

# Arbeidsmarkt en zorgvraag

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan  
de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2006

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 340 50 60  
Fax 070 340 75 75  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Quantes, Rijswijk  
Uitgave: 2006  
ISBN-10: 90-5732-174-2  
ISBN-13: 978-90-5732-174-0

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van  
publicatienummer 06/08.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## **Bij een krimpende beroepsbevolking en een toenemende zorgvraag zijn ingrijpende keuzes onontkoombaar.**

### **Welk probleem lost dit advies op?**

Als de economie aantrekt ontstaan al op korte termijn personeelstekorten in de caresector. Daarom zijn maatregelen nodig om de vraag naar zorg te verminderen (bijvoorbeeld door ondersteunen van zelfredzaamheid en mantelzorg, en inzetten van ICT en andere moderne hulpmiddelen) en het aanbod aan arbeidskrachten te vergroten (bijvoorbeeld door meer deeltijders meer uren te laten werken, ouderen langer te laten werken en concurrerende arbeidsvoorwaarden aan te bieden).

Voor de langere termijn zijn ingrijpende keuzes echter onontkoombaar. Vroeg of laat betekent een tekort aan personeel namelijk ook: inleveren op kwaliteit. Nu investeren in preventie, arbeidsbesparende bouw, een markt voor persoonlijke dienstverlening en kinderopvang is daarom noodzakelijk.

### **Wat zijn de gevolgen voor de consument?**

De consument wordt gestimuleerd zo lang mogelijk zelfstandig te blijven, en krijgt daarvoor ook meer mogelijkheden. Verder wordt voorkomen dat op termijn de kwaliteit van zorg terugloopt omdat er niet genoeg zorgverleners zijn.

### **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?**

Zorgverleners kunnen aan het werk in organisaties die zowel care als cure omvatten. Daarbij wordt veel aandacht besteed aan scholing, carrière, jobrotation, kennisuitwisseling, onderzoek en prestatiebeloning. Zo kan de zorgsector personeel binnenhalen en behouden, en wordt het werk aantrekkelijker.

### **Wat kost het?**

De meerkosten van de uitbreiding van het aanbod worden niet veroorzaakt door de voorgestelde maatregelen, maar door de autonome groei van de zorgvraag. De specifieke maatregel van gratis kinderopvang voor mensen in de zorgsector in de lagere functieschalen kost tussen de 100 en 150 miljoen euro.

### **Wat is nieuw?**

Het agenderen van de relatie tussen kwaliteit en arbeidsproductiviteit in de care, de relatie tussen bouw en arbeidsproductiviteit, en gratis kinderopvang voor mensen in de lagere functieschalen in de zorg.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Waarom dit advies?</b>	<b>11</b>
1.1	Grote tekorten verwacht	11
1.2	Beleidsvragen	11
1.3	Functie in het beleidsproces	12
1.4	Werkwijze	13
<b>2</b>	<b>Structurele problemen op de arbeidsmarkt</b>	<b>14</b>
2.1	Gebrek aan evenwicht tussen vraag en aanbod	14
2.2	Knelpunten aan de vraagzijde	15
2.3	Knelpunten aan de aanbodzijde	17
2.4	Conclusie	20
<b>3</b>	<b>Oplossingen aan de vraagzijde</b>	<b>22</b>
3.1	Visie van de RVZ	22
3.2	Beantwoording vragen minister van VWS	23
3.3	Preventiemogelijkheden benutten	24
3.4	Beter gebruik maken van ICT	24
3.5	Conclusie	25
<b>4</b>	<b>Oplossingen aan de aanbodzijde</b>	<b>27</b>
4.1	Gevolgen voor de arbeidsmarkt onderzoeken	27
4.2	Uitbreiding van het arbeidsaanbod	28
4.3	Betere voorwaarden in de structurele sfeer	34
4.4	Conclusie	38
<b>5</b>	<b>Advies</b>	<b>39</b>
5.1	Permanent aandacht voor relatie tussen zorgvraag en arbeidsaanbod	39
5.2	Vijf prioriteiten	40
5.3	Veranderende normen	42
	<b>Bijlagen</b>	
1	Adviesaanvraag	47
2	Adviesvoorbereiding	49
3	Waarom dementie en CVA als voorbeeld	53
4	Kwantitatieve ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorgsector	57
5	Arbeidsproductiviteit: een begripsverkenning	97

6	Internationale mobiliteit van beroepsbeoefenaren: migratie een oplossing voor toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector?	111
7	Lijst met afkortingen	129
8	Literatuurlijst	131
	Overzicht RVZ-publicaties	141

# Arbeidsmarkt en zorgvraag

## Samenvatting

### Investeringsplan

De politieke partijen hebben er (nog) geen verkiezingsissue van gemaakt. Vreemd, want wie zal voor onze medemens met Alzheimer zorgen? Het aantal dementeren zal de komende decennia verdubbelen, terwijl het aantal professionele zorgwerkers juist halveert. Rijst de prangende vraag: hoe maken én houden we het vak van verzorgende aantrekkelijk? Straks is er geen jongere meer die in deze branche wil werken. Politiek, word wakker! U moet investeren.

**Uit: Op weg naar het Alzheimer-paradijs, column door Stella Braam, te lezen op [www.rvz.net](http://www.rvz.net)**

### Adviesaanvraag

De oproep van Stella Braam, hierboven, geeft kort en krachtig aan wat de aanleiding is voor dit advies. Enerzijds neemt de zorgvraag toe. Alleen al het aantal mensen met dementie loopt op van 175.000 in 2002 naar 412.000 in 2050. Het aantal mensen met een beroerte stijgt van 118.000 in 2000 tot 152.000 in 2020. Anderzijds blijft de toename van de beroepsbevolking daar ver bij achter.

Het gevolg, als niet wordt ingegrepen: een groot tekort aan arbeidskrachten in de zorg, en met name in de caresector. Dit advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gaat op verzoek van de bewindslieden van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (VWS) dan ook over de problemen in die sector, en de mogelijkheden om die op te lossen.

### Wat zijn de problemen?

Op dit moment zijn vraag en aanbod nog redelijk in evenwicht, maar al op kortere termijn dreigt krapte op de arbeidsmarkt. Bij een aantrekkende economie komt de zorgsector in de problemen. Onderzoeksrapporten wijzen erop dat als er geen maatregelen worden getroffen bijna één op de vier schoolverlaters in de toekomst in de zorg moet gaan werken.

Voor de langere termijn zijn de problemen nog veel groter. Het gaat dan niet om de bekende varkenscycli: tekorten afgewisseld door overschotten. De beroepsbevolking krimpt structureel. Er zijn gewoon minder mensen beschikbaar voor de arbeidsmarkt.

Tegelijkertijd stijgt de vraag naar zorg. Als er geen 'Alzheimerpil' gevonden wordt, en daar ziet het op dit moment naar uit, vragen alleen al die 412.000 mensen met dementie gemiddeld 2 jaar intramurale zorg, voorafgegaan door 5 jaar ondersteuning in hun eigen woonomgeving, met veel mantelzorg en thuiszorg.

Daarom is het van groot belang om na te gaan wat we op dit moment kunnen doen om ernstige tekorten te voorkomen, op de korte en langere termijn. Benutten we wel voldoende de mogelijkheden om een beroep op professionele zorg te verminderen en voldoende arbeidsaanbod te krijgen?

#### *Knelpunten aan de vraagkant*

Veel mensen doen een beroep op mantelzorg, waardoor een beroep op professionele zorg niet nodig is. Maar we hebben ook meer professionele zorgverleners nodig. Hoe stimuleer je de arbeidsparticipatie zonder dat dit ten koste gaat van de mantelzorg? Vooralsnog ontbreken daarvoor adequate beleidsmaatregelen.

Preventie is zeer effectief om de vraag naar zorg te verminderen. Zo is er bijvoorbeeld nog veel gezondheidswinst te boeken door op grote schaal hoge bloeddruk te behandelen. Preventie wordt echter nog onvoldoende gezien als instrument voor arbeidsmarktbeleid. Verder worden veelbelovende arbeidsbesparende technologieën onvoldoende benut.

#### *Knelpunten aan de aanbodkant*

Therapieën en zorgconcepten, zoals kleinschalig wonen, zouden beter doordacht moeten worden op hun personele implicaties: hoeveel zorgverleners hebben we daar eigenlijk voor nodig, en zijn die er wel? Hoeveel mensen in de sector willen werken is bovendien afhankelijk van loopbaanperspectieven en imago. Die laten nu vaak te wensen over.

En verhoging van de arbeidsproductiviteit? Ook daar worden lang niet alle kansen al benut. Maar op dat punt winst behalen is in de caresector wel lastiger dan in de curesector. Niet alleen is meten moeilijker, ook over het product (en de norm die daaraan ten grondslag ligt) is meer discussie. Een drankje met alle voedingsstoffen toedienen gaat sneller dan iemand hap voor hap helpen met eten. En bewoners van verpleeghuizen luiers laten dragen kost minder tijd dan arbeidsintensieve trainingen om incontinentie tegen te gaan. Maar welke keuze willen we daarin maken? Wat is de kwaliteit van zorg waar we naar streven?

#### **Welke maatregelen zijn nodig?**

Zowel binnen als buiten de zorgsector zijn maatregelen nodig. Er zijn veel manieren om te werken aan vraagreductie en vergroten van het aanbod aan arbeidskrachten. In het advies is een groot aantal aanbevelingen geformuleerd. Zo hebben de beschikbaarheid en het gebruiksgemak van domotica en ICT-voorzieningen in de woonomgeving een hoge arbeidsbesparende potentie. Daarin zal dus geïnvesteerd moeten worden. Verder beveelt de Raad onder meer aan de ondersteuning van mantelzorg te verrekenen in het desbetreffende financieringssysteem van de zorg.



Waarom moet prioriteit gegeven worden? Vijf punten verdienen het als eerste aangepakt te worden.

### *1. Inzetten op preventie*

Om vraagreductie te bewerkstelligen moet ten eerste een programma gestart worden om de bloeddruk onder de bevolking te verlagen. Ook ICT kan daarin een arbeidsbesparende rol spelen.

### *2. Markt voor persoonlijke dienstverlening ontwikkelen*

Wat ten tweede kan helpen om de vraag te verminderen is de totstandkoming van een markt voor persoonlijke dienstverlening (klussendiensten, tuinonderhoud, etc). Daardoor kunnen mensen langer hun zelfstandigheid behouden. Daarbij past ook dat de overheid en sociale partners ruimte creëren voor daarop afgestemde nieuwe en flexibele arbeidsverhoudingen.

### *3. Meer arbeidsparticipatie door kinderopvang*

Aan de aanbodkant ligt het voor de hand te denken aan meer en langer werken. Maar daar zitten haken en ogen aan. Als iedereen in de zorg tot zijn 65e blijft werken, komt 14-22% meer arbeid beschikbaar. Dat helpt, maar het is niet genoeg. Bovendien is het niet zonder meer haalbaar. Mensen doen vaak lichamelijk zwaar werk, en de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid, beroep en beroeps-onderwijs maakt het moeilijker om regelingen te treffen die oudere zorgverleners ontlasten.

De beste kans om én meer vrouwen aan het werk te krijgen én mantelzorg mogelijk te maken is te zorgen voor betaalbare kinderopvang. In de lagere functieschalen (tot en met FWG 45) in de zorg zou kinderopvang daarom gratis moeten worden. Op termijn zou kinderopvang een basisvoorziening moeten worden, te betalen uit de algemene middelen. Dit is de derde aanbeveling.

### *4. Meer arbeidsproductiviteit door slim bouwen*

Ten vierde is een andere bouw van verpleeghuizen veelbelovend voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Voorlopige berekeningen laten zien dat de exploitatiekosten met 11% kunnen dalen. Dat komt vooral door investeringen in ICT en domotica. Nader onderzoek is nodig.

### *5. Eisen stellen aan kwaliteit*

Verhogen van de arbeidsproductiviteit is nodig, maar de kwaliteit mag niet beneden een bepaald niveau komen. Daarom is de vijfde aanbeveling dat de overheid in ieder geval de normen voor verantwoorde zorg vaststelt die veiligheid garanderen (met bijvoorbeeld medicatiefouten, ondervoeding en decubitus als indicatoren).

Aan de vijf prioritaire aanbevelingen aan de overheid voegt de Raad een oproep aan partijen in het veld toe.

#### *6. Oproep aan partijen in het veld*

Niet alleen de overheid is aan zet. Ook werkgevers- en werknemersorganisaties zullen pro-actief beleid moeten voeren en arbeidsvoorwaardelijke regelingen moeten treffen die de aantrekkelijkheid van de zorgsector vergroten.

#### **En wat als er toch ernstige tekorten ontstaan?**

Of het arbeidsmarktprobleem in de zorg op de langere termijn oplosbaar zal blijken te zijn? De Raad is er niet gerust op. En ontstaat er ernstige krapte, ondanks de inspanningen om dat te voorkomen, dan moet vroeg of laat ingeleverd worden op kwaliteit.

Dat betekent een verschuiving van onze huidige normen, en wennen aan onorthodoxe oplossingen:

- oppas inhuren voor hulpbehoevende ouders;
- opname in een verpleeghuis in een deel van het land waar minder krapte is;
- via de computer op de werkplek checken hoe het met een naaste thuis of in het verpleeghuis is.

# 1 Waaron dit advies?

## 1.1 Grote tekorten verwacht

Op dit moment gaat het goed met de arbeidsmarkt in de zorg

Op dit moment gaat het goed met de arbeidsmarkt in de zorg: er zijn weinig vacatures en lage verloopcijfers. Maar dat zal niet zo blijven. Bij een aantrekkende economie zal op korte termijn de vraag naar arbeidskrachten al toenemen.

Voor de toekomst is echter zwaar weer voorspeld

Ook op langere termijn zijn problemen te voorzien. De groei van de zorgbehoefte wordt immers groter, door de vergrijzing en door de toename van het aantal kwetsbare mensen in de samenleving. Tegelijkertijd stijgen de medische mogelijkheden en de eisen die mensen aan de zorgverlening stellen.

Het aandeel van de beroepsbevolking in de zorg moet stijgen van 11 naar 18%

Op dit moment werkt 11 procent van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg. Bij ongewijzigd beleid zou dat in de toekomst tussen de 19 en 22 procent moeten zijn. Om die groei te begrenzen heeft het kabinet als doel geformuleerd dat in 2025 niet meer dan 18 procent van de beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam zal zijn. Daarbij is dan al rekening gehouden met een stijging van de arbeidsproductiviteit.

Hoe zorgen we dat genoeg mensen beschikbaar zijn voor de zorg?

Maar er zal meer nodig zijn dan een hogere arbeidsproductiviteit. Hoe voorkomen we dat de zorgsector een te groot beslag legt op arbeidskrachten? En hoe zorgen we dat genoeg mensen beschikbaar zijn voor het werken in die branche? Vanuit die achtergrond heeft het ministerie van VWS de RVZ om advies gevraagd (zie bijlage 1).

## 1.2 Beleidsvragen

Hoewel ook in de curesector fricties zullen ontstaan, worden de grootste problemen in de curesector verwacht

De grootste arbeidsmarktproblemen zijn in de curesector te verwachten. Hoewel ook in de curesector spanning kan ontstaan, lijken de vooruitzichten daar vooralsnog gunstiger. Zo acht het capaciteitsorgaan het mogelijk de instroom in de opleiding geneeskunde terug te brengen. In de curesector daarentegen lijken de mogelijkheden voor arbeidsbesparende ICT of verhoging van de arbeidsproductiviteit op voorhand beperkter.

Oplossingen voor de curesector zijn dan ook gewenst

Een verkenning van de uitdagingen en mogelijkheden in de curesector is dus het meest urgent. Dit advies gaat dan ook vooral over de problemen die zich daar zullen voordoen.

Daarbij staan de volgende vragen centraal:

Beleidsvragen	Antwoorden in
Welke arbeidsmarktproblemen zullen zich bij ongewijzigd beleid voordoen in de zorg, in het bijzonder in de caresector?	Hoofdstuk 2
Hoe ernstig en urgent zijn die problemen?	Hoofdstuk 2
Hoe worden de problemen veroorzaakt en in stand gehouden?	Hoofdstuk 2
Kunnen verhogen van de zelfredzaamheid van patiënten, introductie van nieuwe zorgconcepten, mantelzorg, verhogen van de arbeidsproductiviteit, inzet van ICT en bouw bijdragen aan het oplossen van de arbeidsmarktproblemen?	Hoofdstuk 3 en 4
Zo ja, op welke wijze?	Hoofdstuk 3 en 4
Welke andere oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan het voorkomen van te voorziene arbeidsmarktproblemen?	Hoofdstuk 3 en 4
Welke maatregelen dient de minister te nemen?	Hoofdstuk 5
Hoe ziet het implementatieprogramma er uit?	Hoofdstuk 5

### 1.3 Functie in het beleidsproces

Langetermijnperspectief staat voorop	Het advies heeft een strategisch en langetermijnperspectief. De maatregelen zullen zich niet beperken tot een paar specifieke beleidsprocessen en dossiers, maar een breed terrein bestrijken. Voor een deel bevat het advies ook oplossingen voor problemen die al op korte termijn kunnen ontstaan.
Belang van preventie voor de arbeidsmarkt	Speciale aandacht in het geheel van maatregelen is er voor de rol van preventie. Als ziekte voorkomen of uitgesteld kan worden, vermindert dat immers de vraag naar arbeidskrachten. Dat levert dan weer een bijdrage aan het oplossen van de verwachte arbeidsmarktproblemen.
Tevens gericht op pro-actief beleid van sociale partners	In dit alles is het niet alleen de overheid die in actie moet komen. Ook de sociale partners en individuele (zorg)instellingen hebben een cruciale bijdrage. Het advies is erop gericht alle partijen aan te zetten tot pro-actief beleid.

## 1.4 Werkwijze

Het advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat en mr. A.A. Westerlaken.

Ziektebeelden dementie en CVA om arbeidsmarktproblemen te demonstreren

Om de tekst van dit advies beknopt te houden, wordt voor de onderbouwing verwezen naar de publicatie *Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Hierin zijn drie externe studies opgenomen die de Raad speciaal voor dit advies liet uitvoeren: *Zorgen voor CVA-patiënten* door G.A.M. van den Bos (red.), *Zorg voor mensen met dementie en arbeidsmarkt* door dr. M. Vernooij-Dassen, et al., en *Arbeidsproductiviteit en bouw, een exploratieve studie in de verpleegzorg* door J. Achterberg, et al.

De zorg voor mensen met dementie en een cardiovasculair accident (CVA) is in het kader van dit advies als speciaal onderwerp van studie gekozen, omdat de arbeidsmarktproblemen en oplossingsrichtingen zich daaraan goed laten demonstreren. Een verantwoording staat in bijlage 2.

Verantwoording adviesvoorbereiding in bijlage

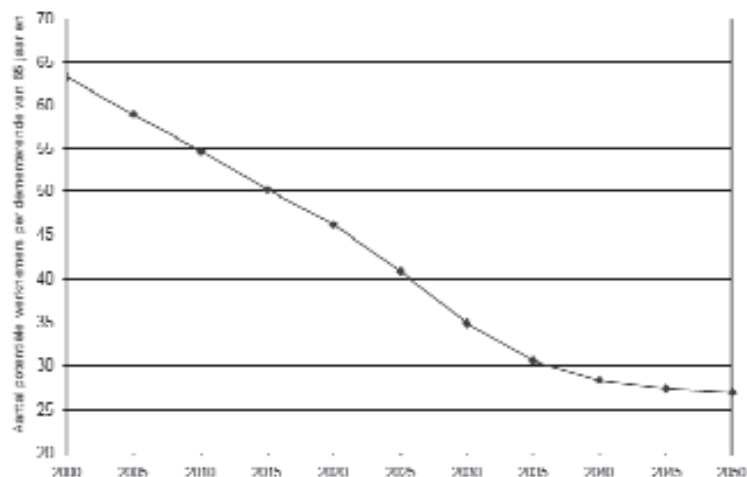
Verder zijn op het secretariaat interne studies uitgevoerd, onder andere naar mantelzorg (opgenomen in de bundel achtergrondstudies), arbeidsproductiviteit en internationale mobiliteit (bijlagen). Zoals gebruikelijk heeft de Raad daarnaast met veel mensen gesproken en een aantal bijeenkomsten belegd. Een overzicht is te vinden in bijlage 3.

## 2 Structurele problemen op de arbeidsmarkt

### 2.1 Gebrek aan evenwicht tussen vraag en aanbod

Verschillende modellen voor arbeidsmarktprognoses	Wat weten we over de arbeidsmarkt voor de zorg die in de toekomst nodig zal zijn? Verschillende instituten rapporteren regelmatig over de te verwachten overschotten en tekorten (Van der Windt en Talma, 2005; ROA, 2005 en CWI, 2005, Ecorys, 2006, zie ook bijlage 4). Ook de SER adviseerde recent over knelpunten op de arbeidsmarkt in de collectieve sector (SER, 2006).
Eén ding is duidelijk: op termijn gebrek aan evenwicht tussen vraag en aanbod	Welke studie je ook neemt, ze maken één ding duidelijk: in de zorgsector zullen de zorgvraag en het aanbod van arbeidskrachten uit balans raken. De vraag neemt toe en de toename van de beroepsbevolking blijft daarbij achter. Volgens Derks zal de krimp van de beroepsbevolking zelfs al op korte termijn zorgen voor een structurele krapte op de arbeidsmarkt (Derks, 2006).
Vooraf in de caresector zal dat voelbaar zijn	Dat zal vooral voelbaar zijn in de caresector. Omdat in de zorg veel in deeltijd wordt gewerkt, zouden in de periode 2001 tot 2040 maximaal 700.000 extra mensen nodig zijn om aan de vraag te voldoen (Van der Windt en Talma, 2005), waarvan 420.000 voor de care (bijlage 5).
Eén op de zes jongeren moet kiezen voor een baan in de zorgsector	Al op korte termijn zou volgens CWI-berekeningen jaarlijks één op de zes jongeren in het beroepsonderwijs moeten kiezen voor een zorgopleiding om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen (SER, 2006). Vijftien procent meer instroom in op zorg gerichte opleidingen is dan ook gewenst. (Prismant 2005). We zien echter dat de instroom recent juist is gedaald.
Vraag en aanbod uit balans	Kortom: vraag en aanbod raken ernstig uit balans. Hieronder bespreekt de Raad achtereenvolgens de knelpunten aan de vraagzijde en die aan de aanbodzijde. Samen zorgen die voor structurele problemen op de arbeidsmarkt.  Figuur 2.0 laat bijvoorbeeld zien dat het aantal potentiële werknemers om mensen met dementie te verzorgen de komende decennia fors terugloopt.

**Figuur 2.0 Verhouding tussen de omvang van de potentiële beroepsbevolking (15 - 64 jaar) en het aantal dementerenden van 65 jaar en ouder in de periode 2000 - 2050**



Bron: Gezondheidsraad, 2002

## 2.2 Knelpunten aan de vraagzijde

### Concurrentie van arbeidsmarkt en mantelzorg

Concurrerende beleidsdoelstellingen

Een eerste knelpunt aan de vraagzijde is dat een grotere arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking, iets wat de overheid als belangrijk doel heeft geformuleerd, op gespannen voet staat met het verrichten van mantelzorg. En dat terwijl mantelzorg enorm belangrijk is om de vraag naar professionele zorg te beheersen.

Veel mensen doen een beroep op mantelzorg

Zo wordt driekwart van de verpleging en verzorging door mantelzorgers gedaan. Thuiswonende CVA-patiënten krijgen gemiddeld vijf uur per dag ondersteuning van familie, vrienden en andere vrijwilligers (Van Exel et al. 2002). En dementie, in het licht van de vergrijzing een groeiend probleem, vergt een aanzienlijk grotere inzet van mantelzorgers dan andere aandoeningen: 89 tegen 39 procent (Vernooij-Dassen et al., 2006).

Mantelzorg verlenen en betaalde arbeid verrichten kunnen elkaar negatief beïnvloeden

Veel mantelzorgers zijn vrouwen. Op dit moment is hun beschikbaarheid nog niet afgenomen, maar als zij meer betaalde arbeid gaan verrichten kan dat veranderen (Van den Berg, 2005, Struijs, 2006). Zo blijken mantelzorgers die qua leeftijd tot de beroepsbevolking worden gerekend gemiddeld 4 uur minder zorg te verlenen als zij daarnaast een betaalde baan hebben: 15 in plaats van 19 uur per week.

Mantelzorg kan leiden tot minder arbeidsparticipatie en omgekeerd	Er is overigens ook een omgekeerd effect: mantelzorg kan weer leiden tot minder arbeidsparticipatie. Zo is 6 procent van de werkenden vanwege mantelzorg minder gaan werken. Negen procent was zelfs tijdelijk gestopt (Timmermans et al. 2001). Daarmee zijn dan minder arbeidskrachten beschikbaar, ook voor het verlenen van professionele zorg.
Welke beleidsdoelstelling krijgt prioriteit?	Kortom: meer mantelzorg betekent minder aanbod op de arbeidsmarkt, en meer arbeidsparticipatie leidt tot minder mantelzorg. De vraag is dan welke beleidsdoelstelling prioriteit moet krijgen. Of zijn er maatregelen denkbaar die zorgen dat mantelzorg en betaalde arbeid minder concurreren?
Het belang van preventie om de vraag te verminderen wordt onderschat	<p><b>Niet genoeg aandacht voor preventie</b></p> <p>Een tweede knelpunt is dat het belang van preventie wordt onderschat. Dat is niet alleen nadelig voor individuele patiënten, voor wie gezondheidswinst te behalen valt, maar ook voor de ontwikkeling van de vraag naar zorg. Met name voor aandoeningen die grote groepen mensen treffen is met preventie veel gezondheidsschade en dus ook veel vraag naar zorg te voorkomen.</p>
Roken heeft effect op toekomstige patiëntenaantallen en ....	Een voorbeeld is het cardiovasculair accident. Hoewel de toename van CVA-patiënten vooral het gevolg is van demografische veranderingen, spelen ook roken en hoge bloeddruk een rol in de stijging. Dat geeft aanknopingspunten voor preventie. Zo heeft stoppen met roken effect op toekomstige patiëntenaantallen (Van den Bos, 2006). Het lastige is echter dat zulke effecten pas op de langere termijn zichtbaar worden, terwijl ze nu een investering vergen.
... behandeling van hypertensie kan het aantal mensen met een CVA terugdringen	Een ander voorbeeld: dementie. Een gerandomiseerd onderzoek bevestigt dat hoge bloeddruk een rol speelt (Vernooij-Dassen, 2006). Dat maakt preventief ingrijpen mogelijk. Een effectieve behandeling van mensen met hoge bloeddruk is bovendien van belang om het aantal CVA's terug te dringen (Van den Bos, 2006). Problemen daarbij zijn echter gebrek aan therapietrouw (minder dan 50 procent) en onderbehandeling (RVZ, 1999).
Inzet ICT veelbelovend voor arbeidsbesparing, maar urgentie wordt (door individuele instellingen) nog niet gevoeld	<p><b>Te weinig inzet van vraagbeperkende ICT</b></p> <p>De inzet van technologie is een veelbelovende weg om de vraag naar zorg in te perken, maar de kansen worden in de praktijk van dit moment nog nauwelijks benut (Kitz, 2001). Dat is een derde knelpunt.</p> <p>Sinds 2001 is wel wat vooruitgang geboekt, maar de urgentie wordt blijkaar nog steeds niet gevoeld. Dat geldt voor individuele instellingen, waar bijvoorbeeld videonetwerken een bijdrage kunnen leveren (Nivel, 2005), maar ook voor de inzet van toepassingen bij mensen thuis.</p>



Voldoende mogelijkheden, ook voor dementerenden

En dat terwijl er wel degelijk mogelijkheden zijn. In de zorg voor dementerenden worden bijvoorbeeld tal van nieuwe producten ontwikkeld: sensormonitoring, geluidsmonitoring, medicijndoosjes met alarmfunctie en vergrendelde compartimenten, een locator die zoekgeraakte voorwerpen opspoort, en sensorsystemen die gevaarlijke situaties als gas en oververhitting detecteren (Vernooij-Dassen et al., 2006).

Zulke hulpmiddelen kunnen ertoe bijdragen dat mensen langer in hun eigen huis blijven wonen, en dat de zorg die zij nodig hebben efficiënter wordt verleend. Even zo talrijk als de technische mogelijkheden, zijn de namen die daaraan worden gegeven, bijvoorbeeld ambient intelligence (Rathenau, 2004).

Oorzaken onvoldoende ICT-gebruik divers

Waarom worden deze mogelijkheden dan toch nog onvoldoende benut? Deels zit dat in de onbekendheid met wat beschikbaar is, deels in de financiering. Bovendien is vaak niet voldaan aan de randvoorwaarden, zoals afspraken over standaardisatie. In zijn advies Van weten naar doen heeft de Raad een twaalfstal factoren geïdentificeerd die voor een snelle verspreiding van innovaties belangrijk zijn (RVZ, 2005).

## 2.3 Knelpunten aan de aanbodzijde

### **Te weinig inzet van bewezen effectieve zorg**

Invoering nieuwe therapieën zonder zicht op gevolgen voor de arbeidsmarkt

Een eerste knelpunt aan de aanbodzijde is dat in de care veel therapieën worden toegepast die (nog) niet op hun effectiviteit getoetst zijn of waarvoor het bewijs van effectiviteit niet erg hard is (RVZ, 2006). En is een behandeling eenmaal ingevoerd, dan kan dat maar moeilijk teruggedraaid worden, ook als er inmiddels bewezen effectieve alternatieven zijn. Het gevolg: een onnodige inzet van schaarse arbeidskrachten.

Daardoor soms onnodig inzet van arbeidskrachten

Een mooi voorbeeld is het gebruik van Neurodevelopmental Treatment (NDT) in de zorg voor CVA-patiënten. Die blijkt geen meerwaarde te hebben, terwijl hij toch veelvuldig wordt ingezet (Hafsteinsdóttir, 2003). In zo'n geval kunnen leidinggevenden worden uitgedaagd zich af te vragen waarom deze arbeidsintensieve, dure en inefficiënte therapie in hun instellingen nog steeds gebruikt wordt, en zij niet kiezen voor een *evidence based* revalidatierichtlijn (Hafsteinsdóttir et al., 2006).

### **Zorgconcepten niet doordacht op gevolg voor de arbeidsmarkt**

Zorgconcepten worden niet doordacht op implicaties voor de arbeidsmarkt

Een tweede probleem is dat regelmatig nieuwe zorgconcepten worden geïntroduceerd, maar vaak zonder daarbij de benodigde hoeveelheid personeel als beslistpunt mee te nemen.

Bijvoorbeeld bij het invoeren van een concept als kleinschalig wonen	Dat laat zich goed illustreren bij het invoeren van kleinschalig wonen. Natuurlijk is een zorginhoudelijke visie daarbij van groot belang. Daar ligt vaak ook de motivatie van de betrokkenen. Ook is er terecht aandacht voor de veranderende rol van de zorgverlener: van zuster naar begeleider (Stoelinga et al. (2003) en Krijger et al. (2002)).
Geen zicht op gevolgen voor omvang van het personeel	Maar de consequenties hebben naast een kwalitatieve ook een kwantitatieve component, en daar wordt vaak niet naar gekeken. Over de gevolgen voor de vraag naar personeel is nauwelijks iets bekend. En dat terwijl de gevolgen op dat vlak aanzienlijk kunnen zijn. In 2003 woonden bijvoorbeeld 1346 mensen met dementie in kleinschalige woonvormen tegenover 33.000 dementerenden in verpleeghuizen (Vernooij-Dassen, 2006). Wat betekent het voor de inzet van arbeidskrachten als die verhouding heel anders komt te liggen?
Gaat het lukken om voldoende mensen voor de zorgsector aan te trekken?	<p><b>Concurrentie om personeel op de arbeidsmarkt</b></p> <p>Een derde probleem is de concurrentie tussen markt- en collectieve sector (Van Rijn, 2001; CWI, 2005). De zorgsector, en daarbinnen met name de care, zal alle zeilen zal moeten bijzetten om voldoende mensen aan te trekken, zeker bij een aantrekkende economie. Een analyse van dit probleem is te vinden in het recente SER-advies (SER, 2006).</p>
Maar er is ook concurrentie tussen zorginstellingen onderling	<p><b>Concurrentie om personeel binnen de zorg</b></p> <p>Ook binnen de zorgsector zelf wordt geconcurrereerd om personeel. Verschillen in salaris kunnen daarin een belangrijke factor zijn. In een verpleeghuis verdient iemand bijvoorbeeld 5 à 6 procent meer dan in een min of meer vergelijkbare functie in de thuiszorg. En een verpleegkundige kan tot 200 euro per maand meer verdienen in een ziekenhuis dan in een verpleeghuis. Ook salarisverschillen tussen commerciële en niet-commerciële zorginstellingen leiden tot concurrentie.</p>
Pro-actief HRM-beleid en goed werkgeverschap van belang	Maar ook kwalitatieve verschillen spelen een rol. Zo spelen verschillen in salaris, marktwerking en de veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen een rol (Van Wijk en Van Dijk, 2006; Ott, et al., 2005 en Peters et al., 2003). Dat noodzaakt tot een pro-actief personeelsbeleid, zeker in kwetsbare branches. Goed werkgeverschap, met aandacht voor een ondernemend klimaat en flexibiliteit, is daarbij onontbeerlijk (Van Dijk et al, 2006 ).
Concurrentie kan probleem worden voor de collectieve uitgavenbeheersing	Los van de personele gevolgen voor bepaalde branches binnen de zorg, kan de concurrentie tussen sectoren op termijn ook een probleem worden voor de collectieve uitgavenbeheersing. In een sector met arbeidsintensief werk en een krappe arbeidsmarkt kunnen de lonen sterk worden opgedreven, met flinke verschillen tussen (CAO-)branches (Peters et al., 2003).

Imago speelt een rol in de concurrentie

### Negatief imago

In de problemen aan de aanbodzijde speelt ook het imago van het werk een belangrijke rol. De caresector is een relatief onaantrekkelijk werkterrein voor schoolverlaters en jongeren, in vergelijking met bijvoorbeeld de ICT, het midden- en kleinbedrijf of de film- en tv-industrie. Dat geldt nog sterker voor sommige branches binnen de zorg – denk aan de zorg voor dementerende ouderen.

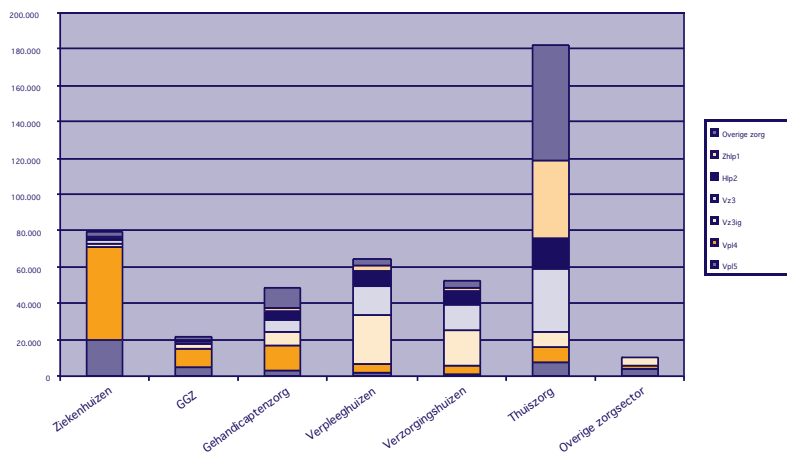
Veel factoren die het imago beïnvloeden

Hoe komt dit? Beelden van een gebrekkig functionerende sector met wachtlijsten, de combinatie van zorgarbeid door laagopgeleiden én vrouwenarbeid (die voor een lage status zorgt) en de zichzelf waarmakende voorspelling van een eenmaal ontstaan negatief imago: al deze factoren spelen een rol (Verhagen, 2005, Van den Bos et al., 2006).

Behoeft aan hoger gekwalificeerd personeel, maar dat is niet in overeenstemming met de praktijk

Dat beeld wordt verder bevestigd door een praktijk die, bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met dementie of een CVA, nog niet vraagt om hoger gekwalificeerd personeel, terwijl daar wel dringend behoefte aan is (Vernooij-Dassen, 2006, Van den Bos, 2006; Pool et al., 2005, Goudriaan, 2006). Zo lijkt het te gaan om eenvoudig werk dat iedereen kan doen. Figuur 2.1 laat zien dat die discrepantie zich vooral voordoet in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg.

**Figuur 2.1 Raming van de verdeling van werkzame personen naar kwalificatieniveau en branche in personen in 2003**



Bron: Van der Windt, W, 2003.

Toch bestaat nog steeds de indruk dat het gaat om eenvoudig werk dat iedereen kan doen.

In Duitsland worden prostituees omschoold tot bejaardenverzorgsters. Het Europees Sociaal Fonds subsidieert de opleiding met een half miljoen euro. Dertig vrouwen hebben zich inmiddels aangemeld voor de anderhalf jaar durende opleiding met stageplaats. Ondanks de vijf miljoen werklozen in Duitsland blijft het moeilijk om mensen voor de verzorging te vinden. Een voormalig sm-prostitutuee denkt dat verzorging niet zo veel verschilt van prostitutie, al mag ze haar zweepje thuis laten. "Ik heb geleerd te luisteren en voor geborgenheid te zorgen. En juist daaraan is in de ouderenzorg toch vaak behoefte?"

*Bron: Algemeen Dagblad 15-03-2006*

### **Spanning tussen arbeidsproductiviteit en kwaliteit**

Met hogere arbeidsproductiviteit meer zorg

Dan nog een laatste knelpunt aan de aanbodzijde. Het idee dat met een hogere arbeidsproductiviteit aan meer zorgvraag kan worden voldaan, gaat voor de caresector niet zomaar op (zie over de definitie van arbeidsproductiviteit bijlage 6). Dat komt ten eerste doordat de productiviteit daar niet altijd goed te meten is. Hoe weten we dan waar verbetering is bereikt?

Maar spanning tussen arbeidsproductiviteit en kwaliteit

Maar er is nog een moeilijkheid. Wanneer noemen we een product in de zorg eigenlijk 'goed' en productie 'hoog'? Willen we een twee- of een viersterrenverpleeghuis als standaard? Kiezen we voor hulp tijdens het eten bij mensen die dat zelf moeilijk kunnen of geven we de voorkeur aan snel toe te dienen drankjes die alle voedingsstoffen bevatten? Willen we permanent toezicht op huiskamers in kleinschalige woonvoorzieningen, of kan er af en toe iemand langskomen?

De antwoorden berusten op de norm die we hanteren voor verantwoorde zorg en kwaliteit van leven. Eerst zullen we moeten kiezen voor een bepaalde taakomschrijving (bijvoorbeeld: mensen vloeibaar voedsel geven of mensen helpen met zelf eten). Pas daarna komt in beeld hoe bij het uitvoeren van die taak efficiënt gewerkt kan worden.

## **2.4 Conclusie**

Zeer forse inspanningen nodig om het aandeel van de beroepsbevolking dat in de zorgsector werkzaam is te laten stijgen

Zeker bij een aantrekkende economie zal het een forse inspanning vergen om het aandeel van de beroepsbevolking dat in de zorgsector werkzaam is te laten stijgen van 11 naar 18 procent. En in dat scenario is al rekening gehouden met een arbeidsproductiviteitsstijging; anders zou maar liefst 22 procent nodig zijn. Voor de caresector betekent dat 420.000 extra mensen, uitgaande van een CPB-berekening van de benodigde groei voor de periode 2001 tot 2040. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat veel mensen in deeltijd werken.

Maar aan de vraagkant blijven mogelijkheden onbenut om de vraag terug te dringen

Welke knelpunten aan de vraagzijde dragen bij tot de verwachte spanning op de arbeidsmarkt in de zorg? Ten eerste blijken mantelzorg en een grotere arbeidsparticipatie niet zonder meer verenigbaar, terwijl beide nodig zijn om de toenemende spanning op de arbeidsmarkt in de zorg te verminderen. Verder blijven preventieve mogelijkheden onbenut, terwijl daar grote kansen liggen om de vraag terug te dringen. Ook de inzet van nieuwe technologie, veelbelovend bij het beperken van de vraag naar professionele zorg, blijft achter.

Ook aan de aanbodkant zijn er arbeidsbesparende mogelijkheden

Dan de knelpunten aan de aanbodzijde. Te vaak wordt personeel ingezet voor behandelingen waarvan de meerwaarde (nog) niet is aangetoond. En bij de introductie van nieuwe zorgconcepten, zoals kleinschalig wonen, worden de gevolgen voor de hoeveelheid benodigde arbeid buiten beschouwing gelaten. We weten dan ook niet hoeveel extra personeel daarvoor nodig is.

En voor het aanbod zal de caresector naast de marktsector moeten concurreren met de cure.

Bovendien zal de caresector bij een aantrekkende economie niet alleen moeten concurreren met andere sectoren op de arbeidsmarkt, ook binnen de gezondheidszorg ontstaat dan concurrentie. En beschikt de caresector wel over voldoende financiële aantrekkingskracht? Het imago helpt in ieder geval niet mee. Zorgverleners hebben een lage status, terwijl er wel degelijk multidisciplinair en complex werk verricht moet worden.

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit ligt in de caresector gecompliceerder dan in de cure

Tot slot de arbeidsproductiviteit. Efficiënter werken, op zich een logisch doel bij toenemende krapte, is in de caresector lastiger dan in de cure. Niet alleen is meten van de productie moeilijker, ook over het product zelf is meer discussie. Is dat snel alle noodzakelijke voedingsstoffen toedienen via een drankje, of iemand hap voor hap helpen met eten? Daar ligt een norm aan ten grondslag over de gewenste kwaliteit van leven.

### 3 Oplossingen aan de vraagzijde

#### 3.1 Zelfredzaamheid vergroten

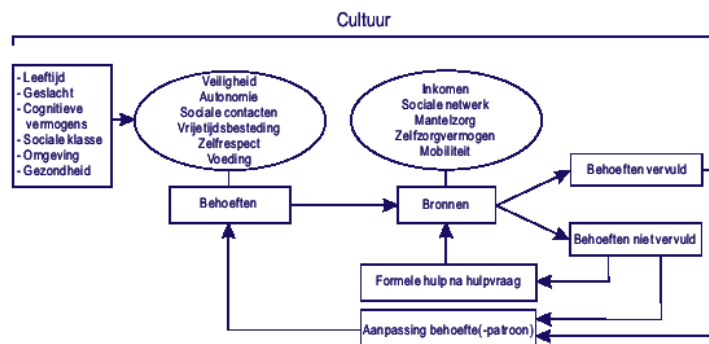
Zelfredzaamheid stelt zorg uit In het vorige hoofdstuk werden belangrijke knelpunten aan de vraagzijde besproken. Dat geeft meteen aanknopingspunten voor een aantal oplossingen. De eerste: zelfredzaamheid vergroten, zodat een beroep op zorg zo lang mogelijk uitgesteld kan worden.

Dat is een haalbaar doel. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat ouderen minder geneigd zijn te kiezen voor een verzorgingshuis naarmate ze zelfredzamer zijn, beter naar hulp en informatie kunnen zoeken, en voldoende zelfinzicht hebben om gezond te leven en te eten (Van Bilsen, 2003).

Mensen boren eerst hulpbronnen in de eigen omgeving aan

Ook blijkt dat mensen pas een beroep doen op formele hulp als de mogelijkheden (bronnen) in de eigen omgeving niet toereikend zijn (Van Bilsen et al, 2003, N.T. Schuijt-Lucassen en M.I. Broese van Groenou, 2006, SCP, 2004).

**Figuur 3.1 Relatie behoeften, bronnen en formele hulp**



Bron: Van Bilsen, et al., 2002.

Daarom moet bijvoorbeeld geïnvesteerd worden in woningen met domotica en ICT-voorzieningen met arbeidsbesparende potentie

Beleidsmatig is het dan ook van belang in te zetten op die bronnen. Dat begint al in de woonomgeving van de burger, bijvoorbeeld door woonzorgzones te creëren, met een laagdrempelige toegang voor ondersteuning (van klusdienst tot thuiszorg), en met domotica en ICT-voorzieningen met hoge arbeidsbesparende potentie.

Het belang van sociale netwerken om een beroep op professionele zorg uit te stellen blijkt uit onderzoek naar ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers. Zo hebben de centra in vergelijking met reguliere dagbehandeling een positiever effect op de draagkracht van mantelzorgers. Het leidt tot uitstel van verpleeghuisopname. De centra zijn veelal ingebed in een buurt-, ouderen- of wijkcentrum (Vernooij-Dassen 2006, [www.ontmoetingscentradementie.nl](http://www.ontmoetingscentradementie.nl)).

### 3.2 Mantelzorg adequaat ondersteunen

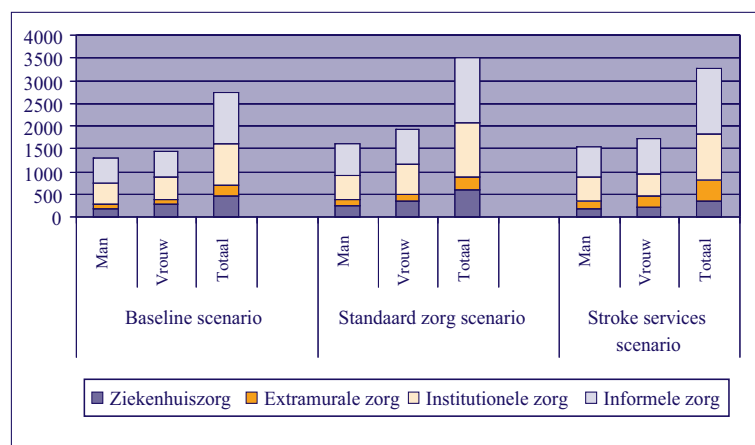
Een belangrijke hulpbron voor mensen is mantelzorg

Eén van de bronnen die mensen aanboren als ze zorg nodig hebben is de mantelzorg. Dat gebeurt op ruime schaal: driekwart van de zorgarbeid wordt door mantelzorgers verricht. Mantelzorg is dan ook onmisbaar om de vraag naar professionele zorg beheersbaar te houden.

Adequate ondersteuning betekent winst voor mantelzorg en zorgverlener én bespaart de samenleving kosten.

Investeren in ondersteuning versterkt de kwaliteit van de informele zorg en de draagkracht van de mantelzorgers, en dat verlicht weer de taak van formele zorgverleners. Ondersteuning kan de vorm krijgen van informatie, begeleiding en advies, respijtzorg, deskundigheidsbevordering en lotgenotencontact. Het bespaart de samenleving ook nog kosten. Die besparingen worden alleen al voor CVA-patiënten in 2002 geschat op € 1,1 miljard.

**Figuur 3.2. Totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2000 en 2020 op basis van twee projecties: het standaard zorg scenario en het stroke services scenario (bewerking van Struijs et al, 2006)**



Bron: Bos, van den, Zorgen voor CVA-patiënten, 2006

Mantelzorg vergemakkelijken via kinderopvangregelingen

Steeds meer mensen zullen betaalde arbeid en mantelzorg gaan combineren, nu ook een hogere arbeidsparticipatie wordt nagestreefd. Ook werkgevers kunnen dan een belangrijke rol spelen door een mantelzorgvriendelijk beleid, bijvoorbeeld met flexibele werktijden en verlof- en terugkeerregelingen. Verder kunnen mantelzorgmakelaars een bemiddelende rol spelen. Verruiming van de kinderopvangregelingen zal zeker ook helpen.

### 3.3 Preventiemogelijkheden benutten

Een derde mogelijkheid om de vraag naar zorg te helpen verminderen is preventie. Minder ziekte leidt tot minder vraag naar zorg. Daarbij ligt het voor de hand te focussen op veel voorkomende aandoeningen.

Preventie van hoge bloeddruk zal leiden tot uitstel van de vraag naar zorg

Zo zal een betere opsporing en behandeling van hoge bloeddruk leiden tot een groot potentieel aan gezondheidswinst en daarmee op zijn minst tot uitstel van de vraag naar zorg, zo blijkt uit de achtergrondstudies (Van den Bos, 2006, Vernooij-Dassen, 2006). Ook het behandelen van hoge bloeddruk bij mensen ouder dan 65 jaar is, anders dan men vroeger wel dacht, zinvol.

Zet ICT in voor therapietrouw en efficiënt gebruik van arbeidskrachten

Wel is in dat geval therapietrouw erg belangrijk. Afgaand op Amerikaanse cijfers kan die nog aanzienlijk verbeterd worden. De inzet van ICT is daarbij sterk aan te raden, niet alleen om het doel te bereiken, maar ook om dat te doen met een efficiënt gebruik van de arbeidskrachten.

Telefonische ondersteuning bij de behandeling van depressie bewezen effectief

Voor depressie, een ander probleem dat veel mensen treft, ook veel naasten van mensen met een CVA (Van den Bos, 2006), zijn in de ggz inmiddels (preventieve) interventies ontwikkeld waarvan bewezen is dat zij effectief zijn. Voor volwassenen met lichte tot matige depressieve klachten is er bijvoorbeeld een programma van 10 weken, met eens per twee weken telefonische ondersteuning van een preventiedeskmedewerker. Een variant is een cursus in groepsverband voor ouderen met depressieve klachten (GGZ Nederland 2005).

### 3.4 Beter gebruik maken van ICT

Breedband maakt arbeidsbesparende ICT toepassingen mogelijk

Door te investeren in technische en infrastructurele voorzieningen kan de zorgvraag op verschillende manieren verminderd worden. Zo kan de beschikbaarheid van breedband leiden tot toepassingen die een minder groot beroep doen op de beschikbare arbeidskrachten. Het Rijk, provincies en gemeenten zetten zich al in voor een infrastructuur voor breedband (MinEZ, 2006).



Impuls voor preventieve zorg-activiteiten en telemedicines

Gebruikersgroepen zien een grote meerwaarde in bijvoorbeeld een beeldspraakverbinding met een servicepunt in de wijk (Vermeulen, 2006). Als ook de (medische) zorgverlening daarmee verbonden wordt, betekent dat een andere organisatie van de zorg, en een minder groot beroep op schaarse arbeidskrachten. Dat levert met name rendement bij aandoeningen die veel voorkomen, zoals CVA en dementie. Dat kan betekenen dat per patiënt minder tijd nodig is, omdat ook op andere manieren dan door thuisbezoek contact wordt onderhouden (zie ook het kader hieronder, waar de kostenbesparing van 27% waarschijnlijk samenhangt met een efficiënter gebruik van arbeidskrachten).

**Kaiser Permanente deed onderzoek naar de kosteneffectiviteit van telehuisverpleging. In het onderzoek kregen nieuw gediagnosticeerde chronische patiënten een beeldtelefoon, een elektronische stethoscoop en een digitale bloeddrukmonitor. In een periode van anderhalf jaar kreeg een groep 17 procent minder thuisbezoeken van verpleegkundigen dan de controlegroep die niet over deze faciliteiten beschikte. Wel vond in aanvulling op de 'videobezoeken' meer telefonisch contact plaats met de verpleegkundigen. De gemeten kwaliteit van zorg bleek tussen de twee groepen hetzelfde te zijn. De gemiddelde kosten verbonden aan de zorg aan de telemedicinesgroep waren 27 procent lager dan de kosten van zorg aan de controlegroep.**

*Bron: RVZ-achtergrondstudie Inzicht in e-health (RVZ, 2002).*

### 3.5 Conclusie

Benoem zelfredzaamheid tot thema voor 'permanente educatie'

Hoe kan gezorgd worden dat mensen hun vraag naar zorg zo lang mogelijk uitstellen? De sleutel is: systematische aandacht voor de wijze waarop mensen zelf een bijdrage kunnen leveren. De bewindslieden kunnen dat stimuleren door zelfredzaamheid in iedere VWS-beleidsnota te agenderen. Ook kan bijvoorbeeld in de ruimtelijke ordening het vergroten van de zelfredzaamheid steeds als doel worden meegenomen.

Gemeenten: benut WMO om ondersteuning mantelzorg actief vorm te geven

Mantelzorg is onmisbaar om de vraag naar professionele zorg zo lang mogelijk uit te stellen. Uit zijn advies *Mensen met beperkingen in Nederland* herhaalt de RVZ daarom de aanbeveling aan de gemeenten om de WMO te benutten voor een actieve ondersteuning daarvan. De bewindslieden kunnen bijdragen door mantelzorg in het financieringssysteem te verrekenen (in de DBC-systematiek of zorgzwaartefuncties).

Investeer in ICT en domotica, en in scholing voor telemedicines

Verder moeten nieuwe technische mogelijkheden benut worden. Breedband staat al op de agenda. Maar voor gebruik van bijvoorbeeld telemedicines is ook scholing nodig van de gebruikers, met name ouderen. Als in een gemeentelijk programma specifiek aandacht wordt besteed aan toepassingsmogelijkheden in de zorg, zouden de bewinds-

lieden voor iedere daarin participerende deelnemer die ouder is dan 55 jaar een bedrag aan de gemeente kunnen uitkeren.

Effect van maatregelen niet te kwantificeren, maar preventie en inzet van ICT remmen vraag naar arbeidskrachten

Dit zijn de zaken waarop aan de vraagzijde ingezet moet worden. Kwantificering van de bijdrage die deze maatregelen leveren aan het verminderen van de zorgvraag is op dit moment niet mogelijk. Wel is duidelijk dat de grootste mogelijkheden liggen bij preventie en de inzet van ICT. Dat laatste zal ook kunnen leiden tot een andere organisatie van het werk. Daarmee zijn we aangeland bij de oplossingen aan de aanbodkant.

## 4 Oplossingen aan de aanbodzijde

### 4.1 Gevolgen voor de arbeidsmarkt onderzoeken

Arbeidsbesparende zorgconcepten met behoud van kwaliteit nodig

Wat kan aan de aanbodkant gedaan worden? Een eerste mogelijkheid is om te zoeken naar zorgconcepten waarbij behalve de kwaliteit ook de personele consequenties in de beschouwing worden betrokken. Er is immers ook aandacht nodig voor de kwantitatieve gevolgen van het type zorg dat wordt aangeboden als mensen eenmaal hulp nodig hebben.

Nog wel verder onderzoek nodig naar effecten van nieuwe zorgconcepten, maar wel al verbeteringen door bijvoorbeeld strokeservices

Wat zijn bijvoorbeeld de effecten van nieuwe zorgconcepten (RVZ, 2006)? Zo is, voor een gepast gebruik, inzicht nodig waar een concept als 'integrated care' voor staat (Vrijhoef et al., 2006). We zien steeds meer voorbeelden van succesvolle toepassingen ontstaan, zoals de stroke-services in de zorg voor CVA-patiënten, die de verdere kostentoeename tot 2020 met 0,2 miljard euro kunnen terugdringen. Dergelijke zorgconcepten moeten echter verder ontwikkeld worden, en ook de gevolgen voor arbeidsmarkt en zorgvraag moeten worden meegewogen. Het ZonMw-programma Implementatie Innovaties in de Care zal daar zeker aan bijdragen.

De effecten van kleinschalig wonen op de personeelsinzet moeten onderzocht worden

Ook bij de invoering van een zorgconcept als kleinschalig wonen moet aandacht uitgaan naar de personeelsvoorziening. De gevolgen kunnen divers zijn. Zo neemt in de verstandelijk gehandicaptensector vooral de behoefte aan hoger gekwalificeerd personeel toe (VGN, 2006). In de verpleeghuissector zullen mensen nodig zijn die een 'huishouden kunnen runnen', maar ook hoger opgeleide hulpverleners die wetenschappelijke kennis helpen implementeren (Miesen, 2006, Hamers, 2006).

Risico's voor de personeelsvoorziening voor kleinschalige *stand alone* voorzieningen voor ernstig dementerenden:

Op een krappe arbeidsmarkt voorziet de Raad risico's voor de omvang van de personeelsvoorziening. Dit geldt in het bijzonder voor kleinschalige *stand alone* voorzieningen voor ernstig dementerenden.

- het kost meer personeel als men moet voldoen aan de inspectienorm van permanent toezicht,

Wordt het concept daar volledig doorgevoerd, dan gaat het om een omvangrijke operatie. Wat precies de gevolgen zijn weten we echter niet. Onderzoek naar de consequenties voor de personeelsvoorziening ontbreekt tot nu toe. Wel is duidelijk dat aanzienlijk meer personeel nodig zou zijn, wil tenminste voldaan worden aan de huidige inspectienorm van permanent toezicht. Overigens bestaan er ook twijfels over de voordelen van kleinschalige woonvormen voor ernstig dementerenden (De Weger, 2004), zo bleek ook uit gesprekken tijdens de adviesvoorbereiding.

“Het is modelmatig goed mogelijk om te bekijken welke besparingen bereikt zouden kunnen worden in de nacht en welk maximale kostenniveau hierbij hoort. De keuze van domoticafuncties kan daarop afgestemd worden. Dit zou vooral kleinschalige woningen in de wijk ten goede kunnen komen. Stel dat een responstijd van 15 minuten redelijk is, dan kan de nachtzorg op een centrale plaats of door een slaapwacht worden ingevuld. Ten opzichte van een verpleeghuis waar rondes worden gehouden en situaties niet altijd direct worden opgemerkt, steekt deze situatie wellicht niet ongunstig af.”

*Uit: Nouws et al., Domotica voor dementerenden, 2006.*

- en hoe pakken de voor- en nadelen voor het personeel uit op een concurrerende arbeidsmarkt?

Personeelstekorten zijn niet het enige probleem. Een zorgconcept als kleinschalig wonen kan ook gevolgen hebben voor de aantrekkingskracht van het werk. Er zijn voor het personeel namelijk nadelen aan verbonden. Zo signaleren betrokkenen negatieve effecten als toegenomen reistijden, een moeilijker verlofplanning en minder sociale veiligheid door avondbezoeken. Als medewerkers daarnaast bijvoorbeeld maar twee keer per dag twee uur worden ingezet, is dat zowel onpraktisch als financieel ongunstig.

Daar staat tegenover dat sommige mensen het leuk vinden om in kleinschalige vormen te werken. Ook kan de betrokkenheid van vrijwilligers juist toenemen, wat weer leidt tot een minder grote vraag naar professionele zorg.

## 4.2 Uitbreiding van het arbeidsaanbod

Andere adviezen gaan over aanpassingsmechanismen *an sich* om vraag en aanbod af te stemmen

De Raad heeft zich (samen met de RMO) al eerder uitgesproken over de arbeidsmarkt in het advies *Zorgarbeid in de toekomst* (1999). Dat advies ging voor een groot deel over de aanpassingsmechanismen om vraag en aanbod op elkaar te laten aansluiten. Centrale thema's waren modernisering van de bestuurlijke verhoudingen en flexibilisering van de arbeidsmarkt.

In dit advies belicht de RVZ 5 opties om het aanbod te vergroten

In dit advies belicht de RVZ vijf opties om het aanbod van arbeidskrachten in de zorg te vergroten: meer vrouwen aan het werk, langer doorwerken van ouderen, meer uren werken, aantrekken van buitenlandse werknemers en zorgen voor een betere concurrentiepositie. Voor andere mogelijkheden, zoals modernisering van de beroepsstructuur, permanente bijscholing en het belang van stage- en leer-/werkplaatsen, verwijst de Raad naar het recente SER-advies (SER, 2006).

Meer vrouwen aan het werk is de 1<sup>e</sup> optie

### *Meer vrouwen aan het werk*

Een eerste mogelijkheid om het aanbod van arbeidskrachten in de care-sector uit te breiden is: meer vrouwen aan het werk. Dat zou kunnen door de heffingskorting voor niet-werkende partners af te schaffen. Daardoor stijgt het aanbod van werkende vrouwen fors, becijfert het CPB (CPB, 2006). Als tegelijkertijd meer kinderopvang beschikbaar komt, kan het aanbod van werkende vrouwen met bijna 9% stijgen.

Goede en betaalbare kinderopvang is noodzakelijk voor een hogere arbeidsparticipatie

Wil kinderopvang een impuls kunnen geven aan de arbeidsparticipatie van vrouwen, dan moet die wel goed zijn. Recent SCP-onderzoek laat namelijk zien dat ouders in de eerste plaats uitgaan van het belang van hun kinderen (SCP, 2006). Maar betaalbaarheid is ook belangrijk, in het bijzonder voor mensen met lagere inkomens en alleenstaande moeders (Esping-Andersen 2005).

Door kinderopvang kan mantelzorg behouden blijven

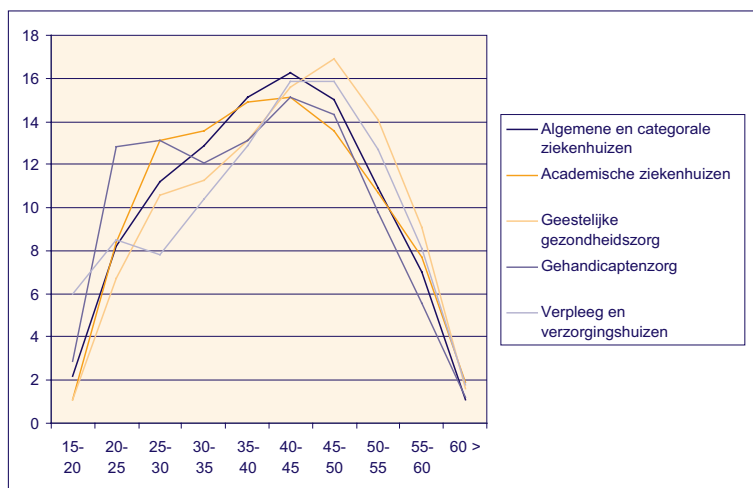
Is aan die voorwaarden voldaan, dan zal dat de drempel voor vrouwen om (meer) betaalde arbeid te verrichten verlagen. Tegelijkertijd kan de beschikbaarheid van mantelzorgers dan behouden blijven, in het bijzonder uit de leeftijdsgroep van 18 tot 34 jaar. Daar is het aandeel mantelzorg de laatste jaren afgenomen (SCP, 2003).

Langer doorwerken van ouderen is de 2<sup>e</sup> optie

### *Langer doorwerken van ouderen*

Veel mensen vertrekken ruim voor hun 65e uit de zorgsector, zoals uit onderstaande figuur blijkt. Al boven de 45 zet een forse daling in. In de rest van de economie is de gemiddelde leeftijd bij uitstroom 59, bij vrouwen 57 (CBS, 2005).

**Figuur 4.1 Leeftijdsopbouw per branche ultimo 2003 (in %)**



Bron: LoonKostenGegevensbestand (LKG). In: Hingstman, L., et al, 2004.

Op het eerste gezicht ligt hier dan ook een mogelijkheid om het aanbod fors uit te breiden. Daar zijn echter wel een paar kanttekeningen bij te plaatsen.

Als iedereen tot zijn 65e blijft werken: minder spanning op de arbeidsmarkt

Onderzoek toont aan dat een verhoging van de participatie van ouderen een bijdrage kan leveren aan het oplossen van spanning op de arbeidsmarkt: 14 – 22% in het meest gunstige scenario. Dat betekent dan wel dat iedereen in de zorgsector moet doorwerken tot 65 jaar.

Is dat haalbaar?

De vraag is echter of dat haalbaar is. Een reden om vroeg te stoppen is vaak dat het werk lichamelijk te zwaar is geworden. Fysiek belastend werk komt in de zorgsector namelijk meer voor dan in de economie als geheel (Ott, et al. 2005).

De zorgsector heeft al flink geïnvesteerd in ouderenbeleid

Bovendien is er in de zorgsector de afgelopen jaren al flink geïnvesteerd in maatregelen op het gebied van het ouderenbeleid. Werkgevers in de zorg hebben op dat gebied aanmerkelijk meer maatregelen genomen dan in andere sectoren.

Daar komt bij dat de WGBL ouderenbeleid moeilijker maakt

Een andere complicerende factor is dat op 1 mei 2004 de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij arbeid, beroep en beroepsopleiding (WGBL) in werking is getreden. Met die wet wordt uitvoering gegeven aan de op artikel 13 van het EG-Verdrag gebaseerde EG-Richtlijn 2000/78.

Volgens Heemskerk ligt daarmee nu een tikkende tijdbom onder de arbeidsvoorwaarden met leeftijdsgrenzen, zoals leeftijdsvakantiedagen in bijna elke CAO, en leeftijdsgebonden pensioenregelingen (Heemskerk, NJB nr.8 2006).

Eens waren dit instrumenten om het ouderenbeleid vorm te geven. In het licht van de nieuwe wet kunnen ze gezien worden als vormen van leeftijdsdiscriminatie. En de eerste uitspraak van de rechter over de geoorloofdheid van senioren dagen heeft nog niet alle juridische problemen opgelost (zie bijvoorbeeld Stigt, NJB nr. 7 2006).

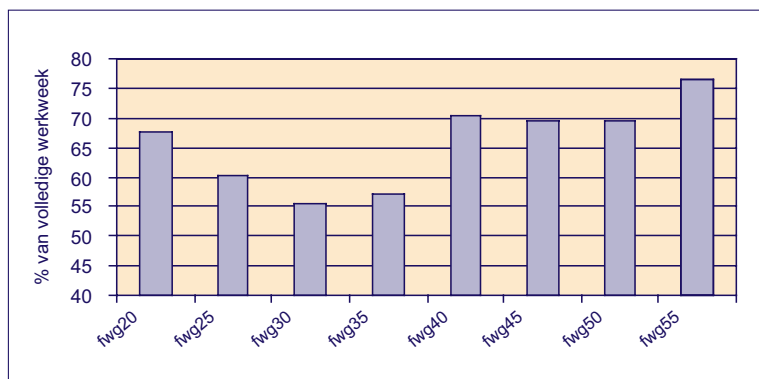
**Tabel 4.1 Maatregelen van werkgevers op het gebied van ouderenbeleid 2004 (%)**

	Prepensioen	Vrijstelling onregelmatige diensten	Extra vrije dagen	Teruggang in functie/salaris	Taakverlichting
Totale economie	43	34	78	7	47
Zorg	65	65	98	10	58

Bron: OSA

<p>Dat zou de zorgsector hard kunnen treffen</p>	<p>Zou de WGBL op alle terreinen doorwerken, dan worden de mogelijkheden om een ouderenbeleid te voeren beperkter. Dat zou de zorgsector hard kunnen treffen, als het effect is dat ouderen daardoor minder lang door zullen werken, bijvoorbeeld doordat ze dan te zwaar belast worden en eerder uitvallen of stoppen.</p>
<p>Oplossing binnen de bestaande cao's, aparte cao's voor beroepen met aan taakeisen gerelateerde gezondheidsrisico's of WGBL ter discussie op dit punt?</p>	<p>Partijen zullen dan ook moeten onderzoeken of er alternatieven zijn. Het meest aantrekkelijke is om dat te doen binnen de bestaande systematiek van CAO's. Denkbaar zou ook zijn een aparte CAO voor beroepen die in het bijzonder te maken hebben met/specifiek samenhangen met gezondheidsrisico's. Niet alle beroepen/werknemers die onder eenzelfde CAO vallen hebben immers een even grote kans op aan taakeisen gerelateerde gezondheidsrisico's. De Commissie Gelijke Behandeling heeft inmiddels overigens een checklist opgesteld voor de beoordeling van seniorenregelingen (CBG-advies/2006/04). Of moet de hele WGBL op dit punt ter discussie worden gesteld?</p>
<p>Meer uren werken is de 3<sup>e</sup> optie</p>	<p><i>Meer uren werken</i></p> <p>Omdat er in de caresector veel mensen in deeltijd werken, is meer uren werken een derde optie. De mogelijkheden daarvoor lijken veelbelovend. Het meeste potentieel is aanwezig in de lagere beloningsschalen, want daar wordt relatief veel in deeltijd gewerkt. Het gaat bovendien om een omvangrijke groep (zie de tabel in bijlage 4), zodat iets grotere deeltijdaanstellingen veel effect kunnen hebben. Als verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen in de zorgsector per dag gemiddeld 12 minuten langer gaan werken, wordt het berekende tekort in 2010 al 15% minder (Van der Windt en Talma, 2006).</p>
<p>Wat is de juiste prikkel? Er willen meer deeltijders minder werken in plaats van meer</p>	<p>Maar ook voor de langere termijn zijn grotere deeltijdaanstellingen belangrijk. Voorwaarde is wel dat de juiste prikkels worden gevonden. In de caresector wil tussen de 30 en 41 procent van de werknemers namelijk juist minder gaan werken, en slechts 11 tot 22 procent heeft interesse in uitbreiding van het uren aantal (Van der Windt en Talma, 2006).</p>

**Figuur 4.2 De gemiddelde deeltijdfactor bij vrouwen naar FWG-schaal**



Bron: Regiomarge 2006

#### *Aantrekken van buitenlandse werknemers*

Buitenlandse werknemers is de 4<sup>e</sup> optie

Als tekorten dreigen, is het aantrekken van buitenlandse werknemers steeds één van de mogelijkheden die genoemd worden om het probleem op te lossen.

Migratie in zijn algemeenheid geen oplossing

Daarom is de Raad nagegaan of een actief wervingsbeleid in het buitenland een zinvolle maatregel zou zijn (bijlage 6). De Raad concludeert dat migratie in zijn algemeenheid geen oplossing biedt. Daar zijn verschillende redenen voor.

- internationaal tekorten  
- voor verpleegkundigen concurrentie Engelstalige landen

In de eerste plaats worden niet alleen in Nederland, maar ook internationaal tekorten verwacht van zowel verpleegkundigen als artsen. De concurrentiepositie van Nederland is in dat geval minder gunstig dan die van Engelstalige landen, zeker bij het aantrekken van verpleegkundigen.

- voor verzorgende complicatie van weinig ontwikkeld beroep in andere landen waardoor werving lastig is

Verder zijn over verzorgenden in andere landen weinig gegevens beschikbaar. Een complicerende factor daarbij is dat het beroep van zorgverlener vaak een verschillende inhoud en betekenis heeft. Dat maakt werving moeilijk.

- feitelijke mobiliteit beperkt ook zonder culturele beperkingen

Bovendien is de arbeidsmarkt voor verpleging en verzorging sterk regionaal bepaald – dat zien we binnen Nederland, maar ook internationaal. In Europa is de mobiliteit nu al beperkt, zelfs als er geen of weinig taal of culturele beperkingen zijn.

Ook mensen uit EU nodig voor de markt voor persoonlijke dienstverlening

Wel liggen er misschien mogelijkheden om personeel uit andere Europese landen aan te trekken dat geen professionele zorgopleiding heeft. Zij kunnen ingezet worden voor persoonlijke dienstverlening (zie verderop). Dat zal dan indirect de druk op de zorg verlichten, omdat



mensen pas vragen om professionele hulp als ze geen informele regelingen meer kunnen treffen.

### *Verbeteren van de concurrentiepositie*

Zorgen voor een goede concurrentiepositie is de 5<sup>e</sup> optie

Het spreekt voor zich dat een goede concurrentiepositie van belang is om mensen voor de zorg te kunnen werven en te behouden. Ook dat is dus een aandachtspunt. Maar hoe moet daarvoor gezorgd worden?

Daarvoor zijn goede arbeidsvoorwaarden nodig (SER advies)

1. Zorgen voor goede arbeidsvoorwaarden  
Zeker als de economie aantrekt zal de concurrentie met de marktsector voelbaar worden. De SER heeft daar in zijn advies al het nodige over opgemerkt (SER, 2006). Scholing, employability, resultaatgerichte beloningsvormen, ziekteverzuimbeleid, HRM-beleid en sociale innovatie, etc., zijn dan belangrijke elementen om de aantrekkingskracht te vergroten. Ook in de onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden moet daar aandacht voor zijn.

Maar moet de caresector ook concurreren met de cure-sector?

2. Meer samenwerking tussen care en cure  
Maar ook binnen de zorg kan concurrentie ontstaan: tussen de care en de cure. De vraag is alleen of tegen elkaar opbieden in dat geval gewenst is. Dat zou namelijk op gespannen voet staan met een bevinding die duidelijk naar voren komt uit de achtergrondstudies, namelijk dat de samenwerking tussen de verschillende professionals en instellingen van groot belang is voor de kwaliteit van de zorg in het algemeen. Dat suggereert dus een andere richting: niet concurreren, maar meer samenwerken.

Transmurale DBC's

Transmurale Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) kunnen daarin een rol spelen. Financieringsschotten zouden weg moeten. Verder zouden organisaties en werknemersregelingen geen belemmeringen moeten opwerpen. De praktijk leert echter dat dit wel gebeurt. Tusseloplossingen als detacheringen moeten dan uitkomst bieden.

Brede zorgallianties uit arbeidsmarktoverwegingen aantrekkelijk perspectief

Voor de langere termijn denkt de Raad echter verder. Dan zouden flexibel georganiseerde zorgallianties werknemers een aantrekkelijk loopbaanperspectief kunnen bieden. In zulke allianties kunnen verpleeghuizen, ggz-instellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen samenwerken, met de mogelijkheid van allianties met wijkcentra, huisartsenposten en zelfstandige praktijken van huisartsen of verpleegkundigen.

Daardoor transmurale loopbanen mogelijk, waardoor meer mogelijkheden voor scholing, jobrotation en carrière

Een raam-CAO of specifieke afspraken binnen CAO's bieden in zo'n werkomgeving goede perspectieven voor een verscheidenheid aan medewerkers. Dat schept ook mogelijkheden om een aantrekkelijk beleid voor scholing en carrière vorm te geven, waarin jobrotation, kennisuitwisseling en onderzoeksmogelijkheden voor meer groepen werknemers binnen handbereik komen. Gerichtte (financiële) maatregelen voor bepaalde groepen kunnen daardoor meer effect sorteren.

Van belang om mensen voor de care te behouden	En dat is belangrijk om mensen aan te trekken en te behouden voor werk in de zorg. De belangrijkste redenen voor vertrek uit zowel de care-sector als de curesector zijn op dit moment namelijk de behoefte aan ander werk en het ontbreken van (transmurale) loopbaanperspectieven en ontplooiingsmogelijkheden (LEV, 2004).
Dat is ook goed voor het imago	Als dergelijke zorgallianties ontstaan, wordt de caresector gaandeweg meer een onderdeel van de gezondheidszorg als geheel. Het is geen geïsoleerde en problematische sector meer. Dat verbetert dan meteen ook het imago van de sector. Op het eerste gezicht lijken imagocampagnes daarvoor een passend instrument. Uit onderzoek naar de effectiviteit van imagocampagnes blijkt echter dat die nauwelijks helpen (Faber et al. 2003).
Profileer de care als een sector waarin kennis er toe doet	<p>3. Care profileren als sector met kenniscomponent</p> <p>Maar ook los van meer samenwerking met de curesector zal de caresector zich meer moeten profileren als een sector waarin kennis er toe doet. Alleen al de verschuivingen van intra- naar extramurale zorgverlening (met nieuwe technieken) vragen daarom. Maar ook de achtergrondstudies laten de noodzaak duidelijk zien. Zo wordt een oproep gedaan CVA-verpleegkundigen in te zetten in de thuissituatie (Van den Bos, 2006) en wordt geconstateerd dat kennis over behandelingsmogelijkheden voor mensen met dementie ontbreekt (Vernooij-Dassen, 2006).</p>
Breng kennis naar instellingen door leerwerkplaatsen	Instellingen in de caresector zouden daarnaast het voorbeeld van de zogenoemde leerwerkplaats kunnen volgen. Dit houdt in dat studenten van verschillende studie jaren, begeleid door docenten en gesuperviseerd door verpleegkundigen van de afdeling, verantwoordelijk zijn voor patiënten. Zo wordt nieuwe kennis naar de instelling gebracht.
Gebruik ICT voor e-learning en ontwikkel samen met medewerkers nieuwe producten: goed voor het imago	Een andere mogelijkheid is kenniscentra, opleidingen en studenten in de zorg structureel te betrekken bij het ontwikkelen en implementeren van (nieuwe) ICT-projecten. Dat kan leiden tot programma's voor e-learning van zorgverleners en ondersteuning van mantelzorgers – iets waar dringend behoefte aan is. Zo wordt in de gehandicaptensector bij 17% van de werknemers een tekort aan ICT-vaardigheden geconstateerd (VGN, 2006). Dat komt ook de arbeidsproductiviteit niet ten goede.

### 4.3 Betere voorwaarden in de structurele sfeer

Om het aanbod te vergroten en mensen voor het werk in de zorg te behouden zijn ook veranderingen in de structurele sfeer nodig. Maatregelen uit het advies *Zorgarbeid in de toekomst* uit 1999 en het SER-advies uit 2006 zijn daarvoor relevant. De Raad volstaat hier met een verwijzing, en bespreekt hieronder een aantal nieuwe punten.

### *Stimuleren van een markt voor persoonlijke dienstverlening*

Nieuwe branches zorgen voor andere dynamiek

Met de overheveling van delen van de AWBZ naar de WMO zullen nieuwe branches hun intrede doen, die gaan zorgen voor een andere dynamiek op de arbeidsmarkt. Op dit moment staan huishoudelijke zorg, persoonlijke ondersteuning en persoonlijke dienstverlening als sectoren op de arbeidsmarkt nog in de kinderschoenen. Wat hun opkomst precies betekent voor de bestaande zorgprocessen en de vraag naar personeel zal moeten blijken.

Markt voor persoonlijke dienstverlening met nieuwe arbeidsrelaties

In zijn advies 'Huis houden op de markt' heeft de Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2006) voorstellen gedaan voor het ontwikkelen van een markt voor persoonlijke dienstverlening. De totstandkoming daarvan is een belangrijke voorwaarde om de arbeidsparticipatie van zowel hoger als lager opgeleiden te vergroten. De traditionele arbeidsrelatie van werkgever en werknemer, met daarbij behorende (collectieve) rechten en plichten, biedt echter onvoldoende ruimte om een markt van persoonlijke dienstverlening succesvol te ontwikkelen. Daarom wil de RWI naast de bestaande arbeidsrelaties ruimte creëren voor een structuur met arbeidsrelaties die wordt gekenmerkt door het opdrachtgever- en opdrachtnemerschap.

Daarvoor zijn verschillende constructies denkbaar

Naast de door de RWI voorgestelde constructie zijn volgens de Raad andere juridische concepten denkbaar voor werknemers die als zelfstandige op die nieuwe markt(en) willen opereren. Zo is er de mogelijkheid voor een freelancer te voorkomen dat zijn activiteiten worden aange-merkt als dienstverband, terwijl wel op correcte wijze omzetbelasting en loonbelasting worden afgedragen almede de sociale verzekeringspremies ([www.uniforce.nl](http://www.uniforce.nl), Volkskrant, 22-04-2006).

Effect van nieuwe markt niet in volle omvang te schatten, maar wel kansen om vraag naar geschoold zorgpersoneel uit te stellen

Net zo min als op dit moment nog niet goed in te schatten is wat de totstandkoming van een dergelijke markt gaat betekenen voor het aanbod en aantrekken van arbeidskrachten in de zorgsector, is nu in volle omvang duidelijk wat dit zou kunnen betekenen voor het herontwerpen van zorgprocessen en de benodigde inzet van personeel. Maar volgens de Raad liggen hier wel goede kansen om enerzijds de vraag naar professioneel geschoold zorgpersoneel uit te stellen, anderzijds mensen aan het werk te krijgen die anders aan de kant zouden staan. Bovendien vergroot het de mogelijkheden voor mensen die 'zorg' nodig hebben om daarover zelf de regie te voeren.

Belemmeringen moeten worden weggenomen

De Raad is met de RWI voorstander van de totstandkoming van een markt voor persoonlijke dienstverlening en van aan de tijd aangepaste arbeidsrelaties. Hoe die er precies uit moeten zien, valt buiten de scope van dit advies en is ook niet aan de RVZ. Wel is het van belang dat belemmeringen voor de totstandkoming van zo'n markt worden weggenomen.

## Arbeidsproductiviteit en kwaliteit en zorg

### *Gedifferentieerd belonen van arbeidsproductiviteit*

Arbeidsproductiviteitsontwikkeling in de care verloopt trager dan in de cure

Er is veel onderzoek gedaan naar mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit in de care te verhogen. Recent onderzoek maakt echter duidelijk dat de arbeidsproductiviteitontwikkeling in de care de afgelopen vijftien jaar minder snel is gestegen dan in de ziekenhuizen. Vooral de intramurale ouderenzorg blijft achter (ICM, 2005). Het overheidsbeleid was er al die jaren op gericht de budgettaire vergoeding (of korting) voor de arbeidsproductiviteitontwikkeling per sector op hetzelfde niveau vast te stellen. Het gevolg was dat de verpleeg- en verzorgingshuizen op dit aspect achterop raakten in vergelijking met andere sectoren.

Dat komt door het arbeidsintensieve en technologie-extensieve karakter van de care

Met name verpleeg- en verzorgingshuizen kenmerken zich door hun arbeidsintensieve en technologie-extensieve karakter. Een belangrijk doel van de zorg in de care, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van leven, hangt af van meer dan enkel een technisch adequate verpleging. Dit is typerend voor de sector.

Arbeidsintensieve hulp bij eten of sondevoeding?

Het gaat immers om moeilijke keuzes als arbeidsintensieve hulp bij eten of sondevoeding? Arbeidsintensieve trainingen om incontinentie tegen te gaan of incontinentieluiers? Nederland heeft vergeleken met het buitenland nu al veel hogere hogere prevalentiecijfers voor urine-incontinentie (78%, in het buitenland 43-65%) Uit onderzoek blijkt dat incontinentie goed is tegen te gaan en te beheersen. Met name gedragsinterventies zijn effectief. Ze zijn niet ingrijpend voor cliënten, maar wel arbeidsintensief. Als men kiest voor dat laatste ontstaan wachtlijsten.

Trendmatige ontwikkeling arbeidsproductiviteit verschillen voor verschillen tussen sectoren

De Raad pleit ervoor om bij het toekennen van trendmatige vergoedingen op basis van arbeidsproductiviteit rekening te houden met de verschillen tussen sectoren. Sectoren die kampen met een niet te vermijden daling van de arbeidsproductiviteit kunnen dan enigszins tegemoet worden gekomen.

Maar in de sector zelf nog veel winst te behalen

Dit ontslaat achterblijvende branches, zoals de ouderenzorg, echter niet van de plicht om eerst zelf alles in het werk te stellen om de arbeidsproductiviteit te vergroten. Dat in de sector nog veel winst valt te behalen blijkt alleen al uit het feit dat het beste verpleeghuis een 85% hogere arbeidsproductiviteit heeft dan het slechtste verpleeghuis. Dit verschil is veel groter dan bij de ziekenhuizen (Dell en Vandermeulen, 2005).

Hogere arbeidsproductiviteit door slimmer bouwen

### *Vergroten van de arbeidsproductiviteit door slim bouwen*

Een ander instrument in de structurele sfeer is investeren in de bouwkundige omgeving (Pullen et. al., 2006). Gebouwen die erop zijn ontworpen om efficiënt te werken kunnen bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit.

Delen van de arbeidskosten zijn met ingrepen in de bouwkundige omgeving te beïnvloeden

Wat daarmee precies gewonnen kan worden is op dit moment nog moeilijk wetenschappelijk hard te maken. Maar het onderzoek dat de Raad liet uitvoeren geeft wel aanknopingspunten voor beleid op dit gebied. Het in deze studie ontwikkelde model maakt duidelijk welke delen van de arbeidskosten te beïnvloeden zijn.

**“Het is denkbaar om ruimtelijke en bouwfysische interventies gezamenlijk en tegelijkertijd op te nemen in bijvoorbeeld renovatiewerkzaamheden. Sfeer en interieurmaatregelen horen ook in zo'n pakket, maar zijn apart te koppelen aan reguliere onderhoudswerkzaamheden en in sommige gevallen is zelfwerkzaamheid van cliënten en of bezoekers denkbaar. ICT en Domotica interventies zijn separaat uit te voeren. Het is redelijk te veronderstellen dat interventies in de toekomst uitgewerkt worden in Lange Termijn Huisvestingsplannen.”**

***Uit: achtergrondstudie Arbeidsproductiviteit en gebouw.***

Theoretisch maximale besparing 11% op exploitatiekosten

Zo wordt duidelijk welke onderdelen van de taakuitvoering te beïnvloeden zijn met bouwkundige ingrepen. Verder laten de berekeningen met het model dat in de achtergrondstudie is ontwikkeld zien dat door beter bouwen inderdaad op exploitatiekosten kan worden bespaard. En die besparing is dan weer gerelateerd aan een verbeterde arbeidsproductiviteit.

	Interventie	Theoretisch maximale besparing in % exploitatiekosten
1	Ruimtelijk	3.5
2	Sfeer en interieur	2.7
3	Bouwfysica	3.0
4	ICT en domotica	4.2
5	Alle 4 tezamen	11.3

Model is beperkt gevalideerd, die stap moet nog gemaakt worden

De besparingspercentages geven echter maar een indicatie van wat mogelijk is. Allereerst door de beperkingen van het onderzoek zelf. Het model is exploratief en beperkt gevalideerd. Verder is het onderzoek beperkt gebleven tot de intramurale verpleeghuiszorg.

Meer aanwijzingen in ander onderzoek voor winst door bouwfysische ingrepen

Ander onderzoek suggereert echter dat ook in andere branches verbetering mogelijk is. Niet minder dan 71% van het verplegend personeel heeft op het werk te maken met onaangename temperaturen (te koud of te warm). Vooral in ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen speelt dit probleem. Ook heeft 54% van de zorgverleners een tekort aan frisse lucht. Andere storende werkomstandigheden zijn slechte verlichting (27%) en tocht (27%) (Nagelhout, 2004).

#### 4.4 Conclusie

Onderzoek de kwantitatieve personele consequenties bij de invoering van zorgconcepten	Aan de aanbodkant is in de eerste plaats van belang dat personele consequenties in ogenschouw worden genomen bij de invoering van nieuwe en arbeidsintensieve zorgconcepten. Omdat in dit najaar in Maastricht een onderzoek start waarin de effecten van kleinschalig wonen voor dementerenden op bewoners, familie en medewerkers worden onderzocht, beveelt de Raad aan dat daarbij ook wordt gekeken naar de benodigde hoeveelheid personeel.
Geef voorrang aan het laten ontwikkelen van transmurale DBC's voor patiënten met cva en dementie.	Verder is het gewenst om de samenwerking tussen de cure en de care te stimuleren, om een onnodig beroep op arbeidskrachten te voorkomen. Daarvoor moeten transmurale DBC's ontwikkeld worden. Dat vergt echter tijd. Daarom zou voorrang gegeven moeten worden aan transmurale DBC's voor patiënten met CVA en dementie.
Kinderopvang noodzakelijk	Daarnaast kan ingezet worden op vergroten van het arbeidsaanbod. Om de arbeidsparticipatie te stimuleren is als eerste betaalbare kinderopvang noodzakelijk. Ook vergroten van het aantal uren in de gemiddelde deeltijdaanstelling kan extra aanbod opleveren. Daar zijn dan wel prikkels voor nodig, want veel mensen in de zorg willen liever minder gaan werken dan meer.
Dring aan op onderzoek naar (alternatief voor) leeftijdsspecifieke bepalingen in CAO of stel onderdelen WGBL ter discussie	Verder zou gestimuleerd kunnen worden dat personeel tussen 45 en 65 jaar langer aan het werk blijft. Om de (fysieke) belasting dan niet te zwaar te maken, zeker nu in het licht van de WGBL de status van leeftijdgebonden regelingen niet duidelijk is, kunnen de bewindslieden erop aandringen dat de sociale partners zoeken naar alternatieven. Te denken valt aan oplossingen binnen de bestaande CAO's. Ook zou de WGBL op onderdelen ter discussie gesteld kunnen worden.
Wijs in overleg op het belang van flexibilisering van de arbeidsvoorwaarden en een beter hrm-beleid	Daarnaast is een goede concurrentiepositie van belang, zodat de sector personeel weet aan te trekken. De bewindslieden van VWS zouden in het overleg met sociale partners kunnen wijzen op het belang van raam-CAO's en bepalingen in reguliere CAO's die werknemers in staat stellen gemakkelijk te veranderen van baan of instelling. Van belang zijn ook flexibilisering van de arbeidsvoorwaarden, prestatiebeloning en een beter personeelsbeleid. En de Raad beveelt verder aan om de OVA-ruimte zodanig vast te stellen dat de sector op CAO-niveau kan concurreren met de marktsector. Tot slot zouden de bewindslieden er bij instellingen op moeten aandringen te investeren in de ICT-scholing van het personeel. Wil verhogen van de arbeidsproductiviteit kans van slagen hebben – en de overheid gaat daar in haar ramingen vanuit – dan is dat een noodzakelijk instrument. Ook met de manier van bouwen kan aan efficiëntie in de taakuitvoering gewonnen worden.

## 5 Advies

### 5.1 Permanent aandacht voor relatie tussen zorgvraag en arbeidsaanbod

Boodschap van het advies: maak relatie tussen zorg(vraag) en arbeidsmarkt expliciet

Zorg dat steeds duidelijk is hoe zorgvraag en arbeidsaanbod zich ontwikkelen en hoe ze zich tot elkaar verhouden: dat is de boodschap van dit advies. Dat betekent dat in het beleid consequent oog moet zijn voor die kwantitatieve aspecten.

Wat betekent deze maatregel voor de ontwikkeling van de zorgvraag? Wat betekent deze maatregel voor het arbeidsaanbod in de zorg? Dat zou steeds meegewogen moeten worden.

In het bijzonder in de caresector is dat nodig. Gebeurt dat niet, dan blijven talloze kansen onbenut om op termijn ernstige problemen op de arbeidsmarkt te voorkomen.

Een krimpende beroepsbevolking vraagt bij een toenemende zorgvraag om structurele oplossingen  
Van niet alle maatregelen is het effect te kwantificeren

En daarbij gaat het dan niet om de bekende varkenscycli (tekorten afgewisseld door overschotten). Een krimpende beroepsbevolking vraagt bij een toenemende zorgvraag om structurele keuzes en oplossingen.

Maar welke? Van een aantal maatregelen is op dit moment al duidelijk dat ze effect kunnen hebben, alleen valt de omvang nog niet te kwantificeren. Zo zal meer gebruik van domotica, ICT en een markt voor persoonlijke dienstverlening de vraag kunnen beperken.

Van sommige maatregelen is duidelijk dat ze een beperkte bijdrage leveren

Het effect van andere maatregelen kan wel becijferd worden. Ze zijn echter onvoldoende om de voorspelde tekorten aan te vullen. Als iedereen in de zorg bijvoorbeeld tot zijn 65e zou blijven werken, levert dat maar een beperkte bijdrage: van 14-22%. Bovendien lijkt dat vooralsnog geen haalbaar doel, omdat veel mensen aangeven het werk fysiek niet meer aan te kunnen.

...en er vraagtekens zijn over de haalbaarheid

Ook uitbreiden van de omvang van de gemiddelde deeltijdaanstelling kan in principe een flinke bijdrage leveren, die ook goed te kwantificeren is. Probleem is ook hier de haalbaarheid: tot nu toe zijn er meer verpleegkundigen en verzorgenden die minder uren willen werken dan verpleegkundigen en verzorgenden die interesse hebben voor uitbreiding van hun aantal uren. Dan zijn er dus flankerende maatregelen nodig om mensen zover te krijgen.

Is het probleem wel op te lossen?

Is het arbeidsmarktprobleem in de zorg op de langere termijn dan wel oplosbaar? De Raad is er niet gerust op. Natuurlijk zijn niet alle omstandigheden te voorzien. En de arbeidsmarkt in de zorg kent de nodige

flexibiliteit. Maar de economie trekt aan: goed voor Nederland en de betaalbaarheid van de zorg, problematischer voor de arbeidsmarkt. Het verleden leert dat de zorg dan tenminste moet kunnen concurreren met andere sectoren om personeel aan te trekken.

Vijf prioritaire aanbevelingen met naar verwachting het grootste rendement

In deze context kiest de Raad ervoor vijf maatregelen aan te bevelen die prioriteit moeten krijgen. Ze zijn geselecteerd omdat ze naar verwachting aan de vraag- of aanbodkant het meeste rendement op zullen leveren. Hieronder worden ze kort besproken. Daarnaast kunnen ook de maatregelen die in de hoofdstukken 3 en 4 van dit advies zijn genoemd uiteraard hun bijdrage leveren.

Niet alleen de overheid is aan zet, ook partijen in het veld

Naast algemeen beleid is ook specifiek beleid nodig. Dit vraagt vooral maatwerk in een aantal sectoren (met name de care), omdat zich daar de grootste arbeidsmarktproblematiek voordoet. In de ogen van de RVZ is het spijtig dat de aanbevelingen van de commissie Van Rijn, gericht op verbetering van het reactievermogen van sectoren, niet verder vorm hebben gekregen. Dit vraagt alsnog aandacht en raakt primair de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers. Daarom voegt de Raad onderstaand aan de vijf prioritaire aanbevelingen aan de overheid een zesde toe. In feite is die zesde aanbeveling een oproep aan partijen in het veld. Wel kan de overheid die oproep ondersteunen.

## 5.2 Vijf prioriteiten

### **Inzetten op preventie van hoge bloeddruk**

Start campagne voor verlagen van hoge bloeddruk onder de bevolking

De meest kansrijke maatregel om de vraag naar zorg te reduceren is volgens de Raad preventie van hoge bloeddruk. De eerste aanbeveling is dan ook dat de bewindsleden van VWS in overleg met huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars en andere betrokkenen, bijvoorbeeld sportscholen, een programma starten om de bloeddruk onder de bevolking te verlagen.

Daarbij worden concrete doelstellingen geformuleerd en gemeten. Financiële prikkels kunnen worden ingezet om aanbieders van succesvolle programma's te belonen.

### **Ontwikkelen van een markt voor persoonlijke dienstverlening**

Stimuleer de totstandkoming van een markt voor persoonlijke dienstverlening

Wat volgens de Raad ook aanzienlijk kan helpen om de vraag te verminderen is een markt voor persoonlijke dienstverlening. Die kan de zelfredzaamheid van mensen vergroten en de vraag naar professionele zorg helpen uit te stellen.

Dat is dan ook iets om te stimuleren, vindt de Raad. (N.B: deze markt is dus geen onderdeel van een collectieve regeling als



ZVW/AWBZ/WMO). De overheid moet in dat kader ruimte creëren voor flexibele arbeidsrelaties die de opkomst van deze markt mogelijk maken. Zo kunnen mensen zelf de regie nemen over de ondersteuning waar zij behoefte aan hebben in hun streven naar zo lang mogelijk zelfstandig functioneren. De bewindslieden zouden in overleg met collega's van SZW en Financiën moeten bezien welke maatregelen daarvoor nodig zijn en zonodig belemmeringen moeten wegnemen.

### **Zorgen voor betaalbare kinderopvang**

Verhoog arbeidsparticipatie en behoud mantelzorg door betaalbare kinderopvang

Dan de aanbodkant. Arbeidsparticipatie staat hoog op de politieke agenda, maar er is nog veel nodig om resultaat te boeken. De beste kans om én meer vrouwen aan het werk te krijgen én mantelzorg mogelijk te maken is volgens de Raad zorgen voor betaalbare kinderopvang. Dan zullen meer vrouwen langer of meer uren aan het werk gaan. Dat is in het bijzonder gunstig voor het aanbod van arbeidskrachten in de zorgsector en op de nieuwe markt voor persoonlijke dienstverlening.

Kinderopvang in de zorg gratis voor de lagere functieschalen door kinderopvangtoeslag

Voor de korte termijn zou speciaal voor werknemers in de lagere functieschalen in de zorg kinderopvang gratis moeten zijn. Voor de caresector is de arbeidsparticipatie van vrouwen in de lagere schalen immers van vitaal belang: 85% is vrouw (in de cure is dat 76%, in de totale economie 42%). Via de belastingen kan een toeslag voor kinderopvang worden gegeven. De extra kosten voor de overheid ten opzichte van de huidige situatie bedragen tussen de 100 en 150 miljoen euro (bijlage 4).

Kinderopvang op termijn basisvoorziening

Kinderopvang zou op termijn een basisvoorziening moeten zijn. De Raad beveelt aan dit te betalen uit de algemene middelen, zodat met name mensen met lagere en modale inkomens ervan kunnen profiteren. Kinderopvang als basisvoorziening creëert ook meer kansen voor nieuwe en flexibele arbeidsverhoudingen.

Bouw biedt kansen voor arbeidsbesparing, nodig instellingen uit model te valideren en te ontwikkelen tot 'best practice model

### **Inzetten op arbeidsbesparing door ICT en bouw**

Aan de aanbodkant is verder arbeidsbesparing te verwachten van investeringen in gebouwen die zijn ingericht op het gebruik van ICT en domotica. De kostenbesparing op de exploitatiekosten van verpleeghuizen die daardoor theoretisch mogelijk is kan oplopen tot 11%. De Raad beveelt de bewindslieden aan instellingen uit te nodigen om het in de achtergrondstudie ontwikkelde model te valideren en te ontwikkelen tot een 'best practice model'.

### **Stel normen vast voor de kwaliteit van zorg**

Dat behalve door de vernieuwingen in de bouw de arbeidsproductiviteit ook op andere manieren vergroot kan worden is algemeen bekend. Maar de kwaliteit mag daarbij niet beneden een bepaald niveau komen.

Overheid: stel normen voor kwaliteit vast die de veiligheid raken, bijvoorbeeld voor medicatie en ondervoeding

Daarom adviseert de Raad de bewindslieden van VWS om normen voor verantwoorde zorg vast te stellen die met veiligheid te maken hebben. Voor de caresector liggen die op het vlak van het medisch en verpleegkundig handelen. De normen zouden afgeleid kunnen worden van de set indicatoren die de IGZ op dit moment gebruikt (zoals medicatiefouten, decubitus, incontinentie, ondervoeding en fixatie).

Oproep aan partijen in het veld: voer pro-actief beleid

#### **Oproep aan partijen in het veld:**

Uit de studies voor dit advies blijkt, dat de arbeidsmarktproblematiek vooral ook een pro-actief beleid vraagt. Dit is niet het sterkst ontwikkeld in de verschillende sectoren. Veel arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid heeft een korte cyclus. Dit klemt des te meer nu algemene maatregelen onvoldoende effect kunnen realiseren. Juist de combinatie van randvoorwaardelijk en specifiek beleid is nodig om tot een capaciteitsvergroting te komen. Dit vraagt een gerichte inspanning van werkgevers- en werknemersorganisaties om tot arbeidsvoorwaardelijke regelingen te komen die de aantrekkelijkheid van de zorgsector (vooral voor jongeren) versterkt en vergroot. Dit kan vorm krijgen via raamcao's met aanvulling / verbijzondering naar specifieke sectoren (vooral care). In dit specifieke arbeidsvoorwaardenbeleid gaat het dan om behoud / uitbreiding van deskundigheid, horizontale carrièreontwikkelingen, waarderen van teamprestaties en / of individuele prestaties, functie- in plaats van leeftijdsgelatenheid en maatregelen die medewerkers niet alleen binden maar vooral ook boeien.

Algemeen overheidsbeleid (zie overige aanbevelingen) inclusief arbeidsmarktsubsidie / fiscaal beleid kan in combinatie met goed werkgeverschap en gericht arbeidsmarktbeleid een grote bijdrage leveren aan oplossingen van het komende arbeidsmarktprobleem.

### **5.3 Veranderende normen**

Of de door de Raad aanbevolen maatregelen voldoende effect sorteren, zal op termijn moeten blijken. De arbeidsmarkt heeft in het verleden laten zien over de nodige flexibiliteit te beschikken. Toch is het denkbaar dat verdergaande maatregelen onontkoombaar zijn.

Lagere normen voor kwaliteit en toegankelijkheid?

Als het aanbod van arbeidskrachten echt onvoldoende blijkt te zijn, zullen we onze normen voor kwaliteit en toegankelijkheid moeten bijstellen. Onorthodoxe maatregelen kunnen dan niet buiten beschouwing blijven.

Buitenlandse oppas in dienst voor zorgbehoeftige ouder(s)?

Als door regionale verschillen bijvoorbeeld wel aanbod beschikbaar zou zijn in Groningen of Friesland terwijl Limburg met tekorten kampt, hebben verpleeghuisbewoners uit het zuiden misschien geen andere keus dan verhuizen naar het noorden. Of misschien moeten mensen een

buitenlandse oppas in dienst nemen voor hun zorgbehoeftige ouders of naasten, voor zover hun inkomen dat toelaat.

Lagere eisen aan de zorg?

Nog ingrijpender zou het zijn mensen die zorg nodig hebben te verplaatsen naar landen waar wel voldoende aanbod aan arbeidskrachten is, of te accepteren dat werknemers uit de EU die hier komen werken de taal niet spreken, of minder eisen stellen aan de zorg.

Ontstaan er onoplosbare tekorten aan arbeidskrachten in de zorg, dan zullen we onze normen voor kwaliteit en toegankelijkheid dus moeten herzien. Maar dat is niet de enige verschuiving: ook zullen we, meer dan nu al het geval is, bereid moeten zijn de zorg voor anderen op ons te nemen.

Vanaf de werkplek zelf toezicht houden op een naaste of ouder(s)?

Als woningen en verpleeghuizen standaard zijn voorzien van ICT en domotica, kan iemand bijvoorbeeld vanaf de werkplek even contact opnemen met een naaste of ouder of toezicht houden op de inname van medicijnen. Dat betekent dan weer uitstel van opname, verminderen van de vraag naar professionele zorg en een grotere arbeidsproductiviteit voor het personeel.

Nog meer gebruik maken van persoonlijke dienstverlening?

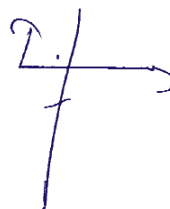
Ook de markt voor persoonlijke dienstverlening kan daaraan bijdragen. Maar hoe krijg je daarvoor mensen, ook als de huidige belemmeringen zijn weggenomen, op een toch al krappe arbeidsmarkt? Dan moet benadrukt worden dat laaggeschoold werk juist in een tijd van globalisering kansen biedt: persoonlijke dienstverlening komt immers niet in aanmerking voor *outsourcen* naar India of China. Ook ligt het voor de hand om waar dat kan mensen met een bijstandsuitkering in te zetten voor persoonlijke dienstverlening.

De Raad presenteert bovenstaande maatregelen als onorthodox en voor het geval de door hem in het advies aanbevolen maatregelen onvoldoende effect sorteren om de arbeidsmarktproblemen te voorkomen. Hij is echter van mening dat het zinvol is nu al te beginnen met verder onderzoek in die richting.

#### Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Gedeelte uit Werkprogramma RVZ 2004-2005**

#### **Arbeidsmarkt en zorgvraag**

De groei van de zorgbehoefte is groot. Aan deze ontwikkeling liggen onder andere de dubbele vergrijzing en de groei van het aantal kwetsbare mensen in de samenleving ten grondslag. Maar de groei van onze medische mogelijkheden in combinatie met de groei van het eisenpakket van de samenleving speelt uiteraard ook een rol. Vraag en aanbod vinden elkaar. Het is waarschijnlijk dat de zorgvraag hierdoor over 10-20 jaar een zodanige omvang zal hebben dat deze niet meer door de arbeidsmarkt en met collectieve middelen in zijn huidige vorm te beantwoorden is. Dit gegeven vraagt om een paradigmaverandering. Hier helpen immers incrementele verbeteringen als doelmatigheidsverhoging en arbeidsmarktmaatregelen niet meer. Een ingrijpend andere beantwoording van de zorgvraag zal noodzakelijk zijn. De RVZ zal zijn visie op deze problematiek geven. Daarbij zal de Raad de vraag beantwoorden hoe een dergelijk ander antwoord op de groeiende (en zich ook nog wijzigende) zorgbehoefte vorm moet krijgen. Innovatie (vooral ICT) zal hierbij waarschijnlijk een cruciale rol gaan spelen, maar wellicht zijn er nog andere aangrijpingspunten te vinden en andere benaderingen mogelijk. Ook is het belangrijk om te weten welke gevolgen een dergelijke verandering heeft voor beslissingen op kortere termijn. Welke maatregelen moeten ter voorbereiding van de verandering genomen worden? Ook dit advies zal de Raad in een internationale context plaatsen. Tenslotte zal het advies zo concreet mogelijk gemaakt worden en toegespitst worden op de beleidsdiscussie die hierover in Nederland (c.q. in de EU) gevoerd zal moeten worden.





## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Vanuit de Raad*

mw. prof. dr. D.D.M. Braat

dhr. mr. A.A. Westerlaken

Ambtelijke projectgroep

mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider

dhr. drs. E.G. Brummelman

dhr. drs. P.P.T. Jeurissen

mw. mr. dr. A.J. Struijs,

mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

#### **Geconsulteerden**

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen/organisaties contact geweest over het adviesonderwerp.

- dhr. prof. dr. J.P.H. Hamers en dhr. prof. dr. W. de Groot, Universiteit Maastricht
- dhr. M. Verweij, arts, dhr. drs. F. Bisschop, dhr. drs. W.H. van Staalduinen en dhr. J.V. Eijkman, College Bouw zorginstellingen
- dhr. O. van Hilten, Centraal Bureau voor de Statistiek
- dhr. G. van Essen, Prismant
- mw. dr. M. Vernooij-Dassen, Alzheimer Centre UMC Nijmegen
- dhr. W.R. Wim Pullen MSc, Center for People and Buildings
- mw. L. Janse en mw. drs. N.F. Breed, SenterNovem
- mw. drs. A.C. Cremers en dhr. Mellema, Nu'91
- mw. A. Visser-Meily, revalidatie arts, Kenniscentrum Revalidatie Utrecht, revalidatiecentrum De Hoogstraat
- mw. J.A.H. van Veen, Inspectie voor de gezondheidszorg
- mw. A. Jonkers, Ministerie van VWS
- dhr. H. Vankan, Nu'91
- dhr. H. Schreuder, STG
- dhr. drs. J. Schumacher, NIZW
- dhr. mr. H.J. Stoop, Ministerie van VWS, CIBG/VV
- mw. mr. drs. T.D. Riemens en mw. drs. B.P.M. Claassen, Sociaal Economische Raad
- mw. S. Braam, journaliste/publiciste
- mw. M.J. Willemse, AVVV
- dhr. mr. M.E.M. Nuyten en mw. mr. C. Frenkel, VNO NCW

- dhr. B. Miesen, Ph.D., Lector psychogeriatric Haagse Hogeschool
- dhr. J. Pepers, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- mw. dr. M. Morée, Expertisecentrum Informele Zorg,
- dhr. prof. dr. R. Huijsman, MBA, Erasmusuniversiteit
- dhr. B. Doek en mw. K. Poppelaars, Raad voor Werk en Inkomen
- mw. F. Wolter, KPN
- mw. T.B. Hafsteinsdóttir PhD, UMCU
- dhr. drs. J. Portengen en dhr. A. Siegelaar, Zorggroep Solis

#### **Invitational conferences/debat**

Tijdens het adviestraject zijn twee invitational conferences georganiseerd met deskundigen op het terrein van dementie en op het terrein van CVA. Ook is een debat georganiseerd met de brancheorganisaties over het advies. Verder is het Platform Verzorging van de AVVV geconsulteerd.

#### *Deelnemers invitational conference dementie, 14 februari 2006*

- dhr. M. Blom, Alzheimer Nederland, adjunct-directeur
- mw. drs. T.F. van der Kruk, Ver. Verpleegkundigen Vakgebied Geriatrie, verpleegkundig specialist geriatrie AMC
- dhr. P.H. Jonkergouw, Zorggroep Zuid-Gelderland, Lid Raad van Bestuur
- dhr. prof. dr. G.I.J.M. Kempen, Universiteit Maastricht, hoogeleraar sociale gerontologie
- dhr. drs. J.J. van de Leeuw, NIZW, senior innovatiemedewerker wonen en zorg
- mw. dr. M. Morée, Expertisecentrum Informele Zorg, projectleider/onderzoeker
- dhr. drs. P. Poortvliet, LEVV, programmaleider
- mw. dr. R.M. Dröes, VU medisch centrum, afdeling Psychiatrie, universitair hoofddocent/senior adviseur
- dhr. F. Gillissen, VU medisch centrum, Alzheimercentrum, zorgcoördinator
- dhr. J. Thie, KITTZ, senior projectleider
- dhr. dr. J. Naafs, ViaZorg, directeur
- mw. dr. M. Vernooij-Dassen, UMC St. Radboud, Alzheimer Centre, coördinator
- dhr. prof. dr. R. Koopmans, UMC St. Radboud, Kwaliteit van Zorg, hoofd afdeling verpleeghuisgeneeskunde
- dhr. dr. M. Dautzenberg, IVA, senior onderzoeker
- mw. dr. M. Faber, UMC St. Radboud, Kwaliteit van Zorg, onderzoeker

*Deelnemers consultatie Platform Verzorging AVVV, 6 maart 2006*

- mw. dr. J. de Lange, Trimbosinstituut, senior onderzoeker programma ouderen/lector
- mw. K.A. van de Luitgaren, Heremalerhof Harmelen, afdelingshoofd
- dhr. drs. J. Portengen, Zorggroep Solis Deventer, algemeen directeur
- mw. drs. M.L.J. Teeuwen-Martens, Siza Dorp Groep, coördinator kwaliteit
- mw. drs. E. Veenemans, ROC ASA, collegedirecteur
- mw. J. Talma-van Gelder, Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord, zorgteammanager
- mw. M. Hollander-Pasma, AVVV, programmaleider Beroepen en opeidingen
- dhr. drs. A.M. Eliens, AVVV, programma Kwaliteit
- mw. drs. C.E. Linssen, AVVV, programmaleider Invloed

*Deelnemers invitational conference CVA, 30 maart 2006*

- mw. dr. J.N. Struijs, RIVM, Afdeling PZO-V&Z, onderzoeker
- dr. G.H.M.I. Beusmans, Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, huisarts
- mw. prof. dr. G.A.M. van den Bos, AMC, Sociale Geneeskunde, hoogleraar sociale geneeskunde
- drs. N.J.A. Van Exel, Erasmus MC, iMTA, gezondheidseconoom
- dr. C. Franke, Atrium MC/Nederlandse Hartstichting, neuroloog
- mw. ir. K.T. Idema, Nederlandse CVA-Vereniging Samen Verder, consulent
- prof. dr. N.S. Klazinga, AMC, hoogleraar sociale geneeskunde
- mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, huisarts, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde
- mw. drs. M. Minkman, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, CBO, senior adviseur
- mw. ir. S. Sangers, Mezzo/Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, beleidsmedewerker
- mw.dr. A.H.M. Triemstra, Nivel, onderzoeker
- mw. R.M.A. Troost, Landelijke Vereniging Wijkverpleging, adviseur bestuur
- dr. L.F.J. van der Velden, Nivel, onderzoeker
- prof. dr. M. Vermeulen, Academisch Medisch Centrum, hoogleraar neurologie
- dr. J.M.A. Visser-Meily, UMCU Revalidatiecentrum De Hoogstraat, revalidatie-arts
- drs. J. van Wijngaarden, Erasmus MC/EUR, Instituut BMG, universitair docent
- A. van der Zeijden, IAPO, chairman

*Deelnemers debat brancheorganisaties, 7 juni 2006*

- mw. drs. L.C. Albers, Sting
- mw. drs. M.M.A. van Bönninghansen, Nu'91
- dhr. J. van Dalen, NPCF
- dhr. P. Hijzen, GGZ-Nederland
- dhr. H.J. Klein Breteler, Arcares
- mw. dr. A.J. Mintjes-de Groot, LEVV
- mw. C. Nijhuis, Nu'91
- dhr. J. Pepers, VGN
- dhr. S.J.G.A. Weijenborg, NVZ

## **Bijlage 3**

### **Waarom dementie en CVA als voorbeeld?**

De Raad heeft ervoor gekozen de te verwachten problemen op de arbeidsmarkt en mogelijke oplossingsrichtingen aan de hand van de ziektebeelden dementie en CVA te illustreren.

Deze twee ziektebeelden zijn om meer redenen gekozen.

In de eerste plaats omdat van beide aandoeningen bekend is dat ze arbeidsintensief zijn. Zeker bij dementie is in de laatste fase van het ziekteproces sprake van een hoge mate van afhankelijkheid van de zorg van anderen. Dat betekent een groot beroep op beschikbare (professionele) arbeidskrachten. Oplossingen die een beroep op arbeidskrachten kunnen uitstellen kunnen een groot effect hebben op het aantal benodigde arbeidskrachten c.q. het aantal benodigde arbeidskrachten doen verminderen.

In de tweede plaats staan beide aandoeningen in de top vijf van de 20 duurste diagnosegroepen wat de ontwikkeling van kosten tot 2020 betreft. Daarbij moet aangenomen worden dat de groei van de kosten voor een groot deel veroorzaakt worden door arbeidskosten. En de verwachting is dat de groei aanzienlijk zal zijn. De kosten van dementie en beroerte nemen na 2010 een grote vlucht. Dementie is in de top vijf de sterkste stijger. Oplossingen die een beroep op arbeidskrachten kunnen uitstellen, kunnen niet alleen een groot effect hebben op het aantal benodigde arbeidskrachten, maar hoogstwaarschijnlijk ook de kosten drukken.

**Tabel Ontwikkeling van de kosten van de 20 duurste diagnosegroepen uit tabel 4, op basis van demografische ontwikkelingen tot 2020**

Diagnosegroep	Kosten in 1999 (miljoen euro)	Ontwikkeling op basis van demografie (geïndexeerd, 1999=100)		Aandeel in de totale uitgaven in 1999 (%)	Aandeel in de totale uitgaven in 2020 (%)
		2010	2020		
Verstandelijke handicap	2.780	102	101	7,7	6,4
Dementie	1.760	121	142	4,9	5,7
Gebitsafwijkingen	1.171	105	106	3,2	2,8
Beroerte	1.029	120	143	2,9	3,4
Coronaire hartziekten	929	121	142	2,6	3,0
Zwangerschap, bevalling en kraambed	796	85	88	2,2	1,6
Complicaties van medisch handelen, geweld en suïcide	738	113	129	2,0	2,2
Accidentele val	655	115	131	1,8	2,0
Astma en COPD	594	117	135	1,6	1,8
Nek- en rugklachten	549	108	113	1,5	1,4
Depressie	497	109	116	1,4	1,3
Gezichtsstoornissen *	482	112	123	1,3	1,3
Verhoogde bloeddruk	433	118	137	1,2	1,4
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	431	116	132	1,2	1,3
Schizofrenie	380	105	109	1,1	0,9
Gehoortoornissen	353	108	116	1,0	0,9
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen	344	105	107	1,0	0,8
Artrose	304	118	140	0,8	1,0
Hartfalen	299	121	147	0,8	1,0
Longontsteking en influenza	287	119	141	0,8	0,9
Subtotaal van deze 20 diagnosegroepen	15.350	111	122	42,6	42,8
Waarvan AWBZ	6.461	111	122		
Waarvan ziekenfonds en particuliere verzekeringen	8.343	111	123		
Totaal gezondheidszorg	36.033	111	121		

\* De kosten van gezichtsstoornissen zijn exclusief de kosten voor brillen en contactlenzen.

Bron: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Risicosolidariteit en zorgkosten. Zoetermeer: RVZ, 2005.

In de derde plaats is de verwachting gerechtvaardigd dat de mogelijkheden om voor zorg uiteindelijk een beroep te moeten doen op (professionele) arbeidskrachten anders liggen voor beide aandoeningen.

Waarschijnlijk is uitstel mogelijk als door preventie een cva voorkomen kan worden. De mogelijkheid van uitstel is in veel mindere mate aanwezig bij dementie. De stand van de wetenschap biedt hier nog weinig aanknopingspunten voor preventie (Gezondheidsraad, 2002). Nader onderzoek zal de effecten van beide aandoeningen voor het beroep op (professionele) arbeidskrachten inzichtelijk maken.

In de vierde plaats zullen andere zorgconcepten en voordelen die ict in de zorgverlening kan bieden voor beide aandoeningen variëren.

Ook die effecten op de variatie in behoefte aan arbeidskrachten is voor het te voeren overheidsbeleid van belang.

In de vijfde plaats is het thema arbeidsproductiviteit in relatie tot beide aandoeningen een bijzondere opgave. De mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verhogen zullen verschillen (zowel op micro als op macro niveau).





## **Bijlage 4**

### **Kwantitatieve ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorgsector**

#### **1 Inleiding**

Deze bijlage geeft een overzicht van een aantal kwantificeerbare ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorg. Deze ontwikkelingen komen aan de orde in drie paragrafen. Paragraaf 2 begint met een beschrijving van een aantal algemene kenmerken van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Vervolgens wordt teruggeblikt op de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de afgelopen jaren. Paragraaf 3 werpt de blik vooruit en bespreekt de tekorten die in de toekomst zullen ontstaan op de arbeidsmarkt in de zorg. Als tekorten ontstaan, zijn maatregelen nodig. Wat leveren die op? Die berekeningen staan in paragraaf 4. Het gaat dan in eerste instantie om de effecten van langer doorwerken en meer uren werken. In tweede instantie worden ook de extra kosten voor de overheid berekend van het gratis beschikbaar stellen van kinderopvang voor de laagste schalen in de zorg. Paragraaf 5 sluit af met aangrijppunten voor beleid.

#### **2 Terugblik op de arbeidsmarkt in de zorg**

De gezondheidszorg is een van de belangrijkste sectoren op de Nederlandse arbeidsmarkt. In 2003 had onze totale arbeidsmarkt een omvang van circa 6,4 miljoen FTE's. Het gaat daarbij om ongeveer 8,3 miljoen personen. Van het aantal FTE's wordt bijna 12% gerealiseerd in de sector zorg en welzijn. Het gaat daarbij om ongeveer 1,1 miljoen personen (OSA, 2004).

Tabel 1 (paragraaf 2.1) maakt duidelijk dat de werkgelegenheid in de zorgsector sinds 1998 bovendien sterk is gegroeid. De vele extra investeringen die vanaf het tweede paarse kabinet in de sector zijn gedaan, hebben blijkbaar hun vruchten afgeworpen. Tot 2003 is de werkgelegenheid in de zorg namelijk ruim drie keer zo snel gegroeid als in de totale economie.

## 2.1 Algemene indruk van de arbeidsmarkt voor de zorg

Kenmerkend voor de zorgsector is het grote aantal werknemers in deeltijd en het grote aantal vrouwen (tabel 5). Het aantal vrouwelijke werknemers ligt iets boven de 80% en dat is bijna het dubbele van het gemiddelde in de totale economie (Hingstman et al, 2004). In de zorg wordt per week gemiddeld niet meer dan 24,4 uur gewerkt; na de horeca het laagste van alle arbeidssectoren (CBS, 2005). Het aantal mensen met een fulltime dienstverband is dan ook meer dan twee keer zo laag als in de hele economie. Met name in de verschillende caresectoren worden de instellingen voor het overgrote deel door parttimers draaiende gehouden (tabel 5). In relatieve zin is het aantal deeltijders eveneens sterk toegenomen. In 1990 waren er bijvoorbeeld 163 verpleegkundigen nodig om 100 fte te bezetten. In 2002 was dit gestegen naar 181. Dit effect heeft zich het meest voorgedaan in de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg en veel minder in de geestelijke gezondheidszorg (van de Windt, et al., 2004).

Het aandeel allochtone werknemers in de curatieve zorg is drie keer zo laag dan in de care en ook lager dan in de economie als geheel (tabel 5). In de zorg lag het gemiddelde uurloon (€ 17,67) in 2003 bijna op het Nederlandse gemiddelde (€ 17,80).

**Tabel 1 Werkgelegenheid in zorg en welzijn in banen van werknemers 1998-2003 (in duizendtallen en groepercentages, contracturen in miljoenen)**

	1998	2001	2003	Groei 1998-2003 in zorg en welzijn	Groei 1998-2003 in Nederland
Aantal werknemers	840	930	1.026	22,1%	8,9%
FTE's	593	655	711	19,9%	5,8%
Contracturen	995	1.092	1.183	18,9%	5,8%
Vacaturegraad	1,5%	2,3%	1,3%		
Moeilijk vervulbare vacaturegraad	0,5%	1,2%	0,3%		

Bron: Hingstman, et al., 2004.

De meeste mensen in het primaire proces werken in een verplegend of verzorgend beroep. Het aantal mensen dat werkzaam is in een medisch of paramedisch beroep is relatief beperkt. Het aantal agogische beroepen neemt daarentegen behoorlijk toe (zie tabel 2).

**Tabel 2 Aandeel werkzame personen naar soort beroep (%) (1996-2002)**

	1996	1999	2002
Medische beroepen	4,7	4,7	4,9
Paramedische beroepen	4,4	4,8	3,3
Assisterende beroepen	5,1	5,4	4,8
V&V beroepen	42,7	39,5	39,9
Agogische beroepen	9,9	11,6	12,2

Bron: [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl) tabel 1.2.1.0

In de care werken relatief veel verplegenden en verzorgenden (V&V beroepen). Maar waar werken ze precies? In onderstaande tabel 2a is dit uitgesplitst.

**Tabel 2a Werkgelegenheid verplegende en verzorgende beroepen, naar branche, aantal werkzame personen, in %.**

	1996	2000	2003
Ziekenhuis	21	19	19
- algemeen ziekenhuis	16	15	15
- academisch	4	4	4
- categoriaal en revalidatie	1	1	1
Geestelijke gezondheidszorg	6	7	6
Gehandicaptenzorg	7	11	8
Verpleeg- en verzorgingshuizen	29	28	30
- verpleeghuizen	16	15	•
- verzorgingshuizen	13	13	•
Thuiszorg	36	34	35
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	1	1	1

Bron: [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl) tabel 1.4.2.0, bewerking

• = Gegevens ontbreken. Door fusies is een uitsplitsing tussen verpleeg- en verzorgingshuizen volgens AZW info niet langer zinvol.

In de care werken ook verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast zijn de andere medische beroepen verbonden met de care zoals huisartsen en medische specialisten. In onderstaande tabel 2b is de verdeling van de medische beroepen in de totale gezondheidszorg weergegeven.

**Tabel 2b Werkgelegenheid medische beroepen, naar branche, aantal werkzame personen, in %**

	1997	1999	2001	2003
Huisartsen	24,9	22,2	21,5	21,3
Medisch specialisten	35,8	31,0	30,5	30,4
Sociaal-geneeskundigen	•	10,8	10,7	10,2
Verpleeghuisartsen	2,9	2,9	3,0	3,2
Artsen verstandelijk gehandicapten	•	•	0,3	0,4 <sup>1</sup>
Tandartsen	23,5	21,0	20,4	20,1
Tandarts-specialisten	•	•	1,3	1,3
Apothekers	8,2	7,5	7,5	8,1
Verloskundigen	4,7	4,5	4,7	5,1

Bron: [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl) tabel 1.2.1.0, bewerking

• = Gegevens ontbreken

<sup>1</sup> = Gemiddelde van 2002 en 2004

Uit bovenstaande tabel blijkt dat verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten een bescheiden plaats innemen in de medische beroepen. In 2003 respectievelijk 3,2% en 0,4% op een totaal van 38.615 personen.

## 2.2 Verbeteringen op de arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt is in de gezondheidszorg de afgelopen jaren behoorlijk verbeterd. Dit komt tot uiting in een aantal trends. Zo is het aantal (moeilijk vervulbare) vacatures gedaald (tabel 1). Overigens is het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de zorg ook nog steeds beperkt ten opzichte van andere sectoren op de arbeidsmarkt. Vooral in de thuiszorg (52%) en de verpleeg- en verzorgingshuizen (32%) is het aantal vacatures in 2003 en 2004 snel afgenomen. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat de conjunctuur in deze beide sectoren van veel groter belang is dan bijvoorbeeld in de cure of de gehandicaptenzorg.

### Arbeidsmarktreserve

Tegelijkertijd is het wel zo dat het reservoir van potentiële herintreders wat aan het dalen is, waardoor de stille reserve om toekomstige spanningen op de arbeidsmarkt op te lossen aan het afnemen is. In tijden van hoogconjunctuur kan dit tot toenemende problemen leiden (tabel 3). Het stille reservoir van arbeidskrachten is het grootst bij de BIG geregistreerde verpleging (28%), maar zeker ook aanwezig bij de fysiotherapeuten (19%), de apothekers (14%) en de verloskundigen (10%). Bij de tandartsen (5%) en de gezondheidspsychologen (4%) is het potentieel erg beperkt. Artsen (8%) liggen hier tussenin. In werkelijkheid liggen deze percentages overigens een stuk lager omdat niet alle BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren ook werkelijk binnen vijf jaar weer aan de slag willen in de zorgsector (OSA, 2004).

**Tabel 3 Geschatte aantal herintredende v&v-ers en omvang reserve (1997-2002)**

	1997	2000	2002
Herintreders	4.800	9.200	8.100
Instroom in reservoir	7.100	7.700	5.100
Omvang reservoir	97.000	99.000	91.000

Bron: OSA, 2004

### Vergrijzing

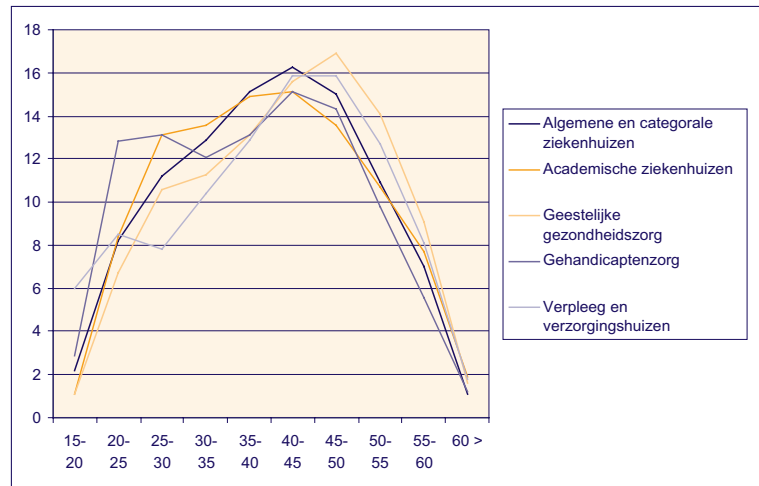
Positief is ook dat de relatief snelle vergrijzing van de zorgsector sinds 2000 enigszins tot staan is gekomen. De gemiddelde werknemer in de zorg is nu 39 jaar oud ten opzichte van 37,3 jaar in de totale economie. De stabilisatie van de leeftijd van de zorgwerknemers hangt overigens deels samen met de relatieve afname van de instroom van (oudere) herintreders (OSA, 2004). De verschillen tussen de subsectoren zijn wel aanzienlijk. Zo maakt tabel 4 duidelijk dat de thuiszorg meer is vergrijsd dan de verstandelijk gehandicaptenzorg. De vergrijzing van het zorgpersoneel verschilt ook per regio. Momenteel is deze het hoogst in de randstedelijke regio's en het laagst in Brabant (Regiomarge, 2005). Tenslotte is in figuur 1 de leeftijdsopbouw per branche weergegeven. Daar is te zien dat veel mensen voor hun 65<sup>e</sup> verjaardag uittrreden.

**Tabel 4 Gemiddelde leeftijd en percentage 55-plussers in de zorg (2002/2003)**

	55-plussers (%)	Gemiddelde leeftijd
Ziekenhuizen	8,5	39,7
V&V	10,0	40,1
Gehandicaptensector	6,8	38,1
GGZ	10,6	41,4
Thuiszorg	12,2	41,8

Bron: OSA, 2004.

**Figuur 1 Leeftijdopbouw per branche ultimo 2003 (in %)**



Bron: LoonKostenGegevensbestand (LKG). In: Hingstman, L., et al, 2004.

### Ziekteverzuim en WAO

Andere recente positieve trends op de arbeidsmarkt hebben betrekking op de daling van het ziekteverzuim en de lagere WAO instroom (tabel 5). In de zorgsector ligt het ziekteverzuim nu op 5,8% en is de instroom in de WAO 1,7%. Het is wel zo dat er ook hier tussen de verschillende sectoren behoorlijke verschillen bestaan. Het ziekteverzuim is het laagste in de algemene ziekenhuizen (5,1%) en het hoogste in de thuiszorg (7,6%). Het valt ook op dat, met uitzondering van de thuiszorg het ziekteverzuim in de zorg niet sneller is gedaald dan in de economie als geheel. Werkgevers met meer dan honderd werknemers zagen hun ziekteverzuim tussen 2000 en 2003 met 2% dalen, terwijl dat in de sector zorg en welzijn ook het geval was. In de ziekenhuissector en in de geestelijke gezondheidszorg daalde het ziekteverzuim zelfs iets minder snel (tabel 6). Bij verpleegkundigen is het verzuim het hoogst in de categorie van 30 tot 35 jaar. Het verzuim bij verpleegkundigen onder de 25 jaar is het laagst en boven de 45 jaar ligt het verzuim maar weinig hoger dan gemiddeld. Mannen hebben over het algemeen een lager ziekteverzuim dan vrouwen (Van der Windt 2004, et al.).

**Tabel 5 Zorsector en de totale economie in 2000 \***

	Zorgsector		Totale economie
	Care (V & V)	Cure (ziekenhuiszorg)	
Aandeel vrouwen	85%	76%	42%
Aandeel allochtonen	7,6%	2,5%	5,9%
<i>Leeftijd</i>			
% < 20 jaar	7%	4%	6%
% 20 – 39 jaar	52%	53%	51%
% 40 – 54 jaar	37%	38%	36%
% > 54 jaar	5%	5%	7%
<i>Opleiding</i>			
Lagere school	9%	3%	8%
Mavo / Lbo	29%	22%	34%
Havo / Vwo / Mbo	56%	52%	34%
WO / Hbo	6%	23%	24%
<i>Arbeidsuren</i>			
Minder dan 12	8%	4%	6%
12 – 23	36%	24%	17%
24 – 34	37%	43%	15%
Meer dan 34	19%	30%	62%
<i>Ziekteverzuim</i>			
(excl. Zwangerschapsverlof) <sup>1</sup>	8,0%	8,0%	6,0%
Instroom in de WAO 1	1,7%	1,7%	1,3%

Bron: OSA (2003) en Prismant (2004)

\* = De cijfers hebben betrekking op het personeelsbestand in 2000. De WAO-instroomkans geldt voor 2002.

<sup>1</sup> Deze cijfers zijn alleen bekend voor de gehele zorgsector.

**Tabel 6 Ziekteverzuim exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof (1996-2003)**

	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Totaal werkgevers >100 werknemers	5,8	6,5	7,2	7,2	6,1	5,2
Zorg & welzijn	6,7	7,3	7,8	7,5	6,8	5,8
Algemene ziekenhuizen			6,4	6,3	5,6	5,1
V&V			8,4	8,3	7,4	6,5
GGZ			7,1	6,9	5,9	5,3
Thuiszorg			10,3	10,1	8,5	7,6

Bron: OSA, 2004

### Werkdruk

Veel mensen in de zorg ervaren een behoorlijke werkdruk. Een derde van het personeel ervaart een hoge lichamelijke en psychische druk. Weliswaar neemt het aantal werknemers dat dit aangeeft iets af, maar niet significant. Ondanks de daling van het ziekteverzuim blijft de ervaren werkdruk dus hoog (tabel 7).

Wel blijkt het zo te zijn dat de werkgevers in de zorg significant meer maatregelen nemen op het gebied van ouderenbeleid (tabel 8). Teruggang in functie en salaris komt nergens veel voor, maar prepensioen, vrijstelling van onregelmatige diensten, extra vrije dagen en andere vormen van taakverlichting zijn in de zorg wijd verbreid. In de zorg is nu nog maar 5% van de werknemers boven de 54, maar dit zal de komende jaren snel toenemen en het is dan de vraag of deze regelingen, die meestal extra geld kosten en waarvan de impact op de arbeidsproductiviteit dus onduidelijk is, dan ook onverkort gehandhaafd kunnen blijven.

**Tabel 7 Percentage personen dat aangeeft regelmatig aan te hoge tijdsdruk en kracht zetten te zijn blootgesteld**

	1997	1999	2001	2003
Hoge tijdsdruk	36	38	36	34
Kracht zetten	34	31	35	34

Bron: OSA, 2004.

**Tabel 8 Maatregelen van werkgevers op het gebied van ouderenbeleid 2004 (%)**

	Prepensioen	Vrijstelling onregelmatige diensten	Extra vrije dagen	Teruggang in functie/salaris	Taakverlichting
Totale economie	43	34	78	7	47
Zorg	65	65	98	10	58

Bron: OSA

### Arbeidsvoorwaarden

De stijging van het uurloon in de zorgsector loopt ongeveer parallel met die in de rest van Nederland. Weliswaar was de loonontwikkeling in de zorg tot en met 2003 behoorlijk sneller gestegen dan in de overige sectoren, maar het loonmatigingsbeleid van het huidige kabinet heeft dit goeddeels weer tenietgedaan (tabel 8b). Indien we een vergelijking maken naar kwalificatieniveau, zien we dat er op lager en middelbaar niveau in de zorg meer dan in de marktsector wordt betaald, maar op hoger en wetenschappelijk niveau juist minder. We moeten ons wel realiseren dat de honorering van het vrije beroep (de meeste artsen) daar niet bij betrokken is (tabel 8a).



**Tabel 8a Bruto uurloonverschillen ten opzichte van de marktsector naar opleidingsniveau in 2001 (in%)**

	Totaal	Elementair	Lager	Middelbaar	Hoger	Wetenschappelijk
Zorg en welzijn	0,8%	3%	4%	5%	-8%	-8%

Bron: OSA

**Tabel 8b Ontwikkeling in CAO uurlonen inclusief bijzondere beloning (indexcijfers)**

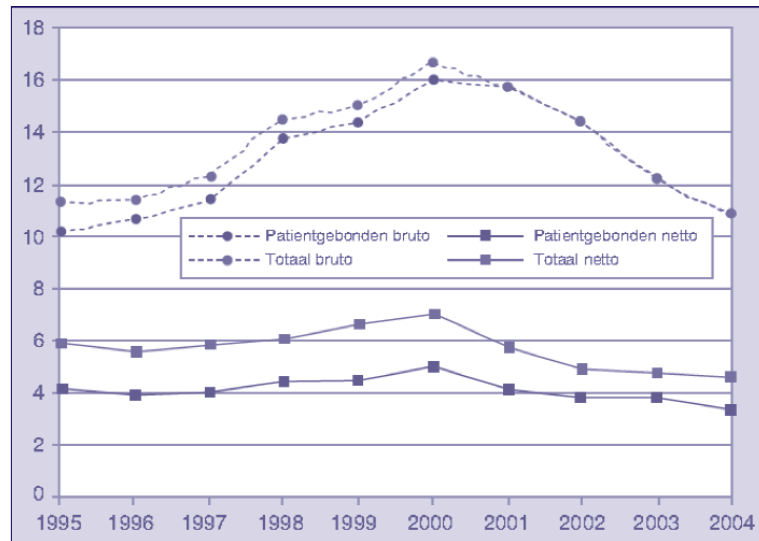
	Nederland	Zorg en Welzijn
December 2000	101,2	100,9
December 2001	105,7	106,7
December 2002	109,3	111,1
December 2003	111,9	114,0
December 2004	112,8	113,9

Bron: OSA

### **Personeelsverloop**

Het personeelsverloop in de zorgsector ontwikkelt zich vanaf het jaar 2000 weer gunstig (figuur 2). Weliswaar stegen het bruto-verloop (baanwisseling binnen de zorgsector) en het netto-verloop (het vertrek uit de sector) tot 2000, maar de laatste jaren zien we een afname. Het is wel opvallend dat dit bij het patiëntgebonden personeel minder is dan bij de andere personeelscategorieën, al lag het verloop hier absoluut gezien wel lager. We constateren dus dat de zorgsector er vooral goed in geslaagd is om het niet-patiëntgebonden personeel beter vast te houden. Waarschijnlijk heeft dit ook met de economische conjunctuur te maken die rond 2000 stagneerde. Dit houdt een risico in omdat juist in de patiëntgebonden personeelscategorieën de meeste tekorten dreigen als de conjunctuur weer opleeft. Hierbij komt overigens nog een ander risico. Uit de hier gepresenteerde cijfers blijkt namelijk niet dat het verloop onder jongeren veel hoger is dan onder ouderen. Dit geldt vooral voor de jongste leeftijdscategorie. Het netto-verloop van verpleegkundigen en verzorgenden nam tussen 2000 en 2003 toe van 31% tot 37% (Regiomarge, 2005).

**Figuur 2 Het bruto- en nettoverloop (in %) in het patiëntgebonden en het totale personeelsbestand in de zorgsector in de periode 1995-2004 (exclusief thuiszorg)**



Bron: Ott et al., 2005.

### 2.3 Arbeidsproductiviteit

CPB, Prismant en SCP signaleren een dalende of een zich stabiliserende trend van de arbeidsproductiviteit. Arbeidsproductiviteit refereert aan de hoeveelheid arbeid die nodig is per eenheid product. In zekere zin krijgt de arbeidsproductiviteit alleen betekenis in de vergelijking met een andere maatstaf van arbeidsproductiviteit. We kunnen meestal namelijk niet goed zeggen als ervoor een bepaalde hoeveelheid zorg veel arbeid wordt gebruikt of dat productief is of juist niet. We kunnen wel constateren dat als de hoeveelheid ingezette arbeid voor een bepaald product in de tijd afneemt of als de hoeveelheid output juist toeneemt er sprake is van een positieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. We kunnen ook in de vergelijking tussen twee of meer productieprocessen een indruk krijgen van het proces met de hoogste arbeidsproductiviteit.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is in de zorg echter bijzonder moeilijk vast te stellen en daarom meestal niet eenduidig. Dit komt omdat het erg moeilijk is om de totale hoeveelheid productie en gezondheidswinst in de zorgsector goed in beeld te krijgen op een manier die onderling vergelijkbare gegevens oplevert. Zo is het aantal uren thuiszorg per cliënt toegenomen van 168 in 1998 naar 185 in 2003 (Van der Windt et al., 2004). Als we in die periode zowel de invloed van de rela-

tieve inzet van de hoeveelheid arbeid als de zorgzwaarte en de substitutie naar de intramurale zorg constant veronderstellen zou de arbeidsproductiviteit behoorlijk zijn teruggelopen. In werkelijkheid zullen de patiënten waarschijnlijk zwaarder zijn geworden doordat cliënten die eerst werden opgenomen in een instelling nu langer thuis blijven en daardoor meer zorg nodig hebben. Dit eenvoudige voorbeeld geeft al aan hoe moeilijk het is om de arbeidsproductiviteit vast te stellen.

Op basis van deze incomplete gegevens komen verschillende instanties (CPB, Prismant en SCP) wel allemaal tot een dalende of stabiele trend van de arbeidsproductiviteit. De hoeveelheid arbeidskrachten neemt dan dus sneller toe dan de - overigens incomplete - geschatte productiegroei. Het is bijvoorbeeld moeilijk om kwaliteitsontwikkelingen op een goede manier te wegen. Dit kan problemen opleveren als de tekorten op de arbeidsmarkt vanaf 2006 weer gaan oplopen (zie over het begrip arbeidsproductiviteit verder ook bijlage 5).

**Tabel 9 Gemiddelde procentuele jaarlijkse productiegroei in de zorgsector**

	Prismant (1996-2001)	Prismant (2003-2007)	SCP (1990-2000)	CBS (2002)
Ziekenhuizen	0,4	1,4		
GGZ	2,4	2,7		
Gehandicapten	1,8	3,3		
Verpleging	0,8	1,7		
Verzorging	-2,2	2,4		
Thuiszorg	0,9	4,5		
Totaal	0,7	2,3	1,8	5,3

Bron: OSA, 2004.

#### **De mening van de werkgevers**

Het valt op dat de werkgevers in de zorg de lage productiviteit van hun personeel niet als een groot knelpunt zien. De meeste aandacht van de werkgevers richt zich vooral op knelpunten zoals de beheersing van de werkdruk, het hoge niveau van de lonen en de vergrijzing van het personeel. Het is verder opvallend dat werkgevers in de zorg veel meer knelpunten in hun personeelsbeleid zien dan werkgevers in de overige sectoren. Deze verschillen treden vooral op bij ontoereikende kwalificaties (45%), coördinatieproblemen door veel deeltijders (40%), verlof- en vakantieregelingen (36%), het ziekteverzuim (30%) en de beheersing van de werkdruk (52%).

## 2.4 Opleidingen

Verpleegkundigen kunnen werkzaam zijn op verschillende niveaus. Tussen de verschillende sectoren zijn er daarbij grote verschillen. Zo hebben ziekenhuizen bijna uitsluitend verpleegkundigen met de hoogste kwalificaties in dienst, maar ontbreken deze niveaus juist in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg. Veel goed opgeleide verpleegkundigen zijn de afgelopen jaren – juist in deze laatste twee sectoren – vervangen door meer goedkoper personeel. Dit roept de vraag op of de deskundigheidsniveaus hier niet juist teveel zijn ingezakt en of er met nog meer taakdifferentiatie in deze sectoren nog wel zoveel winst valt te boeken.

**Tabel 10a Aandeel verpleegkundigen op het totaal in de desbetreffende sector (2002)**

Verpleegkundigen	
Ziekenhuizen	35%
GGZ	42%
Gehandicaptenzorg	76%
V&V	55%
Thuiszorg	87%

Bron: Van der Windt en Talma, 2005.

**Tabel 10b Aandeel verpleegkundigen naar niveaus in de desbetreffende sector in 2004 (horizontaal gepercenteerd)**

	Niv 5&4 (personen)	Niv 3 (personen)
Ziekenhuizen	93%	5%
GGZ	79%	18%
Gehandicaptenzorg	56%	28%
V&V	11%	71%
Thuiszorg	13%	38%

Bron: Van der Windt en Talma, 2005.

Een van de sterke kanten van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen is dat de meeste afgestudeerden, in tegenstelling tot veel andere opleidingen, ook daadwerkelijk als verpleegkundige aan de slag gaan. Er is (aanvankelijk) bijzonder weinig verlies van afgestudeerde verpleegkundigen aan de andere beroepen en sectoren (tabel 11).

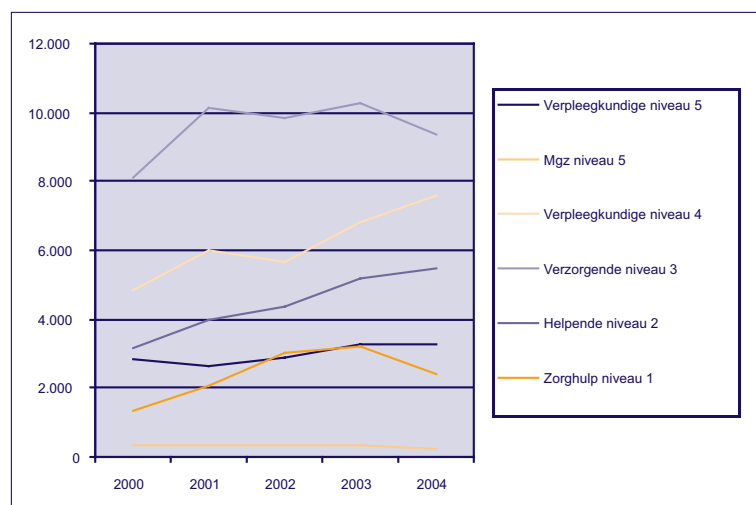
**Tabel 11 Aandeel gediplomeerde schoolverlaters (MBO) dat naar eigen zeggen werkzaam is in een beroep waarvoor ze zijn opgeleid (2003)**

MBO-V (niv. 4)	97%
Verzorgende (niv. 3)	96%
Helpende (niv. 2)	95%
Zorghulp (niv. 1)	92%
BBL	97%
BOL	92%
Alle MBO opleidingen	81%

Bron: OSA, 2004.

Het pessimistische beeld dat enkele jaren geleden nog bestond over de lage instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is inmiddels enigszins gekenterd. Helaas daalt de instroom voor verzorgende (niveau 3) en zorghulpen (niveau 1) sinds 2003 weer. Ook de instroom voor verpleegkundige (niveau 5) vlt af.

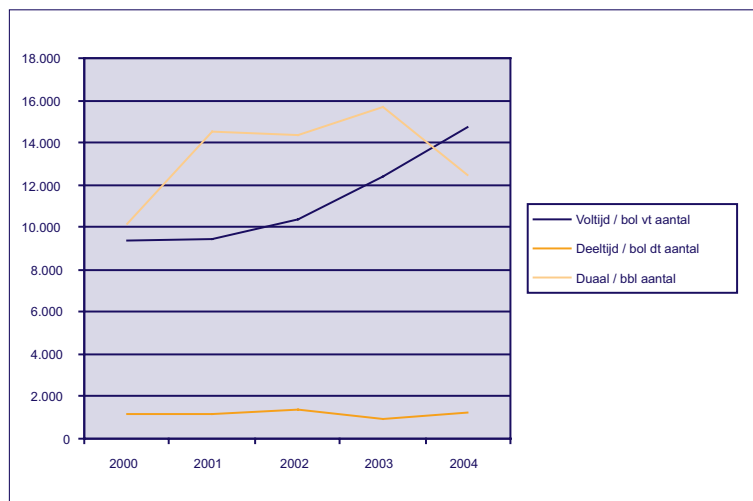
**Figuur 3 Instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen**



Bron: [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl) tabel 1.4.1.1.

De instroom in de beroepsbegeleidende leerwegtrajecten heeft zich in de afgelopen jaren voorspoedig ontwikkeld. Wel zien we in 2003 een kentering in de instroom van de BBL. Zie figuur 4.

**Figuur 4 Instroom in de beroepsbegeleidende leerwegtrajecten**



Bron: [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl) tabel 1.4.1.1.

De instroom in de medische en paramedische opleidingen stijgt in de meeste beroepen juist sneller dan bij de verpleegkundigen. Dit is vooral duidelijk in de basisopleiding geneeskunde en in de verloskunde (tabel 12). Het is daarbij wel opvallend dat de groei van het aantal verpleeghuisartsen sterk achterblijft bij de overige beroepsgroepen. Dit zou wel eens een probleem kunnen vormen doordat typische verpleeghuisziekten zoals dementie en CVA in de toekomst waarschijnlijk snel in omvang zullen toenemen.

**Tabel 12 Instroom in de (para)medische opleidingen (1999-2003)**

	1999	2001	2003	Groei (1999-2003)
Paramedisch	3.318	3.763	4.433	33,6%
Geneeskunde	1.230	1.460	2.160	75,6%
Huisarts	363	413	494	36,1%
Specialist	800	891	1.136	42,0%
Sociaal-geneeskundige	91	309	158	73,6%
Verpleeghuisarts	84	84	97	15,5%
Tandheelkunde	140	210	230	64,2%
Farmacie	280	250	350	25%
Verloskunde	128	223	254	103,2%

Bron: Osa, 2004.

### **3 Vooruitblik op de arbeidsmarkt in de zorg**

In deze paragraaf worden de resultaten van de arbeidsmarktprognoses voor zorg en welzijn van achtereenvolgens het Centraal Planbureau, Ecorys, Prismant, het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) en het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) besproken. De paragraaf sluit af met een beschouwing op deze modellen.

#### **3.1 Centraal Planbureau**

In de Rijksbegroting 2005 van VWS is een grafiek opgenomen met daarin de ontwikkeling van de werkgelegenheid in zorg en welzijn en in de totale beroepsbevolking (VWS, 2004). Volgens deze prognose werkt in 2025 18% van de beroepsbevolking in zorg en welzijn als de arbeidsproductiviteit in deze sector jaarlijks met 1% stijgt. Deze percentages zijn gebaseerd op het Global economy scenario van het CPB (CPB, 2004). In de andere scenario's komt het CPB (bij arbeidsproductiviteitswaarden lager dan 1%) uit op werkgelegenheidspercentages van 16,4% (Regional Communities), 17,7% (Strong Europe) en 18,3% (Transatlantic market) in 2040. In het Global economy scenario komt zij op een werkgelegenheidspercentage van 18,5 in 2040 bij een arbeidsproductiviteitsstijging van 1%<sup>1</sup>.

Omdat in de periode 1999-2002 de stijging van de arbeidsproductiviteit in zorg en welzijn rond de 0% lag, heeft VWS ook uitgerekend dat, volgens het Global economy scenario, ruim 22% van de beroepsbevolking in 2025 in de sector zorg en welzijn werkzaam dient te zijn als de arbeidsproductiviteit in deze sector jaarlijks met 0% stijgt (d.w.z. gelijk blijft).

In de begroting van 2005 heeft VWS, conform de VBTB-gedachte, voor het eerst een streefwaarde gekoppeld aan het percentage werkzame personen in zorg en welzijn in 2025 (VWS, 2004 en TK 26 573, nr 2). Dit percentage mag volgens VWS in de begroting van 2005 niet boven de 20% liggen. In de VWS-begroting van 2006 is deze streefwaarde bijgesteld naar 18%.

#### **3.2 Ecorys**

In opdracht van de Ministeries van BZK, OCW, VWS, Justitie en SZW heeft Ecorys de scenariostudie van het CPB verder uitgesplitst naar de uitkomsten naar beroep en opleiding in verschillende sectoren, waaronder de zorg. Dit doet zij tot het jaar 2013. Uit de scenario's van het CPB blijkt namelijk niet voor welke beroepen en opleidingen binnen de zorg-sector eventuele knelpunten te verwachten zijn (Ecorys, 2006).

Ecorys onderscheidt twee deelsectoren in de zorg. Enerzijds de intramurale sector plus de thuiszorg en anderzijds de extra- en semimurale sector. De uitkomsten heeft zij op nationaal niveau volgens het Transatlantic Market-scenario berekend. Ecorys heeft daarvoor een eigen model ontwikkeld en een prognose uitgevoerd. Ecorys heeft dus niet de cijfers van Prismant, OSA of CWI overgenomen.

In de intramurale sector plus de thuiszorg berekent Ecorys tekorten voor vbo/mbo-verzorgers en mbo/hbo-verplegers. Vanaf 2006 ontstaat er een tekort aan verzorgers. Dit tekort loopt tot 2013 op tot zo'n 11%. "Ook bij het aantrekken van welzijnswerkers ontstaan er naar verwachting problemen in de zorg. Er dreigen tekorten van zo'n 6% in 2013 te ontstaan. Een laatste knelpunt ontstaat bij het aantrekken van verplegers in de zorg. Het aanbod overstijgt de vraag nationaal gezien in 2013 slechts 1%" (Ecorys, 2006).

Ook voor de extra- en semimurale sector berekent Ecorys tekorten voor vbo/mbo-verzorgers en mbo/hbo-verplegers. "De wervingsbehoefte ligt een stuk lager dan in de intramurale zorg en thuiszorg. Ook in de extra- en semimurale sector ontstaan dezelfde knelpunten, zij het in mindere mate dan in de intramurale en thuiszorg" (Ecorys, 2006).

Daarnaast wijst Ecorys op de concurrentie die tussen de zorgsectoren zal ontstaan, aangezien de wervingsbehoefte voor de intramurale sector en thuiszorg groter is dan die in de extra- en semimurale sector.

### **3.3 Prismant**

Prismant neemt voor de lange termijn de scenario's van het CPB over. Voor de korte en middellange termijn gebruikt Prismant het eigen Regiomargemodel. Met dit model heeft Prismant prognoses gemaakt voor de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgden en sociaal-pedagogen tot 2013 (Windt, W. van der, H. Talma, 2005).

Alvorens over te gaan op de resultaten van het Regiomargemodel bespreekt Prismant in haar rapport de prognose van het CPB. Om een goed beeld te krijgen heeft Prismant de percentages omgerekend in absolute fte's en berekent welke groei er vervolgens nodig is in absolute aantallen. Het CPB gaat namelijk uit van werkgelegenheidspercentages die gemeten worden in fte's. Omdat in de zorgsector veel in deeltijd gewerkt wordt zal het aantal benodigde personen groter zijn dan het aantal benodigde fte's. Volgens Prismant loopt de benodigde groei voor de periode 2001 tot 2040 uiteen van 200.000 extra mensen in het laagste scenario tot 700.000 extra mensen in het hoogste (*Global economy*) scenario.

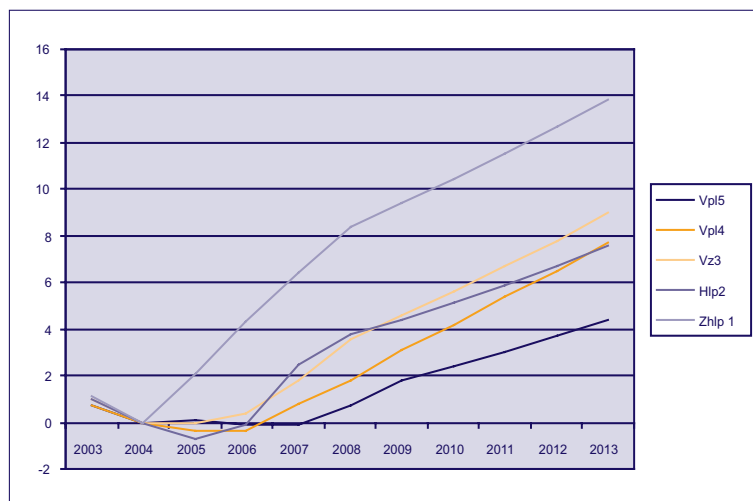


In 2000 waren bijna één miljoen mensen werkzaam in de zorg en welzijn (Windt, W. van der, H. Talma, 2005).

Prismant maakt voor de korte en middellange termijn ramingen van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal pedagogen met het Regiomargemodel. Zij kijkt anders dan het CPB niet naar het beslag van de arbeidsmarkt zorg op de rest van de economie, maar naar de voorspelde tekorten in verschillende deelmarkten.

In figuur 5 zijn de procentuele tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel naar kwalificatieniveau in de zorgsector tot 2013 weergegeven. In absolute aantallen gaat het in 2013 om een tekort aan 2.326 verpleegkundigen met niveau 5, 9.450 verpleegkundigen met niveau 4, 16.440 verzorgenden met niveau 3 3.772 helpenden met niveau 2 en 8.435 ziekenhulpen met niveau 1. Prismant merkt op dat voor de lagere kwalificatieniveaus geldt dat de tekorten betrekkelijk eenvoudig te voorkomen zijn. Voor helpenden zorg geldt dat er bij de vergelijkbare opleiding voor welzijn zeer forse aanbodoverschotten te verwachten zijn. “Bovendien geldt voor lagere kwalificatieniveaus dat de zorgsector aantrekkelijk is voor degenen die vanuit een ander beroep de zorg in willen en weliswaar niet de formele kwalificaties bezitten, maar wel de vaardigheden. Al werkend kunnen zij via scholing ook de formele kwalificatie krijgen. ( ... ) Voor het aanbodoverschot (in 2006 en 2007, *red.*) op kwalificatieniveau 5 geldt dat bij de berekeningen nog geen rekening gehouden kon worden met het feit dat verpleegkundigen in het kader van taakherschikking en taakdelegatie steeds vaker werkzaamheden overnemen van artsen (Windt, W. van der, H. Talma, 2005).

**Figuur 5** Procentuele tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel naar opleidingsniveau in de zorgsector (2003 - 2013)



Bron: Windt, W. van der, H. Talma, 2005.

### 3.4 Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt

Het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) verwacht voor de middellange termijn (2006 – 2010) dat de werkgelegenheid significant zal toenemen en de werkloosheid zal dalen. “Van 2005 tot 2010 wordt een gemiddelde jaarlijkse werkgelegenheidsgroei van 1,0% van de werkgelegenheid in het basisjaar 2004 verwacht. Het gaat daarbij om een toename in de werkgelegenheid van ruim 70.000 personen gemiddeld per jaar” (ROA, 2005)<sup>2</sup>. In 2010 wordt een klein vraagoverschot voorzien ten opzichte van de situatie in 2004. Het vraagoverschot geeft een indicatie van de verwachte toekomstige kwantitatieve discrepantie op de arbeidsmarkt. Op de verschillende segmenten van de arbeidsmarkt kunnen zich echter uiteenlopende kwalitatieve discrepanties voordoen” (ROA, 2005). Daarnaast verwacht het ROA dat de verschillen in werkgelegenheidsgroei tussen de sectoren naar verwachting veel kleiner zullen zijn dan in de voorbije periode.

Ook denkt het ROA dat werkgevers tot 2010 vrijwel geen knelpunten in de personeelsvoorziening hoeven te verwachten in onder meer de verzorgende en dienstverlenende beroepen. Zij merkt echter wel op dat er binnen de beroepsklassen wel grote verschillen kunnen optreden tussen de beroepsgroepen.

“In de medische en paramedische beroepen lijken de tekorten over het algemeen kleiner te worden ten opzichte van de afgelopen jaren. Dit geldt met name op de lagere en middelbare niveaus. De reden hiervoor lijkt de relatief lage vervangingsvraag te zijn. Dit hangt waarschijnlijk samen met de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen met een zorgopleiding op lager en middelbaar niveau. Daarentegen blijven de verwachte tekorten voor artsen en apothekers groot. Voor deze twee beroepsgroepen geldt bovendien dat er moeilijk personen met een andere opleidingsachtergrond kunnen worden aangesteld, met andere woorden de substitutiemogelijkheden zijn hier gering” (ROA, 2005).

Dat het ROA op de middellange termijn weinig problemen verwacht (behalve voor artsen en apothekers) in zorg en welzijn heeft ervoor een belangrijk deel te maken dat zij niet verder kijkt dan 2010. Tot 2010 zijn bij de vervangingsvraag twee belangrijke ontwikkelingen te onderscheiden. “Ten eerste is een toenemende vergrijzing van de werkende bevolking waar te nemen. Ten tweede stijgt de arbeidsparticipatie van de bevolking. Dit gebeurt met name onder de oudere werknemers van boven de 55 jaar, maar ook onder vrouwen in de middelbare leeftijdsklassen. De stijgende trend van de participatiegraad werkt tegen de vergrijzingstrend in, waardoor de stijging van de vervangingsvraag afgeremd wordt. Op termijn (na 2010, red.) zal de vergrijzing echter een beduidend grotere invloed hebben op de vervangingsvraag dan de toename van de arbeidsparticipatie omdat de vergrijzing gestaag blijft toenemen, terwijl de verhoging van de arbeidsparticipatie slechts in beperkte mate en voor een beperkte tijdsperiode uitkomst kan bieden” (ROA, 2005).

### **3.5 CWI arbeidsmarktprognose 2005 - 2010**

Het CWI heeft een arbeidsmarktprognose voor dezelfde periode opgesteld als het ROA (2005-2010) (CWI, 2005). Alhoewel het CWI andere beroepsklassen definieert dan het ROA en Ecorys komt het tot de conclusie dat “Bij verzorgend en heelkundig personeel zowel het aantal banen als de trendmatige belangstelling binnen de beroepsbevolking toeneemt. Per saldo wijst dit op een relatief gunstige arbeidsmarktpositie van verzorgend en heelkundig personeel (CWI, 2005).

Het CWI doet net als het ROA geen uitspraken over mogelijke grote verschillen tussen beroepsgroepen binnen de beroepsklassen. Prismant en Ecorys geven daar meer inzicht in, omdat zij wel kijken naar de ontwikkelingen voor de verschillende beroepsgroepen binnen de beroepsklassen.

Het CWI merkt in zijn algemeenheid op dat kwalitatieve discrepanties in beroepsklassen een belangrijk aandachtspunt is voor de actoren op het terrein van de arbeidsmarkt (inclusief de onderwijsinstellingen), maar

dat voor sommige beroepsgroepen het aanpassingsmechanisme (substitutie) langzaam zal gaan door de lange specifieke opleiding. Vertaald naar de sector verzorging en verpleging zou men kunnen stellen dat hoe hoger de functie en hoe langer de daarbij behorende opleiding, hoe moeilijker het aanpassingsmechanisme zal zijn. Voor de lagere niveaus (1 t/m 3) zal het aanpassingsmechanisme soepeler verlopen. Het CWI merkt ook op dat er beroepsgroepen zijn (bijvoorbeeld verzorging en onderwijs) waarbij men zeer bewust kiest voor dit beroep ('roeping'). In die gevallen is het aanpassingsmechanisme minder soepel dan voor andere beroepen (zoals administratieve beroepen).

Het CWI merkt verder op dat de laatste jaren het aantal banen in de marktsectoren is gedaald, terwijl het aantal banen in de collectieve sectoren bleef stijgen (vooral in de sector Zorg en Welzijn). Omdat het CWI door de verwachte economische groei vanaf 2006 ook weer een groei van het aantal banen in de marktsector verwacht, wordt de verhouding tussen het collectieve deel en het marktdeel van de Nederlandse economie weer rechtgetrokken.

Tenslotte zegt het CWI dat de periode van rond 2002 en 2001 zich kenmerkte door enerzijds aanzienlijke spanningen op delen van de arbeidsmarkt (tekorten aan vakbekwaam personeel) en anderzijds een aanzienlijk volume aan werkzoekenden zonder werk (circa 500.000 personen). Het CWI zegt dat eenzelfde situatie zich de aankomende jaren weer dreigt voor te doen. Vooral laag opgeleiden (vmbo of lager), ouderen en langdurig werklozen behoren tot deze groep. Het zoveel mogelijk voorkomen van deze fricties is een belangrijk aandachtspunt voor uitvoering en beleidsontwikkeling op de arbeidsmarkt.

## 4 Doorrekening van een aantal maatregelen

In deze paragraaf wordt een aantal maatregelen doorgerekend. Als tekorten ontstaan zullen immers maatregelen getroffen moeten worden. Maar wat zal het effect van die maatregelen zijn? Welke bijdrage leveren de maatregelen aan het oplossen van de te verwachten problemen op de arbeidsmarkt? Eerst worden de effecten van respectievelijk langer doorwerken door ouderen en meer uren werken berekend (paragraaf 4.1 en 4.2). In paragraaf 4.3 worden eveneens de extra kosten voor de overheid van gratis kinderopvang voor de laagste functieschalen in de care-sectoren berekend.

### 4.1 Langer doorwerken

#### Conclusie

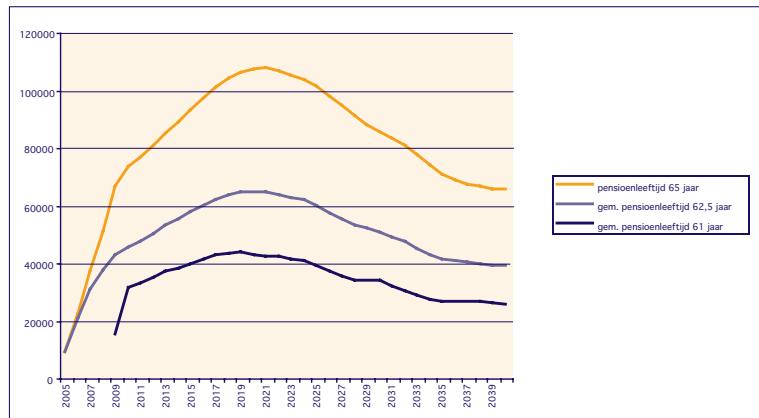
De algemene conclusie is dat langer doorwerken hooguit een beperkte bijdrage kan leveren aan het oplossen van de voorspelde tekorten. Zo concludeert Brinkman (2004) in zijn onderzoek dat een verhoging van de participatie van oudere zorgwerknemers slechts een beperkte bijdrage kan leveren aan de vraag naar extra zorgpersoneel. In zijn onderzoek wordt de personeelsproblematiek in de meest extreme variant ongeveer 14% tot 22% minder. Onderzoek van Van der Windt en Talma (2005) ondersteunen deze conclusie. In hun onderzoek wordt de spanning op de arbeidsmarkt voor 12% opgelost.

Ook in het rapport Van Rijn wordt aangegeven dat de effecten het grootst zijn in de taakvelden met een groot aantal voltijders (defensie en politie, openbaar bestuur) en minder groot in de taakvelden met relatief weinig voltijders (onderwijs en wetenschappen, zorg en welzijn) (MinBZK, 2001).

#### Toelichting

Van de werknemers in de zorg die op zestigjarige leeftijd nog werken, werkt momenteel éénenderde door tot zijn 65e. Het verloop tussen 60 en 65 is gering. Om het effect van het wijzigen van de gemiddelde pensioeneringsleeftijd te bepalen, wordt in het onderzoek van Brinkman (2004) uitgegaan van dit percentage.

**Figuur 6 Maximale toename potentiële beroepsbevolking (60 - 65 jaar) sector z&w, bij gemiddelde pensioensleeftijden boven 60 jaar**



Bron: Brinkman, 2004.

“Allereerst is gekeken naar de maximale toename van de beroepsbevolking per jaar, indien alle vroegpensioenregelingen met ingang van 2005 volledig worden afgeschaft en iedereen in de zorgsector moet doorwerken tot 65 jaar. De bovenste curve van figuur 6 geeft dat effect weer. Dit effect is dus de extra omvang van de potentiële beroepsbevolking in een jaar ten opzichte van de situatie dat de (vroeg) pensioenleeftijd op 60 jaar ligt. Dit is vergelijkbaar met de vutregeling die de sector Zorg en Welzijn tot een aantal jaren geleden kende. Duidelijk is dat er vooral in de jaren tot aan 2020 sprake is van een sterke stijging van het arbeidspotentieel tot ruim 100.000 mensen per jaar voor de periode 2020- 2025. Hierbij is aangenomen dat iedereen tot 65 jaar ook daadwerkelijk in staat is om te werken.

Een realistischer scenario gaat uit van een gemiddelde pensioensleeftijd van 62,5 jaar. De middelste curve geeft dit weer. Nog steeds is er sprake van een behoorlijke toename van het arbeidspotentieel in de periode 2020-2025 van jaarlijks 60.000 personen.

De onderste lijn in de grafiek is het geschatte effect van een pensioenleeftijd van 61 jaar. Dit illustreert het effect van een vroegpensioenregeling zoals die bijvoorbeeld in de sector Zorg en Welzijn van toepassing is. Deze regeling is in de plaats gekomen van de vut en maakt het mogelijk om tussen 55 en 62 jaar met (vroeg)pensioen te gaan. Eerder stoppen levert een relatief laag pensioenresultaat op. Voor een aantal deelnemers hoeft dit geen belemmering te zijn, omdat het inkomen in veel gevallen een ‘tweede’ inkomen is, naast dat van de kostwinner. Aan de andere kant wordt doorwerken in deze regeling gestimuleerd omdat dit een (behoorlijk) hoger pensioenresultaat oplevert. Het netto-effect is vooralsnog onbekend. Aangenomen is dat de gemiddelde leeftijd waarop

men stopt met werken 61 jaar is. De figuur begint in 2009, omdat deelnemers vanaf dan geen gebruik meer kunnen maken van de oude vut-regeling. We zien dat ook de, door de overheid niet geliefde, overgang van vut naar vroegpensioen al een behoorlijke bijdrage kan leveren aan de vergroting van het arbeidspotentieel: ruim 40.000 personen per jaar in de periode 2020-2025” (Brinkman, 2004).

### **Nuancering**

Bovenstaande berekeningen zijn maximale uitkomsten. Dit komt door een aantal aannames bij de berekeningen. Zo wordt aangenomen dat iedereen tot 65 jaar ook daadwerkelijk in staat is om te werken en dat ook wil. Veel werknemers in de zorg stoppen al voor hun 60e. Van de groep van 40 jaar en ouder die in 2003 stopte met werken in de zorg, deed 41% dat vanwege gezondheidsredenen bij een gemiddelde leeftijd van 54 jaar (Van der Windt en Talma, 2005). Het is dan ook terecht dat gesproken wordt van een arbeidspotentieel. Daarnaast wordt er uitgegaan van het blijven voortbestaan van de relatief hoge participatiegraden van de op dit moment jongere cohorten als zij hogere leeftijden bereiken. De vraag is of dat ook zo blijft.

### **Uiteindelijk toch een tekort**

Ook al wordt de meest maximale variant werkelijkheid en werkt iedereen tot zijn 65e door, dan nog wordt de spanning op de arbeidsmarkt door deze maatregel slechts 14% minder. Dit volgens het Global Economy scenario van het CPB waarin uitgegaan wordt van een werkgelegenheidsgroei van 700.000 extra mensen (CPB, 2004a en Windt, W. van der, H. Talma. 2005). In de meer gematigde ‘Strong Europe en Transatlantic Market-scenario’s’ die een werkgelegenheidsgroei van ongeveer 450.000 mensen veronderstellen wordt het probleem door deze maatregel 22% minder.

Van der Windt en Talma (2005) hebben ook een berekening gemaakt van de effecten van het verhogen van de gemiddelde pensioenleeftijd van 60 jaar naar 61 jaar. Zij komen erop uit dat als 50% van de mensen waar het om gaat gevoelig blijkt voor het verhogen van de pensioenleeftijd de problematiek met ongeveer 12% verminderd wordt. Volgens hun berekening is het extra aanbod van arbeid 1.900 op een vervangingsvraag van 16.000.

## **4.2 Meer uren werken**

### **Conclusie**

Door het stimuleren van zorgpersoneel tot het werken van meer uren kan het arbeidsmarktprobleem aanzienlijk worden verminderd. Waarschijnlijk meer dan door mensen langer te laten doorwerken. Het

meeste potentieel is aanwezig bij de lagere schalen in de care sector. Daar wordt relatief het meest in deeltijd gewerkt en het gaat om een omvangrijke groep.

Als iedereen in de care-sector fulltime zou gaan werken is het probleem **theoretisch** op te lossen. Dat is de meest extreme variant waarin ook alle alphahelpenden fulltime gaan werken en uitwisselbaar beschouwd worden met verpleegkundigen en verzorgenden. Dat is uiteraard niet het geval.

Onderzoek van Van der Windt en Talma (2006) laat zien dat ook marginale effecten groot kunnen zijn. Zij hebben uitgerekend dat als verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen in de zorgsector gemiddeld 0,2 uur (= 12 minuten) langer gaan werken het berekende tekort in 2010 15% minder zou zijn.

#### **Toelichting**

Een andere mogelijkheid om de participatie te vergroten, is het stimuleren van het personeel in de zorg tot het werken van meer uren per week. In potentie kan dit in belangrijke mate bijdragen aan de oplossing van het arbeidsmarktprobleem. In de zorg wordt namelijk veel in deeltijd gewerkt.

De RVZ heeft berekend dat als alle verplegenden en verzorgenden fulltime zouden gaan werken er inclusief alphahelpenden ongeveer 464.211 fulltime mensen extra beschikbaar zouden komen voor de zorg. Exclusief alphahelpenden gaat het om zo'n 260.402 mensen extra. Zie onderstaande tabel 1.

Het CPB gaat er in haar Strong Europe (SE) en Transatlantic Market (TM)-scenario's vanuit dat zo'n 450.000 mensen voor de hele zorgsector (inclusief het curatieve deel) nodig zijn. In het meer extreme Global Economy (GB)scenario zijn zo'n 700.000 extra mensen fulltime nodig (CPB, 2004a en bewerking door: Windt, W. van der, H. Talma. 2005). Als we ervan uitgaan dat zo'n 60% van de bezette arbeidsplaatsen in de zorg in de care sector te vinden is, dan zijn in de SE en TM-scenario's 270.000 extra mensen in de care nodig (Ott, et al, 2005). In het GE-scenario zijn dan 420.000 extra mensen in de care nodig.

Confronteren we het extra aanbod met de vraag volgens de CPB-scenario's dan zien we dat als iedereen fulltime zou gaan werken het arbeidsprobleem zich in de SE en TM-scenario's in de care nagenoeg volledig oplost. In het GE-scenario lost het arbeidsprobleem zich alleen volledig op als we de alphahulpen meetellen.



**Tabel 13 Potentieel als alle verplegenden en verzorgenden fulltime werken, 2005**

	Deeltijdfactor (2003)	Totaal aantal werknemers incl. alphahelpenden	Totaal aantal werknemers excl. alphahelpenden	Potentieel incl. alphahelpenden	Potentieel excl. alphahelpenden
Geestelijke gezondheidszorg	0,75	23.500	23.500	31.333	31.333
Gehandicaptenzorg	0,63	47.700	47.700	75.714	75.714
Verpleeg- en verzorginghuizen	0,63	127.300	127.300	202.063	202.063
Thuiszorg					
incl. alphahelpenden	0,35	190.400		544.000	
excl. alphahelpenden	0,46		127.600		277.391
Totaal personeel	0,55	388.900	326.100	853.111	586.502
Vershil				464.211	260.402

Bron: van [AZWinfo.nl](http://AZWinfo.nl), Regiomarge en eigen berekeningen.

#### **Toelichting bij tabel 13**

In bovenstaande tabel is het potentieel aan extra arbeidskracht berekend als iedereen in de caresector fulltime zou gaan werken. Daarvoor is het totaal aantal werknemers per sector gedeeld door de deeltijdfactor voor die sector. De uitkomsten van deze berekening vindt men in de laatste twee kolommen van tabel 13. Het zijn twee kolommen omdat in de eerste kolom de alphahelpenden zijn meegeteld en in de tweede kolom niet. Het totaal aantal werknemers per sector vindt men in de middelste twee kolommen en de deeltijdfactor per sector in de kolom daarvoor. Omdat het veel uitmaakt of men de alphahelpenden meetelt in de berekening van het potentieel is hiervoor een aparte berekening gemaakt. Het verschil of men de alphahelpenden meetelt bij het potentieel is 266.609 mensen (544.000 - 277.391). Het meetellen van deze groep maakt een groot verschil omdat het om een relatief omvangrijke groep gaat die juist de laagste deeltijdfactor heeft oftewel de kleinste banen hebben. Dit resulteert daardoor cijfermatig in een groot potentieel, terwijl zij alleen in de thuiszorg inzetbaar zullen zijn. Of men zou deze mensen moeten omscholen.

#### **Nuancering**

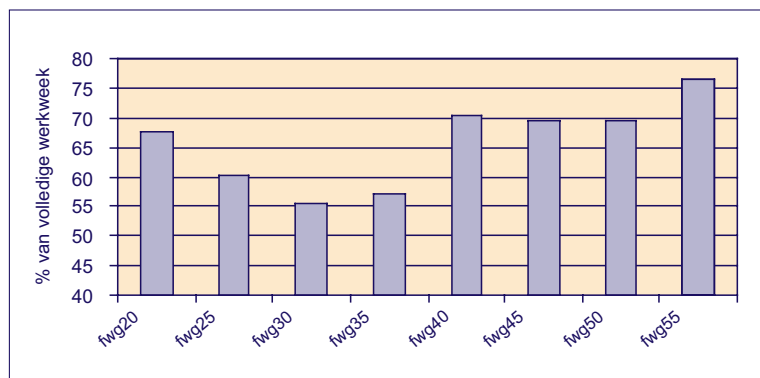
Natuurlijk is het bovenstaande niet meer dan een cijfermatige indicatie om gevoel voor de omvang van het probleem en de mogelijke oplossingen te krijgen. Het extra aanbod zal niet zomaar op de gewenste kwalificaties passen. Daarnaast worden in de bovenstaande berekening alphahelpenden en verpleegkundigen als onderling uitwisselbaar beschouwd. Verder wordt er uitgegaan van een nationale arbeidsmarkt zonder fricties in plaats van regionale arbeidsmarkten. Dat zijn onrealistische veronderstellingen.

### Regiomarge 2006

Van der Windt en Talma (2006) zeggen in de Regiomarge 2006 ook iets over meer uren werken. Zij hebben uitgerekend dat als verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen in de zorgsector gemiddeld 0,2 uur langer gaan werken het berekende tekort in 2010 15% minder zou zijn. Nu werken zij gemiddeld 22,2 uur per week. Zij zouden dan gemiddeld 22,4 uur moeten gaan werken. Dat zorgt al voor een extra arbeidsaanbod van 4700 ‘mensen’. Ook uit deze berekening blijkt dat het in potentie een belangrijke bron van arbeidskrachten kan zijn.

Ook intuïtief kan men op basis van onderstaande figuur 7 en tabel 13 zien dat er – juist in de lagere schalen – nog het nodige potentieel aanwezig is. Van der Windt en Talma (2006) wijzen er terecht op dat de deeltijdfactor afhankelijk is van de leeftijd en de functieschaal waarin men zit. Vooral in de lagere functieschalen wordt meer in deeltijd gewerkt. Zie ook de eerdere opmerking over de alphahelpenden. Onderstaande twee figuren laten zien dat vrouwen in lagere schalen relatief meer in deeltijd werken (figuur 7) en dat veel van deze laag ingeschaalden in de care-sectoren werken (tabel 14).

**Figuur 7 De gemiddelde deeltijdfactor bij vrouwen naar FWG-schaal**



Bron: Regiomarge 2006.

**Tabel 14 De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per branche in 2002**

FWG-schaal	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Psychiatrische ziekenhuizen	Gehandicaptenzorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen
-25	2	0	2	9	23
30	1	0	3	17	11
35	4	8	8	23	42
40	25	9	19	37	16
45	35	46	47	10	5
50+	32	37	21	5	4

Bron: Van der Windt et al, 2003.

### Maatregelen om mensen meer uren per week te laten werken

Maar hoe krijg je mensen zover dat ze meer gaan werken? De 12<sup>c</sup> Studiegroep begrotingsruimte zegt daarover het volgende. “Gedeeltelijk zal de arbeidsparticipatie in de komende decennia vanzelf stijgen, onder meer omdat het voor jongere generaties vrouwen ‘normaler’ is om te werken dan voor oudere generaties (‘cohorteffecten’) en als gevolg van beleidsmaatregelen die eerder zijn genomen – zoals de aanpassingen in het prepensioen. ... Om de arbeidsparticipatie verder te verhogen, zijn nieuwe maatregelen noodzakelijk. Daarbij valt te denken aan nieuwe prikkels voor mensen die op dit moment niet participeren, zoals de individualisering van de algemene heffingskorting of het stimuleren van de uitstroom uit de WW, bijvoorbeeld via duurverkorting van de WW<sup>3</sup>. Daarnaast is een mogelijkheid de fiscale behandeling van het eigen huis aan te passen. De budgettaire opbrengsten hiervan worden aangewend om de belastingtarieven te verlagen en arbeid meer lonend te maken. Dit werkt positief uit voor de arbeidsparticipatie (Studiegroep begrotingsruimte, 2006). Daarnaast heeft het CPB recent de studie *Reinventing the Welfare State* gepresenteerd, waarin ook de aanpassing van de ontslagbescherming als mogelijke maatregel wordt doorgerekend (CPB, 2006a).

Brinkman (2004) zwakt de verwachting van de participatieverhogende cohorteffecten die de arbeidsparticipatie verhogen voor de zorgsector af. “Naar verwachting zal de sector in de toekomst steeds minder profiteren van een hogere arbeidsparticipatie van vrouwen. Juist in de jongere leeftijdscategorieën is deze al hoog en van deze vrouwen is een veel groter deel dan voorheen juist niet werkzaam in de sector Zorg en Welzijn”. Ook van der Windt en Talma (2006) denken dat de cohorteffecten minder groot zullen zijn.

Berkhout, et al. (2005) hebben onderzoek gedaan naar de introductie van een langere werkweek in de collectieve sector, inclusief zorg en welzijn. Anders dan Van der Windt en Talma (2006) komen zij tot de con-

clusie dat 50% van de voltijders en 52% van de deeltijders in de sector zorg en welzijn (inclusief het curatieve deel) tegen betaling langer wil werken. Van der Windt en Talma (2006) komen echter tot de conclusie dat er meer verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen zijn die minder willen werken in plaats van meer. In de care-sectoren wil tussen de 11 en 22 procent meer werken, en tussen de 30 en 41 procent minder. De rest wil geen verandering in de arbeidsduur.

Berkhout, et al. (2005) hebben ook vier prikkels onderzocht die mensen kunnen overhalen om meer uren te werken. Deze prikkels waren de mogelijkheid om regelmatig thuis te werken, gratis huishoudelijke hulp via de werkgever, extra faciliteiten kinder- of naschoolse opvang en tijd sparen voor vervroegd pensioen. Werknemers in zorg en welzijn bleken gevoelig voor al deze prikkels behalve voor de mogelijkheid om thuis te werken. Ze zouden er per prikkel gemiddeld zo'n anderhalf uur extra werken in de week voor over hebben.

Twee andere flankerende maatregelen die ze hebben onderzocht, zijn de verlenging van de werkweek en de verhoging van het loon. Het effect van beide maatregelen is onderzocht voor mensen met een voltijds werkweek.

Gemiddeld zouden voltijders in de zorg 2,9 uur meer gaan werken tegen hetzelfde uurloon bij een 40-urige werkweek. Dat wil zeggen dat mensen die nu een 40-urig contract hebben best 42,9 uur zouden willen werken als zij voor die extra uren betaald krijgen. Bij een 45-urige en een 50-urige werkweek zijn de extra uren respectievelijk 5,1 en 6,0 uren. Let wel: het gaat hier om voltijders, terwijl in de sector juist veel deeltijders werken. De vraag is in hoeverre deeltijders meegaan met de voltijders. Dit is vooral een psychologisch effect. Daarnaast wordt een deel van deze extra uren nu al als (onbetaalde) overuren gewerkt, gemiddeld voor de hele collectieve sector ongeveer 2 uur. Verder zou de arbeidsproductiviteit van de extra uren lager kunnen zijn dan de productiviteit van de gewerkte uren in de huidige kortere werkweek. Het CPB gaat in haar modellen uit van een productiviteitsverlies van 20% in de extra gewerkte uren (CPB, 2004b).

Verhoging van het bruto uurloon is volgens Berkhout, et al. geen effectief middel om het zittende personeel over te halen meer uren te gaan werken "Doordat werknemers een hoger loon krijgen voor de uren die ze al werkten, bieden ze zich niet voor meer uren aan op de arbeidsmarkt (inkomenseffect), ondanks dat vrije tijd door de loonsverhoging relatief duur wordt (substitutie-effect)".

Een loonsverhoging kan de attractiviteit van de sector voor nieuw personeel natuurlijk wel doen toenemen. Zo blijkt uit (internationaal) onderzoek dat de relatieve financiële beloning van een beroep invloed heeft op de keuze voor dat beroep (SEO, 2000).

### 4.3 Gratis kinderopvang in de zorg

**Conclusie:** Hoeveel meer mensen door gratis kinderopvang voor mensen in de lagere functieschalen aan de slag gaan of meer uren gaan werken is niet op voorhand te berekenen. Wel is op grond van (internationale) gegevens en onderzoek aannemelijk dat dit een positief effect zal hebben op de arbeidsparticipatie. De grootste winst in termen van arbeidsparticipatie is naar verwachting te behalen in de lagere functieschalen omdat daar het meest in kleinere deeltijdfuncties wordt gewerkt.

#### **Toelichting**

In de vorige paragraaf bleek dat één van de prikkels om meer uren te werken kinderopvang is (Berkhout, et al., 2005). Ook uit ander onderzoek blijkt dat kwalitatief goede en betaalbare kinderopvang meer arbeidsparticipatie (van vrouwen) oplevert. De vraag is of we kunnen berekenen hoeveel dat zou opleveren (voor in het bijzonder de caresector).

Bekend is immers ook dat Nederlandse vrouwen volgens het SCP vinden dat het voor een baby of peuter het beste is als hij of zij alleen door de eigen ouders wordt verzorgd. Bij basisschoolleerlingen vindt zelfs driekwart dat het kind na schooltijd het beste door de ouders kan worden opgevangen. Werken in deeltijd biedt de moeders de mogelijkheid om de zorg voor kinderen grotendeels of geheel in eigen handen te houden. Deze opvattingen over werk en zorg voor kinderen blijken het meest bepalend voor het gebruik van (in)formele kinderopvang en de arbeidsparticipatie van de moeders (SCP, 2006).

Of heeft de arbeidsparticipatie ook te maken met de prijs die ouders moeten betalen voor kinderopvang? Zou het wat uitmaken als de financiering anders wordt geregeld?

De Scandinavische landen staan bekend om hun mogelijkheden voor kinderopvang. Dat gaat samen met een hogere arbeidsparticipatie van vrouwen dan in Nederland. Dat blijkt uit onderstaande tabel uit een door het Ministerie van Financiën opgestelde studie De lessen uit de Nordics.

**Tabel 15 Participatiegraad naar geslacht en opleiding (leeftijd 25-64 jaar, 2003)**

	Mannen			Vrouwen		
	Lager onderwijs	Middelbaar onderwijs	Voortgezet onderwijs	Lager onderwijs	Middelbaar onderwijs	Voortgezet onderwijs
VS	75.5	85.4	91.3	50.4	72.0	80.4
EU-15	77.3	86.5	91.4	46.6	72.4	84.6
Nederland	77.7	88.4	92.9	47.2	74.1	84.1
Denemarken	75.4	87.3	92.7	55.8	80.7	88.4
Zweden	78.0	87.9	90.4	65.1	83.4	88.1
Finland	68.7	84.3	90.7	62.3	78.5	87.8
Noorwegen	74.4	88.0	94.0	58.5	79.6	88.9

Bron: Ministerie van Financiën, 2005

De les die Nederland kan trekken, moet dan ook eerst worden gezocht in beleid dat arbeidsparticipatie van vrouwen stimuleert. De participatie van mannen loopt in Nederland weinig uit de pas met die van de Nordics.

Hoeveel kinderopvang aan arbeidsparticipatie voor de zorgsector uiteindelijk zou opleveren, in het bijzonder voor de caresector, is niet zonder meer te zeggen. Enerzijds zou men kunnen stellen dat het veel moet opleveren, omdat het vooral vrouwen zijn met lager onderwijs waar nog veel winst te boeken is en dat dit ook de groep is die aan de onderkant van de caresector c.q. de markt voor persoonlijke dienstverlening werkzaam zal zijn.

Anderzijds past hier ook de opmerking uit ander onderzoek waarin op het volgende wordt gewezen: “Naar verwachting zal de sector in de toekomst steeds minder profiteren van een hogere arbeidsparticipatie van vrouwen. Juist in de jongere leeftijdscategorieën is deze al hoog en van deze vrouwen is een veel groter deel dan voorheen juist niet werkzaam in de sector zorg en welzijn (Brinkman, 2004).

Het SCP en SEO hebben een ramingsmodel ontwikkeld voor de verwachte vraag naar kinderopvang. Daaruit blijkt dat de hoeveelheid opvang in alle modellen beïnvloed wordt door de eigen bijdrage (negatief) en het inkomen (positief) (pag.71).

Figuur 8 laat voor verschillende inkomensniveaus de extra kosten voor kinderopvang zien bij het uitbreiden van een baan van de minstverdiende partner. De kosten zijn na aftrek van de overheidsbijdrage en de werkgeversbijdrage. Uitgangspunt is dat de werkgever meebetaalt. Dat gebeurt in de meeste gevallen ook en is inmiddels vanaf 2007 wettelijk verplicht gesteld. Het gaat in de figuur om de kosten van één dag extra kinderopvang voor 1 respectievelijk 2 kinderen, wanneer de minstverdiende partner één dag per week extra gaat werken. De kosten zijn uitge-

drukt in procenten van het extra besteedbare inkomen. In 2006 bedragen deze kosten, afhankelijk van het huishoudinkomen, 25% tot 50% van het extra inkomen, terwijl dit voor 2005 nog tussen 35% en bijna 70% lag.

**Figuur 8: Beslag op het tweede inkomen van extra uitgaven kinderopvang bij uitbreiding arbeidsduur en bij volledige werkgeversbijdrage**

Inkomen 1 <sup>ste</sup> ouder	2 <sup>de</sup> ouder	1 kind 2005	2006	2 kinderen 2005	2006
1/3 *modaal	1/3 *modaal	35,0%	26,6%	46,8%	32,9%
1 *modaal	1/2 *modaal	47,2%	34,1%	61,7%	40,2%
1 1/3 *modaal	2/3 *modaal	52,9%	38,0%	68,8%	44,0%
2 *modaal	1 *modaal	35,2%	43,3%	45,9%	49,1%

Bron: Nota gezinsbeleid van het ministerie van VWS 2006.

De grootste winst door meer uren werken, zo werd duidelijk in de vorige paragraaf, is te behalen in de laagste functieschalen omdat daar het meest in deeltijd wordt gewerkt. Daarom berekent de RVZ hier twee varianten van gratis kinderopvang voor de lagere functieschalen in de zorg. *Wat kost het de overheid extra als die het werknemersdeel van de zorgwerknemervoor zijn rekening neemt?*

Hieronder wordt berekend wat de extra overheidsuitgaven zijn van de maatregel om kinderopvang voor de laagste schalen in de zorgsector gratis te verstrekken. Tot de zorgsector worden hier gerekend: ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Voor de berekening worden twee varianten uitgewerkt. De eerste waarbij t/m FWG schaal 35 gratis kinderopvang wordt aangeboden en de tweede waarbij t/m FWG schaal 45 gratis kinderopvang wordt aangeboden.

*Stap 1: Berekening totale uitgaven van gratis kinderopvang voor de hele bevolking*

Het ministerie van Financiën heeft voor de hele bevolking (algemene toegankelijkheid, ook voor niet werkenden) de totale uitgaven voor kinderopvang berekend (Ministerie van Financiën, 2006). Voor de hele bevolking gratis kinderopvang komt uit op zo'n 10,8 miljard euro. Dit zijn de totale uitgaven aan kinderopvang. De overheid betaalt echter nu al een deel van die 10,8 miljard, de zogenoemde overheidsbijdrage. Financiën gaat ervoor de berekening verder vanuit dat door het gratis maken van kinderopvang het aantal kinderen in de opvang in Nederland

stijgt naar het Zweedse niveau. Ze heeft in de berekening het aantal kinderen in de jongste leeftijdscohorten dat gebruik maakt van de kinderopvang in Nederland opgehoogd naar het Zweedse percentage van gebruik van kinderopvang in diezelfde leeftijdscohorten. In het navolgende zullen we de uitgaven voor de overheid dat door een partiële toepassing van de maatregel veroorzaakt wordt, namelijk voor de zorgsector tot een bepaald schaalniveau, berekenen.

*Stap 2: Berekening aantal personen in de laagste schalen in de zorg*

We moeten in ieder geval het aantal werkzame personen naar FWG-schaal berekenen. Helaas is alleen een procentuele verdeling naar FWG-schaalniveau per branche over 2002 openbaar en dan alleen nog voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen (Van der Windt, et al., 2003). Deze gegevens zijn toch gebruikt omdat er geen andere bron beschikbaar is en omdat in 2002 ongeveer 77% van het personeel werkzaam is in verplegende en verzorgende beroepen en vooral in de lagere functieschalen. De verstoring in de berekening blijft daardoor waarschijnlijk relatief beperkt, maar is wel degelijk aanwezig. Zie onderstaande tabel.

**Tabel 16 Procentuele verdeling van verplegenden en verzorgenden naar schaalniveau FWG per branche in 2002**

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	GGZ	Gehandicaptenzorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg
-25	2%	0%	2%	9%	23%	56%
30	1%	0%	3%	17%	11%	11%
35	4%	8%	8%	23%	42%	25%
40	25%	9%	19%	37%	16%	4%
45	35%	46%	47%	10%	5%	4%
50+	32%	37%	21%	5%	4%	0%

Bron: Levv, 2003.

**Toelichting bij de tabel**

De verdeling in de thuiszorg is geschat met behulp van de verdeling van het aantal verplegenden, verzorgenden en sociaalagogen in de thuiszorg naar kwalificatieniveau uit de Regiomarge 2006. Voor de GGZ is de verdeling naar schaalniveau van de psychiatrische ziekenhuizen genomen. Een andere was helaas niet bekend. Wel is deze verdeling vergeleken met de verdeling naar kwalificatieniveau uit de Regiomarge. Deze bleek voor de hele GGZ redelijk overeen te komen.

Daarna is de procentuele verdeling naar FWG-schaalniveau vermenigvuldigd met het aantal totaal aantal werkzame personen in loon- en flexibele dienst om het aantal werkzame personen naar schaalniveau in 2002 te berekenen. Hiervoor zijn de tabellen van AZWinfo.nl gebruikt.



De grootste groep flexibel personeel is de groep alfa-hulp en deze is dus meegeteld. In de hieronder staande tabel 17 is in de tweede kolom het aantal personen t/m FWG schaal 35 en het aantal personen t/m FWG schaal 45 in 2002 weergegeven.

*Stap 3: Berekening totale uitgaven van kinderopvang voor laagste schalen*  
 Vervolgens is het percentage dat in een bepaalde functieschaal werkzaam is berekend ten opzichte van de hele bevolking en vermenigvuldigd met € 10,8 miljard. Het percentage is van de gehele bevolking genomen, omdat de berekening van de € 10,8 miljard ook was gebaseerd op basis van gratis kinderopvang voor de hele bevolking. De berekening resulteert in een bedrag van ongeveer € 273 mln. *totale* uitgaven van kinderopvang voor de personen t/m FWG-schaal 35 en ongeveer € 471 mln *totale* uitgaven van kinderopvang voor de personen t/m FWG-schaal 45. Zie tabel 17.

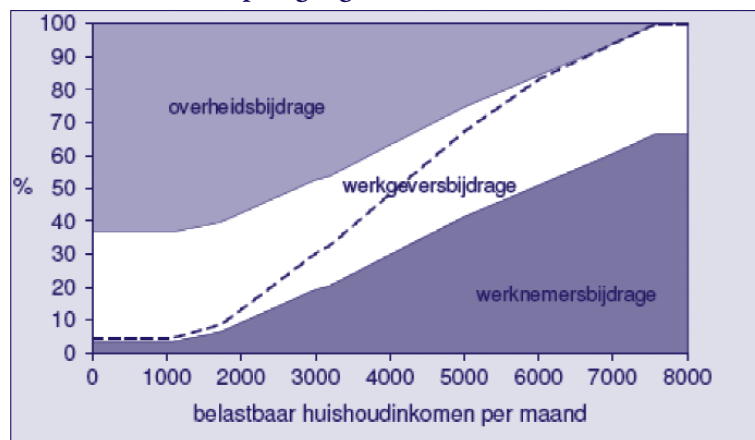
Deze bedragen moeten worden gezien als minimumschattingen. Ten opzichte van de hele bevolking zijn relatief veel vrouwen in deze schalen werkzaam en zij werken ook relatief vaak in deeltijd. Als men zou aannemen dat deze groep juist relatief vaker gebruik maakt van kinderopvangmogelijkheden ten opzichte van het gemiddelde in de hele bevolking dan zijn de berekende bedragen hoger. De berekening van de € 10,8 miljard is namelijk gebaseerd op het gemiddelde gebruik van kinderopvang in de hele bevolking.

**Tabel 17 Berekening van de totale uitgaven aan kinderopvang voor de laagste functieschalen in de zorg**

	Absoluut	Percentage	Bedragen
Aantal personen t/m FWG 35	407.737	2,53%	€ 273 mln.
Aantal personen t/m FWG 45	702.885	4,36%	€ 471 mln.
Totale bevolking	16.105.285		

Van de hierboven uitgerekende bedragen neemt de overheid waarschijnlijk nu al een groot deel voor haar rekening. In Nederland nemen de overheid, de werknemer en de werkgevers elk *gemiddeld* 1/3 van de uitgaven voor hun rekening. Omdat de regeling afhankelijk is van het huishoudinkomen neemt de overheid voor lage huishoudinkomens nu al een groot deel van de uitgaven voor haar rekening. Dit kan voor een individueel huishouden oplopen tot meer dan 60%. Zie figuur 9.

**Figuur 9 Aandeel van overheid, werkgever en werknemer in de kinderopvanguitgaven (2006)**



Bron: CPB, 2005.

*Stap 4: Berekening extra overheidsuitgaven door gratis maken van kinderopvang voor laagste schalen*

Bij het gratis maken van kinderopvang voor de laagste schalen gaan we ervan uit dat de overheid de werknemersbijdrage van de werknemer in de zorg overneemt. In de huidige regeling is de werknemersbijdrage afhankelijk van het gezamenlijke belastbare inkomen. Dus het belastbare inkomen van de werknemer in de zorg én de eventuele partner. Omdat we hier alleen de werknemersbijdrage van de zorgwerknemer willen overnemen gaan we in onderstaande berekening uit van het *individuele* belastbare inkomen van de zorgwerknemer en niet van het belastbare *huishoudinkomen*. Als we uitgaan van een gemiddelde werknemersbijdrage van 1/3 per individueel inkomen per zorgwerknemer dan zullen de extra uitgaven voor de overheid  $1/3 * \text{€ } 273,- = \text{€ } 91 \text{ mln.}$  zijn voor functieschalen t/m FWG 35 en  $1/3 * 471 = \text{€ } 157 \text{ mln.}$  zijn voor de functieschalen t/m FWG 45. Waarschijnlijk zijn deze bedragen echter aan de hoge kant, omdat het hier juist om de lage schalen gaat en deze nu zeer waarschijnlijk gemiddeld minder dan 1/3 bijdragen.

Kinderopvang als basisvoorziening, betaald uit de algemene middelen, kan wel op een andere manier nog bijdragen aan het oplossen van de te verwachten arbeidsmarktproblemen. Kwalitatief goede en betaalbare kinderopvang kan eraan bijdragen dat mantelzorg ook voor mensen met een wat grotere deeltijdbaan tot de mogelijkheden blijft behoren. De aanwezigheid van voldoende mantelzorgers is immers van groot belang om de vraag naar zorg beheersbaar te houden. Om die reden is kinderopvang als basisvoorziening, betaald uit de algemene middelen, zeker ook te noemen als maatregel die bijdraagt aan het oplossen van de te verwachten arbeidsmarktproblemen.

## 5 Aangrijpingspunten voor beleid

In deze bijlage zijn we in vogelvlucht langs de kwantitatieve ontwikkelingen van de arbeidsmarkt en de arbeidsproductiviteit gegaan. De belangrijkste conclusie die we op basis daarvan trekken, is dat de arbeidsmarktproblematiek op de lange termijn niet oplosbaar is, zonder een sterke stijging van de arbeidsproductiviteit.

Paradoxaal genoeg betekent meer economische groei en dus meer geld voor bijvoorbeeld de arbeidsvoorwaardenontwikkeling vaak ook dat de arbeidsproductiviteit daalt, omdat de productiviteitsgroei er geen gelijke tred mee houdt. Tegelijkertijd weten we, zeker op het niveau van de totale sector eigenlijk heel weinig van hoe de arbeidsproductiviteit zich ontwikkelt en welke kwantitatieve relaties er bestaan tussen deze ontwikkeling en de aannemelijk geachte determinanten voor arbeidsproductiviteit.

Naast de arbeidsproductiviteit is de vervroegde uittrekking uit de gezondheidszorg een in het oog springend fenomeen. We hebben gezien dat vanaf het 45e levensjaar er in hoog tempo veel mensen uitreden (figuur 1).

Ook de teruglopende stille reserve aan arbeidskrachten stemt tot nadenken. De buffer om in krappe tijden meer mensen naar de arbeidsmarkt te lokken wordt kleiner, terwijl de omvang van de krapte in de toekomst juist groter zal zijn dan in het verleden (tabel 3). De krapte die ontstaat door de vergrijzing slaat niet in elke sector even hard toe (tabel 4). Zo is de thuiszorg veel sterker vergrijsd dan bijvoorbeeld de gehandicapten-sector.

Om het aanbod uit te breiden is winst te behalen als mensen langer blijven werken. Maar die winst is minder groot dan wanneer veel mensen meer uren zouden gaan werken. Als dat zou gebeuren, kan het arbeidsmarktprobleem voor een belangrijk deel worden opgelost.

Om mensen zover te krijgen zou gratis kinderopvang een goede prikkel kunnen zijn. Dat zou de overheid ten opzichte van de huidige situatie € 100-150 mln. extra kosten.

## Noten

- <sup>1</sup> Merk op dat de prognose van het CPB een ander eindjaar heeft dan de prognose van VWS. VWS kijkt naar het percentage in het jaar 2025 en het CPB naar het percentage in het jaar 2040.
- <sup>2</sup> Interessant is dat het ROA net als Ecorys bij de berekeningen uitgaat van één van de twee middenscenario's van het CPB, namelijk het Transatlantic Market-scenario. Zij vindt dat gegeven de recente ontwikkelingen de meest realistische. Dit terwijl VWS en Prismant uitgaan van het Global Economy scenario. Qua uitkomsten voor de bedrijfstak zorg heeft dit echter nauwelijks gevolgen. Het beslag van de werkgelegenheid in de zorg op de totale economie bedraagt in het TM-scenario 18,3% tegenover 18,5% in het GE-scenario. De groei van het BBP is in het TM-scenario wel 0,7%-punt lager dan in het GE-scenario.
- <sup>3</sup> “In de huidige belastingregeling ontvangen huishoudens waarvan de secundaire verdiener (de persoon met het lagere inkomen) een belastingafdracht heeft die lager is dan de algemene heffingskorting (in 2006 1990 euro per persoon), een overdracht van de fiscus die gelijk is aan het ongebruikte deel van deze korting. Tot aan het bedrag van de heffingskorting gaat elke verdiende euro dus gepaard met een vermindering van het overgedragen deel van de heffingskorting. Het marginale tarief over dit inkomenstraject komt overeen met het tarief dat geldt over het extra verworven inkomen. Dit maakt het voor deze personen minder aantrekkelijk om zich voor een beperkt aantal uren aan te bieden op de arbeidsmarkt. Individualiseren van de algemene heffingskorting bevordert dus het arbeidsaanbod en dan met name bij partners bij wie het in de afweging gaat om een kleine baan” (CPB, 2006b).

## Literatuur

AWZinfo.nl. Personeelskenmerken/omvangwerkweek/verplegende en verzorgende beroepen/totaal, Prismant. Website bezocht op 22 juni 2006.

Berkhout, P., De Graaf, D. en Van Leeuwen, M. Terug naar meer?; langere werkweek in de collectieve sector, Stichting voor economisch onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO), 2005.

Brinkman, W. Extra zorgpersoneel door hogere participatie oudere werknemers. Economische Statistische Berichten, 2004. pp. 594-595.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Sturen op statistieken: visies uit de samenleving. Voorburg: CBS, 2004.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Bevolking: kerncijfers, [www.statline.nl](http://www.statline.nl), Voorburg/Heerlen 2006-07-14.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport Uitbesteding van zorg. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Zorgpaden en zorginfrastructuur. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004.

Centraal Planbureau. Reinventing the Welfare State, Den Haag, 2006a.

Centraal Planbureau. Varianten voor de studiegroep begrotingsruimte: effecten op houdbare overheidsfinanciën, Den Haag, 2006b. Nr. 2006/23.

Centraal Planbureau. De macro economische effecten van arbeidsduurverlenging, Den Haag, 2004b.

Centraal Planbureau. Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg, CPB-document no 72, Voorburg, november 2004a.

Centraal Planbureau. De arbeidsmarkt van de zorgsector: data en modellen, CPB memorandum nr 124, Den Haag: CPB, 17 augustus 2005.

CWI. CWI arbeidsmarktprognose 2005-2010, Amsterdam, 2005.

Dekker, R. en A. Kleinknecht. Flexibiliteit, technologische vernieuwing en de groei van de arbeidsproductiviteit: een exploratie van het OSA bedrijvenpanel. Tilburg: OSA, 2003.

- Delfgaauw, J. Marktwerking in de zorg en de kosten van arbeid. ESB 22 04 2005.
- Dell, M.W. en L.J.R. Vandermeulen. Arbeidsproductiviteit in de zorg. Tilburg: OSA, 2005.
- Ecorys. Vraag en aanbod van personeel in de collectieve sector tot 2013. Rotterdam, 29 maart 2006.
- Eerenbeemt, F. van den, B. Mulder. Samen zorgen voor jezelf; een nationale infrastructuur voor zorginformatie. DeInformatieWerkPlaats, 2005.
- Essen, G. van, E. Josten en H. Meihuizen. Arbeid in zorg en welzijn: integrerend OSA-rapport 2004. Tilburg: OSA, 2004.
- Expertmeeting Innovatie in de care. [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)
- Goudriaan, R., et al. Achtergrondrapport bij Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Den Haag: APE, 2005a.
- Goudriaan, R., et al. Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing: internationale ervaringen met oplossingen voor personeelstekorten in de zorgsector. Den Haag: APE, 2005b
- Hingstman, L., et al. Arbeidsmarktstatistieken in zorg en welzijn 2004. Gezamenlijke publicatie van NIVEL, Prismant en OSA. Tilburg/Utrecht: OSA, 2004.
- KITZ. Een zorg minder en minder zorg: technologie om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren en ondersteunen. Groningen: KITZ, 2005.
- Lee, C. Arbeidsproductiviteit en motivatie gaan hand in hand. Prismant magazine, maart 2005.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De Arbeidsmarkt in de collectieve sector 2002; investeren in mensen en kwaliteit, Den Haag, februari 2001. (Rapport Van Rijn)
- Ministerie van Financiën. De lessen uit de Nordics; een verkennende studie door het Ministerie van Financiën, GT/BFB/0505.
- Ministerie van VWS, Nota gezinsbeleid 2006, Den Haag, 31-3-2006.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005. Den Haag: VWS, 2004.

OSA. OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2002, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA), 2003. In: Windt, W. van der, et al. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg; Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, 2004

Ott, M., Paardekooper, P., Van der Windt, W. Arbeid in zorg en welzijn 2005. Utrecht: Prismant, 2005.

Portegijs W, Cloin M, Ooms I. en Eggink, E. Hoe het werkt met kinderen. Moeders over kinderopvang en arbeidsparticipatie, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, februari 2006, ISBN 90 377 0238 4.

Poel, P. van de. Meten met een natte vinger: enquête arbeidsproductiviteit. Zorgvisie.

Prismant. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008. Utrecht: Prismant, 2005.

Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010. Universiteit Maastricht, Maastricht, november 2005. ROA-R-2005/9.

Studiegroep begrotingsruimte. Vergrijzing en Houdbaarheid; 12<sup>e</sup> rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte. Den Haag, 2006.

Sociaal Cultureel Planbureau. Landelijk ramingsmodel kinderopvang 2002-2010, Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, SCP-werkdocument 98, SEO-rapport 700

Tweede Kamer, Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording; Nota met voorstellen voor herontwerp van departementale begrotingen en verantwoordingen, Kamerstuk 1998-1999, 26573, nr. 2.

Ward, A. Why the health police are watching you.

Windt, W. van der, Calsbeek H, Talma H, Hingstman L. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg en LEVV, 2003.

Windt, W. van der en Talma, H. Regiomarge 2006; de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-2010. Utrecht: Prismant, 2006.

Windt, W. van der, H. Talma. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen in de zorgsector 2004-2008: een verkenning van de arbeidsmarkt met RegioMarge. Utrecht: Prismant, 2005.

Windt, W. van der, et al. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg en LEVV, 2003.



## **Bijlage 5**

### **Arbeidsproductiviteit: een begripsverkenning**

#### **1 Inleiding**

Deze notitie verkennt wat we nu eigenlijk precies bedoelen als we het hebben over arbeidsproductiviteit. Typerend aan het begrip arbeidsproductiviteit is dat we daar weliswaar op een hoog abstractieniveau min of meer hetzelfde over denken, maar dat bij de concrete vertaling en operationalisering de meningen sterk uit elkaar gaan lopen. Zo kunnen werkgevers bijvoorbeeld claimen dat loonmatiging de arbeidsproductiviteit bevordert, terwijl werknemers er juist op wijzen dat hierdoor de motivatie en daarmee de arbeidsproductiviteit wordt aangetast. Hoge lonen zouden ook het innovatief vermogen in de economie kunnen bevorderen (een van de belangrijkste determinanten voor arbeidsproductiviteit).

We kunnen constateren dat er op het abstracte niveau een basale overeenstemming bestaat over wat arbeidsproductiviteit ongeveer inhoudt. Arbeidsproductiviteit refereert aan het zo doelmatig mogelijk inzetten van de beschikbare hoeveelheid arbeid. In de praktijk worden daar echter veelal verschillende dingen onder verstaan. Dit betekent dat er nogal wat conceptuele en operationele problemen bij het begrip arbeidsproductiviteit spelen. De doelstelling van deze notitie is om in deze discussie structuur aan te brengen.

We beginnen met de formele definitie van arbeidsproductiviteit en laten zien hoe we dit begrip moeten plaatsen in het productieproces van de zorgsector (paragraaf 2). Er bestaat een drietal problemen waardoor het in de zorgsector lastig is om de abstracte definitie van arbeidsproductiviteit concreet te maken. Dit zijn problemen op het terrein van de meetbaarheid, de onderlinge vergelijkbaarheid en de onduidelijkheid over de belangrijkste determinanten van arbeidsproductiviteit (paragraaf 3). Tot slot proberen we zicht te krijgen op wat al deze constatering betekenen voor een advies over het stimuleren van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector en met name in de verpleging en verzorging (paragraaf 4).

## **2 Wat is nu precies arbeidsproductiviteit?**

### **2.1 Inleiding**

Deze paragraaf bespreekt wat we nu precies onder arbeidsproductiviteit kunnen verstaan en welke andere concepten daarbij van belang zijn. We beginnen met een abstracte en formele definitie van het begrip. Daarna maken we aan de hand van een voorbeeld vanuit het productieproces in de zorg duidelijk dat er verschillende invullingen van arbeidsproductiviteit bestaan. Dit hangt samen met welke productiviteit we in kaart willen brengen. Vervolgens maken we duidelijk dat de productiefactor arbeid dient te worden geplaatst tegenover de productiefactor kapitaal. Tot slot gaan we in op het belang van een adequate meting van 'throughput', 'output' en 'outcome'. Om een goed beeld van arbeidsproductiviteit te krijgen, is het noodzakelijk dat deze drie indicatoren allemaal in kaart worden gebracht.

### **2.2 Formele definitie van het begrip**

De hoeveelheid arbeidsproductiviteit is gelijk aan de hoeveelheid arbeid die nodig is voor het maken van een bepaalde hoeveelheid producten. Arbeidsproductiviteit is dus de formele verhouding tussen de hoeveelheid arbeid en de daaruit voortvloeiende productie. Hieruit volgt dat we een aantal vervolgvragen moeten beantwoorden om zicht te krijgen op de hoeveelheid arbeidsproductiviteit. We moeten bijvoorbeeld weten wat we onder arbeid verstaan, wat we onder productie verstaan en welke causale verbanden ertussen deze twee grootheden bestaan. Als we daarnaast ook nog de hoeveelheid arbeid en de hoeveelheid product kunnen vertalen in monetaire eenheden, ontstaat er een financiële operationalisering van arbeidsproductiviteit. Deze arbeidsproductiviteit is echter weer een onderdeel van de totale hoeveelheid productiviteit en krijgt daarom zijn betekenis mede binnen het productieproces van de zorgsector. We zullen dit productieproces daarom nu eerst kort uitwerken.

### **2.3 Het productieproces in de zorgsector**

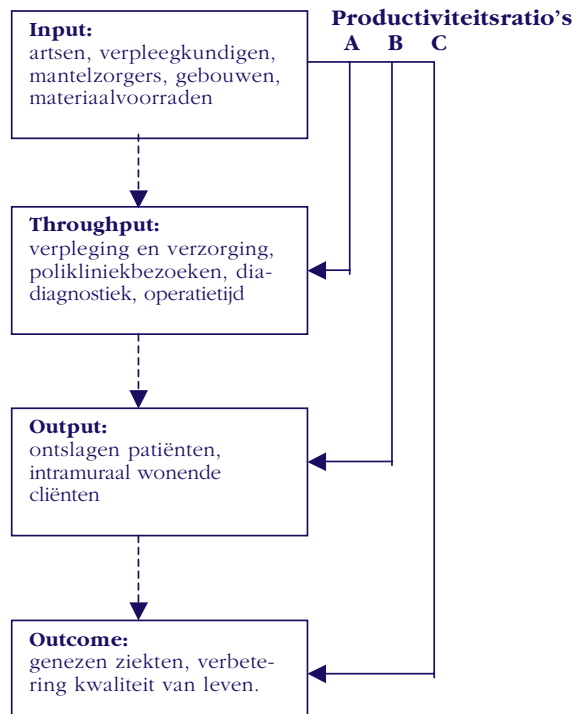
Het productieproces in de zorgsector wordt schematisch afgebeeld in figuur 1. Het uiteindelijke doel van het productieproces in de zorg is om mensen beter te maken of om een betere kwaliteit van leven te bieden. Dit zijn de zogenaamde 'outcomes' of de finale doelstellingen van het productieproces. In de (semi) collectieve sector zijn deze 'outcomes' echter vaak maar moeilijk grijpbaar. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de beleving van veiligheid in de samenleving. In de zorg gaat het primair

om volledig genezen patiënten of een verbetering van de kwaliteit van leven.

Om de finale ‘outcomes’ te bereiken, is de inzet van een bepaalde hoeveelheid productiemiddelen noodzakelijk. Hierbij wordt er in de economische literatuur veelal een onderscheid gemaakt tussen arbeid, kapitaal en grond (de ‘inputs’). Er zijn dus arbeidskrachten nodig, maar ook gebouwen en apparatuur. De inzet van deze productiemiddelen levert in eerste instantie allerlei tussenproducten of halffabrikaten op (de zogenaamde ‘throughputs’). Uiteindelijk leiden deze ‘throughputs’ tot de vast te stellen ‘output’ van het productieproces. In de zorg kunnen we dan bijvoorbeeld denken aan patiënten die een ontslagdiagnose krijgen of een bepaalde hoeveelheid cliënten met langdurige verzorging op een bepaald kwaliteitsniveau. De ‘outputs’ dragen het meest rechtstreeks bij aan het uiteindelijke doel van verbetering van de volksgezondheid en een betere kwaliteit van leven.

Figuur 1 maakt ook duidelijk dat productiviteit iets zegt over de relatie tussen de ingezette productiemiddelen en een bepaald stadium in het productieproces. Zo ontstaan er een drietal productiviteitsratio’s (A, B en C) binnen de zorgproductie. Deze productiviteitsratio’s liggen idealiter - maar niet per definitie - in elkaars verlengde. Een zorginstelling kan proberen om met een begrensde hoeveelheid productiemiddelen het hoogst mogelijke aantal tussenproducten te realiseren (A). Vervolgens kan worden geprobeerd om de relatie tussen deze ‘throughputs’ en de ‘outputs’ te optimaliseren. Dit betekent dan weer dat zo min mogelijk ‘throughputs’ nodig zijn voor een enkele eenheid ‘output’ (B). Tot slot kan men ook kijken naar de optimalisatie van de relatie tussen de ‘outputs’ met de ‘outcomes’. Het is dan de vraag of er ook daadwerkelijk de goede dingen worden gedaan (C). Als in elk van de drie lagen een maximale productiviteit wordt behaald, ontstaat de ideaaltypische eindsituatie van maximale productiviteit.

**Figuur 1 Het productieproces in de zorgsector**



We kunnen met het productieproces van een tweetal ziekenhuizen illustreren dat de verschillende productiviteitsratio's in de praktijk met elkaar op gespannen voet kunnen staan. In box 1 is hiervoor een sterk gestileerd voorbeeld uitgewerkt aan de hand van liesbreukbehandelingen in een tweetal ziekenhuizen. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat hoewel ziekenhuis X voor hetzelfde aantal behandelde patiënten meer geld uitgeeft, zij toch een hogere finale productiviteit behaalt. Dit komt omdat minder patiënten terug hoeven te komen omdat de operatie niet is gelukt. Ook is dit ziekenhuis veel productiever bij de totstandkoming van de tussenproducten. Zij levert 60% meer tussenproducten tegen maar 10% hogere kosten. Ziekenhuis Y daarentegen heeft echter lagere totale kosten en een efficiëntere verhouding tussen input en output. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat er door het grotere aantal dagbehandelingen minder personele inzet noodzakelijk is. Dit eenvoudige voorbeeld laat ons dus zien dat de productiviteitsratio's in de praktijk niet altijd consistent hoeven te zijn.

Dat de productiviteitsratio's niet altijd consistent zijn, hoeft echter geen probleem te zijn. Immers, voor de maatschappij is vooral de finale productiviteit relevant. Ziekenhuis X is dan duidelijk productiever per

geslaagde behandeling dan ziekenhuis Y. Het voorbeeld dat in deze paragraaf is uitgewerkt heeft echter een statisch karakter. Economen kennen echter ook de dynamische productiviteit. Dit refereert aan de verbetering van de productiviteit in de tijd. Dit is vooral voor arbeidskosten die in de regel steeds stijgen erg relevant. Indien in ons voorbeeld de arbeidskosten met 10% per jaar stijgen en alle andere kosten hetzelfde blijven, dan zal ziekenhuis Y uiteindelijk op alle drie de ratio's productiever zijn dan ziekenhuis X. Dit komt omdat ziekenhuis X 0,3 miljoen meer aan arbeidskosten maakt en dus ook een hogere kostengroei zal hebben. Ziekenhuis Y zal het verschil in finale productiviteit in maximaal 10 jaar inlopen en dan op alle productiviteitsratio's het beste scoren. Dit geeft aan hoe belangrijk een hoge arbeidsproductiviteit is als we een langere periode bezien.

#### **Box 1: Liesbreuken in twee ziekenhuizen**

Ziekenhuis X en Y behandelen beide 500 liesbreuken per jaar. Ziekenhuis Y heeft daarbij een succesfactor van 80%. Deze patiënten komen niet meer terug. Ziekenhuis X behandelt 450 patiënten met succes (90%). Beide ziekenhuizen hantieren dezelfde CAO en hebben dezelfde kosten voor kapitaal. Een verpleegkundige kost € 50.000 per jaar en een arts € 150.000. De afschrijvingskosten voor het kapitaal bedragen € 50 per verpleegdag, € 150 per OK-uur en € 200 voor een dagbehandeling. Materiaalkosten zijn te verwaarlozen.

Behalve de succeskans verschillen de beide ziekenhuizen ook in hun keuze van de behandelingsvorm. Ziekenhuis X kiest meestal (80%) voor een driedaagse opname, terwijl ziekenhuis Y in 95% van de gevallen de patiënten in dagbehandeling opneemt. Een opname duurt in beide ziekenhuizen drie dagen en kost 1 uur OK-tijd. Standaarden laten zien dat de normatieve arbeidsinzet voor verpleegdagen, OK-tijd en dagbehandelingen normatief in een verhouding tot elkaar staat van 1:1:2. Ziekenhuis X heeft voor de behandelingen de beschikking over 50 fte verpleegkundige en 10 fte arts. Ziekenhuis Y heeft 20 fte verpleegkundige en 18 fte arts.

We kunnen op basis van deze gegevens de productiviteitsratio's in kaart brengen. De totale arbeidskosten van ziekenhuis X bedragen € 4 miljoen en van ziekenhuis Y € 3,7 miljoen. Ziekenhuis Y heeft dus de laagste arbeidskosten. De afschrijvingskosten van ziekenhuis X bedragen € 0,14 miljoen en voor ziekenhuis Y € 0,11 miljoen. Ziekenhuis Y is derhalve € 0,33 miljoen goedkoper dan ziekenhuis X. Deze conclusie volgt echter niet uit alle drie de productiviteitsratio's.

Ziekenhuis Y heeft een succesfactor van niet meer dan 80% oftewel 10% minder dan ziekenhuis X. Dit betekent dat de totale kosten per succesvolle behandeling in ziekenhuis X meer dan € 1.000 lager zijn. Sec voor de personeelskosten is het verschil kleiner. De arbeidskosten per succesvolle behandeling bedragen € 8.888 in ziekenhuis X en € 9.250 in ziekenhuis Y (productiviteitsratio C).

De kosten per ontslagen patiënt zijn in ziekenhuis X (€ 8,280) daarentegen hoger dan in ziekenhuis Y (€ 8,060). Ziekenhuis Y scoort dus beter in productiviteitsratio B. Dit wordt in zijn geheel veroorzaakt door de fors lagere arbeidskosten (€ 600). De gewogen 'throughput' is 1.800 eenheden voor ziekenhuis X en 1.100 voor ziekenhuis Y. Ziekenhuis X produceert dus ruim 60% meer 'throughput' dan ziekenhuis Y. Omdat de totale kosten van ziekenhuis X maar 10% hoger zijn, volgt hieruit dat dit ziekenhuis een hogere productiviteit op z'n 'throughput' behaalt (productiviteitsratio A). Dit betekent dat ziekenhuis X relatief weinig arbeid gebruikt voor een extra hoeveelheid tussenproduct.

Meestal is het volledig in kaart brengen van de maatschappelijke effecten van een investering vele malen moeilijker dan in het bovenstaande voorbeeld. Of deze voor de zorg ooit volledig duidelijk worden, blijft vooralsnog een open vraag. Duidelijk is wel dat we daar op dit moment nog ver van verwijderd zijn. Zo is op dit moment de financiering van de meeste zorginstellingen nog steeds gebaseerd op een mix van 'input-' en 'throughput'-parameters. De problemen bij de invoering van 'output'-financieringssystemen, zoals de DBC's bij de ziekenhuizen en de IZA's in de AWBZ spreken boekdelen wat betreft de huidige mogelijkheid voor een financiering op basis van 'outcome'. Door de substitutievrijheid die instellingen hebben, kunnen zij zich overigens wel richten op verbetering van de productiviteit. Zij mogen immers eventuele productiviteitsverbeteringen zelf houden.

## 2.4 Arbeidsproductiviteit in het productieproces van de zorg

In deze paragraaf kijken we aan de hand van de voorbeelden uit de vorige paragraaf specifiek naar de rol van arbeidsproductiviteit in het totale productieproces. We proberen om op die manier wat meer handen en voeten aan de formele definitie van paragraaf 2.1 te geven. De eerste vraag die daarbij op ons pad komt, is hoe we de arbeid zelf het beste kunnen operationaliseren.

### Inputfactoren

#### *De relatie tussen arbeid en arbeidsproductiviteit*

Arbeid vormt samen met kapitaal en grond de uiteindelijke productiemiddelen van elk productieproces. Hoewel materialen (geneesmiddelen, verbandmiddelen e.d.) daar eigenlijk niet bij horen, is het voor de duidelijkheid van deze analyse toch goed om deze te beschouwen als een aparte categorie productiemiddelen<sup>4</sup>.

Het meten van de werkelijke hoeveelheid ingezette arbeid is niet zo eenvoudig als het op het eerste gezicht misschien lijkt. Zo komt de formele contractarbeidsduur niet altijd overeen met de werkelijk geleverde hoeveelheid arbeid. Dit kan bijvoorbeeld komen door structureel ziektever-

zuim of juist door structureel overwerk dat niet in het arbeidscontract opgenomen is en ook niet wordt uitbetaald. De beloning kan ook van andere factoren dan de geleverde hoeveelheid arbeid afhankelijk zijn. Zo is de honorering van de medisch specialisten lange tijd afhankelijk geweest van de geleverde verrichtingen ('throughput').

Vanuit economisch perspectief bestaat er idealiter een relatie tussen de honorering van arbeid en de geleverde arbeidsproductiviteit. In ons eerdere voorbeeld hebben we het salaris van verpleegkundigen (€ 50.000) en artsen (€ 150.000) gelijkgehouden. In de praktijk is dit echter meestal niet het geval. Hetzelfde werk en dezelfde arbeidsproductiviteit worden in de regel niet hetzelfde gehonoreerd. De gemiddelde salariskosten in de ziekenhuizen varieerden in 2002 bijvoorbeeld tussen de € 57.000 en € 39.000 per medewerker in loondienst (Gupta, 2004). Het is onduidelijk of dit verschil van € 18.000 ook representatief is voor het verschil in arbeidsproductiviteit.

#### *De relatie tussen kapitaal en de arbeidsproductiviteit*

Belangrijk is ook hoe de ingezette productiemiddelen zich onderling verhouden. Arbeid, kapitaal en materialen hebben elk hun eigen bijdrage aan de uiteindelijke productiviteit die behaald wordt. De rendementen kunnen in beginsel verschillen, maar er is veelal wel een zekere onderlinge substitutie mogelijk. Een efficiënte organisatie zal proberen de verschillende productiemiddelen onderling te optimaliseren. Zo kan de bouwkundige staat van een zorginstelling van invloed zijn op de productiviteit van de beddienst en bepalen de aanwezigheid van 'dposables' mede de benodigde arbeidskracht op de sterilisatieafdeling. Automatisering van laboratoria kan de inzet van laboranten overbodig maken.

Het huidige onderzoek naar arbeidsproductiviteit houdt veelal geen rekening met de bijdrage van de verschillende productiemiddelen. De arbeidsproductiviteit wordt in de regel berekend op basis van een benadering van de ontwikkeling van het totale productievolume. De productie wordt echter niet enkel door de inzet van arbeid behaald, maar ook door de inzet van kapitaal. Productiviteitsontwikkelingen zijn vaak het gevolg van een andere inzet en innovaties van kapitaalgoederen. Dit betekent dat de arbeidsproductiviteit kan dalen, maar dat dit moeilijk zichtbaar wordt omdat dit door een verbetering van het rendement op kapitaal wordt gecompenseerd. Een hogere productiviteit op het kapitaal kan dus onder bepaalde omstandigheden ook een lagere arbeidsproductiviteit verbloemen. Zo kan een verpleeghuisdirectie besluiten om de hogere productiviteit als gevolg van een nieuwe en efficiëntere keukenvoorziening niet te vertalen in een daling van het keukenpersoneel.

De betekenis van de bekende wet van Baumol wordt ook duidelijk tegen de achtergrond van de bovenstaande bespreking. Deze wet stelt dat de

productiviteitsontwikkeling in de zorgsector achterblijft bij de rest van de economie. Dit komt omdat het hier gaat om een arbeidsintensieve sector met (veronderstelde) beperkte substitutiemogelijkheden tussen arbeid en kapitaal. Omdat werknemers in de arbeidsintensieve zorg vergelijkbaar betaald willen worden als in andere sectoren, is er een steeds groter deel van het nationaal inkomen noodzakelijk voor de lonen in deze sector. Er worden inmiddels echter steeds meer kanttekeningen geplaatst bij de wet van Baumol. In de zorg zouden er wel degelijk productiviteitsstijgingen kunnen worden bereikt (Theeuwes, 2005).

### **Throughput, output en outcome**

We hebben laten zien dat het conceptualiseren en operationaliseren van de arbeid (de noemer) niet zonder problemen is. Dit geldt echter nog meervoor de productiekant (de tellers). ‘Throughput’, ‘output’ en ‘outcome’ zijn in oplopende volgorde steeds moeilijker meetbaar. Hiernaast heeft de zorgsector het specifieke probleem dat de ‘throughputs’, ‘outputs’ en ‘outcomes’ een erg divers en complex karakter hebben. Met name ziekenhuizen hebben zoveel verschillende producten en tussenproducten, dat het moeilijk is om de onderlinge relaties goed vast te stellen. Dit maakt de creatie van een fijnmazig systeem van productiviteitsprikkelers moeilijk. Soms kiest men er dan ook voor om de outputfinanciering vaarwel te zeggen en terug te grijpen op inputfinanciering. De nieuwe honorering van de medisch specialisten op basis van een uurtarief is hiervan een treffend voorbeeld.

Een ander belangrijk probleem is de onderlinge consistentie tussen ‘throughput’, ‘output’ en ‘outcome’. Ivan Illich stelde dertig jaar geleden dat de zorgverlening maar weinig bijdroeg en vaak zelfs schadelijk was voor de finale doelstellingen van het zorgsysteem. In de terminologie die wij hier gebruiken, wees hij er dus op dat de ‘throughputs’ en de ‘outputs’ onvoldoende bijdroegen aan de ‘outcomes’ en daarmee soms zelfs inconsistent waren.

De uiteindelijke keuze van de productie-indicatoren is belangrijk voor het inzicht in de mate van arbeidsproductiviteit. Veel onderzoek richt zich momenteel op het zo goed mogelijk in kaart brengen van de ‘outcomes’. Arbeidsproductiviteit krijgt echter ook betekenis in de beide andere productiviteitsratio's (A en B). Het is bijvoorbeeld ook belangrijk dat de ‘throughputs’ zo efficiënt mogelijk worden gerealiseerd. Kijken we echter alleen naar de arbeidsproductiviteit van de ‘outcomes’, dan kan een inefficiënt productieproces van de ‘throughputs’ onzichtbaar blijven. Het tegenovergestelde kan ook plaatsvinden. Een inefficiënte productie van ‘outcomes’, kan best gepaard gaan met een heel efficiënte productie van de ‘throughputs’ en ‘outputs’. We zagen dit ook in ons voorbeeld. Het ligt daarom voor de hand om - gezien ook de meetproblemen - bij de berekening van de arbeidsproductiviteit niet te kiezen voor één enkele



productiviteitsratio, maar zicht te krijgen op alle drie de productiviteitsratio's.

### **Conclusie**

We hebben gezien dat arbeidsproductiviteit in formele zin gemakkelijk te definiëren valt. Centraal staat de relatie tussen de ingezette arbeid en het daarmee behaalde productieniveau; hoeveel arbeid is er nodig voor een bepaalde hoeveelheid productie. Dit is echter een puur formele definitie. Arbeidsproductiviteit is in de praktijk vooral een doelstelling en het begrip krijgt dan ook pas materiële betekenis binnen het productieproces van de zorg. Daarbij worden vervolgens noodgedwongen allerlei impliciete en expliciete keuzes gemaakt. Zonder voldoende structuur verwordt arbeidsproductiviteit dan tot een 'veelkoppig monster'.

In deze paragraaf hebben we daarom geprobeerd om arbeidsproductiviteit van enige structuur te voorzien. Het is belangrijk om de verschillende onderliggende concepten zo goed mogelijk te definiëren. Het helpt om daarbij aandacht te schenken aan de onderlinge relatie van de verschillende productiemiddelen, met name arbeid en kapitaal. Hiernaast pleiten wij voor triangulatie bij het meten van de productieniveaus en niet te kiezen voor één enkele benadering.

## **3 Hoe krijgt arbeidsproductiviteit betekenis?**

### **3.1 Inleiding**

In de vorige paragraaf hebben we structuur aangebracht in het begrip arbeidsproductiviteit. We kunnen op basis van die analyse echter geen uitspraken doen over wanneer we kunnen spreken over een zorgproces met een hoge of juist geringe arbeidsproductiviteit. Daarvoor moeten we nog een aantal andere zaken in kaart brengen. Arbeidsproductiviteit krijgt pas betekenis als we het kunnen vergelijken met een norm of andere empirische metingen van het verschijnsel. Dit kan enkel als we het begrip ook goed en consistent kunnen meten. Hiernaast is het belangrijk dat we inzicht krijgen in de determinanten (voor zover bekend) die de mate van arbeidsproductiviteit beïnvloeden. We staan daarom in deze paragraaf achtereenvolgens stil bij de vergelijkbaarheid, de meetbaarheid en de determinanten van arbeidsproductiviteit.

### **3.2      Vergelijkbaarheid**

Arbeidsproductiviteit is niets meer dan de relatie tussen een bepaalde hoeveelheid arbeid en de daarmee te leveren productie. Dit is echter een formele definitie die op zichzelf nog weinig zegt over of er nou sprake is van een hoge of een lage arbeidsproductiviteit. Daarvoor moeten er verschillende productiviteitsratio's met elkaar worden vergeleken. Dit kan zowel cross-sectioneel als longitudinaal. In het eerste geval wordt de arbeidsproductiviteit van verschillende maar vergelijkbare productieprocessen in kaart gebracht. Dit hebben we ook in ons eerdere voorbeeld gedaan. In de AWBZ lopen er verschillende benchmarkonderzoeken die de productiviteit van individuele instellingen met elkaar vergelijken. Deze onderzoeken zijn niet openbaar, maar bekend is dat enkele aan de arbeidsproductiviteit gerelateerde indicatoren (met name het ziekteverzuim) van doorslaggevend belang zijn voor de uiteindelijke score van de instelling.

Longitudinale analyses kijken naar de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit in de tijd. Het betreft vooral analyses op het macroniveau, maar de techniek is vanwege de betere kwaliteit van de data waarschijnlijk makkelijker toepasbaar op het microniveau. Het productievolume wordt benaderd door oftewel de omzetgroei te defileren oftewel te kijken naar de ontwikkeling van een aantal productie-indicatoren. Indien correct suggereren de daarover bekende cijfers dat de productiviteit in de zorg relatief oploopt in tijden van budgettaire krapte, maar juist is afgenomen tijdens de snelle budgettaire groei sinds het begin van dit decennium. Dit duidt erop dat de omgang met de inputfactoren een determinant is van het productiviteitsniveau.

### **3.3      Meetbaarheid**

De onderzoeken naar de arbeidsproductiviteit in de zorg kennen relatief grote onderlinge verschillen. Dit heeft in de regel te maken met de keuzes die gemaakt worden bij het meten van de verschillende relevante geachte indicatoren. We hebben eerder al aangegeven dat het ons goed lijkt om de arbeidsproductiviteit op meerdere manieren te meten.

Hiernaast kunnen we ons waarschijnlijk niet alleen concentreren op kwantitatieve indicatoren. Hierdoor worden deze kwantitatief meetbare grootheden immers uitvergroot. Er zal daarom moeten worden geprobeerd om ook de meer 'zachtere' aspecten van het begrip arbeidsproductiviteit (kwaliteit management) zichtbaar te maken. In ieder geval moeten de beperkingen van de gekozen onderzoeksmethode duidelijk worden aangegeven.

### 3.4 Determinanten van arbeidsproductiviteit

#### Externe determinanten

We kijken tot slot naar de determinanten die de hoeveelheid arbeidsproductiviteit beïnvloeden. Deze kunnen onderscheiden worden in externe en interne determinanten. Externe determinanten van arbeidsproductiviteit hangen samen met ontwikkelingen waar de zorgsector maar een beperkte invloed op heeft. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de farmaceutische industrie, de demografische ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, de ontwikkeling van de medische technologie, bouwkundige technieken en de ontwikkeling van de informatie- en communicatietechnologie. Ook de algemene sociaal-economische instituties beïnvloeden de arbeidsproductiviteit, bijvoorbeeld door de specifieke structuren waarin de arbeidsvoorwaarden tot stand komen.

#### Interne determinanten

In de loop der jaren is duidelijk geworden dat er eveneens een groot scala van systeeminterne beïnvloedingsmogelijkheden van arbeidsproductiviteit bestaat. Zo kunnen adequate financiële prikkels extra arbeidsproductiviteit uitlokken. Output-financiering stimuleert bijvoorbeeld extra productie. Soepele mogelijkheden voor substitutie tussen arbeid en kapitaal kunnen eveneens bijdragen aan extra arbeidsproductiviteit.

Instellingen kunnen met moderne budgetteringsmethodieken zelf ook bijdragen aan een verhoging van de arbeidsproductiviteit. Het personeelsbeleid is uiteraard ook van bijzonder belang voor de arbeidsproductiviteit. Denk hierbij onder meer aan het ziekteverzuim en de bij- en nascholingen. Inhoud en de precieze curricula van de verschillende basisopleidingen zijn hierbij eveneens relevant.

De klassieke manier om de arbeidsproductiviteit te verhogen, is het proces van arbeidsdeling. Doordat mensen zich specialiseren in bepaalde taken en deze veelvuldig uitvoeren, ontstaat er een combinatie van efficiëntie en kwaliteit. In de gezondheidszorg liggen op dit vlak nog vele onbenutte mogelijkheden, bijvoorbeeld in de beroepenstructuur. Er bestaan veel mogelijkheden voor 'taakherschikking'. Dure artsen kunnen bijvoorbeeld een deel van het werk overlaten aan speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen. Op het niveau van de hele instellingen ligt er een pendant in gespecialiseerde klinieken ('focused factories') die door hun hoge volumes onder bepaalde condities productiever kunnen werken.

Ook de fysieke infrastructuur is van belang voor de arbeidsproductiviteit. Zo besparen digitale fotoarchieven het heen en weer brengen van foto's. Verder zijn er bij een goede visuele toezichtssituatie op de opgenomen zorgvragers wellicht minder verpleegkundigen en verzorgenden nodig. De Nederlandse curatieve zorg kenmerkt zich bovendien door

een sterke nadruk op grootschalige bouwkundige voorzieningen en het ontbreken van een goede bouwkundige infrastructuur voor de (geïntegreerde) eerste lijn. Nieuwe bouwkundige concepten tussen de eerste en tweede lijn bieden wellicht nog veel kansen voor efficiëntere werkvormen.

Tot slot blijkt uit veel onderzoek dat commerciële zorginstellingen een hogere arbeidsproductiviteit hebben. In Nederland ontbreekt daarover tot dusver goed empirisch onderzoek, maar de belangrijkste oorzaken hiervan lijken te liggen in de lagere arbeidsvoorwaarden (een inputfactor) van commerciële aanbieders (Minkman & Van Asselt, 1997) en de betere substitutie tussen arbeid en kapitaal (Karl, 1999). De actieve stimulatie van commerciële aanbieders kan daarom een aantrekkelijke beleids optie vormen.

#### **4 Betekenis van deze begripsverkenning voor een advies over arbeidsproductiviteit**

We eindigen deze notitie met een korte beschouwing over wat deze verkenning van het begrip arbeidsproductiviteit nu kan betekenen voor een strategisch advies over deze materie. De problemen daarbij zitten vooral in de verpleging en verzorging. Hier komen de gevolgen van vergrijzing en een arbeidsintensieve sector op bijzondere wijze samen. Indien we ook over twintig jaar een betaalbare verpleging en verzorging willen hebben met voldoende aanbod van potentiële zorgverleners dan moet de arbeidsproductiviteit significant omhoog.

Het begrip arbeidsproductiviteit krijgt vooral betekenis in een concrete operationalisatie aan de hand van het productieproces. Verpleeg- en verzorgingshuizen kenmerken zich door hun arbeidsintensieve en technologie-extensieve karakter. Verder hangt het belangrijkste doel van deze zorg, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van leven af van meer dan enkel een technisch adequate verpleging. Er gaapt met andere woorden een behoorlijk gat tussen de productiviteit in enge zin (productiviteitsratio's A en B) en de haalbaarheid van de finale doelstelling (productiviteitsratio C). Dit is typerend voor deze sector.

Bestaan er met die wetenschap toch potentieel kansrijke strategieën die de arbeidsproductiviteit in de verpleging en verzorging kunnen verhogen? Verpleeghuizen kenmerken zich als arbeidsintensief en kapitaal-extensief. Explorierend onderzoek duidt erop dat met slimmer investeren in de bouwkundige omgeving en in ICT-toepassingen nog een aanzienlijke productiviteitswinst kan worden geboekt (Pullen, et. al., 2006). Het arbeidsintensieve karakter van dit type zorg maakt dat ook met een goed personeelsbeleid inclusief de beloningsstructuur relatief veel winst valt te boeken.

Het relatief grote onderscheid tussen de determinanten van de 'output' en van de 'outcome' betekent dat er met alternatieve strategieën ook nog winst valt te behalen. Het welbevinden hangt immers ook samen met gevoelens van eigenheid in de omgeving, zelfredzaamheid en de sociale infrastructuur van de voorziening. Dit kan wellicht worden gestimuleerd met nieuwe zorgconcepten, vrijwilligers, betrokkenheid van familie en de mogelijkheid om services en dergelijke privaat bij te kopen. Op de professionele arbeidskrachten kan dit verlichtend werken.

Hiernaast is zoveel mogelijk preventie bij intramurale opnames van groot belang. Dit kan zowel besparen op de benodigde arbeid, terwijl het tegelijkertijd bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de zorgvragers. Op dit terrein ontbreekt momenteel een samenhangend preventiebeleid.

Tot slot is er meer onderzoek nodig naar de causale verbanden onder de arbeidsproductiviteit in de verpleging en verzorging. Onze analyse heeft duidelijk gemaakt dat meer kennis hierover van groot belang is. Dit geldt niet alleen mogelijke panacees, maar vooral ook de werking van de vigerende mechanismen. Arbeidsproductiviteit moet daarbij van verschillende kanten worden gezien terwijl er naast cross-sectionele analyses ook meer aandacht voor longitudinale analyses dient te komen. Juist omdat het zich hier ook om een lange termijn probleem handelt.

#### **Literatuur**

Karl, P.A. Varianten der Privatisierung kommunaler Allgemeinkrankenhäuser, Josef Eul Verlag, Lohmar/Köln, 1999.

Minkman, M. en E.J. van Asselt, Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector. OSA publicatie Z22, 1997.

Theeuwes, J.J.M. Een wasstraat voor Alzheimer. ESB Dossier Arbeidsproductiviteit in de zorg, 90, 2005, nr. 4452, p. D34-35.



## **Bijlage 6**

### **Internationale mobiliteit van beroepsbeoefenaren: migratie een oplossing voor toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector?**

#### **1 Inleiding**

Met enige regelmaat wordt in de discussie over dreigende tekorten op de arbeidsmarkt als oplossing op de mogelijkheid van meer immigranten gewezen. Niet alleen legale migranten zouden hier aan het werk (moe-ten) kunnen, maar er worden ook redenen genoemd om illegalen werk te geven. Zolang sprake is van onderontwikkeling in delen van de wereld, is illegale migratie naar Nederland en/of Europa namelijk moeilijk tegen te gaan<sup>1</sup>. In het bijzonder ook in relatie tot de vergrijzing en de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg komt veelvuldig de vraag op of een oplossing niet gevonden kan worden in het aantrekken van meer buitenlandse arbeidskrachten.

In deze bijlage wordt nagegaan wat de stand van zaken in de gezondheidszorg is. Is een actief wervingsbeleid in het buitenland een zinvolle maatregel bij (dreigende) tekorten op de arbeidsmarkt? Dat is de centrale vraag in deze bijlage. Maar eerst wordt nagegaan hoe de huidige stand van zaken is. Weten we bijvoorbeeld hoeveel buitenlandse mensen (met of zonder diploma) in de gezondheidszorg werken? Wat kunnen we verder afleiden uit (internationaal) onderzoek over internationale mobiliteit van beroepsbeoefenaren? Daarbij wordt – mede in het licht van de vraagstelling voor dit advies - een onderscheid gemaakt naar de verschillende deelarbeitsmarkten in de gezondheidszorg en worden de cijfers om die reden beperkt tot enkele beroepsgroepen: artsen, verpleegkundigen en verzorgenden.

#### **2 Verpleegkundigen en verzorgenden: stand van zaken**

Een van de grootste problemen waar men tegenaan loopt in discussies over een beleid ten aanzien van migratie van verpleegkundigen en verzorgenden is het ontbreken van betrouwbare data. Veel geciteerde bronnen in rapporten en artikelen over dit onderwerp komen uit de media, zijn anekdotisch, zijn dikwijls misleidend en niet accuraat volgens een onderzoek in opdracht van de WHO<sup>2</sup>. Ook in Nederland zijn het bijvoorbeeld televisie-uitzendingen of krantenartikelen over Zuid-Afrikaanse verpleeg-

kundigen die zonder werk en geld zitten die aanleiding geven tot een debat over de voors en tegens van buitenlandse verpleegkundigen<sup>3</sup>.

Nederlands onderzoek bevestigt het beeld van onbetrouwbare en onvolledige data en het anekdotisch karakter van de verhalen waarvan het WHO-rapport gewag maakt. “Het exacte aantal buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden dat in de Nederlandse zorgsector werkzaam is, is moeilijk te achterhalen. In diverse publicaties worden uiteenlopende getallen genoemd die verschillen al naar gelang de vraag hoe de doelgroep gedefinieerd wordt, het moment waarop gemeten wordt en de bronnen die gebruikt worden”<sup>4</sup>. Zo kwamen volgens een studie van het NIZW in 2000 en 2001 in totaal 153 mensen voor de functie verpleging naar Nederland<sup>5</sup>. In vergelijking tot bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk is dat aantal te verwaarlozen. In diezelfde periode stroomden daar 12.500 verpleegkundigen de arbeidsmarkt op. Een OSA-studie uit 2002 meldt dat van 2.800 verpleegkundigen uit de EU (of kandidaat-) lidstaten die dan in het BIG register staan ingeschreven maar 1.000 verpleegkundigen in het land van herkomst zijn opgeleid en in Nederland als verpleegkundige werken. Op basis van beschikbare data schat Roosblad het aantal buitenlandse in Nederland werkzame verpleegkundigen en verzorgenden op hooguit 2000<sup>6</sup>.

Over aantallen buitenlandse verzorgenden is (nog) minder bekend dan over verpleegkundigen. “Informatie over de arbeidsmarkt van verzorgenden blijkt moeilijk verkrijgbaar”<sup>7</sup>. Dat komt onder meer omdat het BIG-register slechts gegevens bevat over 8 beroepen<sup>8</sup>. Over verzorgenden in de individuele gezondheidszorg (vig-ers), die op basis van artikel 34 wet BIG een beschermde opleidingstitel hebben, bevat het BIG-register derhalve geen gegevens. Wel kan uit het jaarverslag van de unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid afgeleid worden dat het aantal personen uit het buitenland (zowel binnen als buiten EU) dat daarvoor een aanvraag indient, geringer is dan het aantal verpleegkundigen. In 2003 werden in totaal 33 verzoeken afgehandeld voor vig-ers en 279 voor verpleegkundigen. Overall stijgt het aantal aanvragen de afgelopen jaren. Van 490 aanvragen in 2001 via 1273 in 2003 naar 1209 in 2004.

### Aantallen afgegeven beschikkingen

2001	490
2002	761
2003	1.273
2004	1.209
2005	839

Bron: Agentschap CIBG, jaarverslag 2003 en 2005.



Het aantal aanvragen voor vakbekwaamheidsverklaringen is na een aanvankelijk stijging nu aan het dalen. Van 1209 in 2004 naar 839 in 2005. Dat komt onder meer omdat voor de werknemer, naast het mogen voeren van de titel, geen voordelen verbonden zijn aan het hebben van zo'n verklaring. Werkgevers (b)lijken in toenemende mate zelf te oordelen over de mate van geschiktheid van de kandidaat voor de openstaande vacature. Het in het buitenland behaalde diploma lijkt minder een rol te spelen. Voor werknemers uit MOE-landen<sup>9</sup> of andere niet EU-landen is (nog) wel een tewerkstellingsvergunning nodig.

Het aantal afgegeven tewerkstellingsvergunningen kan daarmee iets zeggen over belangstelling uit andere landen om in Nederland als verzorgende c.q. verpleegkundige aan de slag te gaan. Uit onderstaand overzicht van het CWI blijkt dat die aan het dalen is. Het aantal afgegeven vergunningen daalde van 501 in 2002 tot 230 in 2005. Uit de onderliggende gegevens blijkt dat de belangstelling het grootst is van mensen afkomstig uit Zuid-Afrika, Indonesië en de Filipijnen. Kleinere aantallen verzorgenden komen uit de voormalige Oostbloklanden: in 2005 uit Polen 4. Verder moet bedacht worden dat niet voor alle afgegeven vergunningen eerst een arbeidstoets wordt uitgevoerd c.q. wordt onderzocht of iemand uit Nederland of uit de andere EU-lidstaten het werk kan doen. Dat geldt in ongeveer in 50% van de aanvragen. Zo heeft iemand die hier komt studeren en stage moet lopen wel een tewerkstellingsvergunning nodig, maar kan een arbeidstoets achterwege blijven.

**Tabel 4 Aantal afgegeven tewerkstellingsvergunningen naar functie/specialiteit**

Activiteit	2005	2004	2003	2002
<b>Eindtotaal</b>	230	320	582	501
Totaal Verplegen	31	8	15	55
Totaal Verplegen: A - Algemeen	32	46	93	129
Totaal Verplegen: B - Psychiatrie	4	4	10	8
Totaal Verplegen: Z - Zwakzinnigen	1	2	3	0
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen	133	150	145	83
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: bejaarden	8	51	131	83
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: huishouden	3	15	14	12
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: kraamzorg	1	4	7	2
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: verpleging	15	35	120	116
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: ziekenhuis	0	0	34	4
Totaal Verzorgen/Helpen - Mensen: ziekenzorg thuis	2	5	10	9

Bron: CWI, 2006

Per 1 januari 2006 staan in het BIG-register 1615 verpleegkundigen met een buiten Nederland behaald diploma ingeschreven. Daarvan zijn er 791 behaald in EU/EER landen. De grootste groepen diploma's zijn behaald in België en Duitsland, respectievelijk 287 en 275. In niet EU/EER-landen zijn er 824 behaald. Onder meer 165 in Suriname, 165 in de

Filippijnen en 165 in Indonesië. Of ze ook werkzaam zijn dan wel beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt kan uit het register niet worden afgeleid.

### **3 Artsen: stand van zaken**

Gegevens over buitenlandse artsen zijn gemakkelijker te achterhalen dan over bijvoorbeeld verzorgenden. Artsen dienen immers ingeschreven te zijn in het BIG-register willen zij zich als arts kunnen presenteren.

Jaarlijks melden zich tussen de 200 en 300 artsen uit niet-Europese landen die in Nederland willen werken. Maar uit de jaarverslagen van het CIBG kan afgeleid worden dat er meer willen werken dan er worden toegelaten en kunnen worden ingeschreven in het BIG-register. Bijna de helft (45,7%) van de niet-Europese artsen die in 2002 een verzoek indienden om hun diploma gelijkwaardig te laten verklaren, kregen een afwijzende beslissing. In 2003 lag dat percentage op 52%. De landen waaruit deze aanvragen afkomstig zijn, zijn zeer divers (zie overzicht in de bijlage). In vergelijking tot andere landen zijn in deze jaren relatief veel verzoeken afkomstig uit Afghanistan, Irak, Oekraïne Polen, Rusland en Zuid-Afrika. Wanneer een diploma nagenoeg gelijkwaardig wordt bevonden, volgt een inpassingsadvies.

Na de toetreding van 10 landen tot de EU op 1 januari 2004 zijn artsen uit Oost-Europa niet massaal naar Nederland gekomen. Dat is min of meer tegen de verwachting in omdat in West-Europese landen immers meer geld te verdienen is dan in de voormalige Oostbloklanden. Er is sprake van een lichte stijging van het aantal aanvragen om ingeschreven te worden in het BIG-register en ook in andere West-Europese landen is slechts sprake van een lichte stijging<sup>10</sup>.

Over de moeizame weg naar erkenning van het artsdiploma is inmiddels veel geschreven<sup>11</sup>. Dat heeft ertoe geleid dat het kabinet besloten heeft het Besluit buitenlands gediplomeerden te wijzigen. Daarbij worden nadrukkelijker ook de kennis en ervaring die de buitenlandse arts in het land van herkomst heeft opgedaan, meegenomen in de beoordeling (zie verder bijlage). Dat zou ertoe kunnen leiden dat in de toekomst meer artsen van buiten de EER ruimte kunnen worden ingeschreven.

Het BIG-register heeft op 01-01-2006 2181 artsen ingeschreven op grond van een buiten Nederland gehaald diploma. Daarvan zijn er 1960 die het diploma behaald hebben in een EU/EER-land, 221 daarbuiten. Bij de artsen met een buitenlands diploma afkomstig uit EU-landen moet bedacht worden dat het voor een belangrijk deel gaat om Nederlanders

die hun diploma in België behaald hebben: 1255<sup>12</sup>. Ook hier geldt – net als voor verpleegkundigen – dat uit het register niet kan worden afgeleid of ze werkzaam zijn dan wel beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.

## **4 Emigratie**

Sinds kort vertrekken meer mensen uit Nederland dan er binnenkomen. In 2004 verlieten meer dan 112.000 ingezetenen Nederland, 90.000 kwamen het land binnen. De emigratiegroep bestaat uit mensen die terugkeren naar hun moederland (bijvoorbeeld Turkije), mensen die tijdelijk naar het buitenland gaan om te werken of te studeren en uit mensen die definitief vertrekken. Het aantal emigranten was in 2004 met 49.000 het hoogst sinds 1954<sup>13</sup>. Gegevens over hoeveel beroepsbeoefenaren werkzaam in de gezondheidszorg zich in die groep bevinden, zijn niet voorhanden<sup>14</sup>.

Het BIG-register bevat evenmin gegevens die inzicht kunnen verschaffen over beroepsbeoefenaren werkzaam in de gezondheidszorg die emigreren. Het register registreert woonadressen in het buitenland, maar of ze werken en hoe lang ze bijvoorbeeld in het buitenland verblijven kan uit het register niet worden afgeleid. Wanneer iemand weer terugkomt in Nederland kan uit de gegevens niet meer worden afgeleid dat iemand bijvoorbeeld 10 jaar in het buitenland heeft gewerkt.

## **5 Is een actief wervingsbeleid in het buitenland een zinvolle maatregel bij (dreigende)tekorten op de arbeidsmarkt?**

Het aandeel van de buitenlandse artsen, verpleegkundigen en verzorgenden op het totaal van de aanwezige beroepsbeoefenaren is beperkt, zo blijkt uit bovenstaande cijfers. Bij artsen gaat het om minder dan 1% van het totaal ingeschreven artsen, bij verpleegkundigen (en verzorgenden) om maximaal 0,5%<sup>15</sup>.

Zou een actiever wervingsbeleid hier verandering in kunnen brengen? Drie vragen zijn daarbij van belang. In de eerste plaats of er tekorten dreigen. In de tweede plaats welke argumenten/overwegingen (naast tekorten) een rol spelen in de afweging al dan niet in het buitenland (te gaan) werven. In de derde plaats of het kabinetsbeleid een actief wervingsbeleid in de weg zou staan. Hieronder worden deze vragen beantwoord.

## 5.1 Artsen

### *Geen dreigende tekorten bij artsen*

Op dit moment is geen sprake van dreigende tekorten. Volgens het Capaciteitsorgaan zijn vraag en aanbod van artsen in 2005 redelijk goed in evenwicht. De achterstand die er in 2000 nog was, is weggewerkt. Rekening houdend met (bescheiden) effecten van taakherschikking, een grotere instroom van artsen dan verwacht uit EU-landen en een toename van de zij-instroom in de opleiding geneeskunde wordt het mogelijk geacht de instroom in de opleiding geneeskunde terug te brengen van 2850 naar 2540 per jaar. De minister is echter van mening dat het gewenst is de instroomcapaciteit voor de initiële opleiding niet te verlagen. Hij acht een zeker overschot nodig vanuit het oogpunt van marktwerking en om stabiliteit in het stelsel van opleidingen en op de arbeidsmarkt te waarborgen<sup>16</sup>.

### *Artsen (werkzaam) in de care*

Ook bij de grootste groepen artsen die met de problematiek van de care-sector in aanraking komen, huisartsen, verpleeghuisartsen en revalidatieartsen, bestaan geen tekorten. Vanuit een landelijk perspectief bestaan er volgens het Capaciteitsorgaan geen tekorten bij huisartsen, ook worden voldoende verpleeghuisartsen opgeleid en worden er meer revalidatieartsen opgeleid dan nodig is gezien de geraamde vraag<sup>17</sup>. Wel is bekend dat het aandeel allochtone artsen in opleiding tot verpleeghuisarts stijgt<sup>18</sup>.

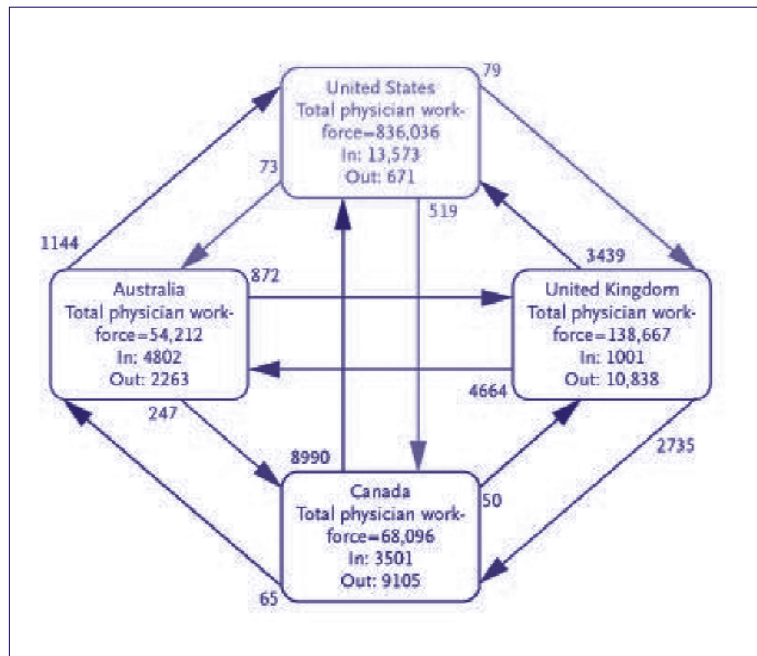
### *Andere overwegingen*

Op dit moment is er dus geen aanleiding om een actief wervingsbeleid voor buitenlandse artsen te overwegen omdat toekomstige tekorten zich nu niet aftekenen. De vraag is ook of het een succesvol instrument zou kunnen zijn.

In de eerste plaats zijn ook in andere landen tekorten. Hoewel het aantal artsen per hoofd van de bevolking in de (Europese) landen uiteenloopt, wordt in veel landen een tekort aan artsen als een punt van zorg genoemd in een recent rapport van de OECD<sup>19</sup>.

In de tweede plaats lijkt Nederland vanwege de taal in het nadeel als het zou moeten concurreren met andere landen. Engelssprekende landen zullen voor buitenlandse artsen die elders willen werken alleen al om die reden aantrekkelijker zijn. Zo blijken er aanzienlijke stromen van artsen tussen landen als Australië, de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk.

**Figuur 1**



Bron: NEJM, 2005.

En taal blijft een essentiële rol spelen in de communicatie met patiënten, zeker ook in de care.

“Daar is op de eerste plaats het taalprobleem. Ik weet uit ervaring dat je IQ zo’n dertig punten daalt als je een taal in moet die je niet voldoende beheerst. Dertig punten is een hele duik en het is maar de vraag of je intelligentie zich dan nog zo ver boven het maaiveld bevindt dat je tot enig overzicht in staat bent waar het gaat om het leven van je patiënt”. “Een ander taalprobleem duikt op bij het verzorgen van correspondentie. Om reflexmatige minachting bij verwijzing te voorkomen schrijven sommige buitenlandse artsen een kort excuus voor schriftelijke onhandigheid onderaan hun brief”.

*Uit: B. Keizer. Porseleinen kast. Medisch contact nr. 29/30 22 juli 2005, pag. 1213-1215.*

In de derde plaats verdienen naast arbeidsmarktoverwegingen (vrij verkeer van werknemers, flexibiliteit op de arbeidsmarkt) ook volksgezondheidsoverwegingen de aandacht. De exodus van artsen van arme naar rijke landen brengt volgens Chen en Boufford gevaren voor de gezondheid van de wereldbevolking met zich mee<sup>20</sup> Mullan die de internationale mobiliteit heeft gekwantificeerd, noemt als bedreiging onder meer het

teruglopend vermogen van de ontwikkelingslanden om adequaat te reageren op HIV-infecties en aids. Verder wijst hij erop dat ook volksgezondheidsbelangen in het Westen op het spel staan omdat bijvoorbeeld vogelgriep en SARS deskundigheid ter plekke vereisen om de ziekte te kunnen opsporen, diagnosticeren en behandelen<sup>21</sup>.

In de vierde plaats lijken (internationaal) naast arbeidsmarktredenen ook ethische overwegingen een rol te spelen. Zo is in een aantal van de Engelssprekende landen als het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Canada van de werkzame artsen meer dan 20% in het buitenland opgeleid, waaronder een aanzienlijk aantal afkomstig uit ontwikkelingslanden. Dat heeft geleid tot vragen over de 'brain drain' uit die landen en tot krantenkoppen als 'devastating exodus'<sup>22</sup>. Ook het eerder genoemde OECD-rapport wijst hierop. Door internationale migratie kan de flexibiliteit van arbeidsmarkten voor artsen en andere professionals in de gezondheidszorg in ontvangende landen weliswaar toenemen, maar dat geeft ook aanleiding tot ernstige bezorgdheid over de brain-drain wanneer er langdurig sprake is van netto personeelstromen van lagere inkomenslanden naar hogere inkomenslanden, aldus het OECD-rapport.

## 5.2 Verpleegkundigen en verzorgenden

### *Dreigende tekorten bij verpleegkundigen en verzorgenden*

Voor met name de verpleging en verzorging worden op de wat langere termijn (en bij een aantrekkende economie ook al op de kortere termijn) tekorten verwacht<sup>23</sup>. Alle rapporten van de afgelopen tijd met ramingen over de arbeidsmarkt spreken van omvangrijke tekorten bij ongewijzigd beleid. Het is ook de reden voor de adviesaanvraag aan de RVZ.

### *Andere overwegingen*

In het verleden hebben bij periodes van tekorten wervingsacties in het buitenland plaatsgevonden. Onderzoek wijst uit dat dit niet altijd even succesvol is verlopen.

In de eerste plaats zou men dus kunnen kijken naar de effectiviteit van de inspanningen. NYFER concludeert dat het werven van verpleegkundigen weinig effect heeft gehad. Zo zouden veel Zuid-Afrikaanse verpleegkundigen niet aan het werk komen of weer snel naar huis gaan. Daarbij wijzen de onderzoekers er op dat ook in andere landen de inpassing van buitenlandse verpleegkundigen moeizaam gaat<sup>24</sup>. Ook Roosblad wijst op het grote verloop door de tijdelijke tewerkstelling. Bovendien wijst ze op het geringe percentage als totaal van het aantal in Nederland werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (0,5%). In de Verenigde Staten is het aandeel verpleegkundigen dat het diploma in het buiten-

land behaalde 6%, in het Verenigd Koninkrijk ruim 8% en in Australië 26%<sup>25</sup>. Tot nu toe, zo moet de conclusie zijn, gaat het niet om substantiële aantallen die een verschil maken bij ernstige tekorten op de arbeidsmarkt.

In de tweede plaats veronderstelt werving in het buitenland dat daar overschotten zouden bestaan. Dat is niet het geval. Voor veel landen worden tekorten voorspeld. Zo zien ook landen als het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten zich genoodzaakt wegens (dreigende) tekorten te werven in het buitenland. Veer, et al. zien mogelijkheden om in Bulgarije, Roemenië, Polen, Malta en Slovenië te werven<sup>26</sup>.

In de derde plaats blijkt de taal een struikelblok. De Nederlandse taal vormt voor mensen met een buitenlands diploma het meest genoemde knelpunt bij het zoeken naar werk. Ook als men eenmaal werkt, blijft de taal vaak een obstakel<sup>27</sup>.

In de vierde plaats is de arbeidsmarkt voor verpleging en verzorging sterk regionaal bepaald. Tekorten in Amsterdam worden niet gemakkelijk opgelost als er overschotten bestaan in Groningen. De mobiliteit van verpleegkundigen en verzorgenden in eigen land is al niet groot. Dat lijkt samen te hangen met privé-omstandigheden. Dat is in overeenstemming met de weinige onderzoeksgegevens die bekend zijn over de interesse van buitenlands gediplomeerden om in andere landen te gaan werken. Die geven aan dat privéredenen veruit de belangrijkste zijn. Voor verpleegkundigen was dat in 60% van de gevallen de belangrijkste reden, voor verzorgenden was de belangrijkste reden in alle gevallen een huwelijk met een Nederlandse man. Redenen als goede carrièremogelijkheden of uitdaging om in een ander land te werken, scoren beduidend lager zodat men zich de vraag kan stellen of de arbeidsmarkt voor verpleging en verzorging wel gevoelig is voor internationale wervingscampagnes.

Voor de verzorging komt daar nog bij dat het beroep van verzorgende niet in alle landen een erkend beroep is. Dat maakt werving in het buitenland lastig.

### **5.3 Kabinetsbeleid ten aanzien van arbeidsmobiliteit**

Hoewel grote internationale verschillen in welvaart, beloning en werkloosheid niet leiden tot een omvangrijke arbeidsmobiliteit tussen de lidstaten vraagt het kabinet de SER in 2000 hoe belemmeringen voor arbeidsmobiliteit kunnen worden weggenomen. Arbeidsmobiliteit kan immers bijdragen aan verdergaande Europese integratie en betere allocatie van arbeid in Europa<sup>28</sup>.

De SER constateert in 2002 dat het wegnemen van belemmeringen nog geen toename van de feitelijke mobiliteit garandeert. Zo blijken mobiliteitsstromen in de EU door een aantal oorzaken nauwelijks gevoelig voor werkloosheidsverschillen. Verder constateert de SER dat migratie in het algemeen geen oplossing voor vergrijzing biedt. Om de afname van de groei van de bevolking en de verschuiving in de leeftijdsopbouw van de bevolking blijvend te compenseren, zouden steeds meer migranten nodig zijn, wat uiteindelijk tot absurde aantallen zou leiden. De sectorspecifieke knelpunten die ontstaan door afname van de groei van de beroepsbevolking moeten volgens de SER bij voorkeur opgelost worden door de oplossingen te zoeken binnen het bestaande prioriteitgenietend aanbod in Nederland en de EU<sup>29</sup>. Dat laatste wil zeggen dat eerst gekeken zou moeten worden of binnen de EU geschikt en beschikbaar arbeidsaanbod aanwezig is om de vacatures te vervullen.

Het kabinet is het met de SER eens dat belemmeringen voor arbeidsmobiliteit zoveel mogelijk weggenomen moeten worden om de potentiële arbeidsmobiliteit in de EU te vergroten. Evenals de SER merkt het kabinet in zijn reactie op het advies op dat de arbeidsmobiliteit binnen EU-landen beperkt is, terwijl binnen deze landen nauwelijks belemmeringen zijn op het gebied van taal, cultuur en instituties. Ook tussen de EU-lidstaten wordt weinig arbeidsmobiliteit waargenomen<sup>30</sup>.

In het kader van de uitbreiding van de EU op 1 mei 2004 met tien nieuwe lidstaten heeft het kabinet onderzocht of er aanleiding is af te wijken van de verplichting van het per 1 mei 2006 implementeren van het beginsel van het vrije verkeer van werknemers. Het kabinet komt tot de conclusie dat er onvoldoende aanleiding is om geen volledig vrij verkeer van werknemers in te voeren. Wel wil het de ontwikkelingen nauwgezet volgen omdat er veel onzekerheden zijn rond het precieze aantal immigranten en in de ramingen van de te verwachten arbeidsmigratie. Daartoe wordt de tewerkstellingsvergunning in stand gehouden, maar vervalt de arbeidsmarkttoets (de toets van op de beschikbaarheid van prioriteitgenietend arbeidsaanbod binnen de EU/EER) als die door werkgevers voor werknemers uit de toetredende MOE-landen<sup>31</sup> wordt aangevraagd<sup>32</sup>.

Geen tewerkstellingsvergunning is nodig als men als zelfstandige ondernemer aan de slag gaat. Dat zou de reden zijn dat sprake is van een aanzienlijke toename van het aantal inschrijvingen bij de Kamer van Koophandel sinds uitbreiding van de Europese Unie met tien landen. Een Poolse loodgieter kan niet zonder tewerkstellingsvergunning in loondienst zijn, maar wel een eigen loodgietersbedrijf beginnen. In de regio Haaglanden maakten Oost-Europeanen 5% uit van het aantal nieuwe ondernemingen en die trend heeft zich in 2005 voortgezet<sup>33</sup>. Inmiddels heeft het kabinet besloten op 1 januari 2007 de grenzen te



openen voor werknemers uit de nieuwe EU-lidstaten, maar de Tweede Kamer wil voorlopig nog de tewerkstellingsvergunning (voor bepaalde sectoren) handhaven.

Afgaand op het aantal inschrijvingen van beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma in het BIG-registers c.q het aantal tewerkstellingsvergunningen is die trend nog niet aan de orde in de gezondheidszorg. Wel komt het voor dat beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma in Nederland werken zonder ingeschreven te zijn (en dus ook niet de titel mogen voeren). In het buitenland opgeleide tandartsen werken dan bijvoorbeeld in de (buiten)praktijk van een Nederlandse collega. Over de omvang van deze groep zijn gegevens beschikbaar.

#### **5.4 Conclusies**

De gegevens overziend moet de conclusie zijn dat migratie niet de oplossing is voor de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector. Daarvoor zijn meer redenen.

In de eerste plaats worden internationaal als gevolg van de vergrijzing in alle (Europese) landen tekorten op de arbeidsmarkt verwacht voor zowel verpleegkundigen als artsen. Nederland moet dan ten opzichte van andere landen in velerlei opzichten wel bijzonder aantrekkelijk zijn, wil het met andere landen kunnen concurreren. Engelstalige landen zullen waarschijnlijk in het voordeel zijn als men buitenlandse artsen of verpleegkundigen (eventueel ook van buiten de EU) wil aantrekken. Ook salaris zal in die concurrentie een rol spelen, zo bleek bij de vorige periode van tekorten voor verpleegkundigen. “De minister merkt vervolgens op dat wel degelijk is geprobeerd om verpleegsters te werven in andere lidstaten en meer in het bijzonder in Beieren. Deze verpleegkundigen bleken echter niet geïnteresseerd in een baan in Nederland, omdat het beloningsniveau in Duitsland hoger ligt dan in Nederland<sup>34</sup>”.

Over verzorgenden in andere landen zijn weinig gegevens beschikbaar. Een complicerende factor voor een actief wervingsbeleid in het buitenland is dat het vak verzorgende in landen een verschillende inhoud en betekenis heeft. Dat maakt het lastig gericht te werven.

In de tweede plaats – en dat geldt in het bijzonder voor de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden – blijkt de arbeidsmarkt sterk regionaal bepaald. In Europa is de feitelijke mobiliteit nu al beperkt, ook als er geen of weinig taal of culturele belemmeringen zijn. Dat is bijvoorbeeld de situatie tussen Nederland en Vlaanderen. Er zijn geen grote verschuivingen in aantallen artsen en verpleegkundigen en toch is het salaris van bijvoorbeeld de Nederlandse huisarts beduidend

hoger dan van zijn Belgische collega en zijn er in België beduidend meer huisartsen.

In de derde plaats geldt meer in zijn algemeenheid dat migratie niet als een goede oplossing wordt gezien voor tekorten op de arbeidsmarkt. Zo noemt de WRR een aantal bezwaren om bij een krappe arbeidsmarkt het instrument van arbeidsmigratie weer in te zetten. Wel zou tijdelijke migratie te overwegen zijn in specifieke sectoren, zolang het probleem een overduidelijk tijdelijk karakter heeft en men de duur van de tewerkstelling contractueel duidelijk vastlegt en consistent naleeft. Het verleden heeft immers geleerd dat veel immigranten die naar Nederland kwamen met het idee dat dit tijdelijk zou zijn, zich hier permanent hebben gevestigd<sup>35</sup>. Ook de SER ziet in migratie geen oplossing.

Dat over het vraagstuk van migratie overigens nog niet het laatste woord gezegd is, blijkt uit een oproep van oud-premier Lubbers in de Volkskrant (januari 2006). Hij acht het hoog tijd voor een nieuw migratiebeleid. Daarbij wijst hij op een rapport van de Global Commission on International Migration waarin wordt geconstateerd dat zowel de aard als de omvang van de migratie wezenlijk zijn veranderd. De inzet zou moeten zijn om de mogelijkheden van migranten op een positieve wijze te benutten. Het kabinet heeft aangekondigd in het voorjaar van 2006 met een notitie te komen waarin de contouren worden geschetst van een modern migratiebeleid. Daarin zal de vraag beantwoord worden welke migranten Nederland wel en niet moet willen toelaten, en waarom<sup>36</sup>.

Een standpunt over het migratiebeleid valt buiten de reikwijdte van dit advies, maar een ruimerhartig toelatingsbeleid biedt wellicht meer mogelijkheden voor mensen om aan de slag te gaan in ondersteunende diensten, bijvoorbeeld in de schoonmaakbranche en boodschappenservice c.q. een markt voor de persoonlijke dienstverlening. Daardoor kan de zorg anders aangeboden worden wat zou kunnen leiden tot uitstel dan wel een minder beroep op zorg van professionele hulpverleners in het zorgdomein. Om die reden moeten in ieder geval zo weinig mogelijk belemmeringen opgeworpen worden voor mensen die aan de slag willen.

Wel is het uit een oogpunt van volksgezondheid en patiëntenzorg van belang voor een aantal beroepen (voorlopig) vast te houden aan opleidings- en kwaliteitseisen. Zo blijkt uit internationaal onderzoek verband te bestaan tussen de mate van deskundigheid van verpleegkundigen en mortaliteit, comorbiditeit en patiëntveiligheid<sup>37</sup>.

## De Wet BIG en migratie

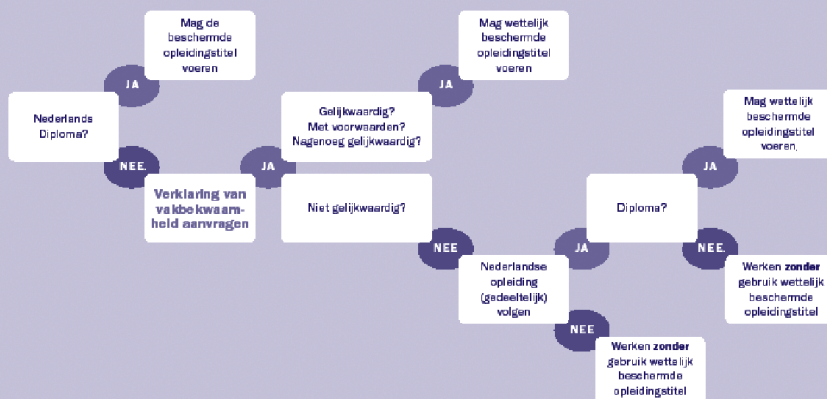
Iedereen die werkzaam is in de individuele gezondheidszorg, valt onder de werking van de Wet BIG. De wet regelt een beperkt aantal beroepen. De opleidingseisen en het deskundigheidsgebied van deze beroepen liggen vast. Alleen wie voldoet aan de wettelijk vastgestelde eisen, mag een beschermde beroeps- of opleidingstitel voeren. Met het voeren van een beschermde titel geeft de beroepsbeoefenaar aan deskundig te zijn op een bepaald gebied van de gezondheidszorg.

De Wet BIG maakt bij het regelen van de verschillende beroepen een onderscheid. Er zijn twee regelingen: een 'lichte' en een 'zware' regeling. Voor de beroepsbeoefenaren van de 'zware' regeling op basis van artikel 3 gelden naast de vastgestelde opleidingseisen en deskundigheidsgebied ook een wettelijke registratie en tuchtrecht. Voor de beroepsbeoefenaren van de 'lichte' regeling op basis van artikel 34 zijn alleen de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied geregeld. Een beroepsbeoefenaar met een artikel 34-diploma behaalt aan een erkende Nederlandse opleidingsinstelling mag op grond daarvan de beschermde opleidingstitel voeren, een beroepsbeoefenaar met een artikel 3-diploma mag pas na registratie in het BIG-register de beschermde beroepstitel voeren.

Artikel 3	Artikel 34
Apotheker	Apothekersassistent
Arts	Diëtist
Fysiotherapeut	Ergotherapeut
Gezondheidszorgpsycholoog	Huidtherapeut
Psychotherapeut	Logopedist
Tandarts	Mondhygiënist
Verloskundige	Oefentherapeut Cesar
Verpleegkundige	Oefentherapeut Mensendieck
	Orthoptist
	Optometrist
	Podotherapeut
	Radiodiagnostisch laborant
	Radiotherapeutisch laborant
	Tandprotheticus
	Verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er)
	Huidtherapeut

Bij de beoordeling van een buitenlands diploma is het belangrijk te weten of het een diploma betreft dat in een EER-land of Zwitserland is behaald. Binnen Europa zijn namelijk voor een aantal beroepen afspraken gemaakt. De Economische Europese Ruimte (EER) bestaat uit de huidige EU-landen en Noorwegen, IJsland en Liechtenstein. Zwitserland heeft met de EER een associatieverdrag gesloten. Voor wat betreft het onderling erkennen van beroepsbeoefenaren geldt voor aanvragen uit Zwitserland dezelfde procedure als voor aanvragen uit de EER-landen.





### Kennis- en vaardigheidstoets voor beroepsbeoefenaren van buiten de EER

Op 22-12 –2005 heeft de Ministerraad op voorstel van minister Hoogervorst ingestemd met wijziging van het Besluit buitenslands gediplomeerden. Met de wijziging kan de Commissie buitenslands gediplomeerden volksgezondheid bepalen dat beroepsbeoefenaren van buiten de Europees Economische Ruimte een kennis- en vaardigheidstoets moeten afleggen. Er wordt gestart met een toets voor artsen. Voor verpleegkundigen en tandartsen zijn de toetsen in ontwikkeling. Of voor alle beroepen een toets wordt ontwikkeld, hangt af van het aantal gegadigden binnen de beroepsgroep. De kosten van de toets zullen per beroepsgroep verschillen. Deze dienen door de buitenslands gediplomeerde voorafgaand aan de toets te worden voldaan.

Tot deze wijziging is besloten omdat blijkt dat de vergelijking van buitenlandse getuigschriften met de vereiste Nederlandse getuigschriften problemen oplevert. Ook de opgedane competenties tijdens het uitoefenen van het beroep blijken moeilijk te beoordelen. Door het afleggen van de toets kan de kennis van een buitenslands gediplomeerde op een zo objectief mogelijke wijze worden beoordeeld. De kennis van de Nederlandse taal en van het Nederlandse zorgstelsel zullen een onderdeel zijn van de toets, voor zover deze noodzakelijk zijn voor het werken binnen de gezondheidszorg. Bij een niet toereikend kennis- en vaardigheidsniveau zal een gericht studieadvies worden gegeven.

De opzet hiervan is de overgang naar een aanvullende opleiding zo snel en efficiënt mogelijk te laten verlopen.

## Noten

- <sup>1</sup> [www.stichtingbmp.nl](http://www.stichtingbmp.nl)
- <sup>2</sup> International nurse mobility. Trends and policy implications. WHO/EIP/OSD/2003.3
- <sup>3</sup> Bijvoorbeeld: uitzending van Nova tv op 20 oktober 2005: Luzac beschuldigd van moderne slavernij en 'Huis Filipijnse verpleegsters leeggehaald' in de Volkskrant van vrijdag 18 november 2005.
- <sup>4</sup> Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgende in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector. Judith M. Roosblad. Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies. Mei 2005.
- <sup>5</sup> Arbeidsmigratie door verpleegkundigen naar Nederland. NIWZ
- <sup>6</sup> Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgende in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector. Judith M. Roosblad. Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies. Mei 2005.
- <sup>7</sup> Veer, de A.J.E., et al. Grenzen geslecht? Ervaringen van en met zorgpersoneel uit EU-(kandidaat) lidstaten. OSA-publicatie ZW32, augustus 2002.
- <sup>8</sup> Het BIG-register registreert artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen fysiotherapeuten, verloskundigen en psychotherapeuten.
- <sup>9</sup> MOE-landen: landen uit de Midden- en Oost-Europese landen die in 2004 lid zijn geworden van de EU: Estland, Letland, Litouwen, Polen, Tsjechoë, Slowakije, Hongarije en Slovenië.
- <sup>10</sup> Artsen uit Oost-Europa niet massaal naar Nederland. Nieuwsreflex. Medisch Contact, nr. 29/30 22 juli 2005, pag. 1198.
- <sup>11</sup> Zie bijvoorbeeld: De moeizame weg naar erkenning. Ingrid Lutke Schipholt. Medisch Contact jaargang 55 nr. 33/34 - 18 augustus 2000. En Frustraties en bureaucratie. M. Melchior Medisch Contact. Nr.16, 22 april 2005, pagina 652-654.
- <sup>12</sup> Mondelinge mededeling A. Duivesteijn, voorlichter BIG-register.
- <sup>13</sup> Nederlanders over de grens. Han Nicolaas en Arno Sprangers. Demos, jaargang 21, nr.4, april 2005.
- <sup>14</sup> Navraag bij de auteur van artikel Nederlanders over de grens.
- <sup>15</sup> Arbeid in Zorg en Welzijn 2005. Prismant, Utrecht.
- <sup>16</sup> Brief aan de Tweede Kamer, 18 januari 2006, IBE/BO-2645810.
- <sup>17</sup> Capaciteitsplan 2005.
- <sup>18</sup> Hoek, J.F. c.s. Vroeg gestruikeld. Medisch contact nr. 29/30, 22 juli 2005, pag 1208-1211.
- <sup>19</sup> Health at a Glance - OECD indicators 2005.

- <sup>20</sup> Lincoln C. Chen, M.D., and Jo Ivey Boufford, M.D. Fatal Flows - Doctors on the Move. The New England Journal of Medicine. Volume 353: 1850-1852 October 27, 2005.
- <sup>21</sup> Fitzhugh Mullan, M.D. The Metrics of the Physician Brain Drain The New England Journal of Medicine. Volume 353: 1810-1818 October 27, 2005.
- <sup>22</sup> Devastating exodus of doctors from Africa and Caribbean is found. Celis W. Dugger. New York Times. October 27, 2005.
- <sup>23</sup> Arbeid en Zorg en Welzijn 2005. Prismant.
- <sup>24</sup> Faber, Jasper en Dianne van Oosterhout. 2003. Bouwstenen voor een nieuw arbeidsmarktbeleid. NYFER. Breukelen.
- <sup>25</sup> Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgende in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector. Judith M. Roosblad. Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies. Mei 2005.
- <sup>26</sup> Veer, de A.J.E., et al. Grenzen geslecht? Ervaringen van en met zorgpersoneel uit EU-(kandidaat) lidstaten. OSA-publicatie ZW32, augustus 2002.
- <sup>27</sup> Veer, de A.J.E., et al. Grenzen geslecht? Ervaringen van en met zorgpersoneel uit EU-(kandidaat) lidstaten. OSA-publicatie ZW32, augustus 2002.
- <sup>28</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XV, nr. 59.
- <sup>29</sup> EU en vergrijzing. SER, 2002.
- <sup>30</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XV, nr. 59.
- <sup>31</sup> MOE-landen: landen uit de Midden- en Oosteuropese landen die in 2004 lid zijn geworden van de EU: Estland, Letland, Litouwen, Polen, Tsjechië, Slowakije, Hongarije en Slovenië.
- <sup>32</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 407, nr. 1.
- <sup>33</sup> Bij 'n baas mag niet, zelf iets beginnen wel. Volkskrant 5 januari 2006, pag. 2.
- <sup>34</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 026, nr. 2.
- <sup>35</sup> WRR Nederland als immigratiesamenleving. Sdu Uitgevers, Den Haag, 2001.
- <sup>36</sup> Evaluatie Kennismigrantenregeling. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 300 VI, nr. 112.





## Bijlage 7

### Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	Beroepsbegeleidende Leerweg
BOL	Beroepsopleidende Leerweg
BZK	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBG	Commissie Gelijke Behandeling
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CPB	Centraal Planbureau
CVA	cardiovasculair accident
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DBC's	diagnose behandel combinaties
EER	Economische Europese Ruimte
EU	Europese Unie
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MOE-landen	landen uit de Midden- en Oost-Europese landen die in 2004 lid zijn geworden van de EU: Estland, Letland, Litouwen, Polen, Tsjechië, Slowakije, Hongarije en Slovenië
OCW	ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWI	Raad voor Werk en Inkomen
SEO	Stichting voor Economisch Onderzoek
SER	Soiaal Economische Raad
SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
V&V	Verpleging en Verzorging
VIG-er	Verzorgende in de individuele gezondheidszorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBL	Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij arbeid, beroep en beroepsonderwijs
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZVW	Zorgverzekeringswet



## Bijlage 8

### Literatuur

Aiken, L., et al. Trends in International Nurse Migration. *Health Affairs*, 23, 2004, no. 3, P. 68-77.

Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. *De verzorging van morgen*. Utrecht: AVVV, 2006.

Andalo, D. NHS staff: the issue explained. *Guardian Unlimited*, 2005, p. 1-3.

Arcares. Toetsingskadervoor Verantwoorde Zorg. Een operationalisatie van het Visiedocumenten Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&W. Utrecht: Arcares, 2005.

Becker, H.M. *Levenskunst op leeftijd*. Delft: Eburon, 2004.

Brush, B.L., J. Sochalski en A.M. Berger. Imported Care: Re-cruiting Foreign Nurses To U.S. Health Care Facilities. *Health Affairs*, 23, 2004, no. 3, p. 78-87.

Buchan, J. and L. Calman. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. *OECD Health Working Papers No. 17*

Callahan, C.M., et al. Capaciteitsorgaan. Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000-2004-2012. Een tussenrapportage met beleidsscenario's. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2004.

Callahan, C.M., et al. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. *JAMA*, 295, 2006, no. 18, p. 2148-2157.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2005.

Carmichael, F en S. Charles. The opportunity costs of informal care: does gender matter. *Journal of Health Economics*, 22, 2003, p. 781-803.

Carvel, J. Nursing's image is given a dose of video reality. *Society Guardian Unlimited*, 2005, p. 1-2.

Centraal Planbureau. Reinventing the Welfare State. Den Haag: CPB, 2006.

Centre for Process Management and Simulation. Vatbaar voor innovaties. Resultaten van twee workshops over de adoptie van innovaties in de gezondheidszorg. Delft CPS, 2005.

Centrum voor Werk en Inkomen. Arbeidsmarktprognose 2005-2010. Amsterdam: CWI, 2005.

College bouw zorginstellingen. Onderzoek bouwbehoefte verpleging en verzorging 2006-2013. Utrecht: Cbz, 2006.

Commissie Gelijke Behandeling. Seniorenregelingen als onderdeel van leeftijd(fase)bewust personeelsbeleid: Utrecht: CGB , 2006.

Commissie Technologie, Zorg en Opleidingen. Techniek met Zorg, eindrapportage. Utrecht: TZO, 2004.

De InformatieWerkPlaats. Samen zorgen voor jezelf, een nationale infrastructuur voor zorginformatie. Den Haag: De InformatieWerkPlaats, 2005.

Depla, M. Community-based care for older people with severe mental illness. Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2004.

De Vijfde Dimensie. Domotica voor dementerenden. Amersfoort: De 5<sup>de</sup> Dimensie, 2006.

Dijk, H. van en C. Friesema. Tien tips voor werkgevers: bouwstenen voor goed werkgeverschap. ZorgVisie/hrm-special, 2006, p. 1-3.

Eggen, P. Zonder integratie technologie geen woonzorgzones. Z&C, 2004, p. 3-6.

ELSEVIER Gezondheidszorg en Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland. Maarssen; Utrecht ELSEVIER: LEVV, 2004.

Energie Bouwfysica Milieu Consult. Businesscase grootschalige uitrol domotica-diensten. Arnhem: EBM Consult, 2004.

Essen, van G., et al. Arbeid in zorg en welzijn. Tilburg: OSA, 2002.

Ettner, S.L. The impact of "Parent Care" on Female Labor Supply Decisions. Demography, 32, 1995, no. 1, p. 63-80.

Europese Commissie. Goed op weg met breedband. Handreiking voor gemeenten, provincies en woningcorporaties, 2006.

Freeband. Opportunities for we-centric service bundling in dementia care. Enschede: Freeband, 2005.

Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Preventie biedt perspectief. Amersfoort, GGZ Nederland, 2005.

Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: GR, 2005.

Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: GR, 2002.

Golsteijn, D. Kennis over ICT koppelen aan kennis over handicap. IRV nieuwsbrief, 2005, no. 1, p. 5.

Goudriaan, R., et al. Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Den Haag: APE, 2005.

Goudriaan, R. et al. Achtergrondrapport bij Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Den Haag: APE, 2005.

Griffin, J.E. en T. Wade. Offering "An Apple a Day" Through Technologie. Gordian Health Solutions Inc, 2005

Grip, A. en I. Sieben. The effects of human resource management on small firms productivity and employees wages. Applied Economics, 2005, no. 37, p. 1047-1054.

Haftensdóttir, T.B. Neurodevelopmental treatment. Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2003.

Haftensdóttir, T.B., et al. NDT werkt niet - hoe nu verder. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 116, 2006, no 3, p. 38-43.

Hartlief, T. Oordelen over juridische onderzoek anno 2006. NJB, 81, 2006, no. 8, p. 420423.

Health Management Forum. De expertise van koplopers. Overdracht van 'best practices' in behoud van personeel in de zorgsector. Leiden: hmf, 2005.

Health Management Forum. Leefstijl, gezondheid en eigen verantwoordelijkheid. Leiden, hmf, 2005.

Health Management Forum. Toekomst zorgtechnologie.  
Leiden: hmf, 2005.

Heemskerk, M. Leeftijdscriminatie bedreigt arbeidsvoorwaarden.  
NJB, 81, 2006, no. 8, p. 412-419.

Hordijk, H. et al. Geriatrische verpleegkundige zorg tussen eerste en tweede lijn. Tijdschrift voor Verpleegkundigen - Special september 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verantwoorde zorg en personele consequenties. Den Haag: IGZ 2004.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren. Resultaten inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshuis en thuiszorg. Den Haag: IGZ, 2006.

Interdepartementale Commissie Marktordering. Tot zorg geprikkeld. Eindrapport van de ICM werkgroep Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. Den Haag: ICM, 2005.

Impulscommissie Breedband. Naar een nationale strategie voor breedband. Utrecht, 2004.

Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing. Arbeid, Zorg en Technologie. Groningen: KITTZ, 2001.

Maasen van den Brink, H. Nationale Mantelzorglezing 2005. Mantelzorg op waarde geschat. Uitgesproken op 28 april 2005.

Miesen, B. Dement: Zo gek nog niet. Utrecht/Antwerpen, 1992.

Miesen, B. Het Alzheimer Café. Lifetime. Utrecht/Antwerpen, 2002.

Ministerie van Binnenlandse Zaken. Arbeidsmarktmonitor Rijk. Den Haag BiZa, 2005.

Natsem University of Canberra. Who's going to care? Informal care and an ageing population. Canberra: Natsem University, 2004.

Nederlands Instituut van Psychologen. De GZ-psycholoog in beeld. Amsterdam: NIP, 2001.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Een EErvoor de Wmo. Utrecht: NIZW EIZ, 2005.

Nivel. Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Nivel, 2004.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. D'n Aok op koers, wie volgt? Utrecht: NIZW, 2004.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Rollen en competenties van de hbo-verpleegkundige in het verpleeghuis. Utrecht: NIZW, 2005.

NYFER. Bouwstenen voor een nieuw arbeidsmarktbeleid in de zorgsector. Breukelen: NYFER, 2003.

OECD. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. Paris: OECD, 2004.

O'Neill, E., J.A. Seago. Meeting the Challenge of Nursing and the Nation's Health. JAMA, vol. 288, No. 16, October 23, 2002.

Osté, J. en R.-M. Droës. Een ontmoetingscentrum voor Surinamers met dementie en hun mantelzorgers: ontwikkeling en implementatie van cultuurspecifieke gecombineerde ondersteuning. Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, no. 36, 2005.

Pasch, T. van de. Zelfbewustzijn. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 115, 2005, no. 11, p. 3.

Plantenga, J., et al. Arbeidsmarktparticipatie en de kosten van kinderopvang. ESB, 90, 2005, no. 4455, p. 115-117.

Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn. Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepenstructuur in zorg en welzijn. Utrecht: NIZW, 2004

Pool, A. en J. Schumacher. Rollen en competenties van de hbo-verpleegkundige in het verpleeghuis: vernieuwing van professionele verpleeghuiszorg. Utrecht: NIZW Zorg/Uitgeverij Lemma, 2005.

PricewaterhouseCoopers. Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PWC, 2005.

Prismant magazine. Identiteit en imago. Utrecht: Prismant, 2004.

Prismant. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen in de zorgsector 2004-2008. Utrecht: Prismant, 2005.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Limburg.  
Kijk op zorgkwaliteit. Maastricht: PRV, 2006.

Raad voor Verkeer en Waterstaat en VROMRaad. Structurele bevolkingsdaling. Een urgente nieuwe invalshoek voor beleidsmakers.  
Den Haag: Raad voor Verkeer en Waterstaat: VROMRaad, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Over e-health en cybermedicine. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Inzicht in e-health.  
Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Essays en maatschappelijk debat.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Informele zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilliger in de langdurige zorg.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van weten naar doen.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor Werk en Inkomen. Huis houden op de markt.  
Den Haag: RWI, 2006.

Randstad gezondheidszorg. Werkbeleving van het verplegend en verzorgend personeel. Diemen: Randstad gezondheidszorg, 2004.

Raeve, P. de. The free movement of nurses: a win-win situation if based on ethical recruitment guidelines. Euro health, 9, 2003, no. 3, p. 24-26.

Rathenau Institute. Workshop Ambient Intelligence: In the service of Man? Eindhoven University of Technologie, 8-10 november 2004.

Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt. De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010. Maastricht: ROA, 2005

RIGO. Vastgoed van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Een landelijk beeld van het boekwaardeprobleem.  
Amsterdam: RIGO, 2002



- RIGO. Scenario's verzorgingshuizen. Amsterdam: RIGO, 2003.
- Rijn, P.W.E. van, H.J. Oosterveen en R.F. Schreuder. Gezond ouder worden: diabetes mellitus. Deelrapportage 2. Leiden: STG, 2004.
- Schuijt-Lucassen, N.Y. en M.I. Broese van Groenou. Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen: De rol van gezondheid, sociale context, voorkeur en persoonlijkheid. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 84, 2006, no. 1, p. 4-11.
- Siermann, C. en H.J. Dirven. Uitstroom van ouderen uit de werkzame beroepsbevolking. Sociaal-economische trends, 3<sup>e</sup> kwartaal 2005. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005.
- Smits, L. Meditatie wordt de nieuwe arbeidsvoorwaarde. GoedZO.com. 2006, p. 6-7.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Landelijk ramingsmodel kinderopvang 2002-2010. Den Haag: SCP, 2003.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Rapportage gehandicapten. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: SCP, 2003.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Emancipatiemonitor 2004. Den Haag: SCP, 2004.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Ouderen 2004, zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP, 2004.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording. Den Haag: SCP, 2004.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP, 2004.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Arbeidsmobiliteit in goed banen. Den Haag: SCP, 2005.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel. Den Haag: SCP, 2005.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Ouderen van nu en van de toekomst. Den Haag: SCP, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. The relation between informal care and labour supply: A structural equation model. Den Haag: SCP, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Verzonken technologie. ICT en de arbeidsmarkt. Den Haag: SCP, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Kijk op informele zorg. Den Haag: SCP, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag. Den Haag: SCP, 2005.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Hoe werkt het met kinderen? Den Haag: SCP, 2006.

Sociaal-Economische Raad. Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing. Den Haag: SER, 1999.

Sociaal-Economische Raad. Arbeidsmobiliteit in de EU. Den Haag, SER, 2004.

Sociaal-Economische Raad. Van alle leeftijden. Den Haag: SER, 2005.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Gezond ouder worden. Leiden: STG, 2005.

Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam. Verkenning van stimulansen voor het keuzegedrag van leerlingen en studenten. In opdracht van het ministerie van OCW. Amsterdam: SEO, 2000.

Stigt Thans, E.H. van. Leeftijdscriminatie en seniorenvragen. NJB, 2006, no. 7, p. 376-377.

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting. Innovatieprogramma Wonen en Zorg. De integrale medewerker. Utrecht: SEV, 2002.

Trimbos-instituut. Community-based care for older people with severe mental illness. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Themacommissie Ouderenbeleid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005. No. 29549-3.

Valk, J. van der. Arbeidsdeelname van paren. Sociaal-economische trends, 3<sup>e</sup> kwartaal, 2005, p. 27-31.

Verhagen, S.M. Zorglogica's uit balans. Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2005.

Veer de A.J.E., A.L. Francke en E.P. Poortvliet. Functiedifferentiatie binnen de verzorging. *Verpleegkunde*, 2004, no. 2, p. 99-109.

Vermeulen, J. Langer zelfstandig wonen en hoe ICT daarbij kan helpen. Proefschrift. Universiteit van Tilburg, 2006.

VNO-NCW. Nederland moet actiever. Den Haag: VNO-NCW, 2004.

Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten. Innovatieve zorgconcepten op een rij: stepped care. *Forum*, 84, 2006, no. 1, p. 55-56.

Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten. Innovatieve zorgconcepten op een rij: transmurale zorg. *Forum*, 84, 2006, no. 2, p. 120-122.

Weber, D.O. Poll Results: Doctors 'Disruptive Behavior Disturbs Physician Leaders'. *The Physician executive*, 30, 2004, no. 5, p. 6-14.

Westerlaken, A. Arbeidsmarktproblematiek overheid: Thema zorg. In: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De arbeidsmarkt in de collectieve sector: investeren in mensen en kwaliteit. Essays. Den Haag: BZK, 2001.

Wetenschappelijke Raad voor Het Regeringsbeleid. Putting the horse in front of the cart: towards a social model for mid-century Europe. Den Haag: WRR, 2005.

Wetenschappelijke Raad voor Het Regeringsbeleid. Toekomstbestendig Stelsel Arbeidsmarkt en Sociale Zekerheid. Den Haag: WRR, 2005.

World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century. Geneva: WHO, 2005.

Wijk, van K en H. van Dijk. Marktwerking en Human Resource Management. *ZM Magazine*, 2006, no. 1, p. 11-15. Zwitserland: WHO, 2005.

Wijnen-Sponselee, R. Van oude lieden en beelden die voorbijgaan: beelden over ouder worden en leeftijd en de consequentie voor wonen, welzijn en zorg. Lectorale Rede Avans Hogeschool. Breda, 2005.



## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

### Adviezen en achtergrondstudies

06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)	€ 15,00 € 15,00
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag	€ 15,00
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)	€ 15,00
06/06	Zinnige en duurzame zorg	€ 15,00
06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€ 15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informeel zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis

04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00

02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

#### **Bijzondere publicaties**

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)		gratis
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))		gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00

05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

#### Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maat- schappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).	€	15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

#### Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis



## Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

*De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*

VG 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

## Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 - 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002 - 2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis





