

Vergaderjaar 2009–2010

**29 282**

**Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector**

**Nr. 91**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 januari 2010

In de Arbeidsmarktbrief 2007 hebben wij onze uitgangspunten neergelegd voor het arbeidsmarktbeleid in de zorg. Om goede zorg te faciliteren is het van belang dat vraag naar en aanbod van zorgmedewerkers in balans zijn. De focus van de Arbeidsmarktbrief 2007 was vooral gericht op maatregelen op de korte en de middellange termijn. Voorzien werd echter al dat op de langere termijn bij ongewijzigd beleid ernstige knelpunten gaan optreden in de arbeidsmarkt in de zorg.

Daarom heeft het kabinet in 2008 het Zorginnovatieplatform gevraagd om op deze uitdaging nader in te gaan. Op 26 november 2009 heeft het Zorginnovatieplatform zijn adviesrapport «Zorg voor mensen, mensen voor de zorg» aangeboden aan het kabinet. Op 8 december 2009 hebben wij uw Kamer dit rapport toegezonden (Kamerstuk 29 282, nr. 90). Wij hebben met veel belangstelling kennis genomen van het advies en zullen de komende maanden in overleg treden met alle betrokken partijen. We verwachten in maart 2010 met een kabinetsstandpunt te zullen komen.

Met deze brief willen wij u, zoals we dat jaarlijks doen, vooral informeren over recente ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg. Wij baseren ons hoofdzakelijk op het rapport «Regiomarge 2009», dat we u eerder hebben toegezonden, en het rapport «Arbeid in Zorg en Welzijn 2009» dat wij u hierbij aanbieden.<sup>1</sup> Beide rapporten zijn tot stand gekomen in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, dat wij gezamenlijk met sociale partners, UVW-Werkbedrijf en Calibris uitvoeren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## Arbeidsmarktbrief 2009

### 1. Inleiding

In de Arbeidsmarktbrief 2008 hebben wij ons gericht op de instroom van scholieren en allochtonen, arbeidsomstandigheden en de uitstroom van ouder personeel<sup>1</sup>. Nu besteden we aandacht aan recente ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg (paragraaf 2) en toekomstige trends (paragraaf 3); arbeidsbeleving van het zorgpersoneel (paragraaf 4) en HRM-beleid (paragraaf 5); versterking van regionaal arbeidsmarktbeleid (paragraaf 6) en extra investeringen in opleidingen (paragraaf 7).

De arbeidsmarkt in de zorg omvat diverse aspecten en heeft vele raakvlakken met andere beleidsdossiers, zoals prestatiebekostiging, de initiële opleiding geneeskunde en de evaluatie van het rapport Werner. Aangezien wij over deze thema's afzonderlijk corresponderen met u, besteden we daar geen aandacht aan in deze brief. Wel willen wij u melden dat de overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging, die de afgelopen jaren is ingezet en de komende jaren wordt voltooid<sup>2</sup>, onder andere nodig is om de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen te vergroten en zo de in de nabije toekomst dreigende tekorten aan zorgpersoneel terug te dringen. In een separate brief, die begin 2010 zal worden verstuurd, lichten wij u verder in over onze plannen omtrent de prestatiebekostiging voor de cure sector. Tevens zullen wij in maart, in onze reactie op het lange termijn arbeidsmarktadvies van het Zorginnovatieplatform, terugkomen op de relatie tussen de arbeidsmarkt en prestatiebekostiging. In januari 2010 kunt u de evaluatie van de aanbevelingen uit het rapport Werner verwachten. Daarnaast zullen wij u, mede namens onze ambtgenoten van OCW, in het voorjaar van 2010 het advies van de RVZ sturen over het verruimen, dan wel het loslaten van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde.

### 2. Recente ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg

De zorgsector is al jaren de belangrijkste banenmotor in Nederland. In de periode 1995–2008 is de werkgelegenheid in de zorg met ruim 50 procent toegenomen, een groei van bijna 400 000 werknemers (zie figuur 1). Dat neemt niet weg dat de huidige economische en financiële crisis ook van invloed is op de arbeidsmarkt in de zorg. Door de financiële onzekerheid, mede ingegeven door een nieuwe financieringssystematiek in zowel de care als de cure, kunnen ook zorginstellingen terughoudender worden in het werven van personeel. Voorlopige cijfers van het CBS laten dat overigens nog niet zien. De werkgelegenheid in de zorg is het eerste half jaar van 2009 met circa 2 procent gestegen.

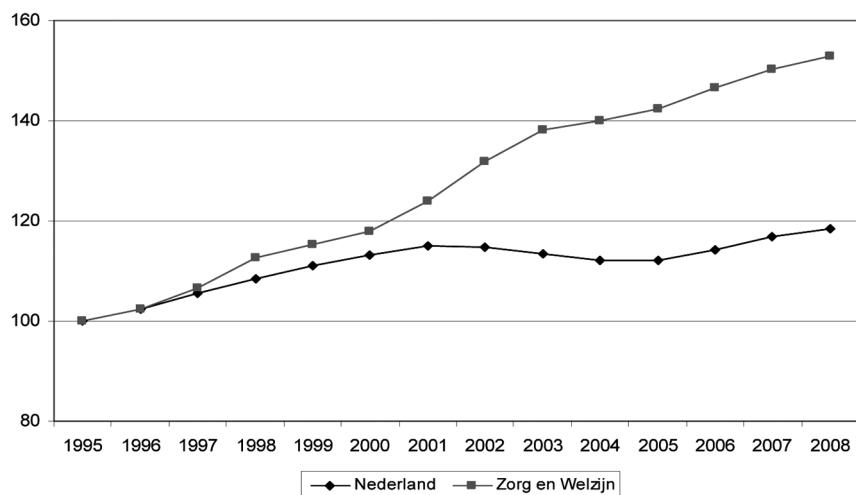
Deze werkgelegenheidsgroei wordt mede veroorzaakt door het gemakkelijker kunnen vervullen van vacatures in de zorg. Eind juni 2009 was het aantal openstaande vacatures in zorg gedaald met 25 procent ten opzichte van een jaar eerder. Ook is de gemiddelde zoekduur van vacatures na een jarenlange stijging weer gedaald, met circa 15 procent. Dit zijn duidelijke signalen van een meer ontspannen arbeidsmarkt in de zorg en een grotere aantrekkingskracht van de zorgsector. Ook het gegeven dat het aantal inschrijvingen voor zorgopleidingen bij ROC's en hogescholen in het studiejaar 2009–2010 gestegen is met 7 000 studenten is daar een uiting van. Ten opzichte van andere opleidingsclusters is dan ook sprake van een stijgend aandeel.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 79.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 248, nr. 37; Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, nr. 47 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, nr. 74.

**Figuur 1: Ontwikkeling werkgelegenheid in Nederland en Zorg en Welzijn (1995=100).**



Bron: Statline, CBS.

Dit alles neemt niet weg dat zorginstellingen ook in 2009 het werven van personeel als het grootste arbeidsmarktknelpunt zien. Tabel 1 geeft aan dat bijna tweederde van de zorginstellingen dit als een knelpunt ervaart. Ten opzichte van 2007 is sprake van een stijging. Andere ervaren knelpunten zijn de beheersing van de werkdruk, de vergrijzing van het personeel, de inzetbaarheid van het personeel en het ziekteverzuim. Ten opzichte van 2007 ervaren in 2009 meer instellingen dit als knelpunten. Blijkbaar krijgen zorginstellingen de knelpunten steeds scherper in beeld en ervaart men meer de noodzaak om actief beleid te gaan voeren.

**Tabel 1: Top-6 knelpunten in 2007 en 2009 voor zorgwerkgevers (in %)**

| Knelpunten   | 2007 | 2009 |
|--|------|------|
| Het aantrekken van (nieuw) personeel                           | 59,4 | 63,9 |
| Beheersing van de werkdruk                                     | 52,2 | 61,2 |
| Vergrijzing van het personeel                                  | 45,8 | 59,4 |
| Onvoldoende beschikbaarheid als gevolg van verlof of vakanties | 44,5 | 54,0 |
| Inzetbaarheid van het personeel                                | 33,6 | 45,5 |
| Ziekteverzuim en/of WAO-instroom                               | 33,3 | 44,1 |

Bron: Prismant, werkgeversenquête 2009.

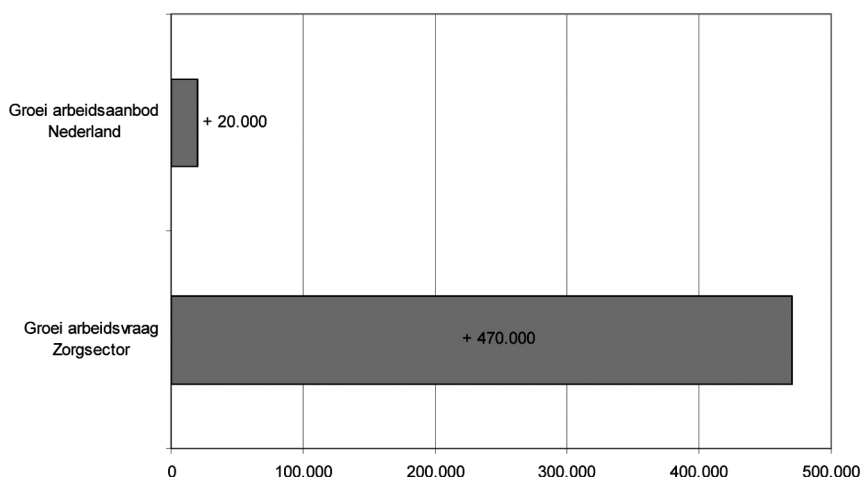
### **3. Toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg**

Vanwege de bovengenoemde ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en het ingezette beleid zijn er op de heel korte termijn minder knelpunten op de zorgarbeidsmarkt dan in voorgaande jaren verwacht. Het door Prismant toegepaste model Regiomarge laat zien dat er de komende jaren geen al te grote knelpunten te verwachten zijn bij het werven van voldoende verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen. De groei van de werkgelegenheid zal minder zijn dan in voorgaande jaren, de uitstroom uit de zorg zal beperkt blijven, de toestroom vanuit andere sectoren zal zeker niet minder worden en het aantal leerlingen en studenten in opleiding neemt toe.

Dat betekent niet dat de zorg achterover kan leunen. Immers de zorgvraag zal de komende jaren blijven stijgen als gevolg van de vergrijzing en de intensiteit van behandelingen. Daarnaast neemt over enkele jaren door de vergrijzing van het zorgpersoneel de uitstroom van ouderen uit de zorg

sterk toe. Dit alles betekent dat de zorg een groot beroep zal blijven doen op de arbeidsmarkt. Terwijl door de vergrijzing en ontgroening het beschikbare personeel op die arbeidsmarkt nauwelijks groeit. Het onlangs verschenen advies van het ZorgInnovatiePlatform berekent dat bij ongewijzigd beleid de zorg tot 2025 een extra beroep op de arbeidsmarkt zal doen van 470 000 werknemers, terwijl de beroepsbevolking in Nederland in die periode slechts stijgt met 20 000 personen (zie figuur 2).

**Figuur 2: Groei werkgelegenheid zorgsector en arbeidsaanbod Nederland tot 2025**



Bron: ZorgInnovatiePlatform (2009) Zorg voor mensen, mensen voor de zorg.

#### 4. Arbeidsbeleving

Regelmatig komen onderzoeken over de arbeidsbeleving van zorgwerknemers in de publiciteit. Wij maken ons hier zorgen over, want de focus ligt met name op negatieve aspecten. Bij nadere lezing heeft de werkbeleving ook diverse positieve kanten. Een negatieve focus doet dus geen recht aan het werk van de zorgprofessional. Het maakt de sector bovendien onnodig minder aantrekkelijk, terwijl deze er juist alles aan gelegen is om voldoende en adequaat gekwalificeerd personeel te kunnen aantrekken en behouden.

Voor het behoud van werknemers in de zorg is het van groot belang dat zij tevreden zijn. Volgens zorgpersoneel en de overige potentiële beroepsbevolking zijn de belangrijkste kenmerken van een ideale werksituatie inhoudelijk leuk werk, sfeervol werk en goede arbeidsvoorwaarden. In algemene zin scoren zorgwerknemers positief op arbeidsbeleving. In 2009 vindt 90 procent het werk inhoudelijk leuk, 84 procent vindt het werk sfeervol en volgens 64 procent zijn de arbeidsvoorwaarden goed. Binnen de overige potentiële beroepsbevolking is respectievelijk 57, 57 en 42 procent deze mening toegedaan over werken in de zorg (Prismant en Motivaction 2009). Dat is een opmerkelijk verschil.

Ook een bredere blik op de arbeidsbeleving, weergegeven in tabel 2, geeft aan dat zorgwerknemers in het algemeen positief scoren, hoewel men minder tevreden is over de ervaren werkdruk. Het beeld voor 2007 en 2009 is tamelijk stabiel.

**Tabel 2: De gemiddelde score van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel in de zorg (1=meest negatief tot 5 = meest positief)**

|                               | 2007 | 2009 |
|-------------------------------|------|------|
| Tevredenheid over werkdruk    | 2.9  | 2.9  |
| Waardering van leidinggevende | 3.6  | 3.6  |
| Werkevaluatie                 | 4.0  | 4.1  |
| Werkautonomie                 | 3.7  | 3.7  |
| Algemene werkbeleving         | 3.5  | 3.6  |

Bron: Prismant, werknemersenquête 2007 en 2009.

Werkdruk wordt eveneens als een knelpunt ervaren door zorgwerkgevers. Daar bovenop vergroot de werkdruk direct of indirect het ziekteverzuim, een ander knelpunt volgens zorgwerkgevers (zie tabel 1). De afgelopen jaren is het ziekteverzuim in de zorg sterk gedaald, van 7,7 procent in 2000, naar 5,5 procent in 2007 en 5,1 procent in 2008. Tevens beïnvloedt de werkdruk de uitstroom van zorgwerknemers. In 2008 verliet 4,3 procent van het verplegend- opvoedkundig en verzorgend personeel de zorgsector, inclusief (vroegtijdig) gepensioneerd, arbeidsongeschikten en vrouwen die met de komst van kinderen stopten met werken. De uitstroom in de zorg is dus laag. Opmerkelijk is dat beeldvorming in de media veelal suggereert dat werknemers de zorgsector massaal de rug toekeren.

Al met al kan worden geconcludeerd dat werknemers in de zorg op een behoorlijk aantal aspecten tevreden zijn, dat het ziekteverzuim sterk is teruggedrongen en dat de uitstroom laag is. Hoewel het van belang is aan al deze aspecten aandacht te blijven besteden, komt vooral de werkdruk als aandachtspunt naar voren. De belangrijkste factoren die de werkdruk beïnvloeden zijn organisatiegebonden aspecten. Daarmee blijft het voor de zorg van belang om te investeren in innovatieve werkprocessen, het verminderen van administratieve lasten en goede relaties met leidinggevenden. Ten aanzien van het laatste geldt dat goed en stabiel wordt gescoord. Zo geeft in 2009 71 procent van het zorgpersoneel aan het gevoel te hebben gewaardeerd te worden door de leidinggevende, ten opzichte van 70 procent in 2007. Met gericht beleid ondersteunt VWS werkgevers bij innovatieve werkprocessen die de kwaliteit van zorg kunnen garanderen en de ervaren werkdruk kunnen verlagen. Naast het arbeidsmarktbeleid gaat het daarbij om innovatiebeleid (het project Nog Slimmer Werken en het Zorginnovatieplatform).

## 5. HRM-beleid in zorginstellingen

Verschillende onderzoeken naar het verband tussen personeelsmanagement en de uitkomsten voor werknemers en organisaties tonen aan dat organisaties met een intensief en coherent HRM-beleid in het algemeen beter presteren dan organisaties die minder doen op dit gebied. Arbeid in Zorg en Welzijn 2009 laat zien dat zorginstellingen met een intensief HRM-beleid gemakkelijker aan goed opgeleid personeel komen, een lager verloop hebben en een lager verzuim en/of WAO-instroom kennen. Een wondermiddel bestaat niet. De activiteiten uit onderstaande, niet uitputtende tabel zijn alle van belang.

**Tabel 3: De mate waarin beleid bestaat met betrekking tot diverse HRM onderwerpen**

|  | Geen beleid | Plannen | Beleid geschreven | Implementatiefase | Geïmplementeerd |
|--|-------------|---------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures | 3,8         | 1,8     | 2,0               | 5,0               | 87,3            |

|  | Geen beleid | Plannen | Beleid geschreven | Implementatiefase | Geïmplementeerd |
|--|-------------|---------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken | 0,3         | 1,5     | 7,0               | 16,3              | 74,8            |
| Loopbaan- c.q. carrièrebeleid                                      | 19,5        | 30,3    | 23,5              | 10,8              | 16,0            |
| Leeftijdsbewust personeelsbeleid                                   | 21,3        | 29,0    | 20,8              | 13,8              | 15,0            |
| ARBO-beleid  | 0,3         | 2,5     | 4,0               | 17,0              | 75,5            |
| Opleidingsbeleid   | 3,0         | 5,5     | 10,8              | 17,0              | 63,5            |
| Strategische personeelsplanning                                    | 21,5        | 30,0    | 20,3              | 16,5              | 10,8            |
| Gezondheidsmanagement, waaronder ziekteverzuim                     | 2,5         | 3,3     | 10,0              | 15,8              | 68,0            |

Bron: Prismant, werkgeversenquête 2009.

De werkgevers in de zorg hebben voor het merendeel het P&O-instrumentarium goed in de vingers. Uit tabel 3 blijkt dat de meeste zorginstellingen maatregelen nemen om knelpunten, op het gebied van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim weg te nemen. Zo heeft driekwart ARBO-beleid geïmplementeerd en zeven op de tien een vorm van gezondheidsmanagement. Ten aanzien van het vervullen van vacatures hebben vrijwel alle instellingen een intern voorkeursbeleid, tweederde leidt het zittend personeel zelf op.

HRM-beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van medewerkers is minder ontwikkeld bij de meeste zorginstellingen. De implementatie van loopbaan- c.q. carrièrebeleid, leeftijdsbewust personeelsbeleid en strategische personeelsplanning is beperkt. Vanuit een HRM-gezichtspunt hebben zorgwerkgevers dus nog ruimte om vraagstukken als werkdruk, vergrijzing en personeelsplanning het hoofd te bieden. Dat is ook noodzakelijk, aangezien ruim de helft van de werkgevers deze elementen als knelpunten ervaart (zie tabel 1).

Mede in het licht van vraagstukken als werkdruk en personeelsplanning heeft de Kamer de staatssecretaris verzocht om een reactie op het rapport van NU'91 over de meldingen van onderbezetting in de zorg in de zomerperiode<sup>1</sup>. Wij hebben kennis genomen van het rapport. Zorginstellingen zijn zelf primair verantwoordelijk voor een goede personeelsplanning, ook in de zomerperiode. Desalniettemin nemen wij dit signaal serieus. Inmiddels heeft de staatssecretaris uw Kamer toegezegd om samen met de IGZ een onderzoek te doen naar de personeelsinzet en het opleidingsniveau van personeel in relatie tot de kwaliteit van de zorg<sup>2</sup>. Het onderzoek is opgenomen in het werkplan van de IGZ voor 2010. U zult over de resultaten worden geïnformeerd zodra het onderzoek is afgerond.

Gezien de ervaren problemen op het gebied van werkdruk, vergrijzing of personeelsplanning is er nog een wereld te winnen door verbetering van het HRM-beleid. Daartoe ondersteunt VWS diverse projecten van de sector. In 2009 zijn er verschillende lerende netwerken van zorginstellingen bezig geweest met het kennisnemen en gebruiken van de Work Ability Index, ook wel werkvermogensmonitor genoemd. Op basis van de uitkomsten van dit meetinstrument over de (toekomstige) inzetbaarheid van mensen kunnen werkgevers en werknemers doelmatig actie ondernemen om uitval door ziekte te voorkomen. In 2010 zal een meerjarig project van werkgevers, verzekeraars en een uitvoerder van gezondheidsmanagement in de regio Oost-Nederland met steun van VWS van start gaan. Dit project betekent een grote stap vooruit in het gebruik van de WAI in de zorgsector. Niet alleen zal een groot aantal zorginstellingen intensiever aan de slag gaan met integraal gezondheidsmanagement en levensfasebewust personeelsbeleid. Ook zal het project met anonieme gegevens bijdragen aan de landelijke database van Stichting Blik Op Werk. Hierdoor worden in de toekomst vergelijkende analyses mogelijk. Dit bouwt voort op het beleid van het ministerie van SZW gericht op duurzame inzetbaarheid.

<sup>1</sup> Uw kenmerk 2009D48753.

<sup>2</sup> Tweede Kamer vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 83.

Tevens is in 2009 onder de noemer Idealoog een traject ingezet om bij alle 8 Universitair Medische Centra (UMC's) in Nederland vorm te geven aan meer volwassen arbeidsrelaties tussen werkgevers en werknemers. Aanleiding daarvoor is de in 2008 opgestelde CAO, welke een duurzame inzetbaarheid van medewerkers nastreeft en hen daartoe meer ruimte en verantwoordelijkheid wil geven. De komende jaren zullen hiertoe bij de UMC's 31 projecten worden uitgevoerd.

In samenwerking met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie maken we daarnaast sinds 2009 in 7 cure-instellingen en 5 care-instellingen de pilot «Excellente zorg» mogelijk. Door verpleegkundigen en verzorgenden het heft meer in eigen hand te laten nemen beogen we dat een instelling zich kan onderscheiden door uitstekende zorg. Dit gebeurt in navolging van het zogenaamde «Magneetziekenhuis», een voorbeeld uit de Verenigde Staten waarbij de betreffende instellingen als een magneet personeel aantrekken en behouden door gericht HRM-beleid. Excellente zorg zet nadrukkelijker in op:

- Het werken met verpleegsensitieve indicatoren, zoals bij decubitus en medicatieveiligheid;
- Patiëntervaringen als gevolg van betere communicatie, bejegening, toegankelijkheid en afstemming van de (verpleegkundige) zorg;
- Versterking van de autonomie van verpleegkundigen en verzorgenden;
- Een organisatiecultuur die meer aanzet tot patiëntgerichte zorg en sociale innovatie.

## **6. Versterking regionaal arbeidsmarktbeleid**

De arbeidsmarkt in de zorg is vooral een regionale arbeidsmarkt. Voor de meeste beroepsbeoefenaren geldt dat de arbeidsoriëntatie niet verder gaat dan het lokale of regionale niveau. Mede om die reden is in het actieplan «Werken aan de Zorg» uit 2007 ingezet op versterking van de regionale arbeidsmarktstructuur in de zorg<sup>1</sup>. De investering vanuit VWS hiervoor bedraagt bijna € 20 miljoen voor een periode van 5 jaar. Deze versterking laat uiteraard onverlet de verantwoordelijkheid van sociale partners voor het arbeidsmarktbeleid. Over de verantwoordelijkheidsverdeling voor het arbeidsmarktbeleid bent u geïnformeerd in onze brief van 24 september 2008<sup>2</sup>.

Het is van groot belang dat zorginstellingen in de regio niet alleen concurreren met elkaar om het beschikbare personeel, maar ook samenwerken om de instroom van personeel te vergroten, het behoud van medewerkers voor de zorg te bevorderen en voldoende mensen op te leiden voor de zorg. Dergelijke samenwerking maakt instellingen niet alleen competitiever op de arbeidsmarkt, maar vergroot tevens het aantal werknemers.

De versterking van de regionale structuur houdt in dat in 2010 in alle regio's zorginstellingen samenwerken op onderdelen van het arbeidsmarktbeleid. Niet in alle regio's zijn alle zorginstellingen daarbij betrokken, maar de dekkingsgraad neemt nog steeds toe. Bij de samenwerking gaat het onder meer om de volgende thema's:

- Instroom en mobiliteit;
- Inzetbaarheid, vitaliteit en arbeidsproductiviteit;
- Aansluiting beroepsonderwijs en -praktijk;
- Beeldvorming en imago;
- Onderzoek, informatie en communicatie.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 71.

In 11 van de 16 regio's wordt op vrijwel al deze thema's door zorginstellingen inmiddels samengewerkt. In 3 regio's begint de samenwerking vorm te krijgen, maar dient deze nog wel verder geïntensiveerd te



worden. In 2 regio's zijn de eerste stappen gezet om de samenwerking van de grond te krijgen.

### *Regionale differentiatie*

Een eigen regionaal arbeidsmarktbeleid is niet alleen noodzakelijk vanwege de regionale arbeidsoriëntatie van het merendeel van de zorg-professionals, maar ook vanwege de regionale verschillen met betrekking tot de (zorg)arbeidsmarkt. Waar in de ene regio de vergrijzing al ver gevorderd is en de beroepsbevolking nu al krimpt (Limburg, Drenthe en Gooi en Vechtstreek), zijn er andere regio's waar de komende jaren nog duidelijke sprake is van een groeiende beroepsbevolking (Flevoland, Utrecht en regio Amsterdam). In een aantal regio's is het aandeel van de zorg in de regionale werkgelegenheid al heel hoog (Nijmegen Rivierland, Groningen, Drenthe en Friesland), terwijl elders andere sectoren minstens zo belangrijk zijn (Flevoland, regio Amsterdam en Haaglanden). Ook zijn er regio's met een (relatief) laag animo voor het zorgonderwijs (Brabant, Kennemerland en Gooi- en Vechtstreek) en regio's met een hoog animo (Noord- en Midden-Limburg, Groningen, Friesland en IJssel-Vecht). Daarnaast zijn er regio's met een lage participatiegraad van vrouwen (Zuid Limburg, Groningen en Zeeland) en regio's met een hoge participatiegraad (Utrecht, regio Amsterdam en Rijnstreek). Elke regio heeft derhalve te maken met verschillende kansen en bedreigingen. Het is niet zo dat er in sommige regio's sprake is van een cumulatie van bedreigingen, terwijl er nauwelijks kansen zijn. Veelal is het beeld gedifferentieerd. Wel laten de analyses met Regiomarge zien dat in een aantal regio's op redelijk korte termijn al meer arbeidsmarktproblemen te verwachten zijn dan in andere regio's (Amsterdam, Rijnstreek en Utrecht).

### *Regionale samenwerking met andere instanties*

De versterking van de regionale structuur is in de eerste plaats gericht op de samenwerking tussen de zorginstellingen op het terrein van de arbeidsmarkt. Daarnaast is het van wezenlijk belang om de samenwerking van de zorg met allerlei andere instanties te betrekken bij het arbeidsmarktbeleid in de zorg. Daarbij kan gedacht worden aan gemeenten en UWV voor de toeleiding van onder andere werklozen naar de zorg, en aan het zorgonderwijs.

Om deze samenwerking te stimuleren hebben we samen met onze collega's van SZW en OCW in 2007 een aantal regionale proefprojecten gestart om meer lager opgeleiden te werven en op te leiden voor de zorg. Hierbij zijn zorginstellingen, gemeenten, het UWV, Calibris en onderwijsorganisaties betrokken. We hebben circa € 2 miljoen geïnvesteerd. Uit de evaluatie door Regioplan van de proefprojecten blijkt dat «een regionale vraaggestuurde aanpak succesvol kan worden genoemd». Daartoe dient wel aan een aantal voorwaarden voldaan te worden. Er dient gewerkt te worden vanuit de vraag naar arbeid van de zorginstellingen. Commitment van de zorginstellingen, zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau, is cruciaal. Daarnaast is een goede screening van kandidaten belangrijk, omdat niet iedereen geschikt is om in de zorg te werken. Maatwerk in scholings- en begeleidingstrajecten is vereist. Tot slot wordt idealiter de samenwerking tussen partijen geborgd in een BrancheServicepunt Zorg.

Om de regionale samenwerking tussen deze partijen een verdere stimulans te geven is op 11 juni 2009 door betrokken departementen een regionale conferentie georganiseerd. Hiervoor waren partijen uit alle regio's uitgenodigd. De economische crisis en de daaruit voortvloeiende wens om overtollig geworden personeel in de marktsector om te scholen naar een beroep in de zorg was mede aanleiding voor deze conferentie. Vanuit



het kabinet is voor de jaren 2010 en 2011 in totaal € 4,8 miljoen beschikbaar gesteld om de samenwerking te stimuleren. Inmiddels is door vrijwel alle regio's een plan van aanpak ingediend. Resultaat hiervan zal zijn dat nog in 2010 bij (vrijwel) alle plusvestigingen van het UWV Werkbedrijf een BrancheServicepunt Zorg actief zal zijn.

## **7. Fondsen voor zorgopleidingen**

Het goed en voldoende opleiden van zorgprofessionals is een belangrijke voorwaarde om de toegankelijkheid van de zorg te (blijven) waarborgen. Het gaat daarbij om zowel de initiële zorgopleidingen, die onder de verantwoordelijkheid van OCW vallen, als om de vervolgopleidingen, waarvoor de primaire verantwoordelijkheid bij de zorginstellingen ligt. Gegeven het belang voor de toegankelijkheid worden deze opleidingen vanuit VWS via verschillende regelingen gestimuleerd. Het gaat daarbij onder andere om het stagefonds en het opleidingsfonds (1e en 2e tranche). Op dit moment wordt samen met de ziekenhuizen bekeken op welke wijze vorm gegeven kan worden aan een fonds voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Onderstaand wordt ingegaan op deze 3 fondsen. Hierbij is met name aandacht voor ontwikkelingen die relevant zijn voor de arbeidsmarkt in de zorg. Overigens heeft VWS ook speciale regelingen voor de huisartsenopleiding en het opleiden van nurse practitioners en physician assistants.

### *Opleidingsfonds*

Het opleidingsfonds is opgezet ter voorkoming van zowel marktverstoring op de zorgmarkt als marktfalen op de opleidingsmarkt. Door de overgang naar integrale tarieven op de zorgmarkt zijn instellingen die opleiden in het nadeel ten opzichte van instellingen die niet opleiden. Het gevolg kan zijn dat er minder zorgprofessionals opgeleid worden dan gewenst. Vandaar de invoering van het opleidingsfonds. Daarmee wordt beoogd om een ruim voldoende aanbod van specialisten te genereren. Voor de medische vervolgopleidingen zijn de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor ons leidend. Om in de toekomst tot een ruim voldoende aanbod te komen zijn we de afgelopen jaren telkens uitgegaan van de bovenkant van het advies van het Capaciteitsorgaan.

Concreet betekent dit dat we voor de jaren 2008, 2009 en 2010 respectievelijk 966, 1013 en 1063 instroomplaatsen beschikbaar hebben gesteld voor de 1e tranche van het opleidingsfonds. Voor 2008 weten we inmiddels hoeveel daarvan gerealiseerd is. Het blijkt dat er in 2008 80 van de 966 instroomplaatsen niet ingevuld zijn door de ziekenhuizen. Het gaat daarbij met name om de volgende specialismen: oogheelkunde, cardiologie en urologie. Definitieve cijfers voor 2009 zijn nog niet beschikbaar, maar het lijkt er op dat het aantal niet ingevulde instroomplaatsen beduidend lager is dan in 2008 en niet boven de 20 uitkomt.

Naast het voldoende opleiden van medisch specialisten is ook het goed opleiden van deze specialisten uitermate belangrijk. In Nederland hebben we daartoe een prima functionerend erkenningensysteem van de Medisch Specialisten Registratie Comité. Aanvullend daarop wordt vanuit VWS al meerdere jaren aangedrongen op het hanteren van kwaliteitsindicatoren bij de verdeling van de instroomplaatsen. Tot nu toe is dat een moeizaam proces. Vanuit de ziekenhuizen en de beroepsgroepen wordt vooral gewezen op de mogelijke problemen daarbij. Er worden inmiddels wel stappen gezet. Zo wordt vanuit de Orde voor Medisch Specialisten het zogenaamde etalagemodel opgezet. Doel van dat model is dat de assistenten in opleiding tot specialist de mogelijkheid en informatie krijgt om zelf te kiezen waar het laatste deel van de opleiding wordt voortgezet. Dat

dwingt ziekenhuizen om een aantrekkelijk aanbod te genereren. Daarnaast is het de bedoeling dat in 2010 de zogenaamde D-rect-vragenlijst wordt uitgezet onder alle assistenten in opleiding tot specialist. Hiermee kan het opleidingsklimaat in de ziekenhuizen gemeten worden.

Tevens wordt in 2010 de evaluatie van het opleidingsfonds uitgevoerd. Als de resultaten daarvan bekend zijn, wordt uw Kamer daarvan op de hoogte gesteld. We verwachten dat dit in het najaar van 2010 zal zijn.

#### *Stagefonds*

In 2008 zijn we begonnen met het stagefonds. In dat jaar is voor € 63 miljoen uitgekeerd aan 1200 zorgconcerns voor in totaal bijna 70 000 stages van studenten die tezamen bijna 30 000 volledige stageplaatsen innamen. De reacties uit het zorgveld over het stagefonds waren vrijwel allemaal positief. Mede daarom is het stagefonds in 2009 uitgebreid. Naast het toevoegen van een extra opleiding (hbo-pedagogiek) is in overleg met sociale partners besloten om de middelen in het kader van de NZA-beleidsregel opleidingen over te hevelen naar het stagefonds. Daarbij ging het om een bedrag van € 25 miljoen. Voorzover de NZA-beleidsregel in bepaalde branches niet bestond of onvoldoende was (thuiszorg, jeugdzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen) is het bedrag door VWS aangevuld met € 8 miljoen. Het totaal beschikbare budget voor het stagefonds 2009 komt daarmee op € 99 miljoen.

Naar verwachting wordt dit volledige bedrag uitgekeerd aan ruim 1200 zorgconcerns voor het beschikbaar stellen van ruim 40 000 volledige stageplaatsen. Daarmee zijn bijna 100 000 stages van studenten ingevuld. Het aantal volledige stageplaatsen dat onder het stagefonds valt is met ruim 30 procent gestegen. Deels komt dat door de uitbreiding van het aantal opleidingen, deels ook door extra stageplaatsen. Met name het aantal stageplaatsen in het kader van de opleiding tot verzorgende en sociaalagoog op niveau 3 is gestegen. In het bijzonder geldt dit voor de beroepsbegeleidende leerweg. Bij de start van het stagefonds was het de bedoeling om juist deze opleidingen te stimuleren. Voor een definitief zicht op de kwantitatieve resultaten van het stagefonds wordt in 2010 een evaluatie van het stagefonds uitgevoerd. Dan zal ook gekeken worden naar de meer kwalitatieve opbrengsten van het stagefonds. Deze evaluatie is mede bedoeld om te bezien of en op welke wijze het stagefonds na 2011 voortgezet wordt. Immers, op dit moment is daarvoor slechts € 33 miljoen gereserveerd.

#### *Fonds gespecialiseerd ziekenhuispersoneel*

Er zijn duidelijke signalen dat er in ziekenhuizen momenteel tekorten zijn aan bepaalde groepen gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, onder andere operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. In het AO van 4 februari 2009 zijn deze tekorten dan ook nadrukkelijk aan de orde gesteld<sup>1</sup>. Een belangrijke oorzaak van de tekorten is een sterke daling van het aantal personen in opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteuner na 2001. Vanwege het gevaar van marktfalen is door onze voorgangers al in 2006 besloten om de betreffende opleidingen onderdeel uit te laten maken van de 2e tranche van het opleidingsfonds. Op verzoek van de NVZ is dat uitgesteld, omdat de noodzakelijke informatie niet beschikbaar was en het opleidingsfonds in hun ogen niet het meest geschikt was voor deze opleidingen.

<sup>1</sup> Tweede kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 81.

Op dit moment zijn we in overleg met de NVZ, de NFU en V&VN om met ingang van 2010 een apart fonds op te richten voor opleidingen van

gespecialiseerd ziekenhuispersoneel. Uitgangspunt daarbij is dat ziekenhuizen die daadwerkelijk opleiden beloond worden door de opleidingskosten (grotendeels) te vergoeden. De uitvoering van het fonds dient simpel te zijn. Daarbij staat ons een vergelijkbare systematiek als bij het stagefonds voor ogen. Alle partijen zijn het daarover eens. Discussie bestaat nog over de reikwijdte van het fonds. Waar de NVZ en de NFU het fonds strikt willen beperken tot de zogenaamde CZO-route, willen wij het fonds ook openstellen voor allerlei nieuwe initiatieven van ziekenhuizen en opleidingsinstituten om gespecialiseerd personeel op te leiden. De huidige problematiek rechtvaardigt naar onze mening geen strikte toepassing. Er moet immers snel nieuw personeel opgeleid worden. Daarmee wordt voorkomen dat nog meer ziekenhuizen dan thans het geval is hun toevlucht zoeken tot het werven in landen die zelf met tekorten kampen.

## **8. Tot slot**

Met de Arbeidsmarktbrief uit 2007 heeft dit kabinet het arbeidsmarktbeleid in de zorg een impuls gegeven en beleid in gang gezet. De vruchten ervan worden nu reeds geplukt en het beleid is extra relevant in het licht van de huidige economische situatie. Zaak is om het beleid met kracht voort te zetten. De aandacht mag zeker niet verslappen, want juist op de langere termijn zullen zorgvraag en arbeidsaanbod onvoldoende op elkaar aansluiten. De uitdaging is dusdanig complex dat deze alleen samen met veld kan worden aangegaan.