

Vergaderjaar 2012–2013

33 566

Financieel en sociaaleconomisch beleid

Nr. 29

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 april 2013

1. Inleiding

Het sociaal akkoord van 11 april 2013 is een belangrijke uiting van de gezamenlijke verantwoordelijkheid die werkgevers, werknemers en het kabinet voelen voor een structurele aanpak van de economie en de arbeidsmarkt. Dit in het licht van de actuele uitdagingen waar Nederland voor is gesteld. Ook in de zorgsector wordt deze verantwoordelijkheid gevoeld. Indachtig de afspraak over de jaarlijkse overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorg uit het sociaal akkoord en de kabinetsbrief d.d. 11 april 2013 («Resultaten sociaal overleg» (Kamerstuk 33 566, nr. 15)), zijn wij met partijen in overleg gegaan en hebben wij afspraken gemaakt met werkgevers en afspraken gemaakt met werknemers¹. Helaas heeft de Abvakabo zich niet willen aansluiten bij deze afspraken.

Kern van de afspraken is een combinatie van een verantwoorde uitwerking van het regeerakkoord, een verantwoorde loonontwikkeling en gerichte maatregelen ten behoeve van de werkgelegenheid en de kwaliteit van arbeid in de zorg.

Een belangrijk fundament is gevonden in de afspraak in het regeerakkoord om het op nul stellen van de ruimte voor de incidentele looncomponent (ILO) al te starten in 2014 en door te laten lopen tot met 2017. Nu het overleg heeft plaatsgevonden en dit de uitkomst is, kan het OVA-convenant in stand blijven en is de nullijn in de zorg van tafel.

Tevens wordt ter dekking van de afspraken ruimte binnen het Budgettair Kader Zorg ingezet en wordt een tariefsmaatregel in de AWBZ genomen. De afspraken hebben substantiële positieve effecten voor de werkgele-

¹ Wat de werkgevers betreft zijn het de volgende organisaties VGN, Actiz, GGZ-Nederland, NFU, NVZ en Btn. De werknemersorganisaties betreffen: CNV Publieke Zaak, FBZ, Nu»91 en MHP.

genheid. Ze bewerkstelligen dat het verwachte werkgelegenheidsverlies aan de onderkant van de arbeidsmarkt in de zorg zodanig worden verzacht, dat met gerichte maatregelen in sectorplannen voor de zorgarbeidsmarkt, zoveel mogelijk mensen van baan naar baan kunnen worden geholpen.

De aard van de afspraken verschilt tussen de langdurige zorg en de curatieve zorg. In algemene zin kan worden opgemerkt dat de curatieve zorg met de diverse gesloten hoofdlijnenakkoorden al in een transitiefase verkeert. Deze hoofdlijnenakkoorden werpen inmiddels hun eerste vruchten af (beheerste uitgavenontwikkeling, veranderende organisatie van de zorg). De langdurige zorg staat juist aan de vooravond van omvangrijke veranderingen.

2. Inzet van middelen curatieve en langdurige zorg

In onderstaande tabel is aangegeven welke middelen ingezet worden om de aanpassingen van het regeerakkoord alsmede enkele aanvullende maatregelen te financieren.

Tabel: Structurele inzet (2017) van middelen

Opbrengst ilo (2014–2017) Cure	€ 277 mln
Opbrengst ilo (2014–2017) Care	€ 249 mln
Ruimte BKZ	€ 330 mln
Tariefsmaatregel Care	€ 250 mln
Totaal	€ 1.106 mln

3.1 Afspraken op het terrein van de curatieve zorg

Bij de onderstaande opsomming van maatregelen voor de curatieve zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen de sectoren algemene ziekenhuizen, UMC's en GGZ. De in te zetten middelen zijn naar evenredigheid over deze sectoren verdeeld.

Kwaliteitsimpuls personeel algemene en categorale ziekenhuizen

Het gevolg van de vergrijzing onder de Nederlandse bevolking en de toenemende technologische mogelijkheden is dat de patiëntenzorg in de ziekenhuizen steeds complexer wordt. Dit vraagt om een constante investering in de kwaliteit van alle medewerkers. Het onderdeel «incidenteel» in de loonkosten component wordt dan ook al jaren besteed aan het op peil houden van de kennis, vaardigheden en competenties van medewerkers en een beloning die past bij de toenemende eisen die aan hun werk worden gesteld.

De komende jaren zal deze investering nodig blijven. Ziekenhuizen blijven zich permanent inzetten op het verder verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Goed opgeleide en geëquipeerde professionals, in het bijzonder verpleegkundigen, zijn hard nodig, zoals ook in het plan «De Verpleegkundige van 2020» is uiteengezet. Er zijn meer verpleegkundigen nodig op HBO-niveau. De doelstelling is zoveel mogelijk van de huidige medewerkers de mogelijkheid te bieden om op dit niveau werken. Dit vraagt om scholing en passende beloning. Zo zullen initiatieven van de NVZ ertoe leiden dat het niveau van de verpleegkundige zowel op niveau 4 als niveau 5 opgewaardeerd wordt. Ook taakherschikking vraagt om een blijvende impuls in opleiding en ontwikkeling. Daarnaast zijn extra middelen nodig voor stageplaatsen voor nieuwe medewerkers en om onnodige werkloosheid onder pas afgestudeerden te voorkomen. Meer generiek zijn er als gevolg van de

toenemende ontgroening en vergrijzing extra investeringen nodig in scholing en employability tijdens de loopbaan om medewerkers langer en blijvend gezond en inzetbaar te houden.

Gelijk speelveld tussen UMC's en ziekenhuizen

De pensioenvoorziening van het personeel van de UMC's is ondergebracht bij het ABP, terwijl het overige personeel in de zorg, waaronder dat van de algemene ziekenhuizen, vrijwel volledig onder het PFZW valt. Het als werkgever aangesloten zijn bij het ABP leidt tot een verschil in werkgeverslasten voor de pensioenregeling ten opzichte van de algemene ziekenhuizen en tot een verschil in inhoud van de pensioenregeling. Teneinde een gelijk speelveld te creëren op het terrein van pensioenen, de mobiliteit tussen UMC's en overige zorgsectoren te verbeteren en samenwerkingsverbanden tussen UMC's en overige zorginstellingen mogelijk te maken, is besloten de pensioenvoorziening van de UMC's onder te brengen bij het PFZW. Dit leidt echter tot meerkosten voor de UMC's. Hiervoor worden de UMC's gecompenseerd. De inzet van betrokkenen is dit per 1 januari 2014 te realiseren.

Beperking kortingen Opleidingsfonds UMC's

Medisch specialisten worden in UMC's en in de algemene ziekenhuizen opgeleid, waarbij de UMC's verantwoordelijk zijn voor bijna de helft van de opleidingsplaatsen. In het begrotingsakkoord 2012 is een korting opgenomen voor het opleiden van de medisch specialisten. Een deel daarvan komt voor rekening van de UMC's. Er is besloten de vergoeding per opleidingsplaats in de UMC's op het huidige peil te houden en niet te korten. Verder zullen nadere eisen worden gesteld aan de transparantie van het Opleidingsfonds, zowel aan de UMC's als aan algemene ziekenhuizen. Het gaat dan met name om inzicht in de kosten van de opleidingen in relatie tot de baten.

Jeugd-GGZ

In het regeerakkoord is afgesproken dat de jeugd-GGZ in 2015 wordt overgeheveld naar de gemeenten. Dit gaat gepaard met een korting. Om een gelijkmatige transitie te bewerkstelligen en daarmee tevens de werkgelegenheidseffecten te beperken is besloten de voorgenomen korting op het jeugddossier (gerelateerd aan de jeugd-GGZ) voor een belangrijk deel teniet te doen door het GGZ-kader geoormerkt te verhogen voor de jeugd. In geval van overheveling zal het verhoogde budget uit het kader meegaan en zal worden bezien, welke overgangsmaatregelen voor de jeugd-GGZ nodig zijn om ongewenste effecten te voorkomen.

3.2 Afspraken op het terrein van de langdurige zorg

Op het terrein van de langdurige zorg zijn de volgende afspraken gemaakt.

1. Huishoudelijke verzorging
De middelen voor de huishoudelijke verzorging worden met 35% verhoogd ten opzichte van het regeerakkoord. Van het huidige budget blijft daardoor 60% beschikbaar voor gemeenten (samen met de andere gemeentelijke middelen in het sociale domein). Hiermee is een structureel bedrag van € 530 miljoen gemoeid. De verwachting is dat het oorspronkelijke werkgelegenheidsverlies hiermee substantieel verzacht wordt.

2. Extramuralisering

De voorgenomen extramuralisering (hoeveel mensen kunnen thuis blijven wonen) wordt verzacht. Het gaat daarbij om maatwerk voor mensen met beperkingen. Desondanks wordt ter duiding hieronder gesproken in termen van zzp's. Bij de ouderenzorg zzp 4 wordt verwacht dat niet 100% van de mensen thuis kunnen wonen, maar 50%. De mensen die thuis kunnen blijven wonen, kunnen een beroep doen op een nieuwe aanspraak thuisverpleging. Deze is bedoeld om mensen die voorheen een zwaardere zorgzwaartepakket zouden hebben gekregen, langer thuis te laten blijven wonen. Bij het nader definiëren van deze nieuwe aanspraak worden de elementen verpleging, verzorging en begeleiding betrokken die voorheen onder de AWBZ vielen. Bij deze uitwerking zal het huidige integrale pakket van ondersteuning op deze drie elementen uitgangspunt zijn.

De zorg voor mensen met een licht verstandelijk handicap en (zware) gedragsproblemen blijven volledig onder de kern-AWBZ (LVG zzp 1 t/m 5 en zzp SG LVG1)². Dit geldt ook voor gehandicapten met een verstandelijk handicap (VG zzp 3: verzachting van 50%) en VG zzp 4 (verzachting van 100%). Ook de zwaardere zorg blijft voor lichamelijk, auditief en visueel gehandicapten onder de kern-AWBZ vallen³. Ten slotte zal het voornemen om GGZ zzp 3 te extramuraliseren geen doorgang vinden. Dit heeft als consequentie dat deze zorg ook overgaat naar de Zvw⁴.

Met dit alles is een structureel bedrag van € 300 miljoen gemoeid⁵.

Naast bovenstaande structurele maatregelen is sprake van de volgende incidentele bijstellingen (2014).

3. In 2014 zal dagbesteding en persoonlijke verzorging – in tegenstelling tot wat daarover in het regeerakkoord was opgenomen – behouden blijven. Het bedrag dat met deze maatregel is gemoeid, zal worden gedekt door een pgb-tariefskorting en een korting op de contracteer-ruimte voor de zorg in natura⁶. Met beide kortingen is tezamen een bedrag van € 330 miljoen gemoeid.
4. De maatregel 2014 om nieuwe cliënten in de Wmo geen huishoudelijke hulp meer te verstrekken, zal geen doorgang vinden.

Het bovenstaande krijgt zijn plaats in de bredere kabinetsbrief over de hervorming van de langdurige zorg. Actis en VGN hebben met het Deltaplan Ouderenzorg 2.0 respectievelijk met het Positionpaper over de gehandicaptenzorg hun visie op de toekomst van de langdurige zorg gegeven. Beide plannen bieden de basis voor vervolgoverleg dienaan-gaande met zorgpartijen. Een en ander komt aan de orde in de HLZ brief.

² Dit betreft volwassenen, vanaf dan 18 jaar.

³ Het gaat hierbij om zzp LG 2 en 4 en hoger. zzp LG1 en LG 3 worden geextramuraliseerd. In de ZG wordt alleen het zzp 1 ZG visueel en het zzp 1 ZG auditief geextramuraliseerd.

⁴ Binnen deze overheveling zal VWS gezamenlijk met de sector de positionering van het begeleid wonen (voor zover deze niet afhankelijk is van op genezing gerichte zorg) in het licht van de hervorming langdurige zorg verkennen.

⁵ De voorgestane extramuralisering heeft betrekking op nieuwe cliënten.

⁶ VWS zal voor deze laatste korting derhalve geen aanwijzing aan de Nza geven voor een tariefskorting.

4.1 Flankerend beleid zorgbreed

Tegengaan verspilling in de zorg

Werkgevers respectievelijk werknemers geven aan actief bij te zullen dragen aan de anti-verspillingsagenda van het kabinet c.q. het in oprichting zijnde Platform Verspilling. Voor de langdurige zorg is daarbij het streven dat opbrengsten van deze anti-verspillingsagenda ten gunste komen van de sector. Dit biedt de beste prikkels om zowel kwaliteitsverbetering, doelmatigheid als de positie van de werknemers te verbeteren. Hierover zijn in de curatieve zorg, inclusief de GGZ, al afspraken gemaakt, in de verschillende hoofdlijnenakkoorden.

Balans tussen flexibiliteit en zekerheid

Binnen de zorg is sprake van een toename van het aantal flexwerkers. De opvatting die hierover in het sociaal akkoord wordt geuit, wordt ook gedeeld in de zorgsector. De inzet van het sociaal akkoord wordt door partijen in de zorg onderschreven en zal leidraad zijn voor het optreden van partijen.

Her- en bijscholing personeel

In het sociaal akkoord zijn afspraken opgenomen over de her- en bijscholing van personeel. Dit vooral met het oog op de duurzame inzetbaarheid van het personeel, alsmede om eventueel overtollig geworden personeel zoveel mogelijk van werk naar werk te begeleiden. Ook voor de zorgsector zijn deze afspraken relevant. Sociale partners in de zorgsector zullen dan ook nadrukkelijk inzetten op her- en bijscholing van het personeel. Hiertoe zullen sectorplannen worden opgesteld.

Genoemde sectorplannen worden financieel gefaciliteerd door het kabinet. Voor wat betreft het beroep op het sectorplan gelden de bredere afspraken hieromtrent, zoals verwoord in de kabinetsbrief van 11 april jl. over het sociaal akkoord. Voor wat betreft de concrete invulling (van de financiering) van de plannen, de timing en organisatie respectievelijk omvang per branche worden voor de zomer nadere afspraken gemaakt. Het eerder door de werknemers verrichte onderzoek (Kiwa/Prismant) alsmede het lopende onderzoek van de SER naar de zorg, zullen bij het op te stellen plan worden betrokken.

4.2 Nader flankerend arbeidsmarktbeleid in de langdurige zorg

De voorgenomen hervorming in de langdurige zorg brengt onzekerheid met zich mee voor werknemers. Deze werknemers vormen het sociaal kapitaal in de zorg en zijn van grote waarde voor de kwaliteit van de verleende zorg. Alle partijen moeten zich uiterste inspanningen getroosten om gedwongen ontslagen te voorkomen en er voor te zorgen dat mensen van werk naar werk worden begeleid.

Bovengenoemde maatregelen hebben mede als doel de arbeidsmarkteffecten van de maatregelen in de langdurige zorg te verzachten: zowel de structurele redressering van de maatregel huishoudelijke hulp als de verzachting van de eerder voorgestane mate van extramuraliseren. De precieze werkgelegenheidseffecten van de hervormingen in de langdurige zorg laten zich – zoals gezegd – vooraf niet voorspellen. De verwachting is dat het oorspronkelijke werkgelegenheidsverlies hiermee substantieel verzacht wordt.

Een en ander geschiedt vanuit de overtuiging dat huishoudelijke hulp een onderdeel is van de ondersteunings- en zorgketen.

De daadwerkelijke effecten van de hervormingen (inclusief voorliggende afspraken) op de arbeidsmarkt worden nauwlettend in de gaten gehouden en in beeld gebracht door een arbeidsmarkteffectrapportage (AER). Het is van groot belang dat dit vroegtijdig geschiedt. De eerste effectrapportage wordt dan ook al komende zomer naar de Kamer gezonden, dit vergezeld van een visie van het kabinet op de arbeidsmarkt in de zorg.

Het feit dat de maatregel om nieuwe cliënten in de Wmo geen huishoudelijke hulp meer te verstrekken in 2014 geen doorgang vindt (en anderszins van dekking wordt voorzien), heeft als belangrijk voordeel dat daarmee tijd wordt gewonnen voor overleg over de kwaliteit van de zogenoemde onderkant van de arbeidsmarkt in de zorg respectievelijk over goed werkgeverschap. De komende periode kan daarmee worden benut om – aan de hand van de effectrapportage – in het spoor van het gevoerde sociaal overleg, een sectorplan voor de transitiefase van de arbeidsmarkt in de zorg op te stellen, met als doel mensen die hun baan dreigen kwijt te raken via mobiliteit, om- her- en bijscholing aan de slag te houden.

Vanuit de overtuiging dat werknemers op de werkvloer goede arbeidsvoorwaarden verdienen, heeft het kabinet in het regeerakkoord € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor het verbeteren van de arbeidsmarktpositie van specifieke groepen. Het ligt in de rede hierbij een verbinding te leggen met genoemd sectorplan. Voorts is € 250 miljoen structureel beschikbaar voor intensivering van de wijkverpleging en de sociale wijkteams.

In het wetsvoorstel tot wijziging van de huidige Wmo zullen de waarborgen voor werknemers uit hoofde van de wetsvoorstellen Kant/Leijten worden verankerd. Kort en goed gaat het om de volgende waarborgen:

- Geen verplichte aanbesteding: indien het college van B&W besluit het verlenen van huishoudelijke hulp door derden te laten verrichten, geldt niet de verplichting tot het uitschrijven van een aanbesteding;
- Overname personeel: indien een gemeente besluit een nieuwe aanbieder te contracteren, treedt deze aanbieder in overleg over de overname van het betrokken personeel met aanbieder(s) die vóór hem in opdracht van de gemeente huishoudelijke hulp hebben verleend. Met gemeenten en het kabinet worden nadere afspraken gemaakt om scherper toezicht te houden op deze afspraken en CAO-bepalingen;
- Basistarieven: gemeenten dienen basistarieven voor huishoudelijke hulp vast te stellen.

Bij de wijziging van de huidige Wmo uit hoofde van de in het regeerakkoord vervatte decentralisaties, zal expliciet aandacht zijn voor deze aspecten. Een en ander moet tevens worden gezien in het licht van de kwaliteit van ondersteuning: de bij deze kwaliteit betrokken partijen maken afspraken over kwaliteitswaarborgen in de herziene Wmo.

5. Tot slot

Met bovenstaande afspraken is een goede basis gelegd voor de verdere uitwerking van het regeerakkoord met het oog op een toekomstbestendige zorg. De zorg wordt aangepast aan de behoefte van de cliënten en de werknemer van vandaag en morgen. Een en ander door het combineren van het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het verhogen van de doelmatigheid en het verbeteren van de positie van het zorgper-

soneel. Gelet op de inhoud van deze brief en de al eerder gevoerde gesprekken met alle zorgpartijen en gemeenten, kunnen wij deze week de brief over de hervorming langdurige zorg aan u doen toekomen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn