij de landelijke actietafel zijn zorgverzekeraars van harte uitgenodigd om mee te denken en te doen. Hetzelfde geldt voor de regionale actieplannen aanpak tekorten.

30

Kunt u een overzicht geven van alle financiële middelen die op dit moment beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt in de zorg, ook vanuit de Ministeries van SZW en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW)?

In onderstaande tabellen is een overzicht gegeven van de middelen die beschikbaar zijn voor arbeidsmarkt vanuit het Ministerie van VWS. Daarbij zijn de middelen die extra vrij zijn gemaakt voor arbeidsmarkt deze kabinetsperiode en de middelen die samenhangen met de invoering van het kwaliteitskader verpleeghuizen apart zichtbaar gemaakt.

Tabel 11: VWS-middelen voor arbeidsmarkt en opleidingen (bedragen in mln euro's)

Rijksbegroting 2018	2018	2019	2020	2021	Structureel
Curatieve Zorg					
Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen	200	200 ¹	200 ¹	200 ¹	200 ¹
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen	1.286	1.283	1.273	1.225	1.250
Opleidingen publieke gezondheidszorg	21	21	21	21	21
Opleiding physician assistant/verpleegkundig specialist	32,8	38,8	38,8	38,8	38,8
Vaccinatie stageplaatsen zorg	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Opleidingsplaatsen jeugd GGZ	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Langdurige Zorg					
Kwaliteitsimpuls verpleeghuiscare ²	130	135	180	180	180
Jeugdhulp					
Programma Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming	3,5	1,0	–	–	–
Arbeidsmarkt sectorbreed					
Stagefonds	112	112	112	112	112
Infrastructuur regionale samenwerking	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5
Zorgpact	1,3	–	–	–	–

¹ Voor periode na 2018 moeten partijen in de Hoofdlijnenakkoorden een besluit nemen over vervolg.

² Het betreft een tariefopslag. Deze middelen zijn bedoeld voor zowel het bevorderen van de deskundigheid van personeel als voor zinvolle daginvulling voor ouderen.

Tabel 12: extra middelen arbeidsmarktbeleid deze kabinetsperiode (bedragen in mln euro's)

	2017	2018	2019	2020	2021	Struc.	Totaal 2017–2021
Arbeidsmarktmiddelen sectorbreed	25	25	17	5	–	–	72
Arbeidsmarktmiddelen verpleeghuizen (uit transitie-middelen kwaliteitskader)	5	67,5	67,5	67,5	67,5	–	275
<i>Totaal extra investering beschikbaarheid voldoende goed opgeleid personeel</i>	<i>30</i>	<i>92,5</i>	<i>84,5</i>	<i>72,5</i>	<i>67,5</i>	<i>–</i>	<i>347</i>

Tabel 13: extra middelen voor invoering kwaliteitskader verpleeghuiscare (bedragen in mld euro's)

	2017	2018	2019	2020	2021	Structureel
Extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiscare	0,1	0,4	1,0	1,6	2,1	2,1
Ontwikkelbudget zorgkantoren ¹		0,05	0,05	0,05	0,05	–

¹ Zorgkantoren hebben € 50 miljoen per jaar als «ontwikkelruimte», waarmee zij regionale knelpunten bij de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiscare op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt kunnen oplossen.

Vanuit OCW zijn er geen specifieke middelen voor de arbeidsmarkt in de zorg. Wel zijn er vanuit OCW verschillende generieke regelingen die beogen bij te dragen aan een betere aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt. U kunt daarbij denken aan de regeling praktijkleren voor het mbo, het Regionaal investeringsfonds mbo en de middelen voor de centres of expertise in het hbo. Een deel van deze middelen komt ten goede aan de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt in de zorg. Een exacte uitsplitsing van deze middelen voor de zorg is niet te maken.

Hetzelfde geldt voor de middelen van het Ministerie van SZW. Er zijn geen specifieke middelen voor de arbeidsmarkt in de zorg, maar wel generieke middelen en instrumenten die ook ingezet kunnen worden om de instroom van mensen met afstand tot de arbeidsmarkt op de banen in de zorg te ondersteunen. Het gaat om middelen die gemeenten ontvangen voor de re-integratie en arbeidsondersteuning van mensen met uitkering vanuit de Participatiewet. Het UWV beschikt over middelen en instrumenten om mensen met een uitkering van UWV te begeleiden richting

werk: proefplaatsing, loondispensatie, de no-riskpolis en (vergoeding voor) een jobcoach of werkvoorziening. Gemeenten kunnen voor mensen die vallen onder de Participatiewet onder meer de volgende instrumenten beschikbaar stellen: proefplaatsing, (forfaitaire) loonkostensubsidie en (vergoeding voor) een jobcoach of een werkvoorziening. Met ingang van 2017 bestaat een tegemoetkoming in de loonkosten voor werkgevers die mensen met een laag loon (tot 125% van het WML) in dienst hebben; het zogenaamde lage-inkomensvoordeel (LIV). En is er met ingang van 1 januari 2018 de zogenaamde loonkostenvoordelen (LKV) beschikbaar. Dit zijn tegemoetkomingen in de loonkosten voor werkgevers die mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt in dienst nemen. In de uitvoering zal ingezet worden op het zo goed mogelijk voorlichten van werkgevers over de mogelijkheden die deze instrumenten bieden. In combinatie met de juiste inzet van de beschikbare middelen in de zorg verwachten we met de instroom van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een belangrijke bijdrage te leveren aan de omvangrijke vraag om personeel in de zorg.

31

Wordt de Kamer tussentijds geïnformeerd over de (voorlopige) activiteiten van de landelijke actietafel?

De Kamer wordt tussentijds geïnformeerd over de (voorlopige) activiteiten van de landelijke actietafel via de aan de Kamer toegezegde tweejaarlijkse voortgangsrapportages. Deze voortgangsrapportages worden in het voorjaar en het najaar aan de Kamer verzonden.

32

Welke personen/organisaties zitten aan de landelijke actietafel?

Aan de landelijke actietafel zitten de voorzitters van de relevante landelijke partijen zoals onderwijspartijen, werkgeversorganisaties, beroepsorganisaties, vakbonden en inkopers.

33

Op welk moment zijn de mede-ondertekenaars van het Actieprogramma Werken in de Zorg betrokken bij het maken van de plannen?

Het actieprogramma Werken in de Zorg is niet mede-ondertekend door de verschillende stakeholders. Wel is er brede steun voor de ambities en actielijnen. In februari zijn informele gesprekken gevoerd met verschillende stakeholders (Actiz, BTN, GGZ-Nederland, FCB, Nu'91, FBZ, CNV, FNV, NVZ, NFU, VGN, MBO Raad, VH). Op 6 maart is het volledige conceptrapport toegestuurd aan sociale partners, onderwijs, inkopers en beroepsgroepen. Op 8 maart was er een bestuurlijk overleg met deze partijen over het conceptrapport. In dat overleg is er brede steun uitgesproken voor de ambities en actielijnen, wel waren er vragen over de governance. Met de input van partijen op 8 maart is het definitieve rapport opgesteld. Op 13 maart heeft nog een gesprek tussen de Minister van VWS en verschillende stakeholders plaatsgevonden.

34

Is het juist dat verschillende organisaties de inhoud van het plan pas te zien kregen op de vooravond van de presentatie?

Nee, dit klopt niet. Zie het antwoord op vraag 33.

35

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de governance met betrekking tot dit actieplan?

De Kamer wordt dit najaar geïnformeerd over de stand van zaken van het actieprogramma Werken in de Zorg. Daarin zullen wij u ook informeren over de governance van het actieprogramma.

36

Kunt u een overzicht geven van de loonontwikkeling in de zorg de afgelopen vijf jaar en hoe die ontwikkeling zich verhoudt tot andere sectoren?

In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van de zorg in de afgelopen vijf jaar afgezet tegen de contractloonontwikkeling binnen de markt en de sector overheid. De loonontwikkeling van de zorg is vergelijkbaar met die in de markt. De contractloonontwikkeling binnen de overheid is veel volatieler dan binnen de zorg.

Tabel 14: Contractloonontwikkeling binnen zorg, markt en overheid (procentuele stijging)

	2013	2014	2015	2016	2017
Zorg	1,2	1	1,2	1,5	1,6
Markt	1,5	1,3	1,2	1,6	1,4
Overheid	0,4	0,4	2,3	3,5	1,1

Bron: CEP 2018

37

Waarom wordt de imagocampagne ingezet voorafgaand aan het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie en niet nadat verbeteringen gerealiseerd zijn?

Dit is niet het geval. Er wordt vanaf het begin ingezet op een hele set maatregelen om de personeelstekorten in zorg en welzijn terug te dringen. Hiervoor wordt samen met landelijke en regionale partners ingezet op drie actielijnen:

1. Meer kiezen voor de zorg
2. Beter leren in de zorg
3. Anders werken in de zorg

Een van de maatregelen is een wervingscampagne, naast tal van andere maatregelen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie en het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg.

38

Hoe wordt de imagocampagne precies ingezet?

In het actieprogramma zetten we in op een hele set maatregelen om de arbeidsmarktsituatie in de zorg te verbeteren en het werk aantrekkelijker te maken. Een van de maatregelen is een wervingscampagne. Samen met landelijke en regionale partners zijn wij bezig met de ontwikkeling van een breed gesteunde wervingscampagne. Dit najaar wordt de wervingscampagne landelijk gelanceerd. Aan de bekende campagne-uitingen op bijvoorbeeld radio en/of televisie zullen online en offline componenten gekoppeld worden. De campagne staat niet op zichzelf. Mensen die interesse krijgen worden met een website (vanaf dit najaar) geholpen richting de juiste keuze informatie en passende vacatures. Daarnaast kunnen mensen terecht bij regionale actiecentra om mensen te helpen richting een opleiding en/of baan in de zorg.

39

Welke instrumenten heeft u in handen om bindende afspraken te maken met zorginstellingen over de uitbreiding van contracten en het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden?

Het is belangrijk dat medewerkers in de zorg een passend contract krijgen dat aansluit op hun behoeften en mogelijkheden. Als medewerkers meer uren willen werken, dan is het aan individuele werkgevers en werknemers samen om te kijken naar mogelijkheden om dit te realiseren en hierover afspraken te maken.

Het ministerie draagt bij met de juiste randvoorwaarden: via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) is marktconforme arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar. Het is aan sociale partners om hier gebruik van te maken in de vorm van cao afspraken over arbeidsvoorwaarden. Het Ministerie van VWS is geen partij bij deze afspraken. Via de onafhankelijke adviescommissie monitoren we daarnaast de voortgang van de regionale actieplannen in het kader van het actieprogramma Werken in de Zorg en besluiten we over het toekennen van de middelen uit het SectorplanPlus. Daarnaast ondersteunen we partijen, ondermeer door het verspreiden van goede voorbeelden via het actieleernetwerk. Tot slot steunen we een aantal proeftuinen in het sociaal domein om belemmeringen en gekozen oplossingsrichtingen inzichtelijk te maken.

40

Hoeveel stageplekken zijn er voor het aantal stagiairs dat jaarlijks een stageplek nodig heeft?

Het aanbieden van voldoende kwalitatief goede stageplaatsen is de primaire verantwoordelijkheid van de zorg- en welzijnsinstellingen en het onderwijsveld. Het matchen van stagiairs en stageplaatsen gebeurt op regionaal niveau. Er is niet exact geregistreerd hoeveel stageplaatsen er zijn en hoeveel stagiairs een stageplaats nodig hebben. Onderwijsinstellingen hebben wel onderling contact bij een overschot of tekort aan stages en proberen zoveel mogelijk studenten een goede stageplaats te bieden. In het middelbaar beroepsonderwijs is er een meldpunt voor stagiairs die geen stage kunnen vinden van de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB). Zij zetten hun adviseurs in om zoveel mogelijk matches te maken.

41

Welke zorgopleidingen hebben een numerus fixus?

Zie vraag 148.

42

Het wetsvoorstel Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG-II) regelt dat onderscheid wordt gemaakt tussen de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige. Wanneer wordt dit wetsvoorstel naar de Kamer verstuurd?

De huidige planning is erop gericht het wetsvoorstel eind 2018 aan de Tweede Kamer te versturen.

43

Op welke wijze worden uitkomsten van de schrapessies om de bureaucratie te verminderen ingezet, zodat zorgverleners op de hoogte zijn van de regels die zij mogen schrappen?

De uitkomsten van de schrap- en verbetersessies van (Ont)regel de zorg worden meegenomen in de actieplannen van de verschillende zorgsectoren waar we (verder) aan de slag gaan met het verminderen van ervaren regeldruk. Deze actieplannen zijn onderdeel van het zorgbrede programmaplan voor de aanpak van regeldruk, dat in mei 2018 aan de Kamer wordt toegezonden.

44

De rol van de zorgverzekeraars wordt in dit actieprogramma nog niet helemaal helder. Wat is hun rol in het geheel, gezien de zorginkoop en zorgplicht jegens de patiënt?

Zorgverzekeraars (en ook de zorgkantoren en gemeenten) bepalen uiteindelijk bij welke zorgaanbieders en tegen welke prijs-kwaliteitverhouding zij zorg inkopen. Zij bepalen dus in belangrijke mate de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg. De uitdaging van kwalitatief goede zorg kan niet los worden gezien van het personele vraagstuk waar organisaties voor staan. Vanuit die verantwoordelijkheid, inclusief de wettelijke plichten richting cliënten en patiënten, zijn verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten van harte uitgenodigd om een bijdrage te leveren aan dit actieprogramma. Vanwege de relatie tussen het actieprogramma Thuis in het verpleeghuis en het actieprogramma Werken in de Zorg worden zorgkantoren in iedere regio uitgenodigd om een bijdrage te leveren aan de regionale actieplannen.

45

Bent u bereid uw actieplan te laten doorrekenen op haalbaarheid, effectiviteit en kosten door het Centraal Planbureau (CPB)? Zo neen, waarom niet?

Het CPB heeft al meermalen uitspraken gedaan over de personele opgaven op het terrein van de zorg. In het CEP 2018 concludeert het CPB dat het op korte termijn werven van gekwalificeerd personeel – voor het onderwijs, de verpleeghuiszorg en defensie – een niet geringe opgave is. Dat ben ik met het CPB eens.

Dat is ook de reden dat we een ambitieus actieprogramma hebben gelanceerd om ervoor te zorgen dat we de tekorten terugdringen. Waarin we niet alleen inzetten op meer kiezen voor de zorg, maar ook op beter opleiden en anders werken. Het hoeft dus niet enkel met meer medewerkers, het kan ook door huidige medewerkers te behouden en beter in te zetten. Inzet op alle drie de actielijnen uit het actieprogramma (meer kiezen, beter opleiden en anders werken) is nodig.

De nieuwste ramingen van het CPB gaan er nog altijd van uit dat de personeelopgave binnen de zorg gehaald wordt. Ik zie dus geen reden om het CPB te vragen om een aanvullende doorrekening.

46

Wordt het Actieplan Werken in de Zorg doorgerekend, bijvoorbeeld door het CPB?

Zie het antwoord op vraag 45.

47

Met welke frequentie en met welke objectieve parameters gaat u de Kamer over de voortgang van uw actieplan informeren?

Ik zal – conform motie met Kamerstuk 29 282, nr. 298 – uw Kamer 2 maal per jaar (in het voorjaar en het najaar) informeren over de voortgang.

Voor wat betreft de objectieve parameters; in het actieprogramma is een overzicht van indicatoren opgenomen. De precieze vormgeving van de monitoring zijn we aan het uitwerken. Dat doen we in zorgvuldig overleg met betrokken partijen. In het najaar zullen we u hier nader over informeren.

48

Op welke wijze worden de verschillende projecten in het actieplan gefinancierd?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 26.

49

Op welke wijze is bij de totstandkoming van het actieprogramma invulling gegeven aan motie met Kamerstuk 29 282 nr. 298 om «mensen die vandaag werken in de zorg en toekomstige zorgprofessionals hier nadrukkelijk bij te betrekken»?

Bij de totstandkoming van het actieprogramma Werken in de Zorg is gesproken met vertegenwoordigers van medewerkers. Zo is er gesproken met de vakbonden in zorg en welzijn en met de beroepsverenigingen voor helpenden en voor verpleegkundigen en verzorgenden. Zowel in de informele verkennende ronde als tijdens de twee formele bijeenkomsten op het ministerie. Uit die formele gesprekken blijkt brede steun onder partijen, waaronder deze, voor de ambities en actielijnen van het Actieprogramma Werken in de Zorg, ook onder deze partijen. Ook in de regio wordt iedereen uitgenodigd om mee te doen, dit is expliciet afgesproken en geldt dus ook voor medewerkers. Daarnaast wordt bij het ontwikkelen van de campagne en straks bij de uitvoering ervan, nadrukkelijk ook de huidige en toekomstige zorgmedewerkers betrokken.

50

Kunt u een overzicht geven van de partijen/mensen die zijn betrokken bij de totstandkoming van het actieprogramma? Kunt u aangeven op welke wijze dit is gebeurd?

Zie het antwoord op vraag 33.

51

In de aanbiedingsbrief schrijft u dat er grote steun is voor de ambitie en de actielijnen in het programma, kunt u hiervan een onderbouwing geven?

Zie het antwoord op vraag 33.

52

Zijn er nog punten uit het actieprogramma waar partijen waarmee gesproken is, hebben aangegeven het niet eens te zijn of te zoeken naar andere oplossingen? Kunt u dit specificeren?

Er is brede overeenstemming over de ambitie en de drie actielijnen (meer kiezen in de zorg, beter leren in de zorg, anders werken in de zorg). Er zijn vragen over de beschikbare financiering. Daarnaast is aansturing van het actieprogramma en, daarin specifiek het vormgeven van de rol van landelijke partijen, een gezamenlijk aandachtspunt.

53

Hoe groot is het tekort in andere (semi-)publieke sectoren in 2022 «als we nu niets doen»?

Vóór 1 juni zal de Minister van SZW namens het kabinet met een brief komen over de aanpak van krapte op de arbeidsmarkt. Deze brief zal ook ingaan op de tekorten in de (semi-)publieke sectoren.

54

Hoeveel geld is er in totaal beschikbaar voor het ambitieuze doel uit het actieplan om toe te werken naar een tekort van nul of daar dichtbij? Hoeveel geld daarvan is «nieuw geld»? Hoe is het geld voor het actieplan over de komende jaren verdeeld? En hoe is het geld over de drie actielijnen verdeeld?

Voor een overzicht van alle middelen verwijs ik u naar het antwoord op vraag 30.

55

Hoe verhoudt dit plan voor 125.000 extra medewerkers in 2023 zich tot de actuele stand van 130.000 (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), maart 2018) vacatures in de zorg?

Als we nu niets extra en anders gaan doen, dan dreigt er in 2022 een tekort van ongeveer 100 tot 125 duizend medewerkers binnen zorg en welzijn. De 130 duizend vacatures die door het UWV zijn genoemd, betreft het aantal vacatures dat in 2018 ontstaat. Het gaat dus over het aantal baanopeningen in 2018 en zegt iets over de dynamiek op de arbeidsmarkt binnen de zorg (personeelsstromen). Het grootste deel van de 130 duizend vacatures wordt echter ook weer (snel) vervuld. Het aantal ontstane vacatures is daarmee gerelateerd aan de in- en uitstroom binnen zorg en welzijn (deze bedraagt circa 200 duizend per jaar; zie het antwoord op vraag 91). Het aantal vacatures dat dit jaar ontstaat zegt echter weinig over de grootte van het tekort.

56

Er dreigt een tekort van 125.000 zorgmedewerkers in 2023. Welke loonsom is hiermee gemoeid? Gaarne uitdrukken in zowel deeltijd als voltijd. Hoe verhoudt dit tekort van 125.000 medewerkers in 2023 zich tot de 130.000 zorgvacatures die het UWV meldt in maart 2018?

In de komende vijf jaar zijn er ongeveer 195 duizend extra mensen nodig in de zorg. Dit aantal is berekend op basis van de voor de zorgsector beschikbare middelen zoals vermeld in de VWS begroting. Er komen daarmee voldoende middelen beschikbaar om deze mensen aan te nemen. De uitdaging zit hem vooral in het vinden van deze mensen. Want als we niets anders of extra zouden doen, dan dreigt een tekort van 125 duizend mensen in 2022. Globale schatting is dat de loonsom per fte ongeveer 60 duizend euro bedraagt. Uitgaande van een deeltijd factor van 0,7 komt dit neer op ongeveer 42 duizend euro per medewerker. Het dreigend tekort van 125 duizend zorgmedewerkers vertegenwoordigt naar schatting een loonsom van ruim 5 miljard. Dit is onderdeel van het beschikbare macro-budget voor de zorg.

Voor de verhouding tussen het tekort van 125 duizend medewerkers en de 130 duizend zorgvacatures die het UWV heeft gemeld verwijs ik u naar het antwoord op vraag 55.

57

Waarop is het tekort van 100.000 tot 125.000 medewerkers gebaseerd? Hoe groot is dit tekort per sector in de zorg? Om hoeveel fulltime-equivalents (fte's) gaat dit? En om hoeveel fte's per sector?

Het tekort is gebaseerd op een prognose in het kader van het onderzoeksprogramma AZW. Op basis van allerlei arbeidsmarkt- en onderwijscijfers, trends en verwachtingen worden de verwachte vraag, het verwachte aanbod en daarmee het verwachte tekort per kwalificatie voor de komende jaren bepaald. Een uitsplitsing naar sector is niet mogelijk, omdat moeilijk te voorspellen is waar dergelijke tekorten zouden neerslaan.

Op basis van de gemiddelde deeltijdfactor in de zorg van ongeveer 0,7, bedraagt het verwachte tekort ongeveer 70 tot 87,5 duizend fte.

58

«Onze ambitie is daarom een tekort van nul of daar dichtbij»; hoe realistisch acht u deze ambitie gezien de huidige tekorten en de brede druk op de arbeidsmarkt? Kunt u het begrip «nul of daar dichtbij» nader specificeren?

Onze ambitie is een tekort van nul of daar dichtbij. Die ambitie is realistisch als we met zijn allen vol inzetten op de alle drie de actielijnen. We gaan de voortgang via data-driven monitoring en bestuurlijke voortgangsgesprekken nauwgezet monitoren. De term «nul of daar dichtbij» is gekozen om recht te doen aan het feit dat een arbeidsmarkt nooit 100% in evenwicht zal zijn en er altijd in zekere mate sprake is van een overschot of tekort.

59

Wanneer zijn alle 28 regionale actieplannen klaar?

Dit voorjaar moeten alle regio's een regionaal actieplan aanpak tekorten hebben. De regio's werken nu aan een uitgebreide analyse als basis voor de regionale actieplannen en de uitwerking daarvan.

60

Komt u, wanneer alle regionale actieplannen klaar zijn, met een overkoepelend beeld naar de Kamer, met daarin de totale opgaven en de concrete en meetbare ambities?

Ja. We informeren u met de volgende voortgangsrapportage in het najaar over het Actieprogramma ook over de regionale actieplannen.

61

Er zijn 28 regio's die een regionaal actieplan op gaan stellen, wat zijn de tekorten per regio in het eerste kwartaal van 2018? Gaarne een concreet aantal in plaats van een verwijzing naar een website.

De regio's werken nu aan een uitgebreide analyse als basis voor de regionale actieplannen en de uitwerking daarvan. De uitkomsten daarvan zult u dit najaar ontvangen met de volgende voortgangsrapportage over het Actieprogramma.

62

Waarom staat in dit actieprogramma nog geen actueel overzicht van de regionale opgave, zowel kwantitatief als kwalitatief en de verschillen per regio?

Zie het antwoord op vraag 61.

63

Is het mogelijk om deze informatie alsnog te verstrekken? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer komt deze informatie naar de Kamer?

Zie het antwoord op vraag 61.

64

Op welke wijze wordt de Kamer geïnformeerd over de tussentijdse voortgang op basis van een aantal sleutelindicatoren?

Zie het antwoord op vraag 47.

65

Waarom kiest u ervoor om jaarlijks te rapporteren over de voortgang, terwijl in motie met Kamerstuk 29 282, nr. 298 is afgesproken om twee keer per jaar te rapporteren?

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 47 zal ik – conform motie met Kamerstuk 29 282, nr. 298 – uw Kamer 2 maal per jaar (in het voorjaar en het najaar) informeren over de voortgang.

66

Welke mogelijkheden ziet u om medewerkers de ruimte te geven om te doen wat nodig is voor goede zorg en wat verder gaat dan de huidige praktijk? Hoe wordt in dit kader omgegaan met voorbehouden handelingen?

Medewerkers in de zorg ervaren een hoge regeldruk; ervaren dat ze veel tijd kwijt zijn aan administratieve taken. Zorginstellingen en de overheid hebben samen initiatieven gestart om de administratieve lasten terug te dringen door regels te schrappen of te vereenvoudigen. Daarmee ontstaat meer ruimte voor de medewerkers om dat te doen wat nodig is voor het leveren van goede zorg.

Voorbehouden handelingen zijn voorbehouden omdat ze risicovol zijn en bij onzorgvuldig of ondeskundige uitvoering kunnen leiden tot ernstige gezondheidsschade voor patiënten. Om dit te voorkomen zijn voorbehouden handelingen voorbehouden aan bevoegde professionals die over de juiste bekwaamheid beschikken. Er is wel ruimte om – mits bekwaam – onder de verantwoordelijkheid van een bevoegde en bekwame geregistreerde professional te werken.

67

Wat zijn de belangrijkste redenen (in percentages van het totaal) voor uitstroom van medewerkers uit de sector?

In het actieprogramma is veel aandacht voor het blijven kiezen voor de zorg. Hierom worden in veel regio's in het kader van de regionale actieplannen de redenen van uitstroom geanalyseerd, zodat gerichte actie kan worden ondernomen op het terugdringen van uitstroom. Een voorbeeld hiervan is het uitstroomonderzoek van SIGRA, VBZ en WGV Zorg en Welzijn Zuid-Holland Zuid. Van de medewerkers die van baan wisselden in dat onderzoek ging 14% werken in een andere sector. 25% van hen koos daar bewust voor. Redenen die daarbij werden gegeven gingen met name over de onderwerpen werkdruk, bezuinigingen en financiën en ruimte voor initiatief / gehoord worden door managers of anderen in de organisatie. Overigens gaf ongeveer de helft van de oud-medewerkers die naar een andere sector vertrokken aan dat zij in een toekomstige baan weer in de zorgsector zouden willen werken.⁹

⁹ https://www.sigra.nl/sites/default/files/images/resultaten_uitstroomonderzoek_2017.pdf.

68

Op welke wijze maakt het actieprogramma werk van het verlagen van het relatief hoge ziekteverzuim in de zorg?

Het ziekteverzuim in de gezondheids- en welzijnszorg is afgezet tegen het landelijk gemiddelde structureel hoog. Naast de algemene oorzaken zoals uitval vanwege griep of persoonlijke omstandigheden speelt hierbij een relatief hoge fysieke en mentale belasting van de medewerkers. Niet alleen worden er avond-, nacht- en weekenddiensten gewerkt, ook de aard van het werk geeft meer psychosociale arbeidsbelasting voor het personeel. Het terugdringen van het ziekteverzuim is evenwel zeer belangrijk om ervoor te zorgen dat men kan en wil blijven werken in de zorg. Dit vraagt om een actieve en gezamenlijke aanpak door individuele werkgevers en medewerkers. Er bestaan verschillende methoden bijvoorbeeld van de verzekeraar IZZ of PreventNet die daarbij kunnen helpen. Ook ondersteunen wij de werkvloer door middel van 20.000 coaches in het programma Gezond en Zeker (zie voor de verdere ontwikkeling van dit programma het antwoord op vraag 190). Met het actieprogramma willen we dergelijke initiatieven ondersteunen en kracht bij zetten. Het behoud van mensen, inclusief ziekteverzuim, is daarom expliciet onderdeel van de regionale actieplannen.

69

Wat zijn de belangrijkste redenen (in percentages van het totaal) voor het ziekteverzuim in de sector?

In de statistieken van het CBS wordt in de verzuimcijfers geen onderscheid gemaakt in soorten verzuim.

70

Op welke wijze wordt goed werkgeverschap gestimuleerd? Is er ook aandacht voor leiderschap in de zorg?

Binnen het actieprogramma en in de regionale gesprekken en afspraken komt goed werkgeverschap in verschillende thema's terug. Zo wordt er door werkgevers en binnen de regio's gekeken naar persoonlijke behoeften, talenten en competenties van medewerkers. Via SectorplanPlus worden middelen beschikbaar gesteld voor om- her- en bijscholing. Zo blijven medewerkers in de zorg zich ontwikkelen. Daarin is ook ruimte voor (persoonlijk) leiderschap.

71

Er wordt een tekort verwacht van 100.000 tot 125.000 in 2022. Hoe groot is het huidige tekort anno 2018?

Het aantal openstaande vacatures en vooral moeilijk vervulbare vacatures geven een indicatie van het tekort. Het aantal openstaande vacatures voor de sector zorg en welzijn bedroeg in het vierde kwartaal van 2017 zo'n 28.400 (bron: cbs statline). Ruim de helft van de werkgevers binnen zorg en welzijn gaf medio 2017 aan moeilijk vervulbare vacatures te hebben en voor ziekenhuizen, VVT en GGZ ligt dit percentage zelfs boven de 80%. Op basis van de prognoses van het onderzoeksprogramma AZW is de verwachting dat in 2018 de vraag naar zorgpersoneel ongeveer 15 duizend hoger ligt dan het aanbod en het tekort daarmee oploopt met ongeveer 15 duizend personen. Deze prognose houdt echter geen rekening met extra inspanningen van partijen m.b.t. de arbeidsmarkt en het onderwijs, ondermeer vanuit het actieprogramma.

72

Kan het huidige tekort en de toekomstige tekorten worden uitgesplitst over de verschillende sectoren in de zorg (verpleeghuiszorg, GGZ, wijkverpleging, jeugdzorg, Wmo 2015, ziekenhuis enzovoorts)?

Er is geen uitsplitsing van het aantal openstaande vacatures beschikbaar naar branche. In onderstaande tabel is het percentage werkgevers dat aan geeft moeilijk vervulbare vacatures te hebben, per branche weergegeven. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 57 zijn verwachte toekomstige tekorten niet uit te splitsen naar branche.

Tabel 15: percentage werkgevers dat aan geeft moeilijk vervulbare vacatures te hebben

Ziekenhuizen	82%
GGZ	81%
VVT	78%
Gehandicaptenzorg	56%
Huisartsenzorg	17%
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	16%
Jeugdzorg	54%

Bron: onderzoeksprogramma AZW (www.azwinfo.nl)

73

Kan het huidige en toekomstige tekort worden uitgesplitst in verschillende functies? En kan daarbij worden aangegeven voor welke kwalificaties de grootste tekorten worden verwacht?

Op dit moment zijn er vooral moeilijk vervulbare vacatures voor verzorgende individuele gezondheidszorg, mbo en hbo-verpleegkundigen en een bepaalde medisch specialisten (psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, spoedeisende hulp artsen en klinisch geriaters (bron: UWV).

De komende jaren worden vooral tekorten verwacht voor hbo-verpleegkundigen (tekort van ongeveer 35 duizend in 2022), mbo-verpleegkundigen (tekort van ongeveer 30 duizend in 2022), verzorgenden ig (tekort van ongeveer 20.000 duizend) en sociaal pedagogische hulpverlening (tekort van ongeveer 5 duizend in 2022).

74

In hoeverre is er de komende jaren een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde?

De gerealiseerde instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is sinds 2005 gemiddeld 95 personen en kent sinds 2010 een gestage stijging. Maar tot nu toe zijn er in vrijwel geen enkel jaar voldoende artsen in opleiding ingestroomd voor het aantal opleidingsplaatsen dat door het Ministerie van VWS werd gesubsidieerd. Er is sprake van een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Het Capaciteitsorgaan schat in dat tot 2021 er sprake zal blijven van 100 à 200 openstaande vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde. Om dit probleem op te lossen heeft het Capaciteitsorgaan in 2016 geadviseerd om met ingang van 2018 een inhaalslag te maken en de jaarlijks instroom te verhogen naar een maximum van 186 opleidingsplaatsen. Het maximumadvies is overgenomen. In het voorjaar van 2019 komt een nieuw capaciteitsplan van het capaciteitsorgaan uit. Daarnaast zijn veldpartijen en overheid bezig de instroom in de opleiding te vergroten. Hiervoor is door de Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (SOON) een campagne opgezet met de site www.ouderengeneeskunde.nu, om zo de ouderengeneeskunde breder en beter bekend te maken. Tot slot zijn er diverse initiatieven in het veld rond

taakherschikking van de ouderenspecialist naar met name verpleegkundig specialisten. Zo is Regioplus (samenwerkingsverband van 14 regionale werkgeversorganisaties), met steun van VWS gestart met een onderzoek hoe taakherschikking kan bijdragen aan een betere inzet van specialisten ouderengeneeskunde.

75

Het doel van nul of dicht daarbij geldt voor het jaar 2022; zijn er tussen-doelen in de voorafgaande jaren?

Er zijn geen landelijk geformuleerde doelen voor in de tussenliggende jaren. Die tussenliggende doelen moeten vooral op regionaal niveau door de dragende partijen worden geformuleerd. Soms gaat het sneller, soms langzamer, afhankelijk van waar men staat en waar men op inzet in de regio. De adviescommissie gaat de voortgang in de verschillende regio's nauwgezet monitoren en brengt daarover advies uit. Aan de hand van de monitoring en het advies van de adviescommissie beslissen wij over eventueel in te zetten acties en/of aanscherping van het beleid.

76

Hoe wordt gezorgd voor minder agressie?

Agressie in de zorg komt helaas nog te vaak voor. In de meeste sectoren wordt hard gewerkt om dit te voorkomen en om het personeel goed op te vangen in de gevallen waarin dit toch gebeurt. Agressie vraagt echter om voortdurende aandacht. In de regionale actieplannen die worden ontwikkeld stellen werkgevers, onderwijs en alle andere relevante partners concrete ambities die, naast het aantrekken van nieuw personeel, ook gericht zijn op het behoud van personeel en goed werkgeverschap. De aanpak van agressie is hiervan een onlosmakelijk onderdeel.

Het Ministerie van VWS werkt daarbij aan verschillende initiatieven, zoals in de GGZ gericht op de zorg voor de zwaardere patiënten. Bijvoorbeeld met de beschikbaarheid van meer beveiligde bedden en de mogelijkheid voor GGZ instellingen om scherpere huisregels op te stellen in gevallen van agressie. Recent heb ik uw Kamer geïnformeerd over de afspraken die Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland hebben gemaakt over de beveiligde geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 424, nr. 406). Begin dit jaar ontving uw Kamer van de Minister van Rechtsbescherming, mede namens de Staatssecretaris van VWS, de reactie op een nieuwsbericht over geweld in de psychiatrie (Kamerstuk 25 424, nr. 387). Hierin is een aantal acties opgenomen die in het kader van het terugdringen van agressie in de zorg worden genomen. Korthedshalve verwijs ik u voor de details naar deze brief.

77

Hoe wordt gezorgd voor meer werkzekerheid?

Met het oog op behoud van personeel is het hebben van werkzekerheid een belangrijke voorwaarde om te (blijven) kiezen voor de zorg. Dit wordt niet altijd bereikt door een baangarantie voor het leven maar vaak juist door het bieden van een passend contract dat aansluit bij de individuele behoeften en (ontwikkelings)mogelijkheden. Het is belangrijk dat werknemers en werkgevers hierover goede afspraken met elkaar maken. Hierbij kunnen flexibiliteit en ontwikkelingsmogelijkheden aan de ene kant en werkzekerheid aan de andere kant heel goed samengaan. Een voorbeeld hiervan is de Werkgeverij, een arbeidsmarktconcept waarbij deelnemende werkgevers onderling werk en medewerkers delen.

78

Is er budget voor de regio's om de regionale opgave in kaart te brengen?

Ja. Het ministerie stimuleert regionale samenwerking gericht op arbeidsmarkt via een subsidie aan Regioplus (het samenwerkingsverband van 14 regionale werkgeversorganisaties). Met het programma Koersen op Kansen wordt in regio's samengewerkt onder andere gericht op betere regionale arbeidsmarktinformatie.

79

Heeft de onafhankelijke adviescommissie de mogelijkheid om in te grijpen als dat nodig is?

De onafhankelijke adviescommissie zelf heeft geen formele doorzettingsmacht. Wel brengt de commissie advies uit aan de Minister van VWS. De Minister van VWS neemt op basis van het advies van de commissie een besluit over het beschikbaar stellen van de voor de verschillende regio's gereserveerde middelen uit het SectorplanPlus.

80

Welke personen maken deel uit van de onafhankelijke adviescommissie?

De samenstelling van de adviescommissie is nog niet bekend. Het uitgangspunt is dat de adviescommissie bestaat uit onafhankelijke, bestuurders met gezag, die niet actief zijn als bestuurder in zorg, welzijn of het daaraan gerelateerde onderwijsveld. Zo wordt de kwaliteit en de onafhankelijk van de commissie geborgd, hetgeen noodzakelijk is gelet op de adviserende rol met betrekking tot de financiële middelen van het SectorplanPlus.

81

Het actieprogramma wordt ondersteund door een onafhankelijke adviescommissie. Wie nemen daar zitting in? Waarom deze mensen? Welke relevante werkervaring moeten zij hebben? Wat is hun doorzettingsmacht?

Zie het antwoord op vragen 79 en 80.

82

Hoe wilt u het terugdringen van het ziekteverzuim met 10% realiseren? Bij wie heeft u vergewist of dit haalbaar is? Realiseert u zich dat als er op dit moment 130.000 vacatures (UWV, maart 2018) in de zorg zijn, dit mede zorgt voor een torenhoge werkdruk en daarmee voor een hoger ziekteverzuim? Realiseert u zich dat u in 2018 slechts 485 miljoen euro beschikbaar hebt voor de loonsom van minder dan 9000 voltijd (CPB, loonsom 54.000 euro) zorgmedewerkers en dat dit een druppeltje op de gloeiende plaat is voor het terugdringen van de werkdruk en dat het ziekteverzuim dus hoog zal blijven? Zo neen, waarom niet? Waarom denkt u dat het terugdringen van het ziekteverzuim haalbaar is? Waar baseert u dat op?

Voor het antwoord op de vraag hoe het ziekteverzuim terug kan worden gedrongen verwijs ik u naar het antwoord op vraag 68.

In de tabel waar u op doelt, is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het terugdringen van het ziekteverzuim met 10 procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen

aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

83

Wanneer moeten de regionale actieplannen uiterlijk gereed zijn?

Zie het antwoord op vraag 59.

84

Welke stappen bent u voornemens te zetten als het regio's niet lukt, om al dan niet binnen de gestelde deadline, te komen met een regionaal actieplan?

Tot nu toe zijn er geen signalen dat dit niet gaat lukken. Deelname aan een Regionaal Actieplan is voorwaardelijk om in aanmerking te komen voor middelen uit het SectorplanPlus. De volgende tranche van deze regeling is op 1 mei jl. gestart. Mocht er in een regio geen regionaal actieplan zijn, dan kan ook geen beroep gedaan worden op de middelen uit het SectorplanPlus. Daarnaast zorgen we ervoor met de Adviescommissie dat we regio's ook blijven stimuleren om voortgang te blijven maken.

85

Hoe verhoudt de rol van de landelijke actietafel – om te helpen als initiatieven stokken – zich tot de rol van de adviescommissie om partijen bij elkaar te brengen als men er onderling niet uitkomt?

Wij verwachten van partijen aan de landelijke actietafel dat zij hun achterbannen inspireren, aanjagen en ondersteunen daar waar initiatieven stokken. Indien dat geen soelaas biedt, kunnen de leden van de adviescommissie als onafhankelijke derden adviseren en partijen bij elkaar brengen. Wij verwachten eerst dat partijen in het veld gezamenlijk oplossingen zoeken voor knelpunten, waar dat niet lukt kan de onafhankelijke adviescommissie gevraagd en ongevraagd adviseren.

86

Kunt u een aantal voorbeelden geven van vraaggerichte sectorale tafels die georganiseerd kunnen worden naast «Aan het werk voor ouderen»? Bij wie ligt het initiatief om een dergelijke tafel op te zetten?

Als er behoefte bestaat bij partijen uit onderwijs en zorg aan een sectorale tafel, dan zijn wij bereid dat te faciliteren. Het initiatief voor sectorale tafels ligt bij partijen in het veld. Een voorbeeld van een mogelijke sectorale tafel is de tafel voor de jeugd. Verschillende branches in de jeugd hebben gezamenlijk het initiatief genomen tot een verkenning van de sectorspecifieke arbeidsmarktuitdagingen voor de jeugd. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek zal men een besluit nemen over een vervolg, bijvoorbeeld in de vorm van een sectorale tafel.

87

De vraag naar stages in de zorg is op dit moment groter dan het aanbod hiervan. Dit komt door een tekort aan begeleiding voor zorgstudenten. Wat gaan de bewindslieden doen om deze mismatch op te lossen?

Om te bevorderen dat er voldoende en goede stageplaatsen beschikbaar zijn, zorgt VWS voor randvoorwaarden die het aantrekkelijker maken om stageplaatsen te bieden. Met een bijdrage uit het Stagefonds (totaal € 112 miljoen beschikbaar) kunnen werkgevers professionals (gedeeltelijk) vrijmaken voor de begeleiding van de stagiairs. Het fonds biedt stageaanbieders een bijdrage voor de kosten van de stagebegeleiding.

Door een beroep te doen op het stagefonds kunnen instellingen die zorg leveren stages realiseren voor studenten die een verpleegkundige, verzorgende of sociaalagogische opleiding volgen, of een opleiding tot doktersassistent, apothekersassistent of tandartsassistent. De verdeling van het budget over de opleidingen onder het subsidieplafond van € 112 miljoen is aangepast aan de verwachte ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector voor de beroepsgroepen, zoals onder meer in het onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn is geraamd (www.azwinfo.nl). Op grond van de verwachte behoefte aan nieuwe instroom wordt gericht een impuls gegeven aan het stimuleren van stageplaatsen bij de opleidingen tot:

- Verpleegkundige hbo-niveau
- Verpleegkundige mbo niveau 4
- Verzorgende mbo niveau 3
- Doktersassistent mbo niveau 4
- Apothekersassistent mbo niveau 4
- Tandartsassistent mbo niveau 4

Daarnaast kunnen werkgevers die een opleidingsplek bieden aan mbo'ers die een bbl-opleiding volgen, of hbo'ers die een duale opleiding volgen een beroep doen op middelen uit het SectorplanPlus. In totaal is deze kabinetsperiode € 320 miljoen beschikbaar in het SectorplanPlus.

Met deze middelen ondersteunen we het streven in de regio's om het aantal stageplaatsen te verhogen. In de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAATs) leggen zorginstellingen en opleiders hun ambitie en afspraken t.a.v. het aantal stageplaatsen vast.

88

Waarom voert de adviescommissie maar eens per jaar een bestuurlijk gesprek met de partijen in de regio over de voortgang?

Wij vinden het belangrijk dat partijen in de regio zelf eigenaarschap tonen en ook de ruimte krijgen om dat te gaan invullen. Bij een beoordelingscyclus met meerdere momenten in een jaar achten wij het risico te groot dat men «van beoordeling naar beoordeling» leeft, zonder tijd en ruimte om serieus werk te maken van de regionale uitdagingen en de adviezen van de adviescommissie. De jaarlijkse gesprekken geven een reële interval waarin daadwerkelijk voortgang geboekt kan worden. In de tussentijd wordt wel op verschillende manieren – ook met bestuurlijke gesprekken – de voortgang gestimuleerd.

89

Wat wordt bedoeld met «critical friends»?

Met «critical friends» wordt bedoeld dat de bestuurders elkaar regionaal niet alleen kennen en ontmoeten, maar elkaar ook aanspreken op de gezamenlijke agenda en de voortgang daarvan.

90

Jaarlijks wisselen ongeveer 180.000 mensen in de sector van baan. Ongeveer 80.000 daarvan vinden een baan buiten de zorg. Wat is de verklaring dat zoveel mensen een baan buiten de zorgsector zoeken?

Zie antwoord op vraag 67.

91

Wat is de instroom en uitstroom van zorgmedewerkers vanaf 2015 tot en met 2017, uitgesplitst per zorgsector?

Voor een overzicht per branche van de instroom van buiten de zorg verwijs ik u naar het antwoord op vraag 23. Voor een overzicht per branche van de uitstroom naar buiten de zorg verwijs ik u naar het antwoord op vraag 24.

In onderstaande tabellen is de totale in- en uitstroom weergegeven dus inclusief mobiliteit binnen de zorg.

Tabel 16: Instroom uitgesplitst naar branche (in duizenden unieke personen)

	2015	2016	2017
Algemene ziekenhuizen	23	26	32
GGZ	12	13	16
Verpleging, verzorging en thuiszorg	78	92	103
Gehandicaptenzorg	24	29	37
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	6	7	8
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	12	14	15
Jeugdzorg	6	6	6
Overige zorg	16	16	19
<i>Totaal zorg en welzijn¹</i>	<i>171</i>	<i>195</i>	<i>227</i>

¹ Dit is exclusief de branche umc's. Deze gegevens zijn afkomstig van PFZW en de umc's zijn aangesloten bij het ABP. Daarnaast is de optelsom van de instroom in de verschillende branches groter dan de totale instroom, omdat mensen in meerdere branches in een jaar kunnen instromen. Voor het totaal van zorg en welzijn worden ze dan echter maar 1 keer als instroom geteld.

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

Tabel 17: Uitstroom uitgesplitst naar branche (in duizenden unieke personen)

	2015	2016	2017
Algemene ziekenhuizen	25	25	30
GGZ	14	14	13
Verpleging, verzorging en thuiszorg	99	96	83
Gehandicaptenzorg	25	24	26
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	5	6	7
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	11	12	13
Jeugdzorg	6	6	6
Overige zorg	14	15	15
<i>Totaal zorg en welzijn¹</i>	<i>194</i>	<i>191</i>	<i>187</i>

¹ Dit is exclusief de branche umc's. Deze gegevens zijn afkomstig van PFZW en de umc's zijn aangesloten bij het ABP. Daarnaast is de optelsom van de instroom in de verschillende branches groter dan de totale instroom, omdat mensen in meerdere branches in een jaar kunnen instromen. Voor het totaal van zorg en welzijn worden ze dan echter maar 1 keer als instroom geteld.

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

92

Welke maatregelen worden genomen om de recent ontslagen zorgverleners weer terug te krijgen voor de zorg?

Met de aanpak zetten we ook nadrukkelijk in op herintreders en zij-instromers. Mensen die voorheen al in zorg en welzijn hebben gewerkt, kunnen op korte termijn een bijdrage leveren aan de personeelstekorten. Wij ondersteunen dit met de mogelijkheid voor ca. 25.000 loopbaangesprekken en -oriëntatie via het project «Sterk in je Werk». Daarnaast bieden we met de scholingsimpuls SectorplanPlus de mogelijkheid voor werkgevers om nieuwe medewerkers extra scholing te kunnen bieden. In het eerste tijdvak van deze regeling kunnen werkgevers 58.500 trajecten aanbieden.

93

Waarom is gekozen voor het terugdringen van de uitstroom uit de sector met 10%, een potentiële vermindering van slechts 17.500 in 2022? Is deze ambitie niet veel te laag, gegeven het feit dat de uitstroom naar een baan buiten de zorg en welzijn in 2017 met 80.000 per jaar schrikbarend hoog is?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het terugdringen van de uitstroom uit de sector met 10 procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

94

Waar is de vermindering van 17.500 op gebaseerd? Kan de huidige uitstroom, de verwachte uitstroom en de geambieerde uitstroom worden gerelateerd aan de uitstroom die in andere sectoren gebruikelijk is?

Het voorbeeld van de opbrengst van 17.500 personen door het verminderen van de uitstroom met 10% is gebaseerd op onderzoeksgegevens van het onderzoeksprogramma AZW. Bekeken is hoeveel mensen in tekortberoepen volgens de prognose van het onderzoeksprogramma AZW de zorgsector tot en met 2022 zullen verlaten. Verlaging van die uitstroom met 10% komt neer op behoud van 17,5 duizend mensen in tekortberoepen tot en met 2022.

Ik kan de uitstroom binnen de zorg niet relateren aan de gebruikelijke uitstroom in andere sectoren, omdat ik geen inzicht heb in wat een gebruikelijke uitstroom is in andere sectoren.

95

Hoe is de actie uitbreiden contractomvang met één uur tot stand gekomen? Is er onderzoek naar de hoeveelheid contracturen die men wil uitbreiden? Zo ja, hoeveel uur contractuitbreiding willen werkenden in de zorg in totaal, en is dit opgesplitst naar sector en niveau? Op welke manier verwacht u dat in de regionale plannen vrijwillige contractuitbreiding beter wordt gerealiseerd?

Er is onder werknemers in de zorg geen onderzoek gedaan naar de bereidheid om contracturen uit te breiden. In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het verhogen van het aantal zij-instromers en hertreders met 20 procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

Wel is er door het SCP (Arbeidsmarkt in kaart, Werkgevers 2017) onderzoek gedaan naar het percentage werkgevers dat een verzoek tot uitbreiding van het aantal werkuren heeft gekregen. Binnen zorg en welzijn is dat relatief hoog. In 2015 kreeg ruim 65% van de werkgevers een verzoek voor uitbreiding van de arbeidsduur. Slechts zo'n 20% van de

werkgevers heeft die verzoeken ook allemaal gehonoreerd en zo'n 17% (vrijwel) geen van de verzoeken.

96

Hoe hoog is het ziekteverzuim in de zorgsector en hoe hoog is het ziekteverzuim gemiddeld in de Nederlandse economie?

In onderstaande tabel is het ziekteverzuim voor de zorg- en welzijnsector en het gemiddelde van de Nederlandse economie weergegeven. Ook is het ziekteverzuim binnen de zorg uitgesplitst naar een aantal deelgebieden binnen de zorg.

Tabel 18: gemiddeld ziekteverzuim per jaar (procenten)

	2017
<i>Landelijk gemiddelde</i>	4,0
<i>Gezondheids- en welzijnszorg</i>	5,3
Gezondheidszorg	4,4
Ziekenhuizen	5,0
Verpleging en zorg met overnachting	6,2
Welzijnszorg zonder overnachting	5,7

Bron: CBS statline

97

Hoe verhoudt het verhogen van de productiviteit met 1% per jaar via arbeidsbesparende technologie en de daaruit voortvloeiende potentiële afname van het verwachte tekort in 2022 met 25.000 personen, zich tot het uitbreiden van de contractomvang met één uur en de daaruit voortvloeiende potentiële afname van het verwachte tekort in 2022 met 20.000 personen? Betekent dit dat de toename van alle contracten met één uur grotendeels inefficiënt zou zijn?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort in de regio's. Wat de tabel duidelijk maakt is dat inzet op de verschillende actielijnen nodig is om het tekort terug te dringen. In de regio bepalen partijen zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

98

Hoe wordt de potentiële afname van het verwachte tekort in 2022 met 17.500 personen als gevolg van het terugdringen van de uitstroom uit de sector met 10% onderbouwd?

Zie het antwoord op vraag 94.

99

Wat is het verwachte tekort voor de totale sector «Zorg en Welzijn» in 2022 (inclusief alle tekorten in het secundaire proces, zoals administratieve medewerkers en dergelijke)? Hoe verhoudt zich dit tot de voorgenomen maatregel «taakherschikking en *job-carving* personeel» met een potentiële afname van het verwachte tekort in 2022 met 20.000 personen?

Het verwachte tekort aan zorgpersoneel bedraagt – als we nu niets extra en anders gaan doen – in 2022 ongeveer 100 tot 125 duizend personen. We hebben geen volledig inzicht in eventuele tekorten aan personeel in de zorg in het secundaire proces. Voor veel werk in het secundaire proces

– zoals administratief werk of schoonmaak – is er een ruimer arbeidsaanbod.

Ik zie veel mogelijkheden om het tekort terug te dringen via taakher-schikking en job-carving. Werknemers uit tekortberoepen kunnen worden ontlast doordat taken worden overgenomen door mensen uit het secundaire proces (bijvoorbeeld schoonmakers), maar ook door ander zorg- of welzijnspersoneel waar geen tekort aan is. Tot slot zitten nog genoeg mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt werkloos thuis, terwijl via jobcarving functies kunnen worden gecreëerd waarmee zij taken kunnen overnemen van werknemers uit tekortberoepen. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn terug te vinden in het actieprogramma.

100

Is het haalbaar dat u het aantal zij-instromers en herintreders wil verhogen met 20% per jaar? Zo ja, waar baseert u dit op? Hoe bent u tot dit percentage gekomen? Hoe wordt dit bijgehouden? Realiseert u zich dat zorgmedewerkers in vergelijkbare banen buiten de zorg net iets meer per uur verdienen en daarom moeilijk terug te verleiden zijn tot de zorg? Hoe gaat u ervoor zorgen dat het aantal herintreders en zij-instromers met 20% wordt verhoogd? Is dit een realistische aanpak? Waar baseert u dat op?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het verhogen van het aantal zij-instromers en hertreders met 20 procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

101

Hoe gaat u het verhogen van het gemiddelde opleidingsrendement met 10% realiseren? Is dit haalbaar? Zo ja, waar baseert u dit op? Per wanneer moet dit gerealiseerd zijn?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het verhogen van het opleidingsrendement met tien procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

102

U wilt met het uitbreiden van de contractduur omvang met één uur het equivalent van 20.000 extra zorgmedewerkers realiseren, maar bent u bekend met het onderzoek door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) onder zorgmedewerkers dat zij nu al (gemiddeld!) 11 uur per week meer werken dan hun contract? Welk percentage zorgmedewerkers zou niet alleen op papier of qua contractduur, maar daadwerkelijk bereid zijn nog één uur extra te werken per week? Hoeveel zorgmedewerkers zijn dit in absolute aantallen? Werken zorgmedewerkers gezien het openstaande aantal van 130.000 vacatures (UWV, maart 2018) niet

allemaal al het maximale aantal uren? Is uw voorstel voor de uitbreiding van de contractuur met één uur wel realistisch? Zo ja, waar baseert u dat op?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het uitbreiden van de contractuur met 1 uur is daarmee geen doel, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplan.

Dat gezegd hebbende is het belangrijk dat medewerkers in de zorg een passend contract krijgen dat aansluit op hun behoeften en mogelijkheden. Medewerkers in de zorg werken gemiddeld relatief weinig uren per week (ook als rekening wordt gehouden met de extra uren die zij werken). Uit onderzoek blijkt dat een deel van de medewerkers in de zorg graag meer uren zou willen werken. Zo blijkt uit onderzoek van SCP (Arbeidsmarkt in kaart, Werkgevers 2017) onder werkgevers dat in 2015 ruim 65% van de zorgwerkgevers een verzoek voor uitbreiding van de arbeidsduur hebben gekregen.

103

Hoe wilt u de uitstroom uit de zorgsector met 10% terugdringen? U weet toch dat het kapitaal aan zorgmedewerkers vergrijst en dat de uitstroom daardoor juist zal toenemen? Bent u ermee bekend dat het werken in de zorg fysiek een zware baan is? Realiseert u zich dat meer nodig is dan een tabelletje in een actieplan om de uitstroom terug te dringen? In hoeverre is het terugdringen van de uitstroom met 10% realistisch? Waar baseert u dat op?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort voor de regio's. Het verminderen van de uitstroom uit de zorgsector met 10 procent per jaar is daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. In de regio bepalen partijen zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in hun regionale actieplan. In die regionale actieplannen zien we onder meer dat in veel regio's wordt nagegaan wat redenen voor uitstroom zijn. Voor een voorbeeld van zo'n uitstroomonderzoek zie het antwoord op vraag 67. In dit uitstroomonderzoek bleek overigens dat ongeveer de helft van de oud-medewerkers die naar een andere sector vertrokken is, aangaf dat zij in een toekomstige baan weer in de zorgsector zouden willen werken.¹²

104

Per wanneer moeten de administratieve lasten verminderd zijn met één uur per week? Hoe realistisch is dit voornemen? Waar baseert u dit op? Hoe wordt dit bijgehouden? U weet toch ook wel dat de administratieve lasten in de zorg door de jaren heen zijn toegenomen in plaats van afgenomen? Waarom worden bij het terugdringen van administratieve lasten geen knopen doorgehakt als het gaat om de uitkomsten uit

¹² https://www.sigra.nl/sites/default/files/images/resultaten_uitstroomonderzoek_2017.pdf.

bijvoorbeeld het PVV-project Experiment Regelarme Instellingen (ERAI), zoals het zelf indiceren (het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) alleen nog steekproefsgewijs achteraf controleren), het terugdringen van het berichtenverkeer (één product voor één prijs met één doorlooptijd, Buurtzorg Nederland) en standaardisering in digitalisering (tablets en dergelijke)?

Het verminderen van de administratieve lasten met één uur per week geeft een indicatie voor wat dit zou betekenen voor het personeelstekort in de zorg: één uur minder administratieve lasten per week is een afname van 20 duizend personen op het verwachte tekort. Streven van het zorgbrede programmaplan voor het verminderen van de ervaren regeldruk in de zorg is de ervaren regeldruk substantieel en merkbaar te laten afnemen. Omdat de focus ligt op de «ervaring» van zorgprofessionals wordt de vermindering gemeten met bijvoorbeeld een zogenaamde merkbaarheidsscan. De merkbaarheidsscan is een instrument dat onderzoekt in hoeverre genomen maatregelen hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk, zowel met een rapportcijfer als in tijdsbesteding per maatregel. In de eindevaluatie van ERAI heeft mijn voorganger aangegeven welke maatregelen er naar aanleiding van ERAI zijn genomen en hoe het experiment model heeft gestaan voor de hervormingen van de langdurige zorg en het programma Waardigheid & Trots.¹³ Voor de belangrijkste resultaten verwijst ik u naar deze eindevaluatie.

105

Hoe moet de tabel dan wel worden gelezen als de gepresenteerde cijfers zich niet één-op-één gaan voordoen? Hoe worden de resultaten dan inzichtelijk gemaakt als deze niet in concrete cijfers zijn te vatten? Waarom kan dat eigenlijk niet?

In de betreffende tabel is het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het geeft daarmee aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort door de regio's. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken. De resultaten van deze acties zullen worden gemonitord.

106

Kunt u een opsomming geven van technologie die nu nog niet wordt gebruikt, maar die wel arbeidsbesparend is? Kunt u aangeven wat de concrete arbeidsbesparing van die technologie dan is en hoe u meet dat de productiviteit met 1% groeit? U weet toch dat de arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg de afgelopen jaren enorm verhoogd is? Is het haalbaar en realistisch om dit nog verder te verhogen? In de ouderenzorg loop je toch altijd aan tegen de ADL-grens (algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals wassen, haren kammen, tanden poetsen, aankleden, wondverzorging enzovoorts, enzovoorts) bij het verhogen van de arbeidsproductiviteit? Welk deel van de arbeidsproductiviteit onder zorgmedewerkers wordt nu besteed aan ADL?

De inzet van technologie kan de arbeidsproductiviteit verder versterken. Het is niet mogelijk om een volledige opsomming te geven van alle goede voorbeelden. Maar een voorbeeld van een technologie die breder in de zorg ingezet kan worden is het werken met sensoren. Hierdoor kan het personeel op afstand zien of iemand slaapt, uit bed gaat of gevallen is. Personeel hoeft minder rondes te lopen en kan gericht interveniëren. En de patiënt wordt niet onnodig gestoord in zijn nachtrust. Bijkomend effect

¹³ Kamerstuk 29 515, nr. 388.

is dat personeel aangeeft dat het veiligheidsgevoel vergroot wordt (bijvoorbeeld bij mogelijke agressie). Verpleeghuis Savelberg in Gouda kan daarom vier verzorgenden inzetten in plaats van zes. Cicero Zorggroep ziet een 4,7% tijdwinst bij personeelsinzet. Deze «tijdwinst» wordt deels ingezet voor meer persoonlijke aandacht en extra activiteiten voor cliënten.

Of denk aan de inzet van de «slimme» pleister die de genezing van een wond registreert. Verpleegkundigen kunnen op hun telefoon/tablet zien hoe het wond proces vordert en of er gevaar is voor infectie. De (dagelijkse) controle van de wond – waarbij pleisters verwijderd moeten worden – is hiermee niet meer nodig. Dit scheelt tijd van de zorgverlener en het vermindert het pijnlijke proces van het verwijderen van wondmateriaal.

107

Zijn er doelen gesteld aan het terugdringen van het ziekteverzuim? Zo ja welke, zo nee waarom niet? Wat als de doelen niet gehaald worden?

Zie antwoord vraag 68.

108

Hoe zijn de potentiële effecten van de regionale acties onderbouwd? Liggen hier onderzoeken aan ten grondslag?

Deze effecten zijn berekend op basis van een arbeidsmarktmodel van het onderzoeksprogramma AZW. Voor dit model is gebruikt gemaakt van allerlei arbeidsmarkt- en onderwijsdata en onderzoeken naar ondermeer historische trend op dat gebied.

109

Bent u bereid om een nulmeting uit te voeren zodat de ontwikkeling van de afname van het tekort de komende jaren gemonitord kan worden?

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 47 zijn wij de precieze vormgeving van de monitoring van het actieprogramma verder aan het uitwerken. Een nulmeting maakt daar onderdeel van uit.

In het najaar zal ik uw kamer informeren over voortgang met betrekking tot het actieprogramma werken in de zorg. Dan zal ik ook ingaan op het onderdeel monitoring.

110

Als 70.000 deeltijdzorgmedewerkers (37.000 voltijd) nodig zijn om te voldoen aan het kwaliteitskader, hoe ernstig is de situatie in onze verpleeghuizen dan in de jaren totdat die extra medewerkers aangenomen zijn? Welke kwaliteitsindicatoren schieten nu te kort? Hoe staat het met de kwaliteitsindicatoren zoals ondervoeding, uitdroging, doorligwonden, medicatiefouten, onheuse bejegening en mishandeling? In welke mate moeten deze indicatoren in welke komende jaren verbeteren ten opzichte van nu?

De 70.000 extra zorgverleners zijn nodig opdat alle zorgaanbieders gaan voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het kwaliteitskader gaat het niet alleen om basisveiligheid zoals ondervoeding, uitdroging, doorligwonden, medicatiefouten, onheuse bejegening en mishandeling. Het gaat ook om persoonsgerichte zorg, om wonen en welzijn, om leren en verbeteren, de personeelssamenstelling, gebruik van informatie en hulpbronnen en leiderschap. De genoemde onderwerpen betreffen met name de basisveiligheid. De zorgaanbieders dienen nu reeds te voldoen aan de eisen met betrekking tot basisveiligheid. Daarop houdt de IGJ dan ook toezicht.

111

Stages in een verpleeghuis worden door zorgstudenten als minder uitdagend beschouwd dan een stage in het ziekenhuis. Wat gaan de bewindslieden doen om te zorgen dat studenten niet afhaken tijdens hun opleiding door niet-uitdagende stages?

Zorgstudenten lopen meestal in hun eerste leerjaren een stage in een verpleeghuis. Vaak voeren zij dan basiszorgtaken uit. Dit zijn taken die door zorgstudenten soms als minder uitdagend worden beschouwd. Het is primair aan de verpleeghuizen zelf om interessante functies beschikbaar te stellen voor studenten verpleegkunde. Naarmate de studie vordert mogen ze meer complexe taken uitvoeren.

Om de stageplaatsen in verpleeghuizen aantrekkelijker te maken wordt bijvoorbeeld samenwerking met onderwijsinstellingen in de stagebegeleiding gestimuleerd. Het Ministerie van OCW beoogt met het Regionaal Investeringsfonds mbo (RIF) en de Centres of Expertise in het hbo actieve samenwerking tussen onderwijs en zorgwerkers, wat onder meer kan bijdragen aan meer goede stages die aansluiten bij de opleiding. Via de regionale actieplannen worden alternatieve stagevormen gestimuleerd, waarbij de docent meer de praktijk in komt. Ook de pilot van de Hanze Hogeschool in Groningen is een mooi voorbeeld, waarin hbo verpleegkunde studenten tijdens verschillende korte stages een groep kwetsbare ouderen volgen door de gehele zorgketen. Zij focussen zich op een zelfgekozen patiëntenprobleem en geven adviezen aan de instellingen in de zorgketen. Zo volgen zij bijvoorbeeld patiënten van thuiszorg, naar ziekenhuis, naar revalidatiecentrum tot een eventuele verhuizing naar een verpleeghuis. Op deze manier krijgen zij een beter beeld van het werk van een hbo-verpleegkundige in een verpleeghuis na afstuderen.

112

In hoeverre worden de zogenaamde «sandwich»-programma's al toegepast en blijken deze ook effectief te zijn?

Sandwichstages zijn zo ingericht dat de stage niet alleen dienstbaar is aan het leren van de stagiair, maar ook aan het leerproces van de praktijkbegeleiders en docenten. Dit krijgt veelal handen en voeten in een zogenaamde praktijkroute. Steeds meer mbos kiezen ervoor opleidingen vorm te geven in de praktijk en dus op locatie. Zij doen dit ook voor steeds meer verschillende opleidingen. Daarmee groeit het aantal deelnemers dat in de praktijk wordt opgeleid. Binnen het zorgpact zijn er 51 koplopers die met Leren in de praktijk aan de slag zijn gegaan. Naast het leren in de praktijk door de stagiair, is duidelijk dat ook de docenten en praktijkbegeleiders van deze onderwijsvariant leren. Een aantal voorbeelden:

<https://zorgpact.nl/verhalen/partners-koploper-netwerkzou-breiden-succesvol-gildeleren-uit>

<https://zorgpact.nl/kopgroep/ketenstage-student-volgt-client>

<https://zorgpact.nl/kopgroep/verhalen/de-koperhorst-echte-beginnende-professionals-na-opleiding-in-leerbedrijf>

Vanuit de zorgpactvoorbeelden zijn er positieve ervaringen met de programma's die onder verschillende benamingen (zoals werkplekleren, Gilde leren, praktijkroutes etc.) in de praktijk voorkomen.

113

Steeds meer zorg thuis betekent ook veel meer vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Kan de regering schetsen hoeveel wijkverpleegkundigen de komende jaren nodig zijn?

Volgens het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn werken er naar schatting momenteel circa 15.000 wijkverpleegkundigen (hbo), circa 20.000 verpleegkundigen in de wijk (mbo) en circa 49.000 verzor-

genden in de thuiszorg. Er zijn geen exacte cijfers beschikbaar over de tekorten van personeel in de wijk op dit moment. Wel is een indicatie mogelijk op basis van cijfers over openstaande vacatures van het UWV en verwachte tekorten in de verpleging en verzorging als gehele beroepsgroep op basis van informatie uit het AZW programma.

Op basis van de meest recente cijfers AZW onderzoeksprogramma blijkt dat als we niets (anders) zouden doen, de tekorten in 2022 aan verplegenden en verzorgenden als totale groepen verder kunnen oplopen. Voor hbo verpleegkundigen zouden de tekorten tussen 32.000 en 38.000 personen zijn; voor mbo verpleegkundigen tussen 27.000 en 38.000 personen en voor mbo verzorgenden tussen de 19.500 en 28.500 personen. Een deel van deze tekorten hebben betrekking op de wijk. Hoe de tekorten *in de wijk* precies zullen uitwerken in de praktijk is alleen bij benadering aan te geven. Als de ontwikkeling in de wijk vergelijkbaar is aan die van de beroepsgroep als geheel in de huidige trends, zal het in 2018 bij benadering gaan om een tekort aan circa 1.000 hbo wijkverpleegkundigen, 1.000 mbo wijkverpleegkundigen en 550 wijkverzorgenden.

Verder beschikt het UWV over cijfers over het aantal openstaande vacatures voor de brede beroepsgroep gespecialiseerd verpleegkundigen, hieronder valt de wijkverpleegkundige. Deze cijfers geven het totale aantal openstaande vacatures op een bepaald peilmoment en staan daarmee niet gelijk aan de omvang van het tekort. De meest recente cijfers van het UWV (peilmoment vierde kwartaal van 2017) laten zien dat er naar schatting 1.700 vacatures voor gespecialiseerd verpleegkundige openstaan. Ter vergelijking: in het vierde kwartaal van 2016 was dit circa 1.400. Het is niet mogelijk hierbinnen een nauwkeurige schatting te geven over de wijkverpleegkundige, noch om aan te geven welk aandeel moeilijk vervulbaar is. Wel is bekend dat de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen (en ook specifiek die voor wijkverpleegkundigen) zeer krap is momenteel en dat naar verwachting veel van de vacatures moeilijk vervulbaar zijn.¹⁴

114

De wijkverpleegkundige heeft de afgelopen jaren (weer) een centrale rol gekregen. Tegelijkertijd is de uitstroom relatief hoog. Kan de regering aangeven hoe groot de uitstroom is en wat daarvan de redenen zijn?

De precieze omvang van de uitstroom binnen de wijkverpleegkundigen is niet bekend. Wel zijn er signalen vanuit de sector over de achterliggende redenen van uitstroom. Vaak zou het gaan om een aantal zaken, al dan niet in samenhang met elkaar: een hoge werkdruk, veel extra uren en onderlinge concurrentie tussen instellingen. Ook blijkt het vaak lastig om volle dagdiensten te maken van 8 uur omdat veel instellingen werken met kortere diensten (shifts). Deze signalen zien we bevestigd in peilingen door beroepsvereniging V&VN. In een peiling uit maart dit jaar onder ruim 2.100 leden bleek dat de ondervraagden het salaris niet vinden opwegen tegen de zwaarte van het werk in combinatie met de hoge werkdruk.

115

Er lijken veel kansen te liggen voor verdere inzet van de Physician Assistant (PA), zowel in het ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk. Is er al meer duidelijkheid over wanneer de wijziging van de wet BIG in zal gaan?

Zowel de Tweede als de Eerste Kamer is akkoord gegaan met het definitief regelen van het beroep PA in de wet BIG. Ik streef ernaar deze wetswijziging met ingang van 1 september 2018 in werking te laten treden.

¹⁴ UWV, Zorg Factsheet Arbeidsmarkt, 12 maart 2018.

116

U zegt de opleiding van PA's en Verpleegkundig Specialisten (VS) voor zowel de huisartsenzorg als de tweedelijnszorg te blijven financieren. Een belangrijk punt van aandacht is hierbij dat de vergoeding voor werklasten voor de opleiding tot PA en VS gelijk is, terwijl de opleiding tot PA een half jaar langer duurt. Bovendien gaat de PA meer dagen naar school, en kan daardoor minder op de werkplek zijn. Het opleiden van een VS is vanuit dit oogpunt financieel aantrekkelijker. Bent u bereid om naar dit verschil te kijken? En zou het een mogelijkheid zijn om bij de toekenning van de subsidie een correctie toe te passen?

Het verschil zit in het feit dat de opleiding tot PA 6 maanden langer duurt dan de opleiding tot VS. Voor een student VS wordt gedurende 24 maanden de vergoeding voor de werklasten gegeven. Voor een student PA wordt gedurende 30 maanden een vergoeding voor de werklasten gegeven. De financiële randvoorwaarden zijn in deze zin voor het opleiden van beide beroepen hetzelfde.

117

Wat bedoelt u met de opmerking dat voor de gehandicaptenzorg geldt dat op dit moment in zijn algemeenheid geen tekorten op de arbeidsmarkt zijn?

Het is niet zo dat over de volle breedte van de gehandicaptenzorg tekorten worden ervaren. Binnen de gehandicaptenzorg zijn er diverse doelgroepen en functies. Bovendien zijn er regionale verschillen. Voor een beperkt aantal specifieke groepen of functies wordt soms een tekort ervaren in specifieke regio's. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en ernstig complexe gedragsproblematiek of verpleegkundigen in de zorg voor ouder wordende mensen met een verstandelijke beperking.

118

Het Ministerie van VWS stelt al jaren meer opleidingsplekken voor huisartsen beschikbaar dan de Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van professionals in de zorg (het Capaciteitsorgaan) adviseert. Ook voor 2018 en 2019 wordt dit gecontinueerd. Maar is het probleem niet eigenlijk dat huisartsen na de opleiding zich in bepaalde gebieden van Nederland niet willen vestigen? Worden deze regionale problemen ook meegenomen? Zo ja, hoe?

In regio's waar het lastiger is om een huisarts te vinden, is het aan partijen in de regio om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken. Zorgverzekeraars hebben hierbij, mede vanwege hun zorgplicht, een belangrijke rol. De uitdaging zit vooral in hoe we ervoor zorgen dat huisartsen zich goed over het land verspreiden. Dit is een complex probleem waarvoor niet een gemakkelijke oplossing voorhanden is.

Het Ministerie van VWS start samen met de LHV een onderzoek om zicht te krijgen op factoren die bepalend zijn voor huisartsen om wel of niet in een bepaald gebied te willen werken. Op dit moment is daar geen duidelijk beeld van.

119

Verpleegkundigen luidden in oktober 2017 de noodklok, omdat zij taken moesten doen die niet in hun takenpakket thuishoren. Voorbeelden hiervan zijn grasmaaien of operatiekamers schoonmaken. Wat gaan de bewindspersonen eraan doen dat het takenpakket van verpleegkundigen niet verder wordt uitgebreid?

Zorg moet op de juiste plek worden gegeven en mensen moeten zoveel mogelijk ingezet worden voor taken waar zij voor opgeleid zijn. Taakherschikking en job-carving zijn twee belangrijke instrumenten die bijdragen aan het kunnen inzetten van de juiste zorgverlener op de juiste plek. Binnen de regionale actieplannen wordt gekeken naar de beste manier om functies, rollen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in te richten en ze waar nodig te herverdelen of op te splitsen.

120

Welke alternatieven zien zij voor «de klusjes» die de verpleegkundigen nu moeten doen?

Zie antwoord 119.

121

Hoe kijkt u aan tegen het inzetten van mensen die nu geen werk hebben om via een leerwerktraject de taken van verpleegkundigen te verlichten?

Mensen zonder werk kunnen door middel van taakherschikking en job-carving makkelijker aan de slag in de zorg, ook als zij nog geen zorg of welzijnsachtergrond hebben. Onder andere met SectorplanPlus worden middelen beschikbaar gesteld voor om- her- en bijscholing waardoor ook zij-instromers en herintreders makkelijker aan het werk kunnen binnen de zorg.

122

Welke argumenten vóór werken in de zorg zullen in de publiekscampagne gebruikt worden?

De precieze inhoud van de publiekscampagne wordt momenteel ontwikkeld. Dit doen we in samenwerking met onze landelijke en regionale partners.

De publiekscampagne is er in ieder geval op gericht om mensen (hernieuwd) te laten kennismaken met de zorg met als uiteindelijke doel dat meer mensen kiezen voor de zorg. De campagne laat het brede palet zien hoe betekenisvol het werken in de zorg en welzijn is en welke de mogelijkheden er zijn om in zorg en welzijn te werken en je te kunnen blijven ontwikkelen. Het vertrekpunt van de precieze invulling is om de mensen die nu in zorg en welzijn werken in staat te stellen dit zelf te kunnen vertellen.

123

Hoeveel leerlingen kiezen voor een opleiding binnen de sector zorg en welzijn zowel op mbo-, hbo- als wetenschappelijk (wo)-niveau? Hoe ontwikkelt deze instroom zich over de afgelopen jaren, sinds 2010?

In onderstaande tabel vindt u de instroom in de opleidingen binnen zorg en welzijn op zowel mbo, hbo als wo-niveau in de jaren studiejaar 2010/2011 tot en met lopend studiejaar.

De instroom in de mbo-opleidingen binnen zorg en welzijn liet tot en met het schooljaar 2012/2013 een stijgende lijn zien om daarna een aantal jaren iets te dalen. Dit schooljaar is er weer sprake van een stijging van het aantal eerstejaars in het mbo met een zorg en welzijnsopleiding. Voor het hbo geldt dat de instroom redelijk stabiel is met uitzondering van het schooljaar 2013/2014. Verder zien we sinds het vorige schooljaar een relatief sterke groei in het aantal instromers. Voor het wo zien we een stijging van de instroom tot en met het jaar 2013/2014. Vervolgens bleef de instroom redelijk stabiel tot dit schooljaar.

In dit schooljaar is er sprake van een sterke stijging van de instroom ten opzichte van vorig jaar.

Tabel 19: instroom in opleidingen binnen sector zorg en welzijn

	2010–2011	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018
Mbo ¹	41.727	42.664	46.212	45.307	40.345	38.105	36.444	38.546
Hbo ²	10.312	10.569	10.844	11.934	10.339	10.482	11.329	12.349
Wo ²	8.193	8.786	9.292	9.843	9.674	9.821	9.635	10.627

¹ Voor het mbo betreft het een selectie van opleidingen die vallen binnen het opleidingsdomein zorg en welzijn. Opleidingen zoals danser en artiest hebben wij eruit gefilterd.

² Voor het hbo en wo betreft het alleen de opleidingen uit de opleidingssector gezondheidszorg. Ook de opleidingssector gedrag en maatschappij bevat enkele opleidingen die hier relevant zijn, met name voor de welzijnssector. Omdat dit slechts een (beperkt) deel van de opleidingen uit de opleidingssector gedrag en maatschappij betreft, is deze opleidingssector niet meegenomen in de cijfers.

Bron: DUO

124

Hoeveel leerlingen ronden een opleiding binnen de sector zorg en welzijn zowel op mbo-, hbo- als wo-niveau af? Hoe ontwikkelt deze uitstroom zich over de afgelopen jaren, sinds 2010?

De onderstaande tabel laat een stijgende trend zien van het aantal studenten in het mbo, hbo en wo dat een diploma haalt na het afronden van zijn opleiding in zorg en welzijn (mbo) en de gezondheidszorg (hbo en wo).

Tabel 20: Gediplomeerde uitstroom in mbo-opleidingen in zorg en welzijn en hbo- en wo-opleidingen gezondheidszorg

		Diplomajaar						
sector		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
mbo ¹		18.652	20.757	23.078	23.456	24.569	21.642	22.359
hbo ²	associ- ate							
	degree	233	232	256	234	158	140	134
hbo ²	bachelor	6.463	6.527	6.462	6.818	6.988	7.498	8.463
hbo ²	master	328	387	356	404	379	367	420
wo ²	bachelor	3.628	4.442	4.532	4.505	4.601	4.576	4.782
wo ²	master	2.603	3.110	3.523	3.780	4.415	4.728	5.027
wo ²	ongedeeld	1.838	1.386	1.093	821	367	203	41
<i>Totaal</i>		<i>33.745</i>	<i>36.841</i>	<i>39.300</i>	<i>40.018</i>	<i>41.477</i>	<i>39.154</i>	<i>41.226</i>

¹ Voor het mbo betreft het een selectie van opleidingen die vallen binnen het opleidingsdomein zorg en welzijn. Opleidingen zoals danser en artiest hebben wij eruit gefilterd.

² Voor het hbo en wo betreft het alleen de opleidingen uit de opleidingssector gezondheidszorg. Ook de opleidingssector gedrag en maatschappij bevat enkele opleidingen die hier relevant zijn, met name voor de welzijnssector. Omdat dit slechts een (beperkt) deel van de opleidingen uit de opleidingssector gedrag en maatschappij betreft, is deze opleidingssector niet meegenomen in de cijfers.

Bron: DUO

125

Hoeveel leerlingen kiezen na een opleiding binnen de sector zorg en welzijn zowel op mbo-, hbo- en wo-niveau voor een baan binnen de sector zorg en welzijn? Hoe ontwikkelt deze doorstroom zich over de afgelopen jaren, sinds 2010?

In een enquête onder mbo-gediplomeerden is nagegaan in hoeverre de baan van gediplomeerden binnen of in het verlengde van de opleidingsrichting is. De uitkomsten van die enquête zijn in onderstaande tabel opgenomen. Gediplomeerden uit de richting Zorg en Welzijn werken vaker dan andere gediplomeerden (met name vanaf niveau 3) in het verlengde van de opleidingsrichting.

Tabel 21: Percentage gediplomeerden waarvan de huidige functie binnen de eigen of verwante opleidingsrichting is (richting Zorg en Welzijn)

		2010–2011	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015
Mbo	Niveau 2	72%	74%	65%	69%	56%
	Niveau 3	89%	88%	89%	86%	80%
	Niveau 4	89%	89%	88%	86%	83%

Bron: Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt, 2017, ROA. Mbo vanaf niveau startkwalificatie (niveau 2) weergegeven.

Het CBS heeft de arbeidsmarktkenmerken van gediplomeerde hbo- en wo-uitstromers onderzocht. In onderstaande tabel is opgenomen het percentage van de wo en hbo-gediplomeerden in de richting gezondheidszorg en welzijn die, 1 jaar na uitstroom, aan het werk zijn in de sector gezondheidszorg en welzijn. Cijfers over tussenliggende en latere jaren zijn niet beschikbaar.

Tabel 22: Percentage gediplomeerden in hbo en wo gezondheidszorg en welzijn dat 1 jaar na afstuderen, werkt in gezondheidszorg en welzijn.

	2009–2010	2013–2014
Hbo-bachelor gezondheidszorg	84%	76%
Hbo-bachelor welzijn	74%	59%
Wo-master gezondheidszorg	80%	75%

Bron: https://www.cbs.nl/-/media/_excel/2018/20/ho-arbmarkt-studierichting-2009-2014.xlsx

126

Hoeveel stageplaatsen zijn er binnen de sector zorg en welzijn beschikbaar, uitgesplitst op hbo-, mbo- en wo-niveau? Hoe ontwikkelt deze hoeveelheid stageplaatsen zich over de afgelopen jaren, sinds 2010?

Exacte cijfers over het aantal beschikbare stages in de zorg- en welzijnssector zijn niet voorhanden. Wel is bekend hoeveel stages (fte) er worden gesubsidieerd vanuit het Stagefonds Zorg uitgesplitst naar mbo- en hbo-niveau. (zie tabel)

Tabel 23: Aantal gesubsidieerde stages (fte) via het Stagefonds Zorg per schooljaar.

	2009–2010	2010–2011	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
Mbo	36.480	38.577	40.328	42.196	41.385	38.096	37.443	34.032
Hbo	6.588	7.178	8.041	8.381	9.530	9.169	11.543	11.766

127

Hoe verhouden de aangekondigde activiteiten om de zorg een beter imago te geven, zich tot de reeds aangekondigde activiteiten in de Arbeidsmarktagenda 2023? Is sprake van dezelfde activiteiten of van in elkaars verlengde activiteiten?

De bij de Arbeidsmarktagenda 2023 betrokken partijen zijn nu ook weer betrokken bij de ontwikkeling van de landelijke wervingscampagne van het actieprogramma Werken in de Zorg. Binnen de campagne is aandacht voor specifieke branches, zoals de zorg voor ouderen.

De wervingscampagne is een van de maatregelen uit het Actieprogramma, naast tal van andere maatregelen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie en het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg.

128

Wat zijn de concrete doelen van de campagne om het imago van de zorg te verbeteren? En hoe wordt het effect van deze campagne gemeten?

Een van de maatregelen van het Actieprogramma Werken in de Zorg is een wervingscampagne, naast tal van andere maatregelen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie en het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg.

Zoals gebruikelijk bij voorlichtingscampagnes van de rijksoverheid wordt de campagne geëvalueerd volgens een vaste methodiek waarbij wordt onderzocht wat mensen opmerken, onthouden, waarderen en begrijpen van de boodschap van de campagne en de hierbij horende uitingen. Ook wordt er een analyse gedaan op online gebruik en ervaringen van de verschillende communicatiemiddelen en -uitingen die worden ingezet.

129

Hoe toetst u het imago van werken in de zorg? Hoe weet u hoe het er nu voor staat met dat imago en hoe weet u of dat verbetert? Hoe gaat u dat meten? Welke maatregelen verbeteren het imago van werken in de zorg? Waar baseert u dat op?

Zie het antwoord op vraag 128.

130

Kunt u voorbeelden geven van bestaande regionale websites en initiatieven die worden gebundeld in de nieuwe website? Is sprake van een daadwerkelijke bundeling of worden bezoekers doorverwezen naar de regionale websites? Hoe zorgt u ervoor dat mensen straks de beschikbare informatie gemakkelijk kunnen vinden?

Iedere van de 14 Regioplus organisaties heeft een eigen website met informatie over vacatures en loopbaanontwikkeling in zorg en welzijn (bijv. www.zorgpleinnoord.nl en www.viazorg.nl). Deze bestaan naast andere websites met keuze informatie voor opleidingen, vacatures, of loopbaaninformatie. De nieuwe website moet eraan bijdragen dat iemand die interesse heeft in werken in de zorg nog makkelijker kan vinden welke mogelijkheden er zijn, wat daarvoor nodig is en waar degene terecht kan voor de volgende stap.

131

Waarom is voor regionale aanpak gekozen? Denkt u met een regionale aanpak sneller resultaat te boeken dan met een centrale aanpak? Zo ja, waar baseert u dat op?

We werken met een landelijk actieprogramma maar met de nadruk op de regionale aanpak, want leren, wonen en werken speelt zich in grote mate in dezelfde regio af. Het is ook op dat niveau dat je concrete afspraken kunt maken, bijvoorbeeld om meer stages te organiseren, of dat deze stages niet alleen in het ziekenhuis plaats vinden, maar ook in het verpleeghuis. Met deze aanpak maken we goed gebruik van de energie in bestaande regionale samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld tussen de zorg en het onderwijs. Op deze manier kunnen goed inspelen op vraagstukken en ontwikkelingen die specifiek zijn in een bepaalde regio. Dat betekent ook dat regio's waar het sneller gaat niet afgeremd hoeven te worden door een landelijk gemiddelde. Afspraken en acties op landelijk

niveau blijven echter nodig. Dit doen we als ministerie bijvoorbeeld met een publiekscampagne. Maar ook waar het gaat om het adresseren van knelpunten en noodzakelijke randvoorwaarden die niet in de regio geregeld kunnen worden, of het verder helpen en delen van goede voorbeelden.

132

Is bekend wat het beeld is dat leerlingen nu hebben van werken in de zorg?

Er is door VWS geen specifiek onderzoek verricht naar het beeld dat leerlingen nu hebben van werken in de zorg. Wel ontvangt het ministerie signalen uit het veld dat de zorg minder goed scoort onder jongeren, met name op het gebied van loopbaanperspectieven en salaris. Hierdoor kiezen onvoldoende jongeren voor opleidingen in de zorg. Daarnaast is er tijdens de opleiding soms uitval door onvoldoende goede stageplekken en begeleiding.

Er wordt vanaf het begin ingezet op een hele set maatregelen om de personeelstekorten in zorg en welzijn terug te dringen. Een van de maatregelen is een wervingscampagne, naast tal van andere maatregelen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie en het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg.

133

In welke regio's is op dit moment een tekort aan goede stageplaatsen voor mbo-studenten en hoe groot is het tekort per regio?

We hebben geen cijfers over tekorten aan goede stageplaatsen voor mbo-studenten. Wel beoordeelt de Samenwerkingsorganisatie Beroeps- onderwijs Bedrijfsleven (SBB) de kans op een stage op basis van 5 categorieën (1 is geringe kans en 5 is goede kansen). Deze laat in zeer beperkte mate regionale verschillen zien. Voor bijna alle mbo opleidingen in zorg en welzijn geldt dat er voldoende tot ruim voldoende kans is op een stage. Uitzonderingen zijn de opleidingen mbo-verpleegkundige en de opleiding tot thuisbegeleider. Hiervoor geldt een matige kans op een stage. Met het Actieprogramma zetten we in op een grotere kans op stages, onder andere met regionale afspraken over stages.

134

Zijn alle trajecten in het eerste tijdvak van het SectorplanPlus na verhoging van het budget ingevuld? Kunt u voorbeelden geven van ingediende trajecten?

Van alle trajecten is beoordeeld of zij aan de voorwaarden van de beschikking van SectorplanPlus voldoen. Na deze analyse bleek dat er in het eerste tijdvak voor ruim € 88 miljoen subsidie is aangevraagd bij een beschikbaar subsidiebedrag van € 80 mln. Gegeven deze overtekening is de procedure voor overtekening in tijdvak 1 toegepast, zoals beschreven in de beschikking. Dit betekent dat voor alle aanvragen het subsidiabele bedrag tot € 15.000 volledig is gehonoreerd. Voor alle aanvragen groter dan dit bedrag is vervolgens eenzelfde korting op de subsidie toegepast, zodat het totale gesubsidieerde bedrag uitkomt op de beschikbare € 80 mln.

In het eerste tijdvak is door 1059 organisaties, uiteenlopend van huisartsenpraktijken tot grote VVT-instellingen, een opleidingsproject ingediend, waarmee naar verwachting zo'n 58.500 scholingstrajecten kunnen worden uitgevoerd.

Het overgrote deel van de energie wordt gezet op het creëren van extra plekken in een beroepsbegeleidende leerweg (bbl), waarbij werken en leren worden gecombineerd. Dit is voor zij-instromers een aantrekkelijker

route dan een route waarbij sprake is van leren-stage. In totaal is ruimte voorzien voor 11.634 bbl-opleidingsplaatsen. Daarnaast is ruimte voor 2.246 extra duale hbo plekken. Daarbij is ook sprake van een combinatie van werken en leren.

Om tegemoet te kunnen komen aan de behoefte aan maatwerk kunnen ook kortdurende, middellange en langdurige trainings- en opleidingsprojecten gesubsidieerd worden. Voorwaarde is wel dat het moet gaan om opleidingen gericht op de oplossing van de toenemende personeelskrapte. In het eerste tijdvak zijn aanvragen ingediend voor 3.100 langer durende opleidingen (minstens 16 dagen), 4.268 middellang durende opleidingen (5 t/m 15 dagen) en 37.252 kortdurende opleidingen (tot 5 dagen). Hiermee wordt werkgevers alle ruimte geboden om via maatwerk nieuwe medewerkers te scholen.

135

Kiest u ervoor om per tijdvak een focus op bepaalde onderdelen aan te brengen, of kan ieder traject in principe worden gehonoreerd?

In de beschikking is verwoord aan welke eisen een opleidingsproject dient te voldoen. Als een project aan de eisen voldoet, kan een aanvraag worden ingediend. De mate van toekenning van de aangevraagde subsidie is daarbij mede afhankelijk van het per regio beschikbare subsidiebedrag per tijdvak.

136

Wat is precies uw bedoeling met die maatschappelijke stage? Is het vrijwillig of verplicht? We mogen toch hopen dat het niet verplicht wordt? Kwetsbare ouderen worden toch niet blootgesteld aan mensen die met tegenzin een stage gaan lopen? Realiseert u zich dat zorgmedewerkers door dit idee opgescheept worden met de begeleiding van de deelnemers? Dit zorgt toch voor nog minder tijd op de werkvloer?

Het gaat hier om «Vrijwillige maatschappelijke diensttijd voor jongeren», welke in het huidige regeerakkoord is opgenomen. Staatssecretaris Blokhuis heeft de Tweede Kamer hierover bij brief op 11 april 2018 nader geïnformeerd. Het kabinet ontwikkelt de maatschappelijke diensttijd voor jongeren, om hen optimaal de kans te bieden betrokken te zijn bij de samenleving en hieraan een bijdrage te leveren. De maatschappelijke diensttijd biedt tijd en ruimte waarin jongeren zich inzetten voor een ander en zo hun eigen talenten ontdekken en ontwikkelen. Het is een kans om ervaring op te doen en misschien een duidelijker beeld te krijgen voor een beroepskeuze.

Het programma kan mogelijk ook een impuls bieden aan het interesseren van jongeren voor beroepen in sectoren waar personeelstekorten zijn, zoals zorg en welzijn.

De maatschappelijke diensttijd is op vrijwillige basis en neemt de intrinsieke motivatie van de jongeren als startpunt. Instellingen waar de vrijwillige diensttijd plaatsvindt moeten vooraf goed aangeven hoe de begeleiding van de jongere plaatsvindt en wat de jongere kan doen, passend bij de aard van de organisatie. De opzet en uitvoering dragen bij aan het mogelijk maken van een goede invulling van de diensttijd op de werkvloer van de verschillende organisaties.

137

We snappen dat het wenselijk is om de instroom in de zorg- en welzijnsopleidingen in het mbo te vergroten, maar de afgelopen jaren werden vooral de mbo'ers de ouderenzorg uit ontslagen en u snapt toch wel dat zij het rijksbeleid niet meer vertrouwen? Hoe gaat u dit vertrouwen herstellen als u niet eens bereid bent uw plannen door te laten rekenen op haalbaarheid en kostenplaatje door de rekenmeesters van het CPB? Hoe

vaak stellen zorgverzekeraars hbo-niveau als vereiste? Waarom is dit? Kunt u bewerkstelligen dat meer variatie in opleidingseisen gevraagd wordt door zorgverzekeraars?

Het is begrijpelijk als een deel van de mensen die eerder hun baan heeft verloren in de ouderenzorg, nu minder vertrouwen heeft in het werken binnen de zorg. Hopelijk zullen afspraken over bijvoorbeeld het bieden van werkzekerheid – zoals in de arbeidsmarktagenda zorg voor ouderen en in veel regionale actieplannen gebeurt – dit vertrouwen herstellen.

Voor wat betreft het doorrekenen van het actieprogramma Werken in de zorg door het CPB verwijs ik u naar het antwoord op vraag 45.

Verzekeraars stellen in hun inkoopvoorwaarden soms opleidingseisen vanuit kwaliteitsoogpunt. Ik heb hier echter geen uitputtend overzicht van. Voorbeeld van een dergelijke inkoop eis op hbo-niveau is het indiceren van de aanspraak wijkverpleging. Overigens is daarbij geen voorwaarde dat de zorgverlening zelf ook door een hbo-verpleegkundige wordt gedaan. In een breder verband zien we dat de kwalificatie-eisen die aan zorgpersoneel worden gesteld toenemen. Werkgevers geven aan dat dit niet alleen te maken heeft met eisen vanuit zorgverzekeraars, maar ook samen hangt met de toename van complexe zorg, het belang van omgaan met technologie, verschuiving naar eerstelijnszorg en opleidingseisen in richtlijnen, protocollen, expertisegebieden en professionele standaarden van de beroepsgroep. Toenemende opleidingseisen is ook één van de thema's van het Zorgpact. In dat kader wordt er door betrokken partijen (o.a. werkgevers, zorgverzekeraars en beroepsgroepen) besproken hoe met deze toenemende opleidingseisen om te gaan en op welke wijze er – met behoud van kwaliteit – zoveel mogelijk ruimte aan teams kan worden geboden voor het afstemmen van de functiemix op de cliënt en de context op de werkvloer.

138

Worden afspraken gemaakt met zorgorganisaties over *job-carving*, waardoor werken in de zorg voor mbo'ers aantrekkelijker gemaakt wordt? Zo ja, welke afspraken zijn dat?

Binnen de regionale actieplannen wordt gekeken hoe er ingezet kan worden op *job-carving* voor werkzaamheden en medewerkers waarbij dit passend is. De aanpak zal per regio verschillen. Bij mogelijkheden voor *job-carving* denken we bijvoorbeeld aan mbo'ers met specifieke mogelijkheden of mensen met een beperking en naast mbo'ers ook aan leerlingen uit het praktijkonderwijs en het speciaal voortgezet onderwijs en de mbo-entreeopleiding, mensen met een Participatiewet-uitkering of een UWV-uitkering en statushouders. VWS stimuleert dit door de goede voorbeelden die er al zijn te verspreiden via bijvoorbeeld het actieleernetwerk en het Zorgpact.

139

Kunt u het niveau (1 t/m 5) in aantallen van de huidige zorgmedewerkers in de VVT-sector aangeven?

In onderstaande tabel is het aantal werknemers in de VVT-sector naar kwalificatieniveau weergegeven. Het betreft een uitsplitsing naar de zorgkwalificaties die binnen het onderzoeksprogramma AZW worden onderscheiden. De categorie overig bestaat voornamelijk uit personeel met niet-cliëntgebonden kwalificaties of personeel kwalificaties op universitaire niveau.

Tabel 24: Aantal werknemers VVT-sector 3de kwartaal 2017 uitgesplitst naar niveau (duizenden medewerkers)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 6	overig
Aantal werknemers	3,4	27,0	152,7	66,6	27,6	98,7

Bron: onderzoeksprogramma AZW (www.azwinfo.nl)

140

Moet landelijk en dus in elke regio een stagegarantie worden afgesproken voor mbo- en hbo-opleidingen in de zorg?

Het aanbieden van voldoende kwalitatief goede stageplaatsen is de primaire verantwoordelijkheid van de zorg- en welzijnsinstellingen en het onderwijsveld samen. Het matchen van stagiairs en stageplaatsen gebeurt op regionaal niveau.

In de regionale actieplannen worden expliciete afspraken gemaakt over voldoende en goede stageplekken in de regio.

141

Wat is de ontwikkeling van het aantal mbo-2 werkenden in de zorg in de afgelopen 10 jaar en wat is de verwachting voor deze groep de komende 10 jaar?

We hebben geen betrouwbare tijdreeks beschikbaar voor wat betreft de ontwikkeling van het aantal mbo-2 werkenden in de zorg in de afgelopen 10 jaar. Op basis van enquêtes onder werkgevers in het kader van het onderzoeksprogramma AZW weten we wel dat de werkgelegenheidsdaling tussen 2012 en 2015 in de zorg voor een deel bestond uit een afname in werkgelegenheid onder lager opgeleid personeel.

Deze kabinetsperiode wordt een toename verwacht van het aantal helpenden (mbo niveau 2) binnen de zorg, met name binnen de verpleeghuissector. Dit hangt samen met de groeiende vraag naar personeel onder andere als gevolg van de invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

142

Hoeveel van de tienduizenden ontslagenen in de zorg ten tijde van de decentralisaties en bezuinigingen zijn inmiddels weer aan het werk en hoeveel van hen staan nog langs de kant?

Er is geen inzicht in hoeveel mensen die eerder hun baan hebben verloren binnen de zorg nu weer aan het werk zijn en hoeveel nog werkloos zijn.

143

Worden de zorgmedewerkers die de afgelopen jaren ontslagen zijn actief benaderd om opnieuw in de zorg te gaan werken?

De afgelopen jaren is er veel veranderd voor professionals binnen de zorg. Deze veranderingen zijn niet altijd gemakkelijk geweest, maar waren tegelijkertijd wel noodzakelijk om de zorg betaalbaar te houden. Het personeel dat afgelopen jaren is uitgestroomd, is niet 1-op-1 hetzelfde als het personeel dat komende jaren nodig is. Er was bijvoorbeeld een relatief grote uitstroom van personeel dat niet directe zorg levert (overhead).

Tegelijkertijd willen we mensen die graag weer terug willen naar de zorg, ondersteunen. Daarom bieden we instellingen ondersteuning met de scholingsimpuls SectorplanPlus. Deze middelen bieden de mogelijkheid voor werkgevers om nieuwe medewerkers extra scholing te kunnen bieden die nodig is voor een functie. In eerste tijdvak van deze regeling

hebben we € 80 miljoen beschikbaar gesteld. Hiermee kunnen werkgevers 58.500 trajecten aanbieden.

144

Worden ontslagen zorgverleners betrokken bij het actieplan? Zo ja hoe, zo nee, waarom niet?

Met de aanpak zetten we ook nadrukkelijk in op herintreders en zij-instromers. In de gevallen waar dat nodig is bieden we instellingen ondersteuning met de scholingsimpuls SectorplanPlus. Deze middelen bieden de mogelijkheid voor werkgevers om nieuwe medewerkers extra scholing te kunnen bieden die nodig is voor een functie. In eerste tijdvak van deze regeling hebben we € 80 miljoen beschikbaar gesteld. Hiermee kunnen werkgevers ruim 55.000 trajecten aanbieden.

145

Er wordt ingezet op herintreders. Hoeveel van de 77.000 zorgmedewerkers die onder het kabinet Rutte-II werden ontslagen zijn op dit moment weer aan de slag in de zorg? Hoe verhoudt dit zich tot de op dit moment 130.000 openstaande vacatures (UWV, maart 2018) in de zorg?

Er is geen inzicht in hoeveel mensen die eerder hun baan hebben verloren binnen de zorg nu weer aan het werk zijn in de zorg. Voor wat betreft de 130 duizend vacatures van het UWV, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 55.

146

De instroom in de zorg- en welzijnsopleidingen in het mbo stijgt, maar moet nog verder omhoog, maar zorgverzekeraars sturen aan op medewerkers op hbo-niveau, wordt dit beleid een halt toegeroepen?

Zie het antwoord op vraag 137.

147

Moet er een verbod op numerus fixus bij opleidingen in de zorg komen waar tekorten worden verwacht, zodat de situatie van vorig jaar waarbij 14 hbo-opleidingen verpleegkunde zo'n numerus fixus instelden in de toekomst niet meer kan voorkomen?

Het kabinet is van mening dat opleidingen in het hoger onderwijs enkel een numerus fixus mogen hanteren wanneer dit noodzakelijk is om de onderwijskwaliteit te borgen. Om erop toe te zien dat instellingen enkel noodzakelijke capaciteitsbeperkingen aanbrengen, is in het regeerakkoord opgenomen dat de Minister van OCW de bevoegdheid krijgt om een numerus fixus te blokkeren.

Verpleegkundeopleidingen en werkgevers zijn zich bewust van de grote behoefte aan verpleegkundigen. Zij zetten zich daarom in voor maximale verantwoorde groei van het aantal verpleegkundestudenten, waarbij de onderwijskwaliteit geborgd blijft. Het is namelijk van belang dat iedereen die zich inschrijft voor een verpleegkundeopleiding kan rekenen op een kwalitatief goed onderwijsprogramma. Een onderdeel hiervan is het kunnen volgen van een leerzame stage. Het resultaat van de inzet van onderwijsinstellingen en werkgevers is dat het aantal studenten dat een verpleegkundeopleiding kan volgen blijft groeien. Daarover maken onderwijsinstellingen en werkgevers afspraken in het kader van de regionale actieplannen tegen tekorten in de zorg. 7 van de 17 hbo-opleidingen hanteren geen numerus fixus. De duale en deeltijdvarianten van de opleiding hebben nergens een numerus fixus. De

verwachting van de hogescholen is dat alle studenten die dat willen, een verpleegkundeopleiding kunnen volgen.

148

Zijn er zorgopleidingen (verpleging en verzorging) die op dit moment nog een numerus fixus hanteren? Zo ja, welke? Bent u bereid te bewerkstelligen dat een numerus fixus definitief niet meer gehanteerd wordt?

De tabel geeft een overzicht van de opleidingen in het hbo en wo, sector gezondheidszorg, waarvoor één of meer instellingen een numerus fixus hanteren voor collegejaar 2018/2019. In deze tabel zijn alleen opleidingen opgenomen waarvoor één of meer instellingen een numerus fixus hanteren. Daarnaast zijn in de sector gezondheidszorg nog diverse andere opleidingen waarbij geen enkele instelling een numerus fixus gehanteerd heeft, deze zijn niet in de tabel opgenomen.

Zoals ik op vraag 147 heb geantwoord is het kabinet van mening dat opleidingen in het hoger onderwijs enkel een numerus fixus mogen hanteren wanneer dit noodzakelijk is om de onderwijskwaliteit te borgen. Om erop toe te zien dat instellingen enkel noodzakelijke capaciteitsbeperkingen aanbrengen, is in het regeerakkoord opgenomen dat de Minister van OCW de bevoegdheid krijgt om een numerus fixus in het hoger onderwijs te blokkeren. De Minister van OCW zal uw Kamer hier voor de zomer over informeren.

Tabel 25: Opleidingen met numerus fixus

Wo zorgopleidingen		2018	
Naam opleiding	Opl.vorm	fixus	geen fixus
B Klinische Technologie	voltijd	1	
B Klinische Technologie (joint degree)	voltijd	1	
B Geneeskunde	voltijd	8	
B Tandheelkunde	voltijd	4	
B Diergeneeskunde	voltijd	1	
B Biomedische Wetenschappen	voltijd	4	1

Hbo zorgopleidingen		2018	
Naam opleiding	Opl.vorm	fixus	geen fixus
B Medische Hulpverlening	voltijd	3	
B Huidtherapie	voltijd	2	
B Verloskunde	voltijd	3	
B Optometrie	voltijd	1	
B Opleiding tot Verpleegkundige	voltijd	10	7
B Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken	voltijd	1	2
B Opleiding tot Fysiotherapeut	voltijd	7	3
B Mondzorgkunde	voltijd	4	
B Orthoptie	voltijd	1	
B Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie	voltijd	1	

Ten aanzien van het mbo geldt sinds 2018 voor het eerst dat opleidingen jaarlijks uiterlijk op 1 februari voorafgaand aan het studiejaar dienen te communiceren over hun toelatingsprocedure bij overaanmelding voor deze opleiding(en). Het Kennispunt MBO heeft een overzicht gemaakt van de opleidingen Verzorgende IG en Verpleegkundige die een numerus fixus hebben ingesteld voor studiejaar 2018–2019. In totaal bieden 42 mbo-instellingen de opleidingen Verzorgende IG en Verpleegkunde aan. Drie mbo-instellingen hebben voor het schooljaar 2018–2019 voor de

opleiding Verzorgende IG een numerus fixus ingesteld. Voor de opleiding Verpleegkunde hebben zeven instellingen een numerus fixus ingesteld.

149

Op welke wijze kunnen herintreders en zij-instromers gebruik maken van vrijstellingen voor vakken die binnen een eerdere opleiding al zijn genoten? Op welke wijze gaat het onderwijs mensen hierin faciliteren om dit gemakkelijk te maken? Gaarne aan de hand van praktijkvoorbeelden hoe dit ingevuld gaat worden?

Onderwijsinstellingen in het mbo en het hoger onderwijs kunnen aan herintreders en zij-instromers vrijstellingen verstrekken vanwege eerder verworven werkervaring en/of vanwege eerder gevolgde opleidingen en cursussen. Zij-instromers en herintreders die voor onderdelen van de opleiding vrijgesteld willen worden, dienen hiertoe een verzoek in bij de examencommissie. De Minister van OCW heeft in het recent afgesloten bestuursakkoord met de MBO Raad afgesproken mbo-instellingen te stimuleren meer gebruik te gaan maken van de ruimte in de wet voor het verkorten van opleidingstrajecten voor deze doelgroep, op basis van verleende vrijstellingen. Ook verkent de Minister van OCW, samen met de MBO Raad, hoe omgegaan kan worden met de generieke eisen voor Nederlands, rekenen, Engels en burgerschap voor volwassenen, die deze eisen reeds eerder in hun loopbaan hebben behaald.

Voorbeelden van onderwijsinstellingen mbo die, in samenwerking met zorginstellingen, verkorte opleidingstrajecten uitvoeren voor zij-instromers zijn te vinden op de website van het Zorgpact:

- www.zorgpact.nl/kopgroep/carriere-switchers
- www.zorgpact.nl/kopgroep/top-college-academie-voor-zorg-en-welzijn

Onder herintreders verstaan we mensen die eerder in de zorg hebben gewerkt en weer terug willen keren in hun oude zorgberoep. Zij beschikken over het algemeen al over de benodigde opleiding om in de zorg te gaan werken. Alleen de herintreder in een BIG-geregistreerd beroep, zoals de verpleegkundige, die niet meer BIG-geregistreerd is, moet zich scholen om in het oude beroep terug te kunnen keren. Herintreders die door een tekort aan recente werkervaring niet meer BIG-geregistreerd zijn, kunnen zich via het met goed gevolg doorlopen van een aangewezen bijscholingsprogramma weer registreren. De deelnemers kunnen er desgewenst voor kiezen alleen het examen te doen en af te zien van deelname aan de lesdagen.

Voor andere herintreders, zoals de verzorgende of de activiteitenbegeleider, is scholing niet verplicht. Mogelijk is enige bijscholing wel gewenst om te zorgen dat zij weer over actuele kennis en vaardigheden beschikken. Hiervoor zal over het algemeen geen volledige mbo- of hbo-opleiding nodig zijn, maar bijscholing die toegesneden is op de hiaten in de kennis en vaardigheden. Dan is een vrijstelling niet nodig.

150

Verdiend het traject van de bbl-opleiding voor bijstandsgerechtigden uit zorgpact Stedendriehoek/Noord-Veluwe landelijke navolging? Wordt landelijke navolging actief gestimuleerd?

Regionale verschillen vragen om regionale antwoorden. Mogelijk kunnen andere regio's gebruik maken van de ervaring van het Zorgpact Stedendriehoek/Noord-Veluwe, of hun werkwijze zelfs integraal volgen. Dit kan echter niet op landelijk niveau bepaald worden en het is aan de regionale samenwerkingsverbanden om hier invulling aan te geven. Via het Zorgpact worden deze mooie voorbeelden nu al onder de aandacht gebracht en ervaringen gedeeld. Het nog in te richten actie-leernetwerk gaat een platform bieden voor uitwisseling van kennis en ervaringen,

bijvoorbeeld door de organisatie van themabijeenkomsten voor scholen en instellingen.

151

Is bekend waarom 80.000 mensen per jaar de zorgsector verlaten voor een baan buiten de zorgsector?

Zie antwoord op vraag 67.

152

Wat wordt bedoeld met «dit kan en moet anders»; hoe hoog is een «normaal» uitstroomaantal, waar gaat het actieplan voor de komende jaren vanuit en welk aantal wil het actieplan de komende jaren bereiken?

Het belang van behoud van zorgmedewerkers voor de sector kan niet genoeg benadrukt worden, daarom «moet dit anders». En dit kan ook anders. Zoals ook in vraag 67 werd aangegeven, is uit een recent uitstroomonderzoek gebleken dat een aanzienlijk deel van de mensen dat is uitgestroomd naar een andere sector openstaat voor een terugkeer naar de zorg. Door in een vroegtijdig stadium medewerkers te ondersteunen bij hun loopbaankeuzes kunnen wij hen behouden voor de sector. Dit doen we met een impuls aan Sterk in je Werk en met het versterken, verbreden en verbinden van de regionale en landelijke loopbaanportals. Het beoogde potentiële effect van deze maatregelen is het terugdringen van de uitstroom met 10%, wat in 2022 leidt tot een potentiële afname van het tekort met 17,5 duizend personen. In de regio bepalen partijen echter zelf – rekening houdend met de eigen regionale situatie – hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en doelen zij daarmee kiezen op de verschillende (onderdelen van de) actielijnen. De afspraken daarover leggen zij vast in het regionale actieplannen.

153

Waarom is er niet voor gekozen om een via loonsverhoging (blijven) werken in (delen van) de zorg aantrekkelijker te maken?

In de zorg onderhandelen werkgevers- en werknemersorganisaties aan de cao-tafel over arbeidsvoorwaarden. Het Ministerie van VWS is geen partij aan deze cao-tafel. Wel stelt het ministerie via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling marktconforme arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar. Het is aan sociale partners om hier gebruik van te maken.

154

Hoeveel loonruimte is er voor de komende cao Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), om hoeveel loonstijging per jaar gaat het?

Zie het antwoord op vraag 153. Verder kan ik niet ingaan op de hoogte van de arbeidsvoorwaardenruimte die beschikbaar wordt gesteld. In het OVA-convenant zijn afspraken gemaakt over de zogenaamde versluiting. Dit houdt in dat beide partijen (VWS en werkgevers) in de periode voorafgaande aan de totstandkoming van een nieuwe cao de publiciteit over de hoogte van de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling zullen mijden.

155

Hoeveel geld is gemoeid met een extra loonsverhoging van 2% voor functies waar nu de grootste tekorten worden verwacht, te weten bij functies in de verzorging, de verpleging en de maatschappelijke zorg?

Een grove schatting is dat een loonsverhoging van 2% voor de betreffende functies ongeveer 450 miljoen euro kost. Dit is gebaseerd op een

groep van ongeveer 570 duizend medewerkers en gemiddelde loonkosten van 40 duizend euro per werknemer.

Kanttekening bij bovenstaande berekening is dat een loonsverhoging via de cao op alle werknemers van toepassing is die onder de cao vallen. In dat geval zal de loonsverhoging meer geld kosten, aangezien deze op een grotere groep betrekking heeft.

156

Kan in kaart worden gebracht wat de verschillende vakbonden zeggen over de benodigde loonsverhoging in de zorg (onder andere FNV, CNV, Nu91) in de komende jaren?

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 153 is aangegeven dat VWS geen partij is aan de cao-tafel. Ik vind het dan ook niet passend om in kaart te brengen wat de verschillende vakbonden zeggen over de benodigde loonsverhoging in de zorg.

157

Klopt het dat door de krapte op de arbeidsmarkt bij verschillende functies en sectoren in de zorg een ontwikkeling te zien is waarbij nieuwe medewerkers (vast, uitzend, zzp) meer verdienen en meer kosten dan zittend personeel?

Ik heb geen informatie beschikbaar op basis waarvan ik een uitspraak kan doen over de vraag of nieuwe medewerkers meer verdienen en kosten dan zittend personeel.

158

Is sprake van hogere salarissen in het ziekenhuis ten opzichte van werken in de ouderenzorg? Kan de salarisontwikkeling van de afgelopen 10 jaar van diverse functies in beide sectoren worden gepresenteerd? Kan aangegeven worden in hoeverre sprake is van een salarisverschil tussen werken in de ouderenzorg voor mbo-verpleegkundigen, hbo-verpleegkundigen en specialisten?

In onderstaande tabel is op basis van CBS-data het gemiddelde bruto loon voor een aantal beroepsgroepen weergegeven voor de ouderenzorg en ziekenhuizen. Uit de tabel valt op te maken dat voor alle groepen de gemiddelde beloning binnen het ziekenhuis hoger ligt dan binnen de ouderenzorg.

Kanttekening bij deze cijfers is dat ze beïnvloed worden door samenstellingseffecten. In het ziekenhuis werken bijvoorbeeld relatief meer gespecialiseerde verpleegkundigen en minder basisverpleegkundigen dan in de ouderenzorg. Dit heeft effect op het gemiddelde jaarloon van de groep verpleegkundigen. Uit de cijfers vallen daarmee geen harde conclusies te trekken over bijvoorbeeld het salarisverschil voor een mbo-verpleegkundige met vergelijkbare eigenschappen (werkervaring, kennis enz) in het ziekenhuis en de ouderenzorg.

Tabel 26: Gemiddeld bruto jaarloon per arbeidsjaar inclusief overige beloningen¹ (duizenden euro's)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Artsen en tandartsen	<i>ouderenzorg</i>	87,6	90,0	91,2	94,2	96,3	95,0	97,2
	<i>ziekenhuis</i>	97,9	99,4	100,2	101,7	104,7	103,7	109,6
Verpleegkundige	<i>ouderenzorg</i>	44,4	45,9	46,5	47,4	48,5	46,7	47,1
	<i>ziekenhuis</i>	47,5	48,3	49,5	51,0	52,6	52,5	53,6
Overige (para) medische beroepen ²	<i>ouderenzorg</i>	51,1	52,7	53,5	54,4	55,9	54,7	55,7
	<i>ziekenhuis</i>	60,5	61,8	63,2	64,9	67,2	68,0	69,6
Overige beroepen in zorg en welzijn ³	<i>ouderenzorg</i>	32,6	33,2	33,7	33,4	35,6	36,4	37,5
	<i>ziekenhuis</i>	40,4	41,5	42,5	43,7	45,2	46,4	47,7
Totaal beroepen zorg en welzijn	<i>ouderenzorg</i>	34,4	35,1	35,7	36,5	37,8	38,2	39,3
	<i>ziekenhuis</i>	47,6	48,7	49,8	51,3	53,1	53,8	55,7

¹ Overige beloningen, zoals vakantiegeld, eindejaarsuitkering, prestatiebeloningen en winstuitkeringen.

² Overige BIG-geregistreerde personen, zoals apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen enz.

³ Niet geregistreerde beroepen.

Bron: CBS statline

159

Is onderzoek gedaan naar de motieven van ongeveer 80.000 mensen die jaarlijks de zorg verlaten? Zo ja, kunt u een overzicht geven van de redenen? Zo nee, zou het niet zinvol zijn om dit te doen?

Zie antwoord op vraag 67.

160

Welke mogelijkheden zijn er om binnen de beschikbaar gestelde middelen ook in te zetten op Erkenning van Verworven Competentie-trajecten (EVC) om mensen te behouden voor de zorg?

De middelen kunnen worden ingezet voor de scholing van nieuwe instroom en voor het behoud van zittend personeel. De SectorplanPlus-middelen zijn bedoeld voor:

A. Kwalificerend Beroepsonderwijs: mbo beroepsbegeleidende leerweg (bbi)

B. Kwalificerend Beroepsonderwijs: hbo duaal

C. Training en opleiding: lang (minimaal 16 dagen)

D. Training en ontwikkeling: middellang (vanaf 5 tot en met 15 dagen)

E. Training en ontwikkeling: kortdurend (tot en met 4 dagen)

Bij de opleidingen A en B kan het zowel gaan om opleidingen met een reguliere opleidingsduur als om verkorte opleidingen waarbij (op individuele basis) rekening gehouden wordt met eerder verworven werkervaring). Zie ook het antwoord op vraag 149. De middelen zijn niet bestemd voor de uitvoering van EVC-trajecten leidend tot een ervaringscertificaat.

161

Jaarlijks wisselen ongeveer 180.000 mensen in de sector van baan. Ongeveer 80.000 daarvan vinden een baan buiten de zorg. Het doel van het actieplan is om deze medewerkers te behouden. Hoe gaat u dit doen? Welk aantal wordt met dit actieplan beoogd? Hoe wordt dit bijgehouden?

Zie antwoord op vraag 152.

162

Kunt u cijfers aanleveren over het verwachte verloop (door pensionering) voor de komende jaren?

In de arbeidsmarktprognose van het onderzoeksprogramma AZW – waar het tekort van 100 tot 125 duizend zorgmedewerker op is gebaseerd – wordt uitgegaan van een verloop (uitstroom uit de zorgsector) van

ongeveer 50 duizend zorgmedewerkers per jaar. Ongeveer een kwart daarvan hangt samen met pensionering. Deze 50 duizend zorgmedewerkers betreft alleen verplegend, verzorgend en agogisch personeel. Daarmee is deze 50 duizend niet te vergelijken met de uitstroomcijfers uit het antwoord op vraag 24. Dat cijfer bevat bijvoorbeeld ook uitstroom van niet-zorgpersoneel.

163

Hoe kunnen medewerkers bij krapte en hoge werkdruk voldoende ruimte krijgen om stagiairs te begeleiden? Wat voor afspraken kunnen daarover worden gemaakt?

De begeleiding van stagiairs is heel belangrijk en daarom wordt dit op verschillende manieren gestimuleerd. Voor stagiairs van zorg en welzijnsopleidingen op mbo- en hbo- niveau kan subsidie worden aangevraagd uit het Stagefonds Zorg (€ 112 miljoen per jaar). Voor bbl-studenten in het mbo kan ook een vergoeding worden aangevraagd via de subsidieregeling praktijkleren van het Ministerie van OCW. Tevens is in 2017 gestart met de scholingsimpuls SectorplanPlus waarin ook geld beschikbaar is gesteld voor de begeleiding van bbl-ers en hbo-studenten die een duale leerweg volgen. Voor verschillende medische en verpleegkundige vervolgopleidingen worden de kosten volledig gedekt via de beschikbaarheidsbijdragen (circa € 1,3 miljard per jaar) en subsidieregelingen.

Daarnaast wordt samenwerking tussen onderwijsinstellingen en zorginstellingen op het gebied van stagebegeleiding gestimuleerd. Het Ministerie van OCW beoogt met het Regionaal Investeringsfonds mbo (RIF) en de Centres of Expertise in het hbo actieve samenwerking tussen onderwijs en zorgwerkers, wat kan bijdragen aan meer en betere stages die ook aansluiten bij de opleiding, en uitwisseling van kennis en docenten en professionals. De docent gaat steeds meer de praktijk in om stagebegeleiding te faciliteren en studenten leren steeds vaker praktijk gestuurd.

164

Met het aantrekken van opleidingsaantallen zijn ook meer stageplekken nodig. Iedere leerling en student kan rekenen op een stageplek. Hoeveel extra stageplekken zijn nodig?

Zie het antwoord op vraag 40.

165

Hoeveel studenten stoppen jaarlijks met hun opleiding? Kan daarbij onderscheid worden gemaakt naar de verschillende niveaus? Hoe verhoudt de uitval zich tot uitval in andere sectoren?

In het mbo stopte afgelopen schooljaar 11% van de 90.020 studenten die stonden ingeschreven voor een mbo-opleiding voor zorg en welzijn. Het percentage studenten dat met de opleiding stopt is daarmee vergelijkbaar met het percentage voor het mbo in zijn geheel: 12% van de in het mbo ingeschreven studenten stopte met de opleiding.

In het hbo stopte vorig schooljaar 21,7% van de 11.329 *eerstejaars* studenten met zijn/haar gezondheidszorgopleiding. Voor het wo geldt dat voor 10,8% (1043 studenten). De uitval in opleidingen voor de gezondheidszorg is daarmee beduidend lager dan die in het hbo en wo gemiddeld. Deze was afgelopen schooljaar 31,3% voor het gehele hbo en 17,5% voor het gehele wo. Gegevens over de uitval in latere studie jaren in hbo en wo zijn niet beschikbaar.

166

Wat wordt verstaan onder «permanente ontwikkeling van het ziekenhuis-personeel»? Gaat het hierbij om persoonlijke ontwikkeling? Wordt scholing tijdens werktijd gedaan, of in eigen tijd?

Voor ziekenhuizen bestaat de afspraak om een deel van hun middelen vast te leggen voor permanente ontwikkeling van ziekenhuispersoneel. Deze middelen zijn ondergebracht in de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen (KPZ). Met de KPZ-regeling wordt in ziekenhuizen een impuls gegeven aan het opleiden van personeel. Medewerkers kunnen opleidingen onder werktijd volgen. Ziekenhuizen kunnen een beroep doen op de KPZ-regeling onder voorwaarde van een strategisch opleidingsplan. Door het maken van een strategisch opleidingsplan brengen ziekenhuizen hun personeelsbehoefte nu en in de toekomst in kaart.

167

Hoeveel wordt nu gebruik gemaakt van de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen?

Er wordt veel gebruik gemaakt van de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen (KPZ). Voor het huidige subsidiejaar zijn er in totaal 190 aanvragen door ziekenhuizen gedaan, waarvan 184 zijn gesubsidieerd. Ook Universitair Medisch Centra kunnen gebruik maken van de regeling: in het huidige subsidiejaar hebben 8 UMC's subsidie aangevraagd en zijn alle 8 aanvragen gehonoreerd.

168

Is bekend waarom ziekenhuizen minder opleiden dan geraamd?

Ziekenhuizen geven aan dat er een beperkte begeleidingscapaciteit is om verpleegkundigen in opleiding te kunnen begeleiden. In de gesprekken met ziekenhuizen merken we dat het urgentiebesef om meer op te leiden is toegenomen. We zien dat er een omslag heeft plaatsgevonden en dat ziekenhuizen het afgelopen jaar meer zijn gaan opleiden. Helaas is dit nog steeds niet volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Daarom gaan we met de sector afspraken maken om ervoor te zorgen dat er voldoende wordt opgeleid.

169

Hoeveel uur per week gaan verpleegkundigen volgens de eisen van de nieuwe herregistratieprocedure in het BIG-register, onderwijs genieten? Leidt dit tot een groter potentieel tekort?

Het wetsvoorstel Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG-II) creëert een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over deskundigheidsbevorderende activiteiten die een beroepsbeoefenaar moet verrichten om voor herregistratie in aanmerking te komen.

Uitgangspunt is uitbreiding van de eisen voor herregistratie met minimaal 100 uur aan deskundigheidsbevorderende activiteiten in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de uiterste herregistratiedatum.

Nadere invulling van deze eis wordt door de betrokken veldpartijen gedaan. Uit diverse overleggen met beroepsgroepen en vertegenwoordigers van instellingen is gebleken dat deze eisen ruimte moeten laten voor reeds aanwezige initiatieven. Ook op dit moment wordt al veel aan deskundigheidsbevordering gedaan. Het gaat vaak om een combinatie van geaccrediteerde bij- en nascholing, leren op de werkplek, vormen van intervisie of ontwikkelwensen van de individuele beroepsbeoefenaar. Het

is de bedoeling dat deze reeds aanwezige vormen van ontwikkelen kunnen meetellen voor de extra eis aan de herregistratie. Op die manier wordt voorkomen dat de eis onevenredig zwaar wordt en werken in de zorg hierdoor onaantrekkelijk wordt.

170

Wat is de gemiddelde contractomvang binnen de sector zorg en welzijn? Hoe ontwikkelt dit gemiddelde zich over de afgelopen jaar, sinds 2010?

Deeltijdfactor in de zorg schommelt al jaren rond de 0,7; oftewel een werkweek van ongeveer 26 uur.

171

Op welke wijze ondersteunt u de proeftuinen in het sociaal domein? Hoe wordt invulling gegeven aan de proeftuinen? Op welke wijze wordt de Kamer geïnformeerd over de invulling en voortgang van de proeftuinen?

Sociale partners in zorg en welzijn hebben een subsidieaanvraag in voorbereiding voor een proeftuin. Wij zijn met sociale partners in overleg over deze aanvraag; met als ambitie de proeftuinen te verbreden naar de thema's genoemd in paragraaf 4.1 Anders werken. In de voortgangsrapportage die u in het najaar ontvangt zal ik u nader informeren over de stand van zaken.

172

Wie zou de taken moeten doen waar zorgprofessionals nu veel tijd aan kwijt zijn, zoals administratieve handelingen en huishoudelijke taken?

Binnen zorgorganisaties moet gekeken worden wie het handigst ingezet kan worden voor welke taken, dit zal per organisatie en ook per patiënt/cliënt verschillen. Zorgtaken kunnen via job-carving ook gedaan worden door mensen zonder zorgachtergrond.

173

Op welke wijze ondersteunt het Ministerie van VWS de sector bij «job-carving en taakherschikking» en de daarmee samenhangende afname van het verwachte tekort in 2022 met 20.000 personen?

Door in te zetten op een combinatie van scholing, taakherschikking en job-carving kunnen bestaande medewerkers zich blijven ontwikkelen en worden zij meer aangesproken op hun competenties en talenten. Hiermee worden ook medewerkers geholpen van wie de taken zodanig veranderen dat scholing ze helpt om hun werk te blijven doen of om ergens anders een werkplek te vinden. Daarbij kunnen bijvoorbeeld medewerkers uit de welzijnssector, maar ook mensen zonder zorgervaring gemakkelijker hun entree maken in de zorgsector. We subsidiëren via het SectorplanPlus omher- en bijscholing van medewerkers.

Daarnaast financiert VWS in samenwerking met OCW een jaarlijkse instroom van 700 studenten in de opleiding tot physican assistant en de opleiding tot verpleegkundig specialist. Beide beroepen zullen definitief worden geregeld in de wet BIG. De inzet van beide beroepen leidt tot een meer doelmatige organisatie van de zorgverlening met behoud van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Ook biedt dit aan veel zorgverleners een carrièreperspectief om door te groeien. Daarmee behouden we niet alleen meer mensen die nu al in de zorg werken maar wordt de zorg ook aantrekkelijk voor nieuw personeel.

174

Bij *job-carving* worden bedrijfsprocessen anders en beter georganiseerd door de werkzaamheden opnieuw te verdelen. Dit gebeurt door werkpro-

cessen te analyseren, relatief eenvoudige taken af te splitsen en deze taken samen te voegen tot nieuwe duurzame banen. Zo doet gekwalificeerd personeel het werk waarvoor het is opgeleid en worden elementaire taken uitgevoerd door mensen met afstand tot de arbeidsmarkt. Functies kunnen zo meer worden toegesneden op de kwaliteiten en mogelijkheden van het individu. Veel werkzaamheden en taken van hoogopgeleide medewerkers worden hiermee afgestoten. Vindt u het niet heel verdrietig dat u bovenop de massa-ontslagen, sluiten van verzorgingshuizen en halveren van de huishoudelijke hulp nu ook nog de inhoud van het vak eenzijdig maakt? Realiseert u zich dat hoger opgeleide verpleegkundigen dan straks alleen nog bezig zijn met het doen van voorbehouden handelingen (Wet BIG)? Hoe wordt voorkomen dat zij eenzijdig werk krijgen? Hoe wordt voorkomen dat zij geen tijd meer hebben voor menselijk contact omdat dit wordt overgenomen door anderen? Realiseert u zich dat het vak van verzorgende of verpleegkundige een divers vak is en dat variatie de dag kleurt en niet eenvormigheid?

Met job-carving wordt ingezet op de verschillende talenten en competenties van medewerkers waardoor zij meer passende werkzaamheden hebben, minder onnodige taken verrichten en minder administratieve last ervaren. De verpleegkundige kan weer de dingen doen waarvoor hij of zij is opgeleid en wat heeft gemaakt dat hij of zij voor de zorg heeft gekozen. Zo is er meer tijd voor de patiënt en door job-carving in combinatie met extra scholing in te zetten, kunnen medewerkers zich blijven ontwikkelen en zal de werktevredenheid naar verwachting stijgen.

175

Hoe ziet de taakherschikking eruit, nu er kansen komen voor *job-carving* en taakherschikking? Kunnen zij-instromers of herintreders ook hun eigen takenpakket samenstellen?

Zie ook vraag 177. Zij-instromers en herintreders kunnen door middel van taakherschikking en job-carving makkelijker aan de slag in de zorg, ook als zij nog geen zorg of welzijnsachtergrond hebben. Het optimale takenpakket van mensen zal altijd bekeken moeten worden per persoon, per organisatie en per situatie.

176

Welke mogelijkheden ziet u voor zich om onder andere optometristen, orthoptisten, huidtherapeuten en PA's anders in te zetten om wachtlijsten te verkorten? Op welke termijn zou dat kunnen? Is hiervoor aanpassing van wet- en regelgeving nodig en zo ja welke?

VWS kent verschillende goede voorbeelden waarbij optometristen en orthoptisten taken van oogartsen overnemen en huidtherapeuten en PA's taken van bijvoorbeeld dermatologen. Dit is een van de manieren om (regionale) tekorten aan te pakken. VWS wil dit soort goede voorbeelden faciliteren en zal hierover in gesprek gaan met de paramedici en medisch specialisten. Op dit moment is nog onvoldoende bekend in hoeverre de huidige wet en regelgeving dit soort initiatieven stimuleert dan wel belemmert. Ook dit zal onderwerp zijn van gesprek.

177

Waarom zijn doktersassistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen niet meegenomen bij de taakherschikking in de huisartsenzorg?

Taakherschikking is een instrument om de huisartsenzorg doelmatiger te organiseren. VWS bekostigt jaarlijks 700 beschikbare opleidingsplaatsen voor de verpleegkundig specialisten en physician assistants. Een deel van

hen werkt in huisartsenpraktijken. Zij zijn zelfstandig bevoegd om voorbehouden handelingen te verrichten en werken onder eigen verantwoordelijkheid in samenwerking met huisartsen. De PA en de VS nemen dus structureel taken van huisartsen geheel over («taakher-schikking»). De opleiding tot PA en VS is er ook op gericht dat zij zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen kunnen uitvoeren waarbij de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid gewaarborgd blijft. Binnen veel huisartsenpraktijken worden ook taken gedelegeerd van de huisarts naar de doktersassistent, praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundigen. Zij blijven werken onder verantwoordelijkheid van de huisarts («taakdelegatie»). Zowel de PA en de VS als doktersassistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen spelen dus een rol bij het doelmatiger organiseren van de huisartsenzorg. Ik vind het van belang dat elke huisartsenpraktijk kijkt naar de juiste personele mix en goede samenwerking van eerste lijnzorgverleners die passend is op die plek.

178

Is er een landelijke doelstelling om meer mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt aan een baan in de zorg te helpen?

In het actieprogramma wordt naast het vergroten van de instroom van jongeren vanuit het voortgezet onderwijs ook ingezet op herintreders en zij-instromers. Hierbij gaat het uitdrukkelijk ook over mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. In de regio wordt hierin nauw opgetrokken met gemeenten en het UWV. Hier is echter geen landelijke kwantitatieve doelstelling aan gekoppeld. Afhankelijk van de situatie in de regio, worden hier op regionaal niveau afspraken over gemaakt.

179

Vindt u ook niet dat het niet kan dat leerlingen van het voortgezet speciaal onderwijs, het praktijkonderwijs en de mbo-entreeopleiding, leerlingen zonder startkwalificatie en leerlingen met een afgeronde afleiding zonder arbeidsmarktperspectief, mensen met een Participatiewet-uitkering of UWV-uitkering, personen met een niet-westerse migratieachtergrond waaronder statushouders, zullen worden ingezet bij kwetsbare ouderen? Waarom wilt u de alleroudsten van ons land blootstellen aan Jan en Alleman? Begrijpt u niet dat het zorgvak een roeping is? Vindt u dat je affiniteit voor het zorgvak moet hebben? Blijft het hebben van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) om te werken met deze kwetsbare groep een vereiste?

In Nederland is iedereen, met de juiste kwalificatie voor de functie, welkom om te werken in de zorg, ongeacht hun achtergrond. De overheid ziet erop toe dat professionals in de zorg werken met de juiste kwalificaties en bevoegdheden.

180

Is het de bedoeling dat asielzoekers en vluchtelingen ingezet worden? Zo ja, moeten zij ook beschikken over een verklaring omtrent het gedrag?

Statushouders mogen werken en zijn – mits zij voor het werk over de juiste kwalificaties beschikken – ook welkom als medewerker in de zorg. Daarbij is belangrijk dat zij de Nederlandse taal voldoende beheersen om met cliënten en collega's te communiceren. In een aantal regionale aanpakken arbeidsmarkttekorten hebben partijen doelen gesteld over de toeleiding van statushouders naar werk in de zorg. Indien voor het werk een verklaring omtrent het gedrag noodzakelijk is, geldt die eis ook voor statushouders.

181

Ontvangen werkgevers enige vorm van subsidie of compensatie als zij statushouders een baan geven?

In het Actieprogramma zijn naast de al genoemde gelden uit de scholingsimpuls SectorplanPlus voor om-, her- en bijscholing geen aparte subsidieregelingen voorzien om statushouders aan een baan te helpen in de zorg. Wel is in voorkomende gevallen het reguliere re-integratie instrumentarium van gemeenten van toepassing, zoals loonkostensubsidie en job-coaching en zijn er tegemoetkomingen voor werkgevers die mensen met een laag loon in dienst nemen. Zie voor een overzicht het antwoord bij vraag 30. Ook zijn er op regionaal niveau initiatieven waarbij statushouders worden toegeleid naar een plek in de zorg. Zo heeft de vereniging van gemeentelijke directeuren in het sociaal domein, Divosa, in alle arbeidsmarktregio's een coördinator die het proces van (arbeidsmarkt)integratie van nieuwe vergunninghouders aanjaagt en afstemt in de arbeidsmarktregio.

182

Ontvangen werkgevers enige vorm van subsidie of compensatie wanneer zij leerlingen zonder startkwalificatie en leerlingen met een afgeronde afleiding zonder arbeidsmarktperspectief, mensen met een Participatiewet-uitkering of UWV-uitkering of personen met een niet-westerse migratieachtergrond waaronder statushouders aannemen? Zo ja, welke?

Zie het antwoord op vraag 30. Ook voor deze mensen geldt daarnaast dat een werkgever voor de om-, her- en bijscholing een beroep kan doen op de middelen uit het Sectorplanplus.

183

Wat zijn de extra kosten voor werkgevers voor het inzetten van instrumenten zoals *job-coaching*, werkplekaanpassingen van leerlingen zonder startkwalificatie en leerlingen met een afgeronde afleiding zonder arbeidsmarktperspectief, mensen met een Participatiewet-uitkering of UWV-uitkering, personen met een niet-westerse migratieachtergrond waaronder statushouders?

Extra kosten die gepaard gaan met het aannemen van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt zullen per geval individu verschillen; maatwerk is dan ook nodig. Gemeenten en UWV beschikken over middelen en instrumenten om werkgevers hierbij te ondersteunen, zie het antwoord op vraag 30.

184

Waarom wordt niet actief geworven onder andere doelgroepen zoals werkzoekende 55-plussers?

In het Actieprogramma Werken in de zorg is aandacht voor het vergroten van de instroom van leerlingen, studenten, herintreders en zij-instromers. Ook is er in samenwerking met het Ministerie van SZW in het actieprogramma expliciet aandacht voor het bereiken van doelgroepen die nu een afstand tot de arbeidsmarkt ervaren. In de regio's wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de regionale actieplannen onder meer samengewerkt met het UWV om doelgroepen met een afstand tot de arbeidsmarkt toe te leiden naar werk in zorg en welzijn. De doelgroep van werkzoekende 55-plussers maakt hier deel van uit.

185

In welke mate is het terugdringen van administratieve lasten bepalend voor het welslagen van dit programma? Zo ja, kunt u de ambitie op dit punt nader specificeren met een daarbij behorend tijdpad?

Het merkbaar terugdringen van administratieve lasten is cruciaal voor het verminderen van het tekort op de arbeidsmarkt in de zorg. Door het verminderen van de ervaren regeldruk krijgen professionals weer meer plezier in hun werk en kunnen ze meer tijd besteden aan de cliënt. Mijn ambitie voor het verminderen van de ervaren regeldruk is dan ook hoog. In mei van dit jaar lanceer ik, samen met mijn collega-bewindspersonen, een zorgbreed programmaplan voor de aanpak van regeldruk voor de komende kabinetsperiode.

186

Wat gaat de verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg betekenen voor het personeel dat nu in de tweedelijnszorg werkt? Is er aandacht voor het behoud van dit personeel in de sector?

Om medewerkers voor de sector te behouden en ervoor te zorgen dat zij zich volwaardig kunnen blijven inzetten, moeten ze breed inzetbaar zijn en is mobiliteit nodig. Daarvoor is het nodig dat ze zich permanent blijven ontwikkelen. Zo blijft het leuk en uitdagend om in de zorg te werken. Er moet in de regio door werkgevers en werknemers gekeken worden hoe dit het best aangepakt kan worden. Via SectorPlanPlus wordt bij- na- en herscholing gesubsidieerd dit kan ook worden ingezet om deze transitie te ondersteunen.

187

Op hoeveel plekken zijn er al regionale loketten? Hoe staat het met de toezegging van Zorgverzekeraars Nederland dat op 1 april 2018 in elke regio een eerstelijnsverblijf (ELV)-loket is gerealiseerd?

Zorgverzekeraars Nederland heeft per brief (bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 316) laten weten dat per 1 april er een landelijk dekkend netwerk regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf is. Het gaat om coördinatiepunten in 31 regio's, conform de Wlz-regio's.

188

Klopt het dat de pilot van de MeanderGroep in Zuid-Limburg om geen minutenregistratie voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden bij te houden, in het kader van het kwaliteitskader wijkverpleging landelijk de norm wordt voor wijkverpleegkundigen? Wanneer gaat dit kwaliteitskader in en hoeven alle wijkverpleegkundigen geen minutenregistratie meer bij te houden? En geldt dit alleen voor verpleegkundigen of geldt het net als in de pilot ook voor verzorgenden?

Het afschaffen van de minutenregistratie is één van de speerpunten in de aanpak van regeldruk binnen de wijkverpleging. Het kwaliteitskader is aangeboden aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) en wordt door het ZIN nu getoetst. De ontwikkeling en implementatie van indicatoren en meetinstrumenten maakt deel uit van het kwaliteitskader. Partijen dienen uiterlijk 1 juli 2018 een plan van aanpak in bij het ZIN. Het voorbeeld bij Meander laat zien dat er ook nu al mogelijkheden zijn om de vijf minutenregistratie af te schaffen.

189

Wanneer wordt het programma «Juiste zorg op de juiste plek» naar de Kamer gestuurd?

Op 6 april jl. is het rapport van de taksforce «Juiste zorg op de juiste plek» aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstuk 29 689, nr. 896).

190

Kunt u aangegeven op welke wijze het programma «Gezond en Zeker» uitgebouwd en doorontwikkeld gaat worden?

Het programma Gezond en Zeker was met een praktische inslag sterk gericht op het behoud en ontwikkeling van een groot netwerk van ergocoaches. Regioplus beoogt deze aanpak te verbreden gericht op de vraag hoe zorgorganisaties verder te helpen met een personeelsbeleid gericht op duurzame inzetbaarheid en daarmee het behoud van zorgmedewerkers. Dit doen ze met communicatie, zoals de website www.blijfinzetbaar.nl en de organisatie van de jaarlijkse Gezond en Zeker Innovatiedag voor HR professionals. Maar ook met het versterken van de helpdeskfunctie. Tot slot verkent Regioplus met de werkgevers in de zorg hoe deze ondersteuning nog verder versterkt kan worden.

191

Hoeveel geld is vanuit het Ministerie van VWS (en eventueel ook het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK)) jaarlijks beschikbaar voor (de investeringen in) e-health? Hoeveel wordt door sociale partners hiervoor beschikbaar gesteld? Hoe verhoudt dit zich, zowel relatief als absoluut, tot de totale zorguitgaven?

Vanuit het Ministerie van VWS worden op verschillende manieren middelen beschikbaar gesteld om investeringen in e-health door organisaties te stimuleren. Deze middelen zijn niet altijd exclusief geormerkt om in te zetten voor e-health, de ICT-infrastructuur of de opleiding van medewerkers rondom e-health waardoor een exact overzicht niet gegeven kan worden. Voorbeelden hoe VWS innovatie en zorgvernieuwing stimuleert vindt u onder andere in het recent verschenen rapport van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek en in de nog te verschijnen voortgangsrapportage Innovatie en Zorgvernieuwing. Financiële middelen waar e-health mee gestimuleerd wordt, zijn o.a. de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP) binnen de eerste en tweede lijn en de GGZ, de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ) en de scholingsimpuls SectorplanPlus, de academische component, het programma Medmij voor het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en de transitiekosten binnen kwaliteitskader verpleeghuizen. Verder start er een innovatieregeling voor langdurige zorg in 2019 en is er een technologie challenge verpleeghuizen. E-health is ook een onderdeel van veel ZonMw programma's die in opdracht van VWS worden uitgevoerd. Ook met de Health Innovation School (samenwerking met Radboud UMC), de e-health week en versnellingsmakelaars werkt VWS aan innovatie en zorgvernieuwing. Het is niet bekend hoeveel middelen de sociale partners beschikbaar stellen voor e-health. E-health en de bijbehorende investeringen, zijn ook een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering van organisaties waarin VWS geen inzicht heeft.

In het regeerakkoord is extra geld vrijgemaakt om digitaal ondersteunde zorg gericht in te zetten en de verspreiding van innovatieve werkwijzen (e-health) te bevorderen, zowel thuis als in het verpleeghuis. Twee randvoorwaarden zijn daarbij cruciaal: de beschikbaarheid van (eigen) gegevens en de kennis en vaardigheden rond het gebruik van e-health toepassingen en invoering van innovatieve werkwijzen. Wanneer één van de twee ontbreekt zullen initiatieven niet goed van de grond kunnen komen.

De regeerakkoordmiddelen zetten we daarom in op het stimuleren van de persoonlijke gezondheidsomgevingen (MedMij) en extra aandacht voor het vergroten van (digitale) vaardigheden rond gezondheid en zorg/ondersteuning, kennis van en toegankelijkheid tot nuttige toepassingen en aandacht voor innovatie. In de komende voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing wordt u hierover geïnformeerd.

192

Hoeveel geld is vanuit het Ministerie van VWS (en eventueel ook het Ministerie van EZK) jaarlijks beschikbaar voor (de investeringen in) e-health? Hoeveel wordt door sociale partners hiervoor beschikbaar gesteld? Hoe verhoudt dit zich, zowel relatief als absoluut, tot de totale zorguitgaven?

Zie antwoord 191.

193

De mogelijkheden van technologie, digitalisering, innovatie en e-health worden ingezet om zorgprocessen te optimaliseren. Kunnen hier concrete voorbeelden van gegeven worden? Ergo, kunt u een opsomming geven van zaken die bewezen effectief zorgprocessen hebben geoptimaliseerd?

Het aantal voorbeelden is te groot om op te noemen. In het rapport van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek en in het actieplan Werken in de zorg die ik u onlangs beide toestuurde, zijn voorbeelden opgenomen. Goede voorbeelden zijn onder andere: de ICT investeringen in de gehandicaptenzorg die leiden tot minder overheadkosten, de zorg die in de geestelijke gezondheidszorg steeds vaker digitaal wordt aangeboden waardoor zorg toegankelijker is, virtual reality techniek die ingezet wordt om mensen met een psychose van angst en paranoia af te helpen of camera's en sensoren die ingezet worden om patiënten en cliënten te monitoren op afstand.

Voor meer toelichting verwijs ik graag naar het actieprogramma, hoofdstuk 4.

194

Waarom is in de voorstellen rond innovatie en technologie geen aandacht voor het belang van procesinnovatie? Deelt u de mening dat dit een cruciaal onderdeel is van anders werken in de zorg? Zo ja, kunt u de voorstellen op dit gebied nader toelichten?

Procesinnovatie is een essentiële vorm van innovatie om anders te gaan werken in de zorg. Het Rapport «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 896) schetst het perspectief van deze beweging en de rollen van de verschillende actoren daarin, en geeft daarbij tal van praktijkillustraties. We zetten met het actieprogramma Werken in de Zorg in op verschillende vormen van innovatie, waaronder procesinnovatie. Ook de Taskforce zorg op de juiste plek kijkt naar procesinnovatie. Zo is het belangrijk dat informatie steeds beter gedeeld wordt door zorgprofessionals.

195

Wat gaat u doen aan de koudwatervrees voor het gebruik van e-health-toepassingen?

Van 20 tot en met 26 januari 2018 organiseerde het Ministerie van VWS met ECP I Platform voor de Informatiesamenleving voor de tweede keer de e-healthweek. De e-healthweek wil informeren, inspireren, verbinden, laten ervaren en activeren, en is gericht op patiënten, zorgverleners en burgers. De feedback van deze groepen over het gebruikersgemak, de

daadwerkelijke bijdrage aan hun gezondheid/zorg, en de randvoorwaarden, zoals privacy, zijn onmisbaar bij het succesvol introduceren van digitaal ondersteunde zorg. De e-healthweek draagt bij om de vraagzijde te betrekken bij het innovatiesysteem. Het gaat daarbij niet alleen om kennis, maar ook om «doenvermogen». Tijdens de e-healthweek konden mensen in verschillende regio's in het land zelf zien en ervaren wat e-health is en hoe dat hun leven of dat van hun ouders, familie of vrienden kan vereenvoudigen. Bij meer dan 250 evenementen konden mensen kennismaken met en ervaring opdoen met e-healthtoepassingen.

196

Denkt u dat het met de voorgestelde inspanningen en middelen gaat lukken om de gestelde «koudwatervrees voor het gebruik» van e-health op te heffen en de opschaling van innovaties te garanderen? Kunt u dit nader onderbouwen?

Mensen die bekend zijn met technologie, beoordelen het positiever dan mensen die dat niet zijn, dat blijkt ook uit de e-health monitor 2017 die in november is verschenen. Door het Zorgpact en de e-healthweek is de bekendheid al sterk vergroot en veel organisaties zijn al bezig met e-health. Vanuit VWS blijven we het algemene publiek en professionals informeren en laten we hen ervaren wat de kansen en mogelijkheden zijn. Binnen verschillende regio's wordt ook volop ingezet op e-health. Het actieprogramma brengt deze regionale initiatieven weer samen waardoor nog meer partijen het zullen aandurven aan de slag te gaan met e-health.

197

Gaan camera's of sensoren medewerkers nog meer vervangen tijdens avond- en nachtdiensten? Hoeveel medewerkers op hoeveel bewoners is verantwoord in de nachtdienst? Is het verantwoord om één medewerker in haar eentje een nachtdienst te laten draaien?

De inzet van technologie is geen doel op zich. Het is een van de middelen om zorg en zorgprocessen anders in te richten en als een van de antwoorden op het (terug)geven van de regie over zorg en ondersteuning aan de patiënt, op het arbeidsmarktvragestuk en het vragestuk om administratieve lasten te verminderen.

Er zal steeds sprake zijn van maatwerk. Wat past het beste bij de patiënt en zijn zorg of ondersteuning, bij de mantelzorger en/of bij de professional. Veiligheid van de patiënt en kwaliteit van zorg staan daarbij voorop.

198

Wat zijn de kosten van de voorbeelden in actielijn 3: anders werken in de zorg (sensoregebruik, beeldschermzorg, tablets voor cliënten, automatische metingen) en voor wie zijn die kosten?

De kosten en financiering van deze individuele initiatieven zijn niet bekend bij VWS, dat is steeds maatwerk. Bovendien is het concurrentiegevoelige informatie.

199

Hoe wordt de indicator «imago werken in de zorg» gemeten?

Zie het antwoord op vraag 128.

200

Hoe wordt de indicator «werkdruk» gemeten?

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 47 zijn wij de precieze vormgeving van de monitoring van het actieprogramma verder aan het uitwerken. In het najaar zal ik uw kamer informeren over de voortgang met betrekking tot het actieprogramma werken in de zorg. Dan zal ik ook ingaan op het onderdeel monitoring.

201

Hoe wordt de indicator «vermindering administratieve lasten» gemeten?

Het terugdringen van de administratieve lasten voor medewerkers in de zorg krijgt uitwerking in het programma (Ont)Regel de Zorg dat u in mei wordt aangeboden. De monitoring van deze indicator maakt deel uit van dat programma.

202

Wordt de instroom van particuliere opleidingen (zoals doktersassistente of praktijkondersteuner) ook gemonitord? Zo nee, waarom niet?

Zie het antwoord op vraag 200.

203

Waarom wordt het tekort aan ondersteunend personeel in de huisartsenzorg (zoals triagisten op een huisartsenpost) niet landelijk geregistreerd?

In het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, Zorg en Welzijn van VWS en alle branches incl. de huisartsenzorg worden de gegevens over de doktersassistenten meegenomen. De huidige programmaperiode loopt af. In de nieuwe programmaperiode onderzoeken we met de huisartsenzorg-sector hoe we de overige ondersteunende beroepen daarin ook een plek kunnen geven.

204

Wat is het startpunt van de indicatoren «medewerkerstevredenheid en werkdruk», oftewel hoe is de huidige medewerkerstevredenheid en wat vinden werkenden in de zorg momenteel van de werkdruk? Hoe hebben deze twee indicatoren zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld? Kan hierbij onderscheid gemaakt worden tussen de ouderenzorg en de ziekenhuiszorg? En wat is de gewenste landelijke trend met betrekking tot deze twee indicatoren voor de komende vijf jaar?

Voor wat betreft het monitoren van de indicatoren medewerkerstevredenheid en werkdruk verwijs ik u naar het antwoord op vraag 200. In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de indicatoren medewerkerstevredenheid en werkdruk de afgelopen jaren weergegeven. Voor werkdruk is er binnen het onderzoeksprogramma AZW een consistente reeks vanaf 2013 beschikbaar en voor medewerkerstevredenheid vanaf 2011.

Tabel 27: medewerkerstevredenheid (percentage medewerkers dat aangeeft (zeer) tevreden te zijn)

	2011	2013	2015	2017
Verpleging en verzorging	73%	78%	69%	59%
Thuiszorg	83%	78%	70%	66%
Ziekenhuizen	81%	81%	75%	69%
<i>Totaal zorg en welzijn</i>	<i>78%</i>	<i>77%</i>	<i>71%</i>	<i>67%</i>

Bron: onderzoeksprogramma AZW (www.azwinfo.nl)

Tabel 28: werkdruk (percentage medewerkers dat aangeeft dat de werkdruk (te) hoog is)

	2013	2015	2017
Verpleging en verzorging	38%	58%	58%
Thuiszorg	20%	29%	43%
Ziekenhuizen	34%	42%	50%
<i>Totaal zorg en welzijn</i>	<i>34%</i>	<i>43%</i>	<i>49%</i>

Bron: onderzoeksprogramma AZW (www.azwinfo.nl)

205

Is de tabel met het overzicht van de indicatoren al compleet? Zo ja, kunt u een overzicht geven van de kengetallen die als uitgangspunt worden genomen? Worden die nog regionaal gespecificeerd?

Zie het antwoord op vraag 200.

206

Waarom is ervoor gekozen om geen indicatoren op te nemen op het gebied van: vervulling van vacatures door mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en toepassing van technologie en (proces)innovaties in het verlichten van het werk?

Zie het antwoord op vraag 200.