

Vergaderjaar 2008–2009

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 82

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 maart 2009

In het AO van woensdag 4 februari (Kamerstuk 29 282, nr. 81) is een aantal vragen van verschillende Kamerleden in de eerste termijn door tijdgebrek nog niet beantwoord. Alvorens op deze vragen in te gaan willen we aandacht besteden aan een aantal aspecten dat relevant is voor ons arbeidsmarktbeleid en de arbeidsmarkt in de zorg. Vervolgens zullen we ingaan op ondersteuning van innovaties (paragraaf 2), versterking van de regionale structuur (paragraaf 3) en stimulering van de onderwijsinspanningen (paragraaf 4).

1. Arbeidsmarktbeleid VWS

In onze brief van 24 september 2008 hebben we aangegeven hoe wij de verantwoordelijkheidsverdeling zien voor het arbeidsmarktbeleid in de zorg¹. De kern daarvan is dat zorginstellingen zelf primair verantwoordelijk zijn voor het personeelsbeleid. Zij worden daarbij ondersteund door de sociale partners (via het CAO-overleg en de O&O-fondsen), door regionale samenwerkingsverbanden en uiteindelijk ook door de overheid. De verantwoordelijkheid van de overheid vloeit daarbij voort uit haar systeemverantwoordelijkheid voor de zorg, alsmede uit haar verantwoordelijkheid voor het algemene arbeidsmarkt- en onderwijsbeleid. Concreet betekent dit dat de overheid het (zorg)systeem zo moet vorm geven dat (individuele) zorginstellingen gestimuleerd worden hun verantwoordelijkheid op zich te nemen.

De zorgsector staat de komende jaren voor een flinke uitdaging om voldoende personeel aan te trekken om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Weliswaar zal de huidige conjunctuur meer kansen bieden op het aantrekken van zorgpersoneel, maar dit neemt niet weg dat bij ongewijzigd beleid er tot 2020 circa 480 000 extra personeelsleden nodig zijn¹. Er zal dus met het oog op de lange termijn alles op alles gezet moeten worden om het mogelijk extra te werven personeel definitief voor

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 71.

de zorg te winnen en dusdanig maatregelen te treffen dat de geprognosticeerde 480 000 ook niet nodig zijn.

De urgentie en het belang van een brede inzet, die spreekt uit de wens van diverse kamerleden om een Deltaplan voor de arbeidsmarkt in de zorg, onderschrijven wij geheel. Alle partijen die kunnen bijdragen, zullen dat moeten doen. Met name op het niveau van de regio, want daar worden de problemen gevoeld en ligt de sleutel voor de oplossing. Het is daarbij cruciaal dat de overheid zuiver zijn complementaire rol blijft spelen en niet met een alles overkoepelend centraal activiteitenplan de regie naar zich toe trekt. Het zou voorbij gaan aan de slagkracht van de zorginstellingen zelf. Het afgelopen decennium heeft duidelijk gemaakt dat zorginstellingen goed in staat zijn om voldoende personeel aan zich te binden.

Wat voor ons relevant is, is dat de zorg op koers blijft, ook als het gaat om de arbeidsmarkt. Niet al het extra personeel hoeft vandaag of morgen geworven te worden. Het is belangrijk dat de ontwikkeling in de juiste richting gaat. Een aantal factoren is daarbij voor ons leidend. Deze zijn opgenomen in tabel 1.

Tabel 1: Kerncijfers ontwikkeling arbeidsmarkt zorg en welzijn

	2002-2007 (gemiddeld)	2007	2008 ¹
Werkgelegenheidsgroei	3,0%	2,5%	1,4%
Vacaturegraad	1,6%	2,2%	2,2%
Vacatureduur (gem. in dagen)	68	78	78
Uitstroom zorgpersoneel ²	4,2%	4,0%	4,0%
Ziekteverzuim ³	5,7%	5,1%	5,0%
Werkdruk (1=negatief, 5=positief)	2,8	2,8	nmb
Instroom onderwijs (absoluut)	75 075	80 884	nmb
Instroom onderwijs (aandeel)	23%	23%	nmb

¹ Voorlopige cijfers, nmb = nog niet bekend.

² Betreft alleen het verplegend, verzorgend en sociaalagogisch personeel.

³ Betreft alleen het eerste verzuimjaar in de zorgsector.

De tabel laat een wisselend beeld zien. De voorlopige cijfers omtrent de werkgelegenheidsgroei in 2008 geven een minder hoge groei te zien dan in de voorgaande jaren. Dit kan op zich duiden op meer moeilijkheden bij het werven van personeel. Bij de vacatureontwikkeling zien we echter geen verslechtering. Ook de uitstroom van zorgpersoneel is in 2008 niet toegenomen. Aan de gematigde groei in 2008 liggen blijkbaar andere factoren ten grondslag. In het rapport Regiomarge 2008 wordt door Prismant geopperd dat door de (financiële) onzekerheid zorginstellingen terughoudend zijn in het aannemen van personeel¹.

Onze algemene conclusie is dan ook dat de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg geen verslechtering te zien geven in 2008. Met het ingezette beleid van alle betrokken partijen lukt het op dit moment om het benodigde personeel aan te trekken. Tabel 1 geeft het beeld op macroniveau. Dat wil niet zeggen dat in specifieke segmenten van de arbeidsmarkt geen problemen zijn. Niet voor niets is in het AO van woensdag 4 februari nadrukkelijk aandacht gevraagd voor problemen bij de gespecialiseerde verpleegkundigen. We komen daar in paragraaf 4 op terug.

2. Innovatie

Naast het beheersen van de kosten en het vermijden van personeelstekorten, zijn innovaties van belang om de veranderende aard van de zorgvraag te beantwoorden. Om die reden dienen de stelselhervormingen ook een zorginhoudelijk doel. Meer en meer mensen krijgen te maken met

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 29 828, nr. 71.

chronische aandoeningen. De komende tijd zal dat aantal met 40% toenemen. Om die vraag naar zorg op te vangen zijn innovaties nodig die patiëntgericht zijn, netwerkzorg stimuleren en een arbeidsbesparend effect hebben.

Wij zijn er van overtuigd zijn dat er met innovatie in de zorg een wereld te winnen valt. Voortdurend innoveren maakt de zorg kwalitatief beter, veiliger, minder arbeidsintensief, aantrekkelijker om in te werken en houdt de zorg uiteindelijk ook betaalbaar. Dat is nodig om de solidariteit in stand te houden. Daarom stimuleren we ook de komende jaren de zorgsector om blijvend met innovatie aan de slag te gaan.

Het mag duidelijk zijn dat we hoge verwachtingen hebben van innovaties in de zorg. De overheid innoveert echter niet zelf de zorg. Dat is aan het samenspel van zorgaanbieders, verzekeraars, bedrijfsleven en natuurlijk ook wetenschap. De overheid schept randvoorwaarden en stimuleert waar mogelijk, maar bij de zorgaanbieders, de kennisinstellingen en de ondernemingen ligt de creativiteit en het initiatief, met daarbij overigens een belangrijke rol voor de patiënten.

Op 23 april 2008 hebben we het ZorgInnovatiePlatform(ZIP) geïnstalleerd. Het ZIP is gelieerd aan het Innovatieplatform en bestaat uit inhoudsdeskundigen vanuit de zorgsector, het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid. Het ZIP wil, samen met en ondersteund door mensen van ons ministerie, het innovatieklimaat in de Nederlandse zorg verstevigen. Zij wil dit doen door succesvolle nieuwe zorgconcepten zichtbaar te maken en op te schalen. Deze nieuwe zorgconcepten zouden zich vooral moeten richten op netwerkgerichte zorg met de patiënt als regisseur en arbeidsbesparende effecten.

Inmiddels is een groot aantal innovatieve projecten en voorstellen in kaart gebracht. Een prijsvraag die in het voorjaar van 2008 door het Innovatieplatform werd uitgezet, leverde 130 inzendingen op. Op de website van het ZIP zijn daar vele bijgekomen. Drie experimenten worden inmiddels daadwerkelijk ondersteund vanuit VWS: MijnZorgNet (UMC St. Radboud), het voorbeeld op Hartfalen (Martini) en een experiment rond pijnbestrijding bij kanker (Erasmus).

Nieuwe techniek en apparaten zijn een belangrijke mogelijkheid voor innovatie, maar zeker niet de enige. Minstens zo belangrijk is de organisatie van de zorg. Daarbij gaat het onder andere om de noodzaak van substitutie van zorg, op het werken over de scheidslijnen van eerste en tweede lijn heen. Ook taakdifferentiatie van verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars is een innovatieve manier om mensen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Het ZIP kan de innovatie in de zorg een flinke steun in de rug geven. Hiervoor komen in 2009 verschillende instrumenten beschikbaar. Het ZIP zal diverse bijeenkomsten en expertmeetings organiseren, waar over de schotten van cure en care wordt gekeken naar mogelijkheden voor patiëntgerichte en arbeidsbesparende innovaties. Ook kijkt het ZIP naar de redenen waarom innovaties niet breed worden ingevoerd. Mevrouw Koşer Kaya (D66) en de heer Zijlstra (VVD) vroegen in dat verband naar de belemmeringen en welke zijn weggenomen. Mevrouw Timmer (PvdA) noemde in dat verband belemmeringen in wet- en regelgeving. Wet- en regelgeving lijkt van nature conservatief te zijn en innovatie die over bestaande schotten heen gaat, kan tegen belemmeringen aanlopen. Een deel van de belemmeringen van wet- en regelgeving heeft een belangrijke functie voor het borgen van het veilig gebruik van innovaties. Het ZIP zal niet zelf wet- en regelgeving aanpassen, maar die belemmeringen agen-

deren bij het beleid. Uit de inzendingen en voorbeelden die onder de aandacht van het ZIP zijn gekomen blijkt dat binnen bestaande wet- en regelgeving en ondanks andere belemmeringen veel innovaties al wel mogelijk zijn. Het ZIP zal deze voorbeelden uitlichten om de mogelijkheden in de huidige situatie meer zichtbaar te maken.

Naast de wet- en regelgeving zijn de voornaamste signalen van belemmeringen die wij en de ZIP-leden zijn tegengekomen onder te verdelen in (vermeend) «marktfalen» (bijvoorbeeld onvoldoende ontwikkeld ondernemerschap) en «systeemfalen» (bijvoorbeeld verkokering van de zorgsector tussen eerste en tweedelijns zorg en tussen echelons). Het invoeren van innovaties heeft vaak ook andere verhoudingen tussen organisaties en binnen organisaties tot gevolg. Deze veranderingen roepen weerstanden op die bij de implementatie overwonnen moeten worden. Het ZIP presenteert in juni haar lange termijn visie waarin specifiek op de belemmeringen wordt ingegaan.

De heer Zijlstra (VVD) vroeg naar de gevolgde procedures rond de doorverwijzing van een voorstel van V&VN naar medio 2009. Uitgangspunt voor ons is dat innovatie thuishoort bij de kennisinstituten, het bedrijfsleven, de wetenschap en de zorg zelf. Ook zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen. De overheid en het ZIP hebben een indirecte rol: het bevorderen van een gezond innovatieklimaat in de zorg. Het ZIP zal dan ook niet fungeren als subsidieloket. Wel wordt op dit moment gewerkt aan een financieel instrumentarium waarmee op transparante wijze middelen beschikbaar gesteld zullen worden. Dit instrumentarium bestaat uit innovatievouchers, een prijsvraag, experimenten. Vanzelfsprekend dienen de daaruit verstrekte middelen aan te sluiten bij de doelstellingen van het ZIP. Bij de uitwerking wordt waar mogelijk aangesloten op bestaande regelingen van Economische Zaken. De verwachting is dat de regelingen medio 2009 beschikbaar komen.

De heer Zijlstra (VVD) vroeg aandacht voor de ontwikkeling van producten voor de verbetering van de luchtkwaliteit. Dergelijke apparatuur is ons eerder onder de aandacht gebracht en het is een zaak tussen producenten en instellingen of zij tot de aanschaf en installatie van dergelijke apparatuur overgaan.

3. Versterking regionale structuur

Arbeidsmarktbeleid is vooral een regionale aangelegenheid. Dit geldt ook voor de zorgsector, zeker als het om het verplegend, verzorgend en sociaalagogisch personeel gaat. Daarbij is het belangrijk dat de zorginstellingen in de regio met elkaar samenwerken. Natuurlijk zijn ze op de arbeidsmarkt ook elkaars concurrenten, maar de praktijk laat zien dat door goede samenwerking de arbeidsmarktpositie van alle zorginstellingen verbeterd kan worden. Een goed voorbeeld daarvan zijn de Mobiliteitscentra Thuiszorg.

Het rapport Regiomarge van Prismant laat zien dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen regio's wat betreft de positie op de arbeidsmarkt en de kansen en bedreigingen. Dat vraagt dus om een regio-specifieke aanpak. Dat ondersteunen we vanuit de overheid door middelen beschikbaar te stellen voor gezamenlijke activiteiten, onder andere een regionale arbeidsmarktanalyse, een gemeenschappelijke vacaturebank, een gecoördineerd mobiliteitsbeleid, een gezamenlijk imago-beleid. In een aantal regio's wordt tot ieders tevredenheid samengewerkt. Voorbeelden hiervan zijn Twente, Tilburg, Groningen, Amsterdam, Limburg, Zeeland, Rijnstreek. In een aantal andere regio's moeten nog wel stappen gezet worden.

Naast goede onderlinge samenwerking tussen de zorginstellingen in de regio is de samenwerking met andere relevante partijen op de regionale arbeidsmarkt zeer relevant. Het gaat daarbij om samenwerking met ROC's, hogescholen, kenniscentra, gemeenten, UWV, CWI, het werkbedrijf. Op een aantal terreinen komt dit al van de grond. Zo ondersteunen we ten behoeve van het onderwijs regionale platforms waarbij afspraken gemaakt worden over de inhoud van het onderwijs, het aantal gewenste leerlingen per opleiding en daaruit voortvloeiend het aantal benodigde stageplaatsen. Samen met SZW en OCW zijn regionale proefprojecten gestart met als doel de instroom en doorstroom van laagopgeleiden te verbeteren. Inmiddels zijn 12 projecten gestart. We verwachten dit voorjaar de resultaten van de eerste zeven projecten. Ook zijn een twaalftal vergelijkbare projecten gestart, gericht op het werven en opleiden van allochtonen voor de zorg. De resultaten daarvan verwachten we niet eerder dan aan het eind van 2009.

Vertrekpunt bij al deze projecten is een goede regionale infrastructuur, gericht op samenwerking tussen alle betrokken partijen. Wat ons betreft gaat die samenwerking steeds meer gestalte krijgen. Het belang van brancheservicepunten wordt steeds meer onderkend. Mede naar aanleiding van de goede resultaten met het Mobiliteitscentrum Thuiszorg (MCT). Via dat MCT is het gelukt om veel werknemers te behouden voor de zorg. Wij zijn in overleg met onze collega's van SZW en OCW om te bezien op welke wijze de samenwerking vanuit Den Haag ondersteund kan worden, ook financieel.

Een extra argument om de regionale samenwerking met kracht te ondersteunen is de huidige economische recessie. De zorg wordt terecht gezien als een sector die in staat is om werklozen uit andere sectoren op te nemen. De kansen die zich voordoen moet de zorgsector ook zeker grijpen. Daarbij moeten echter wel een aantal belangrijke uitgangspunten gehanteerd worden. Ten eerste is het van belang om te werken aan een structurele versterking van de regionale samenwerking. De zorg heeft niet alleen dit jaar mensen nodig, maar ook over vijf jaar en ook over tien jaar. Ten tweede dient de personeelsvraag van de zorginstellingen leidend te zijn. Alleen dan is een goede match mogelijk tussen vraag en aanbod van personeel. Ten derde is de regionale context leidend. We moeten niet van bovenaf een structuur opleggen. Het is belangrijk dat de regionale partijen de ruimte krijgen om een eigen structuur te ontwikkelen. Daarbij kan natuurlijk wel volop gebruik gemaakt worden van goede voorbeelden in andere regio's.

4. Opleidingsbeleid

In het kader van het opleiden van zorgprofessionals zijn door VWS meerdere activiteiten in gang gezet. Wat betreft het stagefonds, de vaccinatie tegen hepatitis B en de opleidingen voor de nurse practitioner en de physician assistant verwijs ik naar de eerder genoemde brieven die wij u gestuurd hebben¹. Op deze plaats gaan we in op de opleiding voor gespecialiseerde verpleegkundigen, de numerus fixus voor de studie geneeskunde, buitenlandse verpleegkundigen en artsen en de opleidingstop aan het ROC in Gouda.

Gespecialiseerde verpleegkundigen

In het AO van woensdag 4 februari hebben alle aanwezige Kamerleden zorgen geuit over de gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook wij delen deze zorgen. Op dit moment is echter niet duidelijk wat aard en omvang van de problematiek is, om welke specialismen het gaat en hoe groot de tekorten zijn. Daarom waren we al voor het AO met de NVZ in gesprek om

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46; Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 71 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 79.

op korte termijn een onderzoek te starten. Als meer zicht is op de feiten kan bezien worden wat er aan gedaan kan en moet worden. Het voortouw daarvoor ligt bij de sector zelf (NVZ, NFU en V&VN). Vooral ook omdat deze opleidingen geheel door de ziekenhuizen zelf georganiseerd worden. Waar nodig ondersteunen we dit onderzoek. We gaan er van uit dat op redelijk korte termijn meer inzicht is in de problematiek.

Vooruitlopend op de uitkomsten van het onderzoek hebben we inmiddels overleg met het veld (NVZ, NFU en V&VN) in gang gezet om na te gaan op welke wijze de eventuele problematiek snel en adequaat aangepakt kan worden. Een speciaal opleidingsfonds behoort wat ons betreft tot de mogelijkheden. Op welke wijze en door wie uitvoering gegeven wordt aan een dergelijk fonds is onderwerp van overleg. Ons uitgangspunt daarbij is dat de verantwoordelijkheid voor het opleiden bij het veld blijft liggen. Een belangrijke randvoorwaarde voor een fonds is dat goede en betrouwbare gegevens beschikbaar zijn, onder andere over het aantal werkenden, het vertrek van personeel, het aantal mensen in opleiding. Het is aan de sector om te zorgen voor dergelijke gegevens.

Numerus fixus geneeskunde

Mevrouw Koşer Kaya (D66), mevrouw Uitslag (CDA) en de heer Zijlstra (VVD) vroegen naar mogelijkheden voor het verruimen, dan wel het loslaten van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde. De RVZ is gevraagd hierover advies uit te brengen. Een afschrift van dit verzoek is bijgevoegd.¹

Buitenlandse verpleegkundigen en artsen

Immigratie van zorgpersoneel kan bijdragen aan het verminderen van het (dreigende) personeelstekort in de sector. Hierbij vroeg mevrouw Koşer Kaya (D66) zich af of er belemmeringen in het vrije verkeer plaatsvinden voor EER-onderdanen in het bezit van een diploma verpleegkunde behaald binnen de EER. Er zijn geen aanwijzingen om te veronderstellen dat verpleegkundigen binnen de EER belemmeringen ondervinden. De opleidingseisen voor verpleegkundigen zijn in de Europese Unie gecoördineerd. Dit houdt in dat verpleegkundigen onder het stelsel van automatische erkenning vallen, zoals bedoeld in de richtlijn 2005/36/EG.

Daarnaast vroeg mevrouw Koşer Kaya ons een voorbereidingstraject in te richten voor de toelatingstoetsen voor artsen van buiten de EER. Uit de uitgevoerde quick scan komt naar voren dat betrokkenen de nieuwe procedure transparanter achten dan de oude procedure. De benodigde informatie is te vinden op de CIBG website. De factsheets aangaande de verschillende onderdelen van het assessment zijn daarbij helder en prettig leesbaar. Er staan op de site onder meer oefentoetsen en informatie over de verschillende toetsen. Het CIBG heeft ook voorlichtingsbijeenkomsten in de procedure opgenomen. Deze voorziet in de behoefte. Op deze manier krijgen kandidaten de mogelijkheid specifieke vragen te stellen en kunnen assessoren informatie geven over de toetsen.

Opleidingstop aan het ROC in Gouda

Het actieplan «Werken aan de zorg» zet onder andere in op het vergroten van de instroom nieuw personeel². Zodoende wordt gewerkt aan het voorkomen en verminderen van personeelstekorten in de zorg. Mevrouw Leijten (SP) vraagt zich daarom terecht af of het klopt dat er bij ROC's een maximumaantal opleidingsplekken is. De opleiding verpleegkunde van het ID-college in Gouda heeft jaarlijks bijvoorbeeld meer aanmeldingen dan het aankan. Naar aanleiding van deze vraag is er contact opgenomen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46.

met het ID-College in Gouda. Er is door het ID-College aangegeven dat er sprake is van een stop op de groei van het aantal opleidingsplaatsen in relatie tot de bekostiging in het MBO-onderwijs. De bekostiging impliceert dat een sterke groei van het aantal studenten twee jaar later wordt uitbetaald. De onderwijsinstellingen moeten hierdoor een traject van voorfinanciering aangaan. Er is dus geen sprake van een tekort aan stageplaatsen of aan studenten. De bekostiging van het middelbaar beroeps-onderwijs valt onder het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Wij nemen het signaal serieus en zullen hierover in overleg treden met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

5. Overige vragen

In het AO van 4 februari is nog een aantal aanvullende vragen onbeantwoord gebleven. Een deel is hiervoor beantwoord, de overige worden hieronder successievelijk beantwoord.

Samenwerking met sociale partners

Mevrouw Uitslag (CDA) heeft gevraagd naar de betrokkenheid van sociale partners bij het actieplan «Werken aan de zorg» en het arbeidsmarktadvies van ZorgInnovatiePlatform voor de lange termijn. Sinds de start van dit kabinet overleggen we met sociale partners op zowel ambtelijk als bestuurlijk niveau. Het eerste bestuurlijk overleg heeft plaatsgevonden op 19 juli 2007. Bij die gelegenheid hebben we met sociale partners gesproken over de prioriteiten in het arbeidsmarktbeleid en hen uitgenodigd om met voorstellen te komen binnen de door ons aangegeven kaders. Zij hebben zich toen eerst gericht op het stagefonds. Daarna zijn ze ook met voorstellen op andere onderdelen gekomen. In juni 2008 hebben we wederom op bestuurlijk niveau overlegd om de meest recente ontwikkelingen door te spreken. Het is onze bedoeling om dat jaarlijks te blijven doen. Gezien het belang dat wij hechten aan praktisch werkbare oplossingen is er op ambtelijk niveau ook overleg geweest met lokale en regionale partijen. Daaruit zijn ook verschillende activiteiten voortgekomen.

Binnen het ZIP hebben we een aantal deskundigen gevraagd om zich specifiek te richten op de arbeidsmarkt op de langere termijn. Het advies verwachten we rond de zomer. Met het concept advies gaan we vervolgens het gesprek aan met sociale partners. Mede op basis van dit gesprek wordt het kabinetsstandpunt geformuleerd.

Leeftijdsbewust personeelsbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid

De heer Van der Vlies (SGP) heeft gevraagd naar onze activiteiten met betrekking tot het levensfasebewust personeelsbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid. Bij uitstek zijn dit onderwerpen waar het veld de primaire verantwoordelijkheid heeft. Onze taak is het om te stimuleren daar waar zaken onvoldoende opgepakt worden. Het onderstaande dient dan ook gezien te worden als aanvullend op hetgeen door zorginstellingen, branches en O&O-fondsen zelf opgepakt wordt.

Met subsidies heeft SZW de afgelopen jaren het leeftijdsbewust personeelsbeleid gestimuleerd. Ook zorginstellingen hebben daar gebruik van gemaakt. Specifiek voor de zorgsector hebben we een verkenning laten uitvoeren naar het gebruik van personeelsinstrumenten in de zorg. Onder andere gaat het daarbij om de workability-index, een instrument dat in Finland goede resultaten heeft laten zien. In overleg met het zorgveld gaan we thans na op welke wijze we het gebruik van dergelijke instrumenten kunnen stimuleren. Vooruitlopend hierop ondersteunen we al een

aantal projecten van de NVZ en het CNV en in de regio's Haaglanden, Brabant en Groningen.

Bij de projecten gericht op verbetering van de arbeidsomstandigheden is allereerst het project Ergocoaches in de zorg van belang. Dit is een voortzetting van de arboconvenanten van SZW, welke liepen tot en met 2008. Vanaf 2009 zet VWS dit (zonder SZW) voort om de opgebouwde infrastructuur van ergocoaches te waarborgen en om de aanpak tegen agressie en geweld te stimuleren. Het programma «Veilige Publieke Taak» van het ministerie van BZK is daarop aanvullend. Daarnaast gaan we met SZW en BZK participeren in een langlopend interdepartementaal project gericht op verbetering van de arbeidsomstandigheden. Dit project heeft een looptijd van 4 jaar en de zorg is een van de speerpunten in het programma.

Intern opleiden voor doorstroom van niveau 3 naar niveau 4

Mevrouw Leijten (SP) heeft gevraagd naar onze mening omtrent het intern opleiden van personeel in de gehandicaptenzorg naar niveau 4, dat vervolgens niet op dat niveau betaald kan worden. Laten we voorop stellen dat het goed is dat personeel intern geschoold wordt naar het niveau dat voor een adequate zorgverlening vereist is. Het is aan de instellingen zelf om te bepalen in welke mate dat plaats dient te vinden. Zij kennen immers de eigen situatie het beste. Als instellingen het personeel intern opleiden naar een hoger niveau en dat personeel ook een hogere functie gaat uitoefenen, dan is het bevreedend dat daar geen passende beloning tegenover staat. Wij zien dat vooral als een bedrijfsvoeringskwestie die door zorginstellingen zelf opgelost kan worden.

Functiedifferentiatie voor niveau 4 en 5

Mevrouw Uitslag (CDA) heeft aandacht gevraagd voor het feit dat verpleegkundigen zowel op hbo- als op mbo-niveau worden opgeleid en er ook functies zijn voor beide opleidingsniveaus die echter altijd als «verpleegkundige» worden aangeduid. Daardoor komt het voor dat een hbo-opgeleide werk doet dat voor mbo-niveau is bedoeld. Eén beroep en twee opleidingsniveaus leveren volgens haar veel onduidelijkheid qua verwachtingen op, ook op het gebied van de kwaliteit van de zorg. Zij vraagt daarom eens te onderzoeken hoe het verschil tussen niveau 4 en 5-verpleegkundigen in artikel 3 van de Wet BIG tot uitdrukking komt.

De verpleegkundige bevoegdheden van een verpleegkundige, of die nu niveau 4 of 5 heeft, zijn in principe dezelfde. Wat dat betreft is er dus geen aanleiding om te overwegen om artikel 3 van de Wet BIG aan te passen. Er zijn vele beroepsaanduidingen die dezelfde zijn, ook al zijn de uitgeoefende functies qua functiezwaarte erg verschillend zonder dat dit daar tot problemen leidt. Werkgevers in de zorg, die nu geconfronteerd worden met het feit dat ze hun best moeten doen om personeel te behouden, weten dat ze er voor moeten zorgen dat de juiste mens op de juiste plek zit. Dit bereik je niet door medewerkers onder hun niveau in te zetten.

Inspraak verpleegkundigen in het ziekenhuis

Zowel mevrouw Koşer Kaya (D66) als mevrouw Timmer (PvdA) vroegen zich af hoe het is gesteld met de inspraak van verpleegkundigen in het ziekenhuis. De medezeggenschap is één van de instrumenten waarmee verpleegkundigen en verzorgenden invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de instelling. Er zijn twee raden: de ondernemingsraad gericht op medezeggenschap als werknemer en de verpleegkundige en/of verzorgende adviesraad (VAR) die meer gericht is op het inhoudelijk werkproces. In een enkel ziekenhuis is naast een medische staf een verpleegkundige

staf in ere hersteld. De ontwikkeling van de VAR is een verantwoordelijkheid van partijen in het veld, werknemers en werkgevers. Wel hebben wij op verzoek van de beroepsgroep de voorwaarden gecreëerd om de verzorgenden en/of verpleegkundigen in de VAR de mogelijkheid te bieden zich gericht bij te scholen. Daarmee beogen we professionaliteit en, zo mogelijk, zeggenschap te verbeteren.

Casus Zandvoort

Mevrouw Leijten (SP) heeft gerefereerd aan de casus Zandvoort. Op 18 december 2008 heeft de commissie VWS gevraagd te reageren op een brief van M. A. Kras te Zandvoort¹. Deze wordt op korte termijn beantwoord.

Noodklokkenluidersregeling voor kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg

Zowel mevrouw Agema (PVV) als mevrouw Leijten (SP) hebben voorgesteld om een «noodklokkenluidersregeling» in het leven te roepen. Deze moet het mogelijk maken dat klachten over de kwaliteit van de zorg effectief tot kwaliteitsverbetering kunnen leiden zonder repercussies voor degene die de klacht aan de orde stelt. Wij hebben het voornemen om te bewerkstelligen dat er altijd een bestuurder moet zijn die specifiek aanspreekbaar is op de kwaliteit van de zorg. Met het bewerkstelligen van een specifiek aanspreekbare bestuurder vinden wij dat er voldoende mogelijkheid is om te zorgen dat klachten over de zorg effectief tot kwaliteitsverbetering kunnen leiden.

Openbaarheid inkomens artsen

Mevrouw Koşer Kaya (D66) heeft gevraagd hoe openbaar de salarissen van de artsen zijn. Voor de medisch specialisten die in loondienst zijn, geldt een CAO. De AMS, de arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (een bijlage van de CAO-Ziekenhuizen), regelt dit voor de medisch specialisten in loondienst bij de algemene ziekenhuizen. De CAO voor de universitair medische centra, de CAO-UMC, regelt dit voor de medisch specialisten die bij de UMC's werken. Daarin kan worden gelezen hoe het arbeidsvoorwaardenpakket en de inschaling zijn geregeld. Op basis van de verplichtingen uit de WOPT (Wet Openbaarmaking publiek gefinancierde topinkomens) geldt dat werkgevers een melding moeten doen, in zowel hun jaarverslag als bij BZK, van degenen onder hun werknemers die meer verdienen dan de WOPT-norm (het huidige gemiddelde ministersalaris). Voorzover de medisch specialisten dus in loondienst zijn én boven de WOPT-norm uitkomen, staan ze op de lijst met de WOPT-meldingen die de minister van BZK jaarlijks naar de Kamer stuurt.

Het kijken in de CAO en in de lijst met WOPT-meldingen heeft geen zin wanneer het de honorering van de vrij gevestigde medisch specialisten betreft. Een oriëntatiepunt daarvoor is het uurtarief. Over het uurtarief voor de arbeid medisch specialisten dat in het DBC-tarief is verwerkt, is in 2005 een advies verschenen van de commissie-uurtarieven. Mede op basis van dit advies hebben VWS en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) een overeenkomst gesloten over het uurtarief. Sinds 1 januari 2008 is dat uurtarief in werking getreden in de DBC-tarieven. Daarmee is dus ook het uurtarief van de medisch specialisten openbaar. Een verdergaande openbaarheid over de specialisteninkomens dan bovenstaand beschreven, is niet geregeld.

¹ 2008Z08362/2008D23077, 18 december 2008.

Aanbod medisch specialisten

Mevrouw Leijten (SP) heeft gevraagd naar onze positie ten aanzien van de relatie tussen het aanbod van medisch specialisten en de honoraria van medisch specialisten. Zoals genoemd in paragraaf 5 zullen wij de RVZ op korte termijn vragen ons advies uit te brengen over het verruimen en/of afschaffen van de numerus fixus. Wij zullen de RVZ tevens vragen hierbij aandacht te besteden aan de relatie met de salarissen van de medisch specialisten.

Eindevaluatie «Tussen weten en doen»

Mevrouw Timmer (PvdA) heeft gevraagd naar onze reactie op de aanbevelingen in het eindevaluatierapport van het programma «Tussen weten en doen». Bij de aanbidding van de eindevaluatie is een verzoek aan ons gericht een onderzoek- en implementatieprogramma voor verpleegkundige en verzorgende interventies te financieren. Dit verzoek hebben we serieus opgepakt. Er is overleg gevoerd tussen ZonMw en ons ministerie. Ook is het onderwerp aan de orde geweest in bestuurlijke overleggen tussen de staatssecretaris en V&VN. Tijdens deze overleggen hebben we aangegeven serieus te kijken naar de mogelijkheden van financiering en hierover intern overleg te voeren. Aandachtspunten ten aanzien van het verzoek zijn onder meer het gevraagde budget van € 50 miljoen, de afstemming van monodisciplinaire programma's versus multidisciplinaire programma's. Wij komen voor de zomer met een brief waarin we de mogelijkheden van subsidiëring van een dergelijk voorstel aan de orde stellen.

Beperking werkdruk binnen de GGZ

Mevrouw Leijten (SP) heeft gevraagd wat wij hebben gedaan aan de werkdruk binnen de GGZ. Werknemers in de zorg doen hun werk met plezier en goed. De aard van het werk kan het echter soms ook zwaar maken. De omgang met, soms lastige, patiënten, fysieke belasting en de hoeveelheid werk kunnen bijdragen aan een hoge ervaren werkdruk. Voor zowel de kwaliteit van zorgverlening als het aantrekkelijk houden van het werken in de zorg is het van belang dat hier aandacht aan wordt besteed. De zorginstellingen zelf zijn hier primair voor verantwoordelijk. Door te zorgen voor een goede personeelsplanning en het slim inzetten van personeel wordt een te hoge werkdruk voorkomen. Door middel van verschillende projecten ondersteunt VWS de zorginstellingen, ook in de GGZ, bij dit beleid. Voorbeelden hiervan zijn het al eerder genoemde project «Ergo-coaches» gericht op fysieke belasting, agressie en geweld, het programma Veilige Publieke Taak onder regie van het ministerie van BZK, projecten gericht op levensfasebewust personeelsbeleid bijvoorbeeld voor het inzetten van ouder personeel en een project gericht op «zelf-roosteren» waardoor personeel slim kan worden ingezet. Ook in het Zorginnovatieplatform (Zip) krijgen de thema's inzetbaarheid van personeel en arbeidsbesparende technologie prominent de aandacht en worden goede voorbeelden actief verspreid¹. Hiernaast zijn er verschillende projecten die vanuit het O&O-fonds GGZ worden ondersteund, zoals de arbocatalogus waarin specifiek aandacht wordt besteed aan het thema werkdruk, het project aangiftebeleid gericht op het voorkomen van agressie. Via het O&O-fonds en GGZ-Nederland worden goede voorbeelden actief verspreid.

Medicijnen voorschrijven

De heer Zijlstra (VVD) heeft gevraagd naar de stand van zaken van artikel 36 lid 14. In dit artikel is opgenomen dat verpleegkundigen, die behoren

¹ www.zorginnovatieplatform.nl

bij een middels ministeriële regeling aan te wijzen categorie, bevoegd zijn UR-geneesmiddelen voor te schrijven. De ministeriële regeling wordt voorbereid. Hiertoe is de afgelopen periode intensief overleg gevoerd met de verpleegkundige beroepsgroep en de medische beroepsgroep. Er zijn goede vorderingen gemaakt. De afstemming in een dergelijk traject luis-tert nauw. Het is een nieuwe ontwikkeling die zowel inhoudelijk als juri-disch nauwkeurige zorgvuldigheid vergt. Wij hechten veel belang aan goede en werkbare regelgeving die de ontwikkeling van taakherschikking ondersteunt. Naar verwachting wordt de regeling eind 2009 van kracht.

Innovatieve DBC's

Zowel mevrouw Koşer Kaya (D66) als de heer Zijlstra (VVD) vroegen naar de toepassingen van innovatieve DBC's. In de afgelopen jaren bleken zorgaanbieders weinig aanvragen voor innovatieve DBC's aan te melden. Hierdoor blijven deze innovatieve ontwikkelingen onzichtbaar. DBC-Onderhoud en CVZ veronderstellen dat zorgaanbieders weinig capa-citeit hebben voor het verzamelen en opschrijven van de gevraagde infor-matie.

DBC-Onderhoud heeft haar aanmeldingsprocedure herzien. Een meer gedetailleerde beschrijving ontvangt u binnenkort separaat. Daarnaast hebben DBC Onderhoud en CVZ eind 2007 een traject gestart waarin CVZ een deel van de benodigde informatie in opdracht van DBC-Onderhoud verzamelt. In dit kader produceert het CVZ een rapport waarin de effectivi-teit, kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van de innovatieve interventie in kaart is gebracht. Het CVZ betreft inhoudelijk deskundigen nauw bij het opstellen van het rapport, enerzijds om de inhoud te toetsen en anderzijds om tot een aan de Nederlandse praktijk gerelateerd overzicht te komen.

Inmiddels zijn sinds eind 2007 vijf van deze rapporten opgesteld. De eerste twee aanvragen hebben tot opname in het DBC-systeem geleid, waardoor een adequate prestatiebeschrijving en tarief beschikbaar zijn. Van de overige wordt afronding van de aanvraag door DBC-Onderhoud op korte termijn verwacht. In 2009 verwachten DBC-Onderhoud en CVZ ten minste weer vijf aanvragen op deze wijze te kunnen behandelen.

SOS-arts

De heer Zijlstra (VVD) heeft gevraagd naar onze positie ten aanzien van de SOS-arts. In principe is een initiatief als SOS-arts wenselijk vanuit het beleid de zorg vooral lokaal en regionaal doelmatig en kwalitatief te orga-niseren.

Dit initiatief gaat echter wel door de bestaande systemen heen. Acute zorg wordt op dit moment geleverd door huisartsen overdag, de huisartsen-posten in de avond- nacht- en weekenden en door spoedeisende hulpen van ziekenhuizen. In principe zou deze organisatie van acute zorg dekkend moeten zijn voor het leveren van acute zorg, 24 uur per dag.

In de praktijk blijkt echter dat de telefonische bereikbaarheid van huis-artsen 's middags nogal eens te wensen overlaat. De IGZ en de NPCF hebben hierover onlangs een onderzoek gepubliceerd. Daarnaast heeft de IGZ de afgelopen jaren onderzoek gedaan het functioneren van de huis-artsenposten. Er zijn maatregelen getroffen om de kwaliteit en telefoni-sche bereikbaarheid van deze posten te verbeteren en het veld is gevraagd op diverse onderwerpen normen te stellen.

Het initiatief SOS-arts lijkt te voorzien in een bepaalde behoefte van patiënten, namelijk serviceverlening en bereikbaarheid. Het roept echter vragen op rondom kwaliteit, verzekeraarbaarheid en «visie» op de wijze

waarop basiszorg aangeboden dient te worden. De IGZ voorziet problemen rond continuïteit en kwaliteit van de aangeboden zorg. Door onduidelijkheid over de criteria van «acute zorg» door SOS-arts kan CVZ niet beoordelen of deze zorg onder de dekking van de Zvw valt. Omdat huisartsenzorg generalistisch en niet in deelprestaties ingekocht wordt, belemmert de bekostigingswijze de bereidheid van zorgverzekeraars om te participeren in experimenten. Hoewel het op zich een interessante ontwikkeling is die inspeelt op de wensen van een groep zorgvragers, is het aan zorgverzekeraars om de zorg van SOS-artsen al dan niet te contracteren.

Bureaucratie terugdringen

Mevrouw Leijten (SP) heeft gevraagd wanneer er een plan komt voor het terugdringen van de bureaucratie in de zorg. Eind augustus 2007 hebben we de Kamer geïnformeerd hoe we de regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten willen aanpakken middels het actieplan «AWBZ: Naar eenvoud in uitvoering». Op de VWS-website is sindsdien een meldpunt voor regeldruk en bureaucratie. Tevens is er een «vliegende brigade» die in zorginstellingen bijdraagt aan het aanpakken van bureaucratisch knelpunten. Rond mei 2009 komt er een voortgangsbrief naar de Kamer welke verder uiteenzet hoe regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten worden teruggedrongen.

BIG-registratie buitenland

Er wordt gepleit voor een Europees register waarin uitspraken komen van nationale tuchtcommissies of rechtbanken over het schorsen of ontzetten uit een geregistreerd beroep. In Europees verband zijn reeds afspraken gemaakt en tegen deze achtergrond kan de gedachte verder onderzocht worden. In Europa is reeds gaande artikel 8 en 56 van Richtlijn 2005/36/EG, die bepalen dat lidstaten van de EER onderling informatie uitwisselen over bevoegdheidsbeperkingen van beroepsbeoefenaren. De bevoegde autoriteiten hebben in 2005 in Edinburgh afspraken gemaakt over een standaard verklaring van bevoegdheid die de beroepsbeoefenaren bij migratie naar een andere lidstaat altijd moeten overleggen. Deze verklaring heet het European Certificate of Current Professional Status (ECCPS).

De meeste lidstaten houden zich aan de in 2005 gemaakte afspraken over het ECCPS. Overigens sommige lidstaten kennen een decentrale organisatie van bevoegde autoriteiten (registers). Dit bemoeilijkt de informatie-uitwisseling, zowel op nationaal niveau als tussen de lidstaten. RIBIZ de organisatie die het BIG-register in Nederland beheert, voert de afspraken die in 2005 zijn gemaakt over het ECCPS uit. Wij zullen de gedachte van een Europees register inbrengen in de Europese overlegorganen en de Kamer over de reactie van de andere lidstaten nader informeren.

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

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