

A photograph of a healthcare worker in a light blue lab coat leaning over an elderly patient with a white beard and glasses. The patient is sitting in a chair, and the worker is looking down at him with a caring expression. The background shows a window with blinds. The image is framed by a large, light green circular graphic on the left side.

# Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel

EINDRAPPORT  
oktober 2019



ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN

# Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel

seo economisch onderzoek

## Auteurs

Siemen van der Werff

Lucy Kok

Tobias Vervliet

William Luiten

Amsterdam, 30 oktober 2019

© 2019 SEO Economisch Onderzoek: in opdracht van het onderzoekprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)

# Inhoudsopgave

<b>0</b>	<b>Samenvatting .....</b>	<b>6</b>
	Beleid sinds 2012 .....	7
	Ontwikkelingen arbeidsmarkt zorg .....	7
	Kosten van uitstroom en herinstroom.....	8
	Toekomstige trends .....	8
	Scenario's voor de toekomst .....	8
<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>10</b>
1.1	Afbakening .....	11
1.2	Onderzoeksvragen .....	11
1.3	Arbeidsmarkt zorgsector .....	11
<b>2</b>	<b>Ontwikkelingen sinds 2012 .....</b>	<b>13</b>
2.1	Overzicht beleidsmaatregelen .....	14
	Verhoging eigen risico .....	14
	Geestelijke gezondheidszorg .....	14
	Ziekenhuiszorg .....	14
	Huisartsenzorg .....	15
	Langdurige zorg .....	15
	Ontwikkeling van de zorgvraag.....	15
2.2	Ontwikkelingen medisch domein.....	17
	Ontwikkeling stand medisch en verzorgend personeel 2013-2017 .....	17
	De uitstroom uit het medisch domein tussen 2013-2017 .....	20
2.3	Huidige vraag naar personeel .....	24
2.4	Conclusie .....	26
<b>3</b>	<b>Financieel effect herintreden .....</b>	<b>28</b>
3.1	Omvang herinstroom .....	29
3.2	Kosten uitstroom en herinstroom voor werkgevers .....	30
	Uitgangspunten analyse kosten uitstroom en herinstroom op werkgeversniveau .....	30
	Resultaten analyse kosten uitstroom en herinstroom op werkgeversniveau .....	32
3.3	Kosten uitstroom en herinstroom vanuit maatschappelijk perspectief.....	34
3.4	Conclusie .....	36
<b>4</b>	<b>Trends in de vraag naar werknemers in de zorg .....</b>	<b>37</b>
4.1	Toekomstige beleidsontwikkelingen.....	38
4.2	Trends in de vraag naar zorg.....	39
	Demografische trend .....	39
	Maatschappelijke trends .....	39
	Technologische trends voor de toekomst.....	41
	Samenvatting.....	41
4.3	Verwachte vraag naar personeel in de komende jaren .....	42
	Prognose vraag naar personeel .....	42

Gevolgen stijgende vraag naar personeel in de zorg .....	43
Prognose per beroep .....	43
Prognose arbeidsvraag per branche .....	45
<b>5 Toekomstscenario's .....</b>	<b>47</b>
5.1 Scenario's .....	48
De X-as: vertraging versus versnelling technologische ontwikkeling productieproces zorg .....	49
De Y-as: vertraging versus versnelling toename gezonde levensjaren .....	50
Vier scenario's .....	50
5.2 Mogelijke interventies en maatregelen .....	54
Uitstroom verminderen .....	55
Instroom vergroten .....	56
Veranderingen in het productieproces .....	58
<b>6 Conclusies .....</b>	<b>60</b>
Wat zijn gevolgen van de conjuncturele ontwikkelingen en de laatste stelselwijziging op verschuivingen van medewerkers op de arbeidsmarkt van het medisch domein? .....	61
Wat is het financiële effect van vertrek van werknemers en opnieuw moeten werven van medewerkers die recent boventallig zijn verklaard in het medisch domein, afgezet tegen de kosten om hen in dienst te houden? .....	61
Welke trends zijn de komende jaren te verwachten en welke gevolgen hebben deze naar verwachting op de arbeidsmarkt in het medisch domein? .....	62
Welke scenario's zijn denkbaar voor de toekomst in het medisch domein? .....	63
<b>Literatuur .....</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage A .....</b>	<b>70</b>
<b>Afbakening medisch domein .....</b>	<b>70</b>
<b>Bijlage B Methodologische verantwoording .....</b>	<b>75</b>
CBS Microdata .....	76
Enquête .....	77
Interviews .....	78
Methodologische toelichting per analyse .....	78
<b>Bijlage C .....</b>	<b>83</b>
<b>Inhoud enquête .....</b>	<b>83</b>

“De wetenschap dat het goed is”

*SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek. SEO-rapport nr. 2019-36*

#### **Informatie & Disclaimer**

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2019 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via [secretariaat@seo.nl](mailto:secretariaat@seo.nl)

## SEO-rapport nr. 2019-36

#### **Informatie & Disclaimer**

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

**Copyright © 2019 SEO Amsterdam.** Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via [secretariaat@seo.nl](mailto:secretariaat@seo.nl)

# 0 Samenvatting

0

*Vanaf 2012 zijn er mede door beleidswijzigingen veel veranderingen geweest op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel. Na een periode van krimp, is er op dit moment een flinke onvervulde vraag naar personeel. Om de onvervulde vraag in de toekomst niet verder te laten oplopen, zijn verschillende beleidsinterventies mogelijk.*

## Beleid sinds 2012

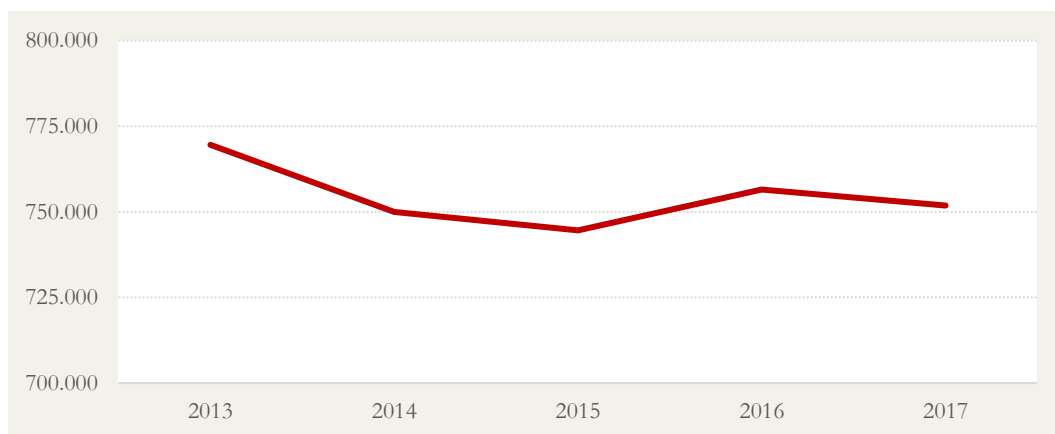
Vanaf 2012 zijn er diverse beleidswijzigingen geweest om de zorgkosten beheersbaar te houden. De zorguitgaven waren in de jaren ervoor sterk gestegen. Er waren zorgen dat met een verdere stijging de financiering van de zorg op lange termijn niet houdbaar was. Daarnaast was Nederland in 2012 opnieuw in een recessie terechtgekomen. Voor de daaropvolgende jaren werd een lage economische groei verwacht. Als gevolg van de recessie dreigden de overheidsfinanciën verder te verslechteren. De verschillende beleidsinterventies die volgden hadden veelal als doel de zorgkosten te beperken door substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en van intramurale zorg naar extramurale zorg.

## Ontwikkelingen arbeidsmarkt zorg

Het totaal aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in de medische sectoren is na 2013 gedaald (zie Figuur S.1.1). Het gaat hierbij niet om werkenden in een medisch of verzorgend beroep die in een andere sector werken, noch om overige werknemers in de medische sectoren. De grootste afname is te zien in 2014, waarna in 2015 de omvang van het aantal werkenden in het medisch domein nog verder daalt. In 2016 is sprake van een lichte groei, maar die groei zet niet meteen door in 2017. De omvang is zodoende in 2017 nog niet terug op het oude niveau. Eind 2018 zijn er veel langdurig openstaande vacatures.

In totaal is het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in het medisch domein in de periode van 2013 tot en met 2017 gedaald van 770 duizend naar 750 duizend personen. Er zijn 130 duizend personen in die periode uitgestroomd. Aan de andere kant zijn er 110 duizend werkenden in die periode ingestroomd. Het aantal vacatures eind 2018 was 20 duizend.

**Figuur S.1.1 Het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in de medische sectoren daalt na 2013 en is in 2017 nog niet terug op het oude niveau**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

De beroepen met de grootste daling tussen 2013 en 2017 in het aantal werkenden in het medisch domein zijn de verzorgenden in de gezondheidszorg. Het aantal huisartsen en basisartsen neemt tussen 2013 en 2017 juist weer toe. Er zijn eind 2018 dan ook relatief veel langdurige vacatures voor verzorgenden. Ook verpleegkundigen, artsen en psychologen zijn beroepen met relatief veel langdurig openstaande vacatures. Naar deze beroepen neemt de vraag in de komende jaren naar verwachting ook toe. Daarmee zijn verzorgenden en verpleegkundigen zowel de beroepen die in de periode 2013-2017 de grootste uitstroom kenden als de beroepen waarnaar nu veel vraag is.

## Kosten van uitstroom en herinstroom

Voor werkgevers is het, in een situatie waarbij er budgettaire druk op hun uitgaven is, goedkoper om werkenden met een vast contract te laten uitstromen en dezelfde personen later weer in dienst te nemen, dan om ze in dienst te houden. Hierbij is rekening gehouden met kosten voor ontslagvergoedingen en (aanvullende) uitkeringen die werkgevers in dit geval maken. Dat geldt in grotere mate ook voor personeel met een tijdelijk contract, omdat er voor werkgevers vrijwel geen kosten gemoeid zijn met het niet verlengen van hun contract. Dit blijkt uit de analyse van de kosten van beide opties. De mate waarin dit daadwerkelijk heeft plaatsgevonden als gevolg van de stelselwijzigingen kan echter niet betrouwbaar worden vastgesteld. De krimp in 2014 en 2015 kan namelijk ook veroorzaakt zijn door vrijwillige uitstroom, waarbij uitgestroomd personeel vervolgens niet (direct) vervangen is.

Maatschappelijk gezien is dit echter beleid waarvan de kosten hoger zijn dan de baten. Deze kosten worden in grote mate door de maatschappij en de overige werkenden in de zorg gedragen. Ten eerste is de krimp van de werkgelegenheid over het algemeen niet samengegaan met een lagere vraag naar zorg. De hoeveelheid werk is veelal hetzelfde gebleven (of zelfs meer geworden), terwijl dit door minder personeel uitgevoerd moest worden. Dit heeft negatieve gevolgen voor de werkdruk voor het overblijvende personeel en heeft mogelijk een hogere uitstroom tot gevolg gehad. Daarnaast zijn er de maatschappelijke kosten in de vorm van uitkeringen aan werkloos geworden personeel en de kapitaalvernietiging van gemaakte opleidingskosten. Uit de analyse blijkt dat deze maatschappelijke kosten van de uitstroom en herinstroom van werknemers hoger zijn dan de besparing op loonkosten voor werkgevers in de zorg. Deze hoge maatschappelijke kosten geven redenen om naar de toekomst toe collectieve oplossingen te bedenken om te voorkomen dat er dan overmatig personeel uit de zorgsector vertrekt.

## Toekomstige trends

Er is een aantal toekomstige trends geïdentificeerd die tot een hogere vraag naar zorg leiden. De vergrijzing zet door en dus neemt ook de komende jaren de zorgvraag toe voor de huisartsen en gezondheidscentra, VVT en ziekenhuizen. In de krimpregio's wonen veel ouderen en heeft de vergrijzing dus een groter effect op de zorgvraag. Een positieve trend is dat ouderen wel steeds gezonder zijn, dit verlaagt weer de zorgvraag. Voor deze maatschappelijke trends geldt dat deze een verhogend effect hebben op de zorgvraag voor de huisartsen en gezondheidscentra. Technologische innovaties die invloed hebben op de vraag naar zorg leiden vaak tot een verhoging van de zorgvraag. Overigens verhogen zulke innovaties vaak ook tegelijkertijd de arbeidsproductiviteit in de zorg, waardoor de vraag naar personeel minder snel stijgt dan de zorgvraag.

De verwachting is dat de vraag naar medisch en verzorgend personeel in de medische sectoren als gevolg van deze trends flink zal stijgen, met zo'n 220 duizend personen in 2022 en met 390 duizend personen in 2027. Deze stijging is echter niet hetzelfde als de verwachte groei van de werkgelegenheid, of het aantal extra werkenden, omdat hierin ook de vervangingsvraag is opgenomen. Deze prognose is louter een prognose van de arbeidsvraag, verwachte ontwikkelingen van het aanbod van personeel zijn niet meegenomen. Uit andere studies blijkt dat de stijging in de vraag naar personeel niet volledig vervuld kan worden door het aanbod. Dat heeft in de toekomst mogelijk negatieve gevolgen voor de werkdruk in de zorg en de kwaliteit van de zorg.

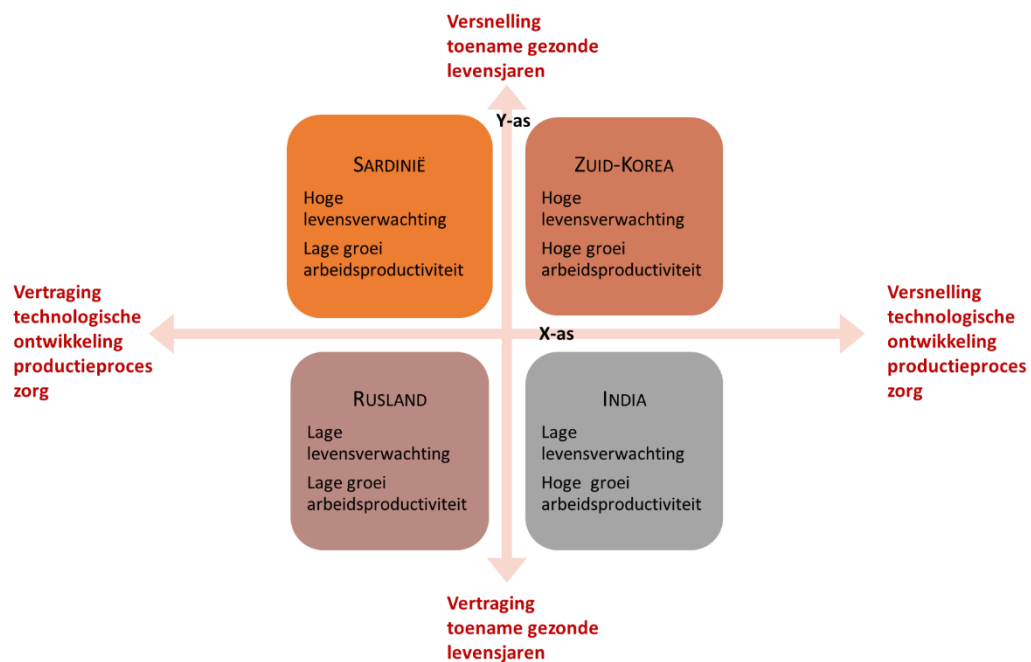
## Scenario's voor de toekomst

Voor deze analyse zijn vier scenario's voor de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de toekomst opgesteld. De scenario's zijn opgebouwd uit twee assen die beide een kernonzekerheid bevatten. De X-as geeft een vertraging of versnelling van technologische ontwikkelingen aan in het productieproces van de zorg. De Y-as geeft de onzekerheid aan in de ontwikkeling van de gezondheid en de gezonde levensjaren. In de interviews is aangegeven dat deze ontwikkelingen met veel onzekerheid omgeven zijn.

De scenario's geven hierbij mogelijke richtingen aan waarin deze factoren zich in de komende jaren kunnen ontwikkelen. Het idee daarachter is dat Nederland op dit moment op het middelpunt van de assen staat en in de toekomst van positie kan gaan veranderen. Daarbij is die ontwikkeling zowel afhankelijk van (internationale) ontwikkelingen alsook afhankelijk van het beleid dat in Nederland gevoerd gaat worden. Een succesvol preventiebeleid zou bijvoorbeeld moeten zorgen voor de versnelling van de toename van gezonde levensjaren. Daardoor zou Nederland zich richting de bovenkant van de Y-as ontwikkelen. Beleid waardoor de adoptie van technologische ontwikkelingen versneld wordt, zou ervoor zorgen dat Nederland zich richting de rechterkant van de X-as ontwikkelt. De inhoud van de assen staat in de volgende figuur weergegeven:



Figuur S.1.2 Technologische groei en ontwikkeling levensverwachting bepalen scenario's



Bron: SEO Economisch Onderzoek

Omdat nu nog niet bekend is welk scenario werkelijkheid wordt zal het beleid zich moeten richten op alle scenario's, waarbij beleidsmakers zich bewust zouden moeten zijn van de invloed van hun beleid op de uiteindelijke ontwikkelingen. Welke ontwikkelingen kunnen zich voordoen en hoe kan de zorg zich daarop voorbereiden? De grote uitdagingen voor de zorgsector liggen in het bieden van voldoende zorg en het kunnen omgaan met technologische ontwikkelingen. Het bieden van voldoende zorg is vooral een uitdaging in de scenario's waarin het aantal ongezonde levensjaren toeneemt, door ongezond gedrag (Rusland en India). Maar ook in het scenario waarin het aantal ongezonde levensjaren afneemt (Sardinië) zullen er knelpunten op de arbeidsmarkt ontstaan. Het omgaan met technologie zal een uitdaging zijn in de scenario's waarin de technologische ontwikkeling zorgt voor een snelle verandering van de wijze waarop zorg wordt verleend.

Om in de toekomst aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen zal de instroom vanuit de opleiding moeten toenemen en de uitstroom afnemen. De nadruk zal daarbij moeten liggen op het verminderen van de uitstroom van verpleegkundigen uit het beroep. Om ervoor te zorgen dat in de scenario's met een snelle technologische ontwikkeling er voldoende personeel is dat met deze nieuwe technologieën om kan gaan is een aanpassing van de opleiding nodig en mogelijk ook een hogere beloning.

# 1 Inleiding



*Het doel van dit onderzoek is om meer zicht te krijgen op de ontwikkelingen in beleid en in vraag en aanbod naar personeel in de zorg. Daarmee levert het input voor toekomstige beleidsbeslissingen. Dit in het licht van het arbeidsmarktbeleid in de zorg sinds 2012 en de huidige krapte voor verschillende beroepen in de zorg.*

Het doel van dit onderzoek is om meer zicht te krijgen op de ontwikkelingen in beleid en in vraag en aanbod en hun gevolgen voor de arbeidsmarkt voor medisch personeel. Op basis van dit inzicht zouden betere beslissingen genomen kunnen worden. Het onderzoek levert inzicht in het financiële en maatschappelijke effect van uitstroom en herinstroom van zorgpersoneel. Daarnaast levert het inzicht in relevante trends en scenario's voor de toekomst van het medische domein en de gevolgen voor de werking van de arbeidsmarkt. Partners in het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) (sociale partners in de relevante sectoren en VWS) hebben behoefte aan deze inzichten om in de toekomst betere besluiten te kunnen nemen over het arbeidsmarktbeleid voor medische en verzorgende sectoren.

## 1.1 Afbakening

Dit rapport spreekt over werkenden in het medisch domein. Het gaat daarbij om medisch en verzorgend personeel dat werkzaam is in sectoren die onder het medisch domein vallen. Zodoende vallen onder de afbakening van het onderzoek alle personen die ofwel als werknemer ofwel als zelfstandige werkzaam zijn in een medisch of verzorgend beroep én in een medische sector. Werkenden moeten in het primair proces werkzaam zijn om onder de afbakening van het onderzoek te vallen. Zo zijn niet-medische beroepen in medische sectoren, zoals bijvoorbeeld managers in de gezondheidszorg, niet meegenomen in dit onderzoek. Ook personen met een medisch of verzorgend beroep die niet in een medische sector werken, vallen niet onder de afbakening van het onderzoek. Het gaat dan bijvoorbeeld om maatschappelijk en sociaal werkers die niet in een medische sector werken. Maatschappelijk werkers die in een medische sector werken, vallen wel onder het onderzoek. Hetzelfde geldt voor medische beroepen in niet-medische sectoren, zoals bijvoorbeeld bedrijfsartsen. In Bijlage A staat een toelichting op welke beroepen en welke sectoren onder de afbakening van het onderzoek vallen en hoe deze geïnclassificeerd zijn.

Het aantal werkenden dat onder de afbakening van het onderzoek valt is lager dan de omvang van de totale werkzame beroepsbevolking in beroepen op het gebied van zorg en welzijn. In vergelijking met de in totaal 1,2 miljoen werkenden in zorg- en welzijnsberoepen van AZW Statline worden tot het medisch en verzorgend personeel volgens de afbakening van dit onderzoek 750 duizend werkenden geteld<sup>1</sup>. Dit verschil komt door de hierboven beschreven kruising tussen beroepen en sectoren.

## 1.2 Onderzoeksvragen

Op basis van het voorgaande worden de volgende vier onderzoeksvragen beantwoord:

- Wat zijn de gevolgen van de conjuncturele ontwikkelingen en de laatste stelselwijziging op verschuivingen van medewerkers op de arbeidsmarkt van het medisch domein?
- Wat is het financiële effect van vertrek van werknemers en opnieuw moeten werven van medewerkers die recent boventallig zijn verklaard in het medisch domein, afgezet tegen de kosten om hen in dienst te houden?
- Welke trends zijn de komende jaren te verwachten en welke gevolgen hebben deze naar verwachting op de arbeidsmarkt in het medisch domein?
- Welke scenario's zijn denkbaar voor de toekomst in het medisch domein?

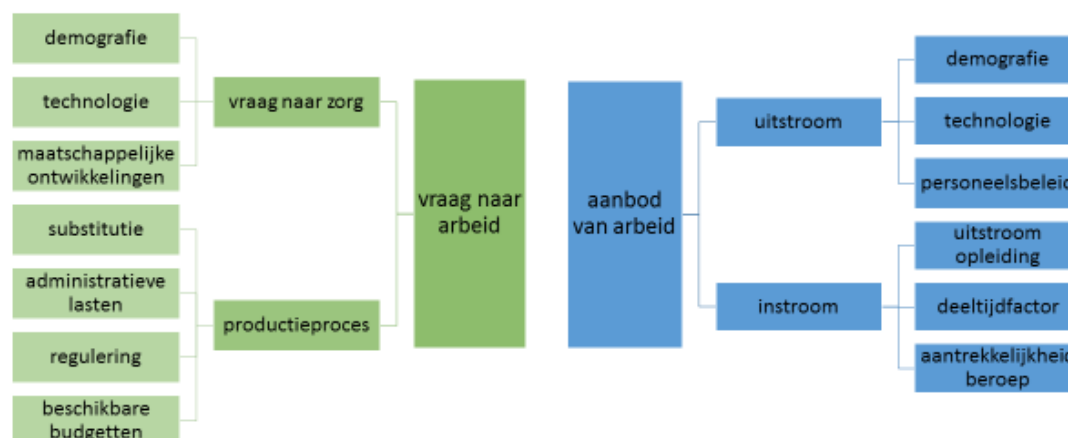
## 1.3 Arbeidsmarkt zorgsector

Een onvervulde vraag op de arbeidsmarkt ontstaat wanneer de vraag naar arbeid groter is dan het aanbod. Figuur 1.1 vat de factoren die invloed hebben op vraag en aanbod van arbeid in de zorgsector samen. Hierbij geldt dat een mismatch tussen de vraag en het aanbod van arbeid gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van zorg voor patiënten. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een gebrek aan capaciteit in de zorgsector, omdat er onvoldoende personeel beschikbaar is. Ook kunnen er gevolgen zijn voor de werkdruk van personeel, wat weer kan leiden tot een verlaging van de kwaliteit van zorg die patiënten ontvangen.

---

<sup>1</sup> Zie Werknemers met een baan in de zorg en welzijn op <https://azwstatline.cbs.nl/>. Deze aantallen gelden voor eind 2017.

Figuur 1.1 Invloeden op vraag en aanbod arbeid in de zorgsector



Bron: SEO Economisch Onderzoek

De vraag naar arbeid in de zorg wordt beïnvloed door de vraag naar zorg en door de efficiëntie van het productieproces. De vraag naar zorg wordt beïnvloed door demografische factoren, vooral de vergrijzing van de bevolking, technologische ontwikkelingen en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals meer mondige patiënten. Technologische ontwikkeling zorgt ervoor dat meer behandelingen mogelijk worden waardoor de zorgvraag stijgt. Anderzijds gaat de technologische ontwikkeling in de zorg trager dan in de private sector, waardoor de productiviteit achterblijft. De lonen in de zorg volgen echter wel de lonen in de private sector om werknemers te kunnen blijven trekken. Daardoor stijgen de kosten in de zorg zonder dat er kwaliteit- of hoeveelheidwinsten geboekt worden: zorg wordt relatief duurder. Dit wordt het Baumol-effect genoemd, naar degene die dit effect voor het eerst beschreef (Baumol, 1967). De relatieve stijging van de kosten wordt gecompenseerd door volumedaling of daling van de kwaliteit. Empirisch is vastgesteld dat een stijging in de relatieve zorgprijs leidt tot een lager zorgvolume (zie Scholte & Kok 2013 voor een overzicht van empirisch onderzoek). Daarnaast heeft regulering, bijvoorbeeld de verhoging van het eigen risico, of inkrimping van het verzekerde pakket, invloed op de vraag naar zorg. Een meer efficiënte wijze van produceren verlaagt de vraag naar zorg. Substitutie van dure zorg naar goedkope zorg maakt de zorg goedkoper. Het gaat om verschuivingen van bijvoorbeeld ziekenhuizen naar huisartsen, van artsen naar verpleegkundigen of van intramurale zorg naar zorg thuis. Deze beleidsmatig ingezette ontwikkelingen leiden vooral tot verschuiving in de vraag naar arbeid. Beleid dat moet leiden tot vermindering van administratieve lasten leidt tot minder vraag naar arbeid. Een verandering van de bekostiging leidt tot meer of minder vraag naar arbeid. Technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot een efficiëntere productiewijze en daardoor tot minder vraag naar arbeid.

Het aanbod van arbeidskrachten wordt bepaald door enerzijds uitstroom van het huidige personeel en anderzijds instroom van nieuw personeel. Uitstroom wordt sterk beïnvloed door demografie, omdat pensionering een van de belangrijkste uitstroomredenen is. Technologie kan ervoor zorgen dat mensen langer kunnen doorwerken, waardoor de uitstroom vermindert. Een goed personeelsbeleid kan ervoor zorgen dat minder mensen stoppen met werken of uitstromen naar andere sectoren. De uitstroom uit de opleiding wordt beïnvloed door de instroom in de opleiding en de uitval gedurende de opleiding. De instroom in de opleidingen in de zorgsector wordt beïnvloed door ramingen, van onder andere het Capaciteitsorgaan. Een belangrijke factor is de mate waarin de verschillende zorgberoepen als aantrekkelijk worden gezien door mensen die voor de keuze staan een beroep te kiezen. Het gaat daarbij onder andere om arbeidsvoorwaarden. Verder is de mate waarin mensen in deeltijd willen werken van invloed op het aanbod van arbeid in fte.

# 2 Ontwikkelingen sinds 2012

2

*Het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in medische sectoren is tussen 2013 en 2017 van 770 duizend naar 750 duizend gedaald. In totaal zijn daarbij 135 duizend personen uitgestroomd, waarbij 2014 het jaar is met de grootste uitstroom. Het zijn vooral de personen die in 2013 werkten als sociaal werker of als verzorgende die sindsdien het medisch domein zijn uitgestroomd. In 2019 zijn er juist weer veel langdurige openstaande vacatures voor verzorgenden.*

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in het aantal werkenden in medische en verzorgende functies tussen 2012 en het heden. Daarbij worden deze ontwikkelingen gekoppeld aan de beleidswijzigingen die er in deze periode zijn geweest om de zorgkosten beheersbaar te houden.

## 2.1 Overzicht beleidsmaatregelen

Vanaf 2012 zijn er diverse beleidswijzigingen geweest om de zorgkosten beheersbaar te houden. De zorguitgaven waren in de jaren ervoor sterk gestegen. Er werd geconstateerd dat dit op de lange termijn niet houdbaar was. Daarnaast was Nederland opnieuw in een recessie terechtgekomen en voor de komende jaren werd een lage economische groei verwacht. Het bezuinigen op de zorg houdt een sterk verband met een economische recessie (Reeves et al., 2014). Voor Nederland gold dit ook. Een deel van de beleidswijzigingen komt voort uit akkoorden die zijn gesloten tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. De rode draad in de akkoorden is dat zij gericht zijn op het verplaatsen van zorg in een instelling naar zorg thuis of naar de huisarts. Hierachter ligt de aanname dat zorg thuis goedkoper is dan zorg in een instelling. Daarnaast zou dit aangenamer voor de patiënt moeten zijn. Verschuiving van zorg naar de huisarts is ook vanuit kostenoverwegingen. Hiervoor geldt ook dat dit voor de patiënt een laagdrempelige voorziening is. Door de drempel om zorg te gebruiken te verlagen kan worden voorkomen dat klachten erger worden, wat gunstig is voor de patiënt, maar mogelijk op den duur ook goedkoper.

### Verhoging eigen risico

Om de vraag naar zorg te verminderen is het eigen risico verhoogd van € 170 in 2011 naar € 385 in 2016. De laatste jaren blijft het eigen risico gelijk. Het eigen risico steeg het sterkst tussen 2012 en 2013. Verwacht mag worden dat het stijgende eigen risico een drukkend effect heeft gehad op de vraag naar zorg (Manning et al., 1987). Dit geldt niet voor zorgvormen waarop het eigen risico niet van toepassing is, zoals de huisartsenzorg.

### Geestelijke gezondheidszorg

In juni 2012 is het Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 gesloten. In dit akkoord werd afgesproken dat er een omslag plaats zou vinden van de tweedelijnszorg (zorg waarvoor een verwijzing nodig is) naar de eerstelijnszorg (de huisarts). De bedden capaciteit werd afgebouwd. Er kwam meer focus op preventie, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt (VWS, 2016). In vervolg op dit akkoord hebben de samenwerkende partijen in 2013 nieuwe afspraken gemaakt over de GGZ voor de jaren 2014-2017. Dit bestuurlijk akkoord is begin 2015 beëindigd, omdat de partijen het niet eens waren over de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet waarin de vrije artskenkeuze is vastgelegd. Wel bleven de budgettaire afspraken gelden tot en met 2017. In het bestuurlijk akkoord 2014-2017 was afgesproken dat partijen de jaarlijkse uitgavengroei tussen 2015 en 2017 in de GGZ zouden beperken tot één procent per jaar. Voor 2014 was een landelijk maximum groeipercentage van 1,5 procent afgesproken. Dit moest onder meer bereikt worden door een verlenging van het Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (VWS, 2016). Deze maatregelen zouden de groei van de vraag naar de GGZ-zorg moeten verlagen.

In 2014 is de GGZ gesplitst in een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Patiënten met lichte klachten kunnen terecht in de huisartsenzorg. De zorg voor patiënten met lichte tot matige psychische stoornissen verplaatste naar de generalistische basis GGZ. De complexe stoornissen worden behandeld in de gespecialiseerde GGZ. De verwachting is dat minimaal 20 procent van de patiënten die nu in de gespecialiseerde GGZ wordt geholpen, verschuift naar de generalistische basis-GGZ (VWS, 2016).

### Ziekenhuiszorg

Het hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg 2012-2015 was bedoeld om de zorgvraag te verplaatsen van ziekenhuizen naar huisartsen. In 2011 zijn afspraken gemaakt over de kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Het akkoord had als doel om te streven naar een structurele uitgavengroei van 2,5 procent, onder meer door afspraken over substitutie van dure ziekenhuiszorg (tweede lijn) naar goedkopere

huisartsenzorg (eerste lijn) (VWS, 2011). Op basis hiervan zou de zorgvraag dalen voor de ziekenhuizen en stijgen voor de huisartsenzorg.

## Huisartsenzorg

Voor de huisartsenzorg is in 2012 het convenant huisartsenzorg afgesloten. Huisartsen kregen de taak het aantal doorverwijzingen naar medisch specialistische zorg zo laag mogelijk te houden. Ook moest er een verplaatsing plaatsvinden van de spoedeisende hulp (SEH) naar de huisartsenpost (HAP), als de HAP ook de gewenste zorg kan verlenen. In lijn met het bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014 is ook in het convenant huisartsenzorg het doel geformuleerd te voorkomen dat er te veel mensen in de tweedelijns GGZ terechtkomen. Tot slot is afgesproken dat er 0,5 procent extra groeiruumte komt om de extra vraag naar huisartsenzorg te bekostigen (VWS, 2012). Hierop voortbordurend is in 2013 het hoofdlijnenakkoord van 2014-2017 voor de eerstelijnszorg afgesloten. Hierin is afgesproken dat de toegang tot de zorg beperkt wordt tot diegenen die daarop zijn aangewezen. Richtlijnen moeten zorgverleners en gebruikers ondersteunen bij het maken van keuzes en spelen een belangrijke rol bij het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie (Algemene Rekenkamer, 2016).

## Langdurige zorg

In het lenteakkoord tussen de regering en de oppositie van 2013 is afgesproken om de langdurige zorg te extramuraliseren<sup>2</sup>. Er werd afgesproken dat vanaf 1 januari 2013 de lichte intramurale zorg voor nieuwe cliënten niet meer vanuit de instelling wordt geboden. Deze mensen kregen geen indicatie meer voor intramurale zorg maar voor extramurale zorg. Cliënten werden voortaan in de eigen omgeving geholpen. Dit gebeurde in het kader van het programma “scheiden van wonen en zorg”. Op basis hiervan zou de zorg moeten verschuiven naar thuiszorg. De vraag naar gehandicaptenzorg, GGZ en ouderenzorg zou hierdoor minder stijgen.

Met ingang van 1 januari 2015 is de langdurige zorg hervormd. De hervorming van de langdurige zorg houdt in dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is komen te vervallen. De taken zijn overgegaan naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- De Wet langdurige zorg (Wlz) is voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben en voor de meest kwetsbare mensen met een psychische stoornis. Deze zorg wordt geleverd met verblijf in een instelling of in de thuisomgeving. Men kan daarnaast een beroep doen op een persoonsgebonden budget;
- In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 bieden gemeenten ondersteuning die voorheen nog onder de AWBZ viel zoals bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding. Daarnaast bieden gemeenten beschermd wonen voor mensen met een psychische stoornis;
- Verpleging en verzorging aan huis valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wanneer mensen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, komen de eerste drie jaar van de opname onder de Zvw te vallen. Na die drie jaar vallen zij onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

Verwacht mag worden dat door de hervorming de vraag naar thuiszorg sterker stijgt en de groei van de vraag naar intramurale zorg daalt.

## Ontwikkeling van de zorgvraag

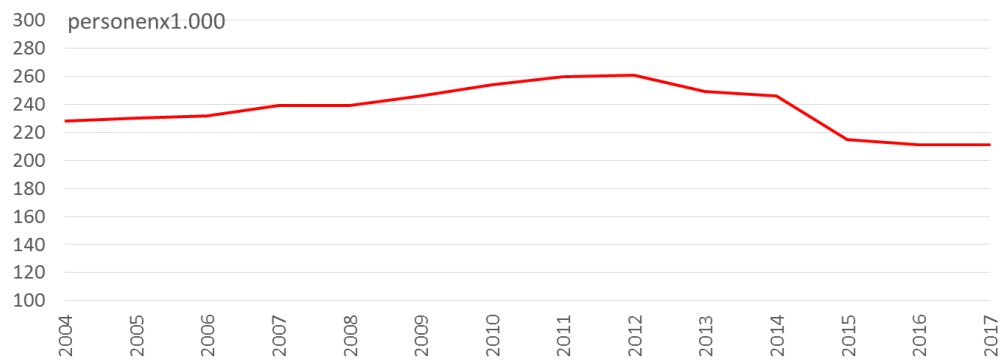
De verschillende akkoorden en stelselherzieningen hadden als doel de zorgkosten te beperken door substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en van intramurale zorg naar extramurale zorg. Verwacht mag worden dat dit tot een sterkere stijging van de vraag naar huisartsenzorg en naar thuiszorg heeft geleid en een daling of minder sterke stijging van de vraag naar ziekenhuiszorg en intramurale GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Deze trends zijn mogelijk versterkt door de verhoging van het eigen risico, dat niet geldt voor de huisartsenzorg.

De cijfers bevestigen deze verwachtingen. In Figuur 2.1 is te zien dat de vraag naar de intramurale zorg (Wlz/AWBZ zorg met verblijf) stijgt tot 2012 en daarna terugloopt.

---

<sup>2</sup> Lenteakkoord 2013: Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd

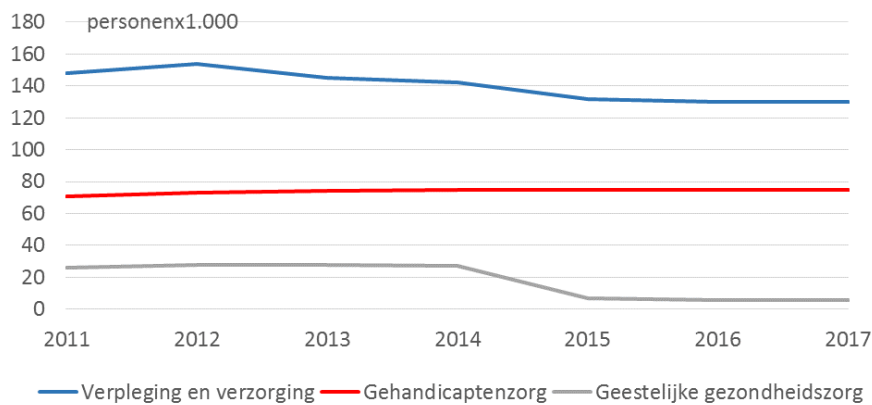
**Figuur 2.1 De zorgvraag daalt in de intramurale zorg vanaf 2012**



Bron: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

In Figuur 2.2 is de vraag naar intramurale Wlz-/AWBZ-zorg vanaf 2010 uitgesplitst naar verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en GGZ. Voor de verpleging en verzorging is er een dalende trend sinds 2012. In het volume intramurale zorg in de GGZ is er een duidelijke trendbreuk tussen 2014 en 2015 te zien.

**Figuur 2.2 Vraag naar zorg is gedaald in de verpleging en verzorging en de GGZ**

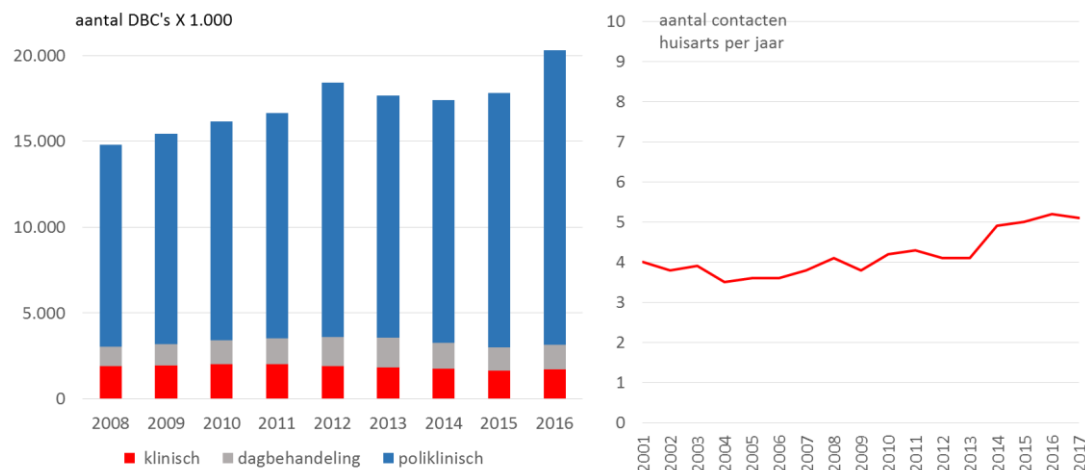


Bron: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

De vraag naar ziekenhuiszorg stijgt tot 2012 en daalt na het sluiten van het eerste hoofdlijnenakkoord van 2012. In 2016 loopt de vraag weer op. De vraag naar huisartsenzorg loopt juist op vanaf 2012.



**Figuur 2.3 Vraag naar ziekenhuiszorg daalt na 2012, en vraag naar huisartsenzorg stijgt**



Bron: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Toelichting: links is weergegeven het gebruik van ziekenhuiszorg in aantallen Diagnose Behandel-combinaties (DBC's). Rechts is het gemiddeld aantal huisartsconsulten per persoon per jaar weergegeven

## 2.2 Ontwikkelingen medisch domein

Deze paragraaf beschrijft hoeveel medisch en verzorgend personeel de afgelopen jaren is verdwenen uit het medisch domein. De analyse beschrijft de veranderingen in het aantal werkenden tussen 2013-2017 en maakt een uitsplitsing naar het beroep van de werkenden. Vervolgens wordt de uitstroom van het medisch en verzorgend personeel in beeld gebracht en geanalyseerd welke typen medewerkers het medisch domein hebben verlaten. De cijfers in dit gedeelte van het onderzoek zijn gebaseerd op de Enquête Beroepsbevolking (EBB). Ook is een analyse uitgevoerd op basis van registratie in het BIG-register. Het BIG-register is opgericht in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Daarin is vastgelegd dat onder anderen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten zich moeten registreren. Dit gaat dus om een gedeelte van de medische en verzorgende beroepen. In Bijlage B.1 staat een methodologische verantwoording en een beschrijving van de gebruikte databestanden.

### Ontwikkeling stand medisch en verzorgend personeel 2013-2017

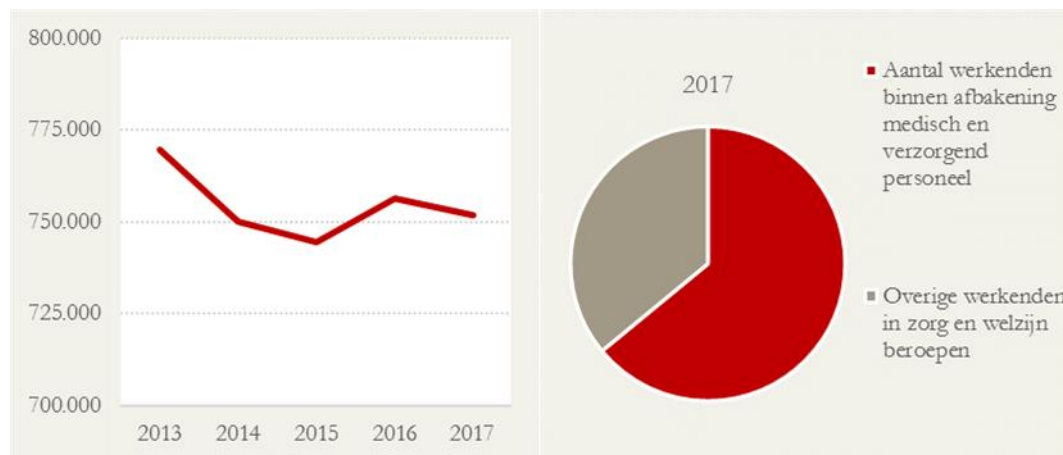
Het aantal werkenden in het medisch domein, zoals afgebakend in dit onderzoek, omvat bijna twee derde van het totaal aantal werkenden in zorg- en welzijnsberoepen zoals AZW Statline aangeeft. Figuur 2.4 laat de ontwikkeling van het aantal werkenden in het medisch domein zien over de jaren 2013-2017. Daarnaast is ook voor het jaar 2017 weergegeven hoe deze groep van medisch en verzorgend personeel in medische sectoren zich verhoudt tot het totaal aantal werkenden in zorg- en welzijnsberoepen. Hieruit is duidelijk te zien dat de groep werkenden waar dit onderzoek zich op richt slechts een deel vormt van het totaal aantal werkenden met een baan in de zorg en welzijn.

Het totaal aantal werkenden in het medisch domein daalt na 2013 (zie Figuur 2.4). De grootste afname is te zien in 2014, waarna in 2015 de omvang van het medisch domein nog verder daalt. In dat jaar is er meer dan drie procent minder werkgelegenheid in het medisch domein ten opzichte van 2013. Vanaf 2016 is er weer sprake van een lichte groei, maar dit zet niet direct door in 2017. De omvang van het medisch domein is zodoende in 2017 nog niet terug op het oude niveau. Over het algemeen was er in deze periode juist sprake van een stijgende trend in de werkgelegenheid. De ontwikkeling van de stand van medisch en verzorgend personeel hangt daarom waarschijnlijk voor een groot deel samen met de verschillende beleidsmaatregelen.

Een aparte analyse gaat uit van alle werkenden met een BIG-registratie, zie Bijlage B.1. Hieruit blijkt dat het aantal BIG-geregistreerde werkenden vanaf 2014 gestaag stijgt. De resultaten van deze analyse vanaf 2014 zijn echter niet voor alle beroepen volledig te vergelijken met de resultaten van 2013 vanwege een verplichte herregistratie. Daarom gaat deze analyse uit van de periode 2014-2017. De analyse op basis van de BIG-

registratie levert een lager aantal werkenden dan de analyse op basis van de EBB. Dit wordt veroorzaakt doordat niet alle werkenden in medische en verzorgende beroepen een BIG-registratie moeten hebben.

**Figuur 2.4** Het aantal werkenden in het medisch domein daalt na 2013 en is in 2017 nog niet terug op het oude niveau



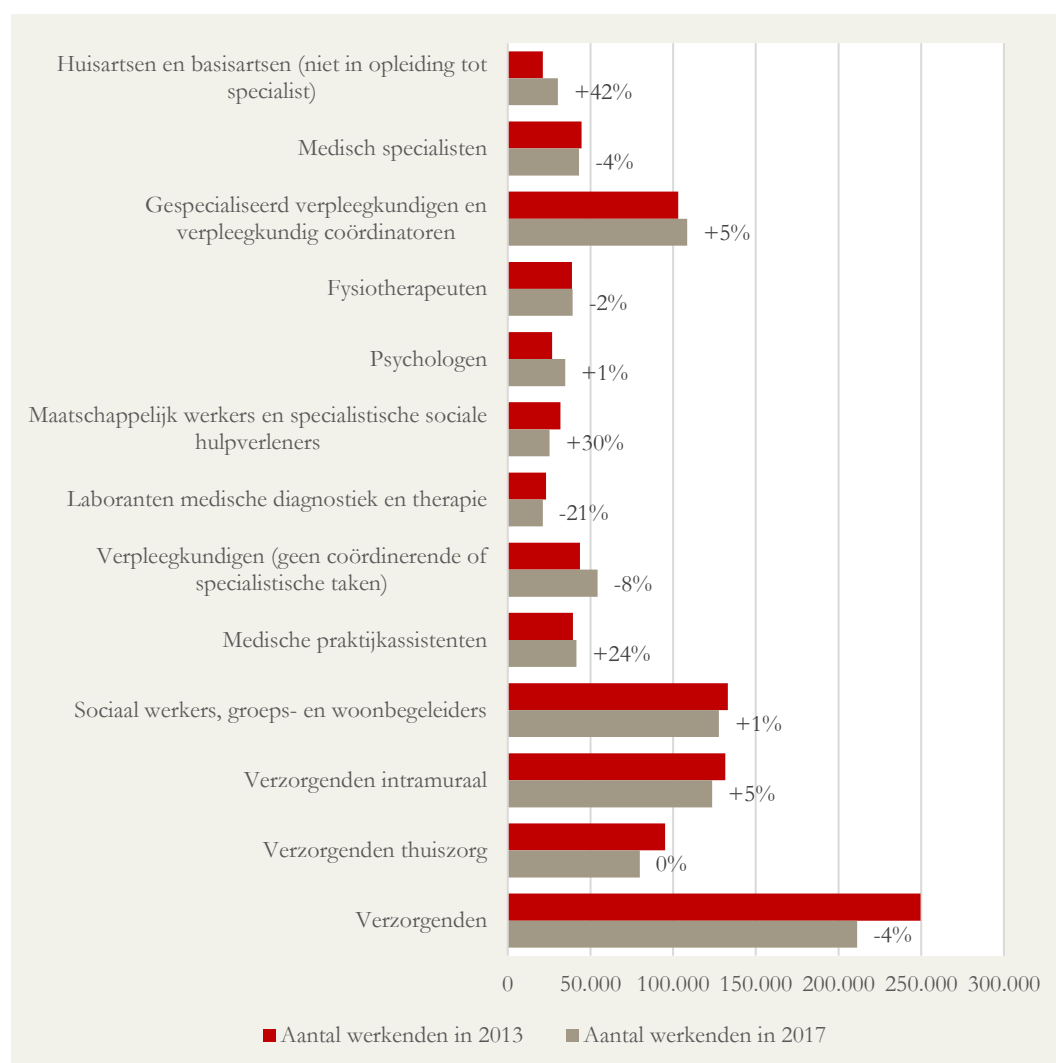
Bron: AZW Statline en CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

### Per beroep

De beroepen met de grootste daling in het aantal werkenden zijn de verzorgenden in de gezondheidszorg. Hieronder vallen de verzorgenden intramuraal, de verzorgenden thuiszorg en de assistenten gezondheidszorg. Samen met sociaal werkers zijn dit ook de grootste beroepen die onder de afbakening van dit onderzoek vallen. Zie Bijlage A voor een overzicht van welke voorbeeldberoepen er allemaal vallen onder de hier genoemde beroepsgroepen. Zo is te zien dat onder de verzorgenden intramuraal ook bijvoorbeeld de zorghulp valt en onder de sociaal werkers ook een begeleider van gehandicapten.

Beroepen die in omvang stijgen zijn artsen, verpleegkundigen en psychologen. Dit laat Figuur 2.5 zien. Deze figuur laat de ontwikkeling in de omvang van het aantal werkenden per beroep zien in 2017 ten opzichte van 2013. Verloskundigen, masseurs en ambulancepersoneel worden in de verdere analyses niet meegenomen. Deze beroepen hebben namelijk een te kleine omvang om betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

**Figuur 2.5 De omvang van het verzorgend personeel neemt af tussen 2013-2017**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Het aantal gespecialiseerd verpleegkundigen blijft vrijwel gelijk over alle jaren en stijgt in 2017 met vijf procent ten opzichte van 2013. Het aantal verpleegkundigen, die geen coördinerende of specialistische taken uitvoeren, neemt toe tot en met 2016 en komt in 2017 24 procent hoger uit dan in 2013. Ook het aantal werkende verpleegkundigen met een BIG-registratie stijgt tussen 2014-2017. De daling in werkgelegenheid voor deze beroepen heeft waarschijnlijk te maken met de ontwikkelingen in de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Het gaat dan om het lenteakkoord van 2013 en de hervormingen langdurige zorg, waarin is besloten de langdurige zorg te extramuraliseren.

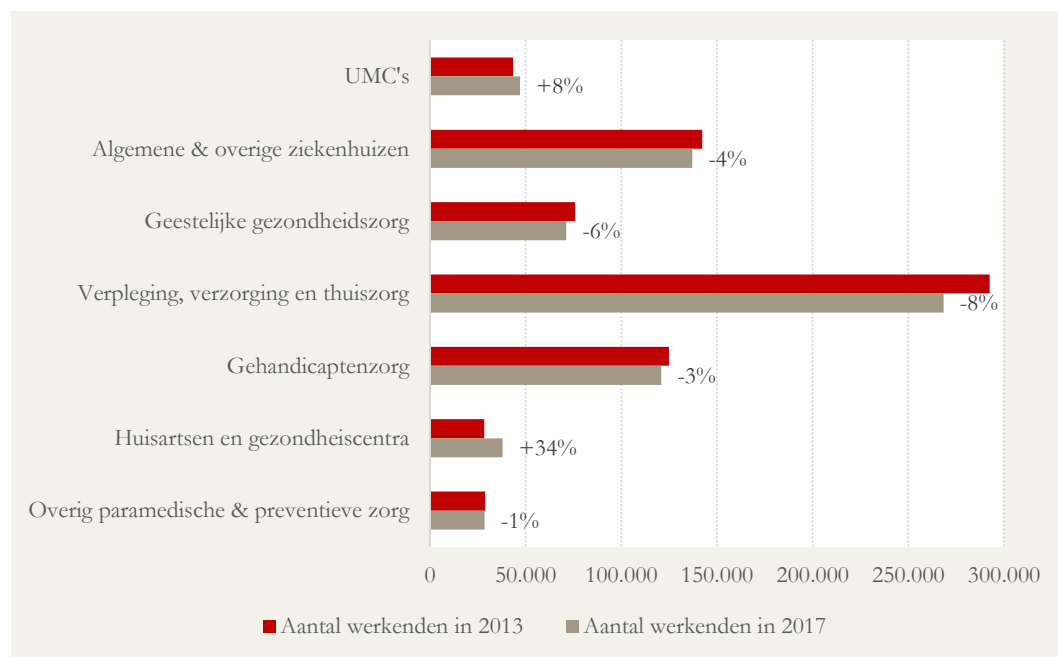
Het aantal huisartsen en basisartsen neemt tussen 2013 en 2017 toe met meer dan 40 procent. Deze stijging was eerder ook al terug te zien in de stijging in de werkgelegenheid in de branche voor huisartsen. De groei van de branche voor huisartsen hangt samen met de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Deze substitutie is onderdeel van verschillende beleidsmaatregelen, zie VWS (2011), VWS (2012) en VWS (2016). Het aantal medisch specialisten is in 2017 vier procent lager dan in 2013. De omvang van het aantal medisch praktijkassistenten groeit na 2013 vijf procent tot en met 2017. Deze ontwikkeling hangt samen met de hoofdlijnakkoorden voor de medisch specialistische zorg (2012-2015) en de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. De aparte analyse van de werkenden met een BIG-registratie laat zien dat vanaf 2014 het aantal werkende basisartsen en medisch specialisten stijgt. Logischerwijs geeft de analyse van BIG-geregistreerde werkende artsen eenzelfde beeld als de hoofdanalyse, omdat dit beroepen zijn waarin een BIG-registratie verplicht is.

Het aantal psychologen in 2017 is 30 procent groter dan de beroepsgroep in 2013. Dit terwijl de GGZ-sector met veel verschillende beleidsmaatregelen te maken heeft gekregen. De voornaamste redenen voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid in deze branche zijn de bestuurlijke hoofdlijnakkorden en de splitsing tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hierdoor is een aanzienlijk deel van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn (de branche voor huisartsen) terechtgekomen. Hierdoor is er veel werk voor psychologen verplaatst naar de branche voor huisartsen, waarbij het aantal psychologen is gestegen. De analyse op basis van BIG-geregistreerde werkenden laat ook zien dat het aantal psychologen stijgt na 2014, terwijl het aantal psychotherapeuten en psychiaters afneemt. Dit laat zien dat de groei in het beroep psychologen vooral gedreven wordt door het aantal psychologen en dus de branche voor GGZ en niet door BIG-geregistreerde psychotherapeuten en psychiaters. Ook de groep maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners krimpt tot en met 2017. In 2017 werkt er vier procent minder personen in dit beroep dan in 2013.

### Per branche

De branche met de grootste daling in werkgelegenheid over de periode 2013-2017 is de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Ondertussen is de branche voor huisartsen de enige branche die groeit in deze jaren. Dit hangt samen met de verplaatsing van geestelijke gezondheidszorg van die branche naar de eerste lijn. Figuur 2.6 laat zien hoe de omvang van het aantal werkenden in het medisch domein per branche is in 2017 ten opzichte van 2013. Deze resultaten zijn in lijn met de resultaten naar beroep.

**Figuur 2.6 Terwijl de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg de grootste krimp laat zien, is de branche voor huisartsen de enige die groeit**

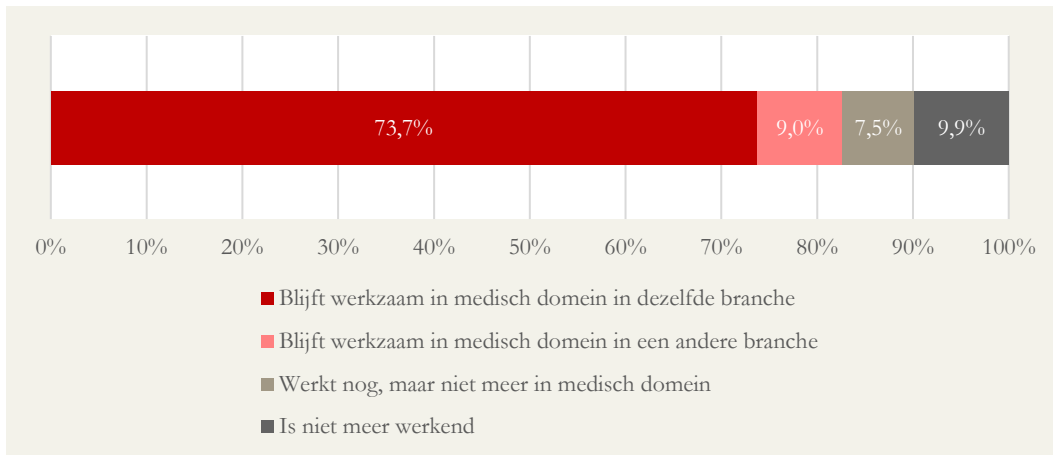


Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

### De uitstroom uit het medisch domein tussen 2013-2017

In totaal is 17 procent van het medisch en verzorgend personeel uit 2013 niet meer werkzaam in het medisch domein in 2017. Dat zijn ruim 130 duizend personen. De analyse neemt het cohort werkenden in het medisch domein van 2013 als uitgangspunt en volgt deze personen tot en met 2017. Daarmee brengt deze analyse in beeld hoeveel medisch en verzorgend personeel de afgelopen jaren is verdwenen uit het medisch domein en welke type werkenden dit waren. Van de personen die binnen het medisch domein werkzaam blijven, blijft het overgrote deel ook binnen dezelfde branche werken (90 procent). Dit beeld is vrijwel hetzelfde voor de alle branches. Alleen komt het iets vaker voor dat een persoon die eerst in de branche voor UMC's werkt van branche wisselt. Deze komt dan daarna, logischerwijs, terecht in de branche voor algemene en overige ziekenhuizen.

**Figuur 2.7 Van de 770 duizend werkenden in het medisch domein in 2013 is ruim 17 procent uitgestroomd in 2017**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Van jaar op jaar stroomt ruim zes procent van het medisch en verzorgend personeel uit. Van 2014 op 2015 is de uitstroom met zeven procent hoger dan in andere jaren, waardoor in 2015 de omvang van het medisch personeel verder daalt. Uitstromend medisch en verzorgend personeel dat in hetzelfde jaar weer instroomt is in deze berekening niet meegenomen. De uitstroom uit het medisch domein kan meerdere kanten opgaan. Aan de ene kant kunnen personen in een sector buiten het medisch domein, dus in een niet-medische sector, werkzaam worden. Aan de andere kant kunnen zij de arbeidsmarkt verlaten. Zo gaat jaarlijks een deel van de werkenden met pensioen of stroomt uit naar werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of inactiviteit. Een deel van deze uitstroom is natuurlijke uitstroom die past bij een mobiele arbeidsmarkt, maar er is ook een deel van deze uitstroom te relateren aan het beleid en andere ontwikkelingen in de zorgsector vanaf 2012.

De uitstroom van werkenden met een BIG-registratie is zeer gelijkmatig over de jaren en laat geen piek zien in 2014. Deze piek is wel te zien in de analyse op basis van de EBB. Ook ligt de totale uitstroom van het aantal BIG-geregistreerde werkenden tussen 2013 en 2017 iets lager (14 procent) dan de totale uitstroom van het medisch en verzorgend personeel zoals hierboven is beschreven.

Een hogere uitstroom die niet goed wordt opgevangen kan leiden tot hogere werkdruk voor het blijvende personeel. Dit kan weer leiden tot meer ziekteverzuim en zelfs langdurige uitval en tot gevolgen voor de kwaliteit van zorg voor patiënten. Hoge uitstroom kan dus via deze vicieuze cirkel tot hogere uitstroom leiden. Dit kan per beroep en sector sterk verschillen. Op het effect van verzuim gaat dit onderzoek echter niet verder in.

### Per beroep

Van de werkenden die in 2013 werkzaam zijn in het medisch domein en in 2017 zijn uitgestroomd, waren de meesten (58 procent) werkzaam als sociaal werker, als verzorgende thuiszorg of als verzorgende intramuraal (zie Figuur 2.8). Dit zijn alle drie grote beroepsgroepen qua omvang en deze laten ook de hoogste uitstroompercentages zien. Zo is 21 procent van de sociaal werkers, groep- en woonbegeleiders in 2013 uitgestroomd in 2017, 27 procent van de verzorgenden thuiszorg en 18 procent van de verzorgenden intramuraal. Van de gespecialiseerd verpleegkundigen, een andere grote beroepsgroep, stroomt 12 procent uit. De overige beroepsgroepen vormen allemaal minder dan zes procent van de uitgestroomde werkenden.

**Figuur 2.8 De grootste groepen tussen 2013 en 2017 uitgestroomde werkenden zijn sociaal werkers en verzorgenden (thuiszorg of intramuraal)**



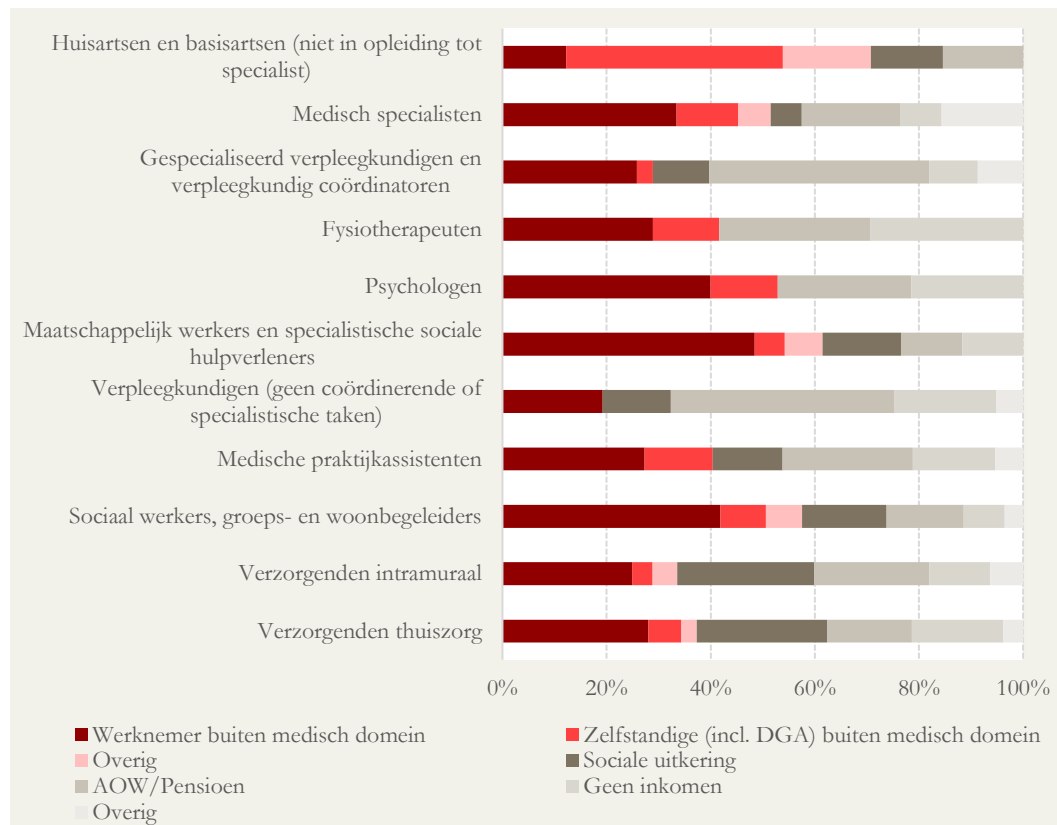
Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Hoe de uitstroom zich per jaar ontwikkelt verschilt per beroep, maar voor de meeste beroepsgroepen geldt dat de uitstroom in 2014 hoger ligt dan in andere jaren. Voor huisartsen en basisartsen en medisch specialisten is de uitstroom vrij constant over de jaren. Hetzelfde geldt voor gespecialiseerd verpleegkundigen, alhoewel deze groep in 2014 een iets hogere uitstroom laat zien. Voor andere beroepen zijn er duidelijk pieken waar te nemen, vooral in 2014. Dit geldt met name voor de verzorgende beroepen, waar het uitstroompercentage in 2014 bijna twee keer zo hoog ligt als in de andere jaren. De groep maatschappelijk werkers kent met acht procent een relatief hoge jaarlijkse uitstroom en dit ligt tussen 2014 en 2016 met 10-13 procent een stuk hoger dan normaal. In 2013 en 2014 stroomt iets meer van de sociaal werkers uit. Het was in dat jaar negen procent, terwijl dat in de andere jaren gemiddeld zeven procent was.

### Waar komen personen die uit het medisch domein stromen terecht?

Een verdere analyse van de groep uitgestroomde werkenden laat zien wat er met de personen gebeurt die zijn uitgestroomd tussen 2013 en 2017. Figuur 2.9 brengt dit per beroepsgroep in beeld. De rood getinte balken geven het aandeel uitgestroomde werkenden aan die in 2017 nog werkzaam zijn. De grijs getinte balken geven het aandeel aan dat uit de arbeidsmarkt is gestroomd. Bij de groep met een uitkering kan het gaan om werkloosheids-, bijstands-, ziektewet- of arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De analyse heeft alleen betrekking op de groep uitgestroomde werkenden. Daarom tellen de cijfers in de figuur op tot in het totaal 100 procent. In absolute zin zijn sociaal werkers en verzorgenden de grootste groepen uitstromers, zo bleek uit Figuur 2.5.

**Figuur 2.9 Personen die in beroepen werkten met veel uitstroom zijn relatief vaak niet meer werkzaam**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Zoals eerder beschreven vormen sociaal werkers en verzorgenden de belangrijkste groepen uitgestroomde werkenden. Uitgestroomde sociaal werkers zijn in 2017 vaker werkzaam in een branche buiten de medische branches dan dat zij niet-werkend zijn. De meeste uitgestroomde sociaal werkers komen te werken in de branche voor maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting of in de verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting. Het gaat in het eerste geval om beroepen buiten de medische sector. In het tweede geval gaat het dan om beroepen die niet onder de afbakening van dit onderzoek vallen. Ook maatschappelijk werkers die uitstromen komen vaak terecht als werknemer in deze branches. Sociaal werkers komen ook relatief vaak te werken in de uitzendbranche, het openbaar bestuur, het onderwijs of worden werkzaam voor particulieren. Voormalig sociaal werkers die niet meer werkend zijn komen terecht in sociale uitkeringen of gaan met pensioen. Hetzelfde geldt voor maatschappelijk werkers.

De groep uitgestroomde verzorgenden (intramuraal en thuiszorg) zijn iets vaker niet-werkend dan werkzaam in een andere branche. Zij ontvangen ofwel een uitkering of hebben geen inkomen of zijn met pensioen. De personen die nog wel werken zijn dan vooral actief als werknemer in de uitzendbranche en/of in de schoonmaak.

Anders dan het verzorgend personeel worden huisartsen en basisartsen die uitstromen relatief vaak nog werkzaam in een niet-medische branche. Zij gaan dan voornamelijk als zelfstandige aan het werk buiten het medisch domein. Ook medisch specialisten zijn vaak nog werkzaam buiten de medische branches. Zij worden dan vaak werknemer in het onderwijs of de branche “openbaar bestuur, in overheidsdiensten of verplichte sociale verzekeringen”. De medisch specialisten die niet meer werkzaam zijn, zijn meestal met pensioen.

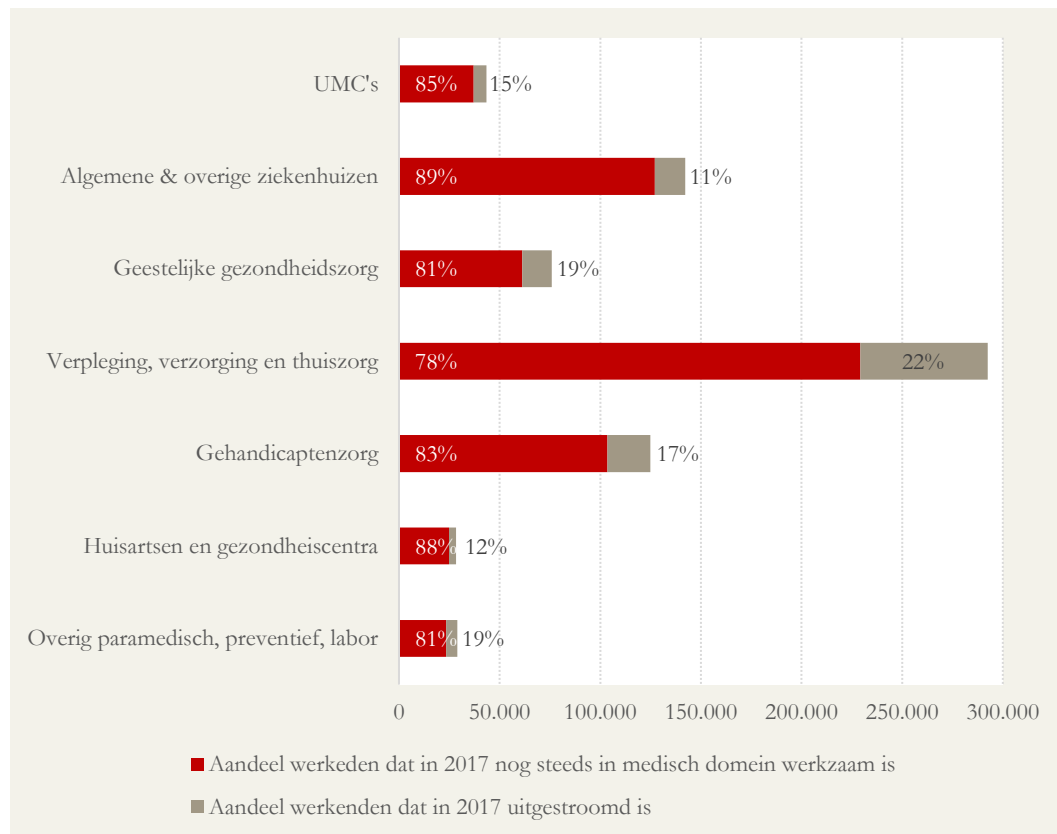
Van de uitgestroomde gespecialiseerd verpleegkundigen is het grootste deel niet meer werkend in 2017, voornamelijk omdat zij dan met pensioen zijn. De personen die nog wel werken doen dat als werknemer in bijvoorbeeld de uitzendbranche of het openbaar bestuur. Van de verpleegkundigen zonder coördinerende of specialistische taken die uitstromen is de meerderheid niet meer werkend, ook vaak vanwege pensionering.

Uitgestroomde psychologen zijn vaak aan het werk als werknemer in het onderwijs of zijn, als ze niet meer werken, met pensioen. De uitgestroomde fysiotherapeuten en medisch praktijkassistenten laten een vergelijkbaar beeld zien waarin iets meer dan de helft niet meer werkt<sup>3</sup>.

### Per branche

In de periode 2013-2017 waren de uitstromers vooral werkzaam in de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Dit is in lijn met de resultaten van de analyses per beroep. Figuur 2.10 brengt de uitstroom per branche in beeld. Doordat de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg zowel de grootste branche als de branche met de hoogste uitstroom (22 procent) is, komt bijna de helft van al het uitgestroomde personeel uit deze sector. Daarna vormt de groep uitstromende werkenden in de gehandicaptenzorg de tweede grootste groep: van hen stroomt 17 procent uit. Van het medisch en verzorgend personeel uit algemene en overige ziekenhuizen stroomt 11 procent uit over de periode 2013-2017. Van de werkenden in de GGZ stroomt 19 procent uit. UMC's, de branche voor huisartsen en gezondheidscentra en de branche voor overig paramedisch en preventieve zorg vormen een kleiner deel van de totale uitstroom, doordat hier relatief lage uitstroompercentages zijn en omdat deze branches minder groot zijn.

**Figuur 2.10 De branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg kent meeste uitstroom tussen 2013 en 2017**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

## 2.3 Huidige vraag naar personeel

Er zijn eind 2018 meer dan 10 duizend langdurig openstaande vacatures voor verzorgenden. Dit zijn vacatures die minstens zes maanden open stonden. Het gaat dan zowel om verzorgenden in de thuiszorg als verzorgenden bij verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Dat laat Figuur 2.11 zien. In het totaal zijn er ruim 20 duizend langdurig openstaande vacatures voor medisch en verzorgend personeel in het medisch domein. Ook verpleegkundigen, artsen en psychologen zijn beroepen met relatief veel langdurig openstaande vacatures.

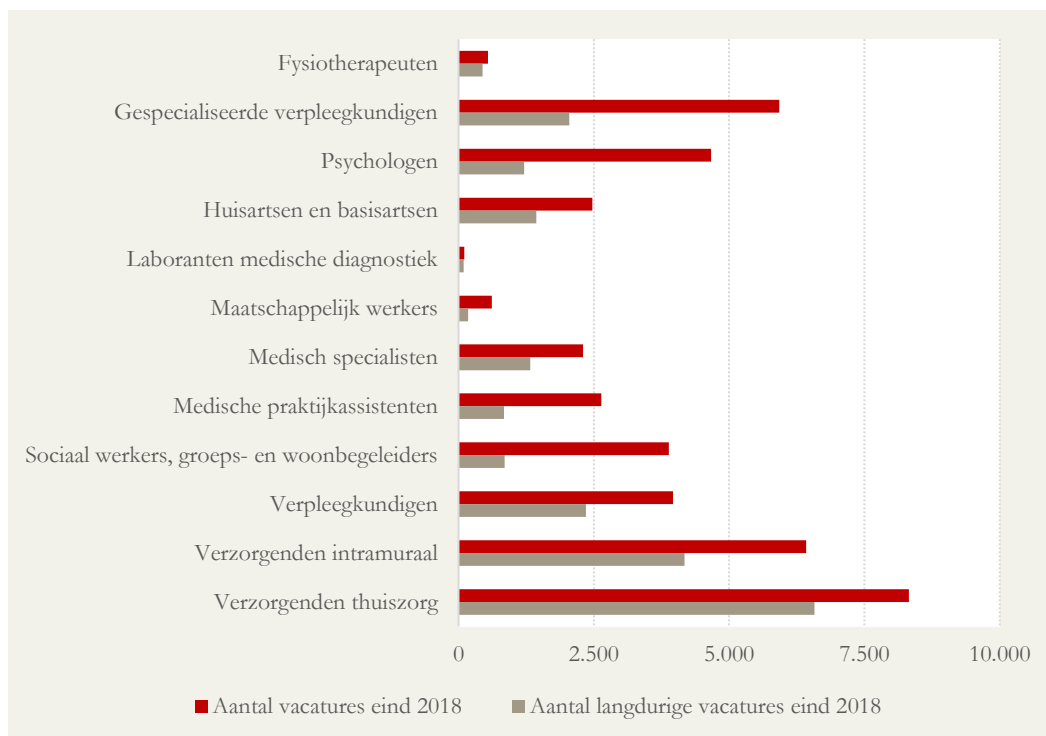
<sup>3</sup> De resultaten van deze analyse kan in verband met het lage aantal onderliggende observaties niet worden weergegeven voor verloskundigen, laboranten medische diagnostiek, masseurs en assistenten fysio- en bewegingstherapie, ambulancepersoneel en assistenten gezondheidszorg



Voor al deze beroepen geldt dat het aandeel langdurig openstaande vacatures groter is dan drie procent van het totaal werkzame personeel in deze beroepen in het medisch domein. Dat wijst erop dat er voor deze beroepen een relatief grote onvervulde vraag is. Deze analyse is gebaseerd op de enquête onder werkgevers in de zorg die voor dit onderzoek gehouden is. 440 werkgevers uit de medische sector hebben hierop gereageerd. In Bijlage B worden details van deze enquête besproken. Bijlage C bevat de vragenlijst.

Het CBS rapporteert overigens eind 2018 26 vacatures per duizend banen in de gezondheids- en welzijnszorg. Dat zou neerkomen op ongeveer 20 duizend vacatures in de gehele sector. Het gaat daarbij ook om de kortlopende vacatures. De oorzaak van dit verschil kan liggen in de vraagstelling of in de omvang van de populatie van ondervraagde werkgevers. Voor de CBS-cijfers is niet bekend wat de omvang is van het aantal ondervraagde werkgevers in de medische sector. Ook bevatten de CBS-cijfers slechts vacatures voor werknemers, terwijl in de aantallen vacatures voor dit onderzoek ook zelfstandigen worden meegenomen.

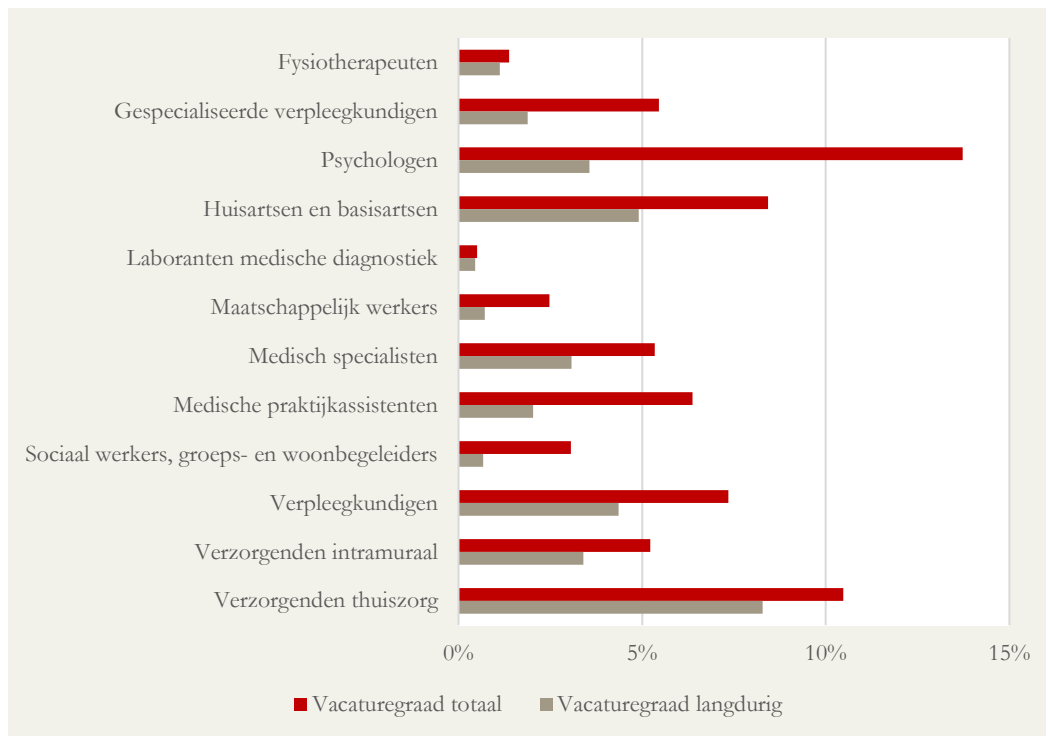
**Figuur 2.11 Eind 2018 is de vraag naar verzorgenden het grootst**



Bron: Berekeningen SEO op basis van enquête werkgevers in de zorg en CBS Microdata

Ook voor het totaal aantal vacatures geldt dat deze het grootst zijn bij de verzorgenden, psychologen en verpleegkundigen. Dit zijn ook groepen met veel langdurig openstaande vacatures. In vergelijking met andere beroepen in het medisch domein is er hierbij ook sprake van een relatief hoog aandeel langdurige vacatures ten opzichte van het totaal aantal vacatures. Dat laat zien dat er sprake is van functies met arbeidsmarktkrapte. Voor artsen, verpleegkundigen, psychologen en verzorgenden geldt dat het aandeel vacatures groter is dan vijf procent van het totaal werkzame personeel in deze beroepen in het medisch domein. Dat laat Figuur 2.12 zien.

**Figuur 2.12** Relatief veel vacatures eind 2018 voor psychologen en verzorgenden in de thuiszorg



Bron: Berekeningen SEO op basis van enquête werkgevers in de zorg en CBS Microdata

Voor sociaal werkers is het aantal vacatures hoog in vergelijking met andere medische en verzorgende beroepen. Sociaal werkers zijn echter ook een grote beroepsgroep. Relatief gezien is het aandeel vacatures voor hen beperkt. Dat wijst erop dat deze vacatures vooral frictiewerkloosheid weergeven en niet sterk in de richting wijzen van een onvervulde vraag naar dit beroep.

Voor huisartsen geldt hierbij dat de situatie verschilt tussen regio's. In de perifere gebieden is het moeilijk om vacatures te vervullen. In de steden met een universitaire geneeskundeopleiding en enkele andere centrale regio's is dit juist makkelijker. Een veelgenoemde oorzaak voor het moeilijk vervullen van vacatures is dat er slechts een gering aantal geschikte praktijken beschikbaar is in de periferie. Daarnaast zijn werkgelegenheidsmogelijkheden voor (de vaak hoogopgeleide) partners van huisartsen in de perifere gebieden beperkter dan in meer centraal gelegen regio's.

Binnen de vraag naar medisch specialisten is er op dit moment vooral bij psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde sprake van langdurig onvervulde vacatures. De hoofdoorzaak lijkt de aantrekkelijkheid van deze specialismen te zijn. Deze patiëntengroepen waarop deze specialismen zich richten, worden door artsen niet altijd een aantrekkelijk te behandelen groep gevonden in vergelijking met andere patiëntengroepen. Daarnaast zijn deze specialismen financieel relatief onaantrekkelijk.

## 2.4 Conclusie

In de periode 2013-2017 is het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen van 770 duizend naar 750 gedaald. Van de werkenden in 2013 was in 2017 nog 83 procent werkzaam in een medische branche. De uitstroom na 2014 lag daarbij hoger dan in andere jaren. Dit geldt voor de meeste branches en beroepen. Het gaat vooral om de personen die in 2013 werkten als sociaal werkers, de verzorgenden thuiszorg of de verzorgenden intramuraal (of in iets mindere mate de gespecialiseerde verpleegkundigen) die in 2017 uit het medisch domein zijn gestroomd. Meer dan de helft van de vanaf 2013 uitgestroomden vanuit het beroep van verzorgende is in 2017 niet meer werkzaam. Een kwart van deze groep heeft daarbij een (werkloosheids)uitkering. De ontwikkeling in de omvang van het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen lijkt samen te hangen met de stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden en specifiek met bezuinigingen in de verpleging en verzorging. Dit is echter niet exact te bepalen, omdat deze relatie niet

causaal te onderzoeken is. Uit gesprekken met experts blijkt echter wel dat deze ontwikkelingen op de arbeidsmarkt volgens hen volgen op de beleidsontwikkelingen. De ontwikkelingen zijn ook in lijn met deze ontwikkelingen. Eind 2018 is er vervolgens sprake van een groot aantal langdurig onvervulde vacatures. Naar verzorgenden thuiszorg of de verzorgenden intramuraal is nu juist een grote onvervulde vraag. Relatief gezien is ook de onvervulde vraag naar artsen groot. Dat hangt mogelijk samen met de vergroting van de rol van de huisarts in het zorgstelsel.

# 3 Financieel effect herintreden

3

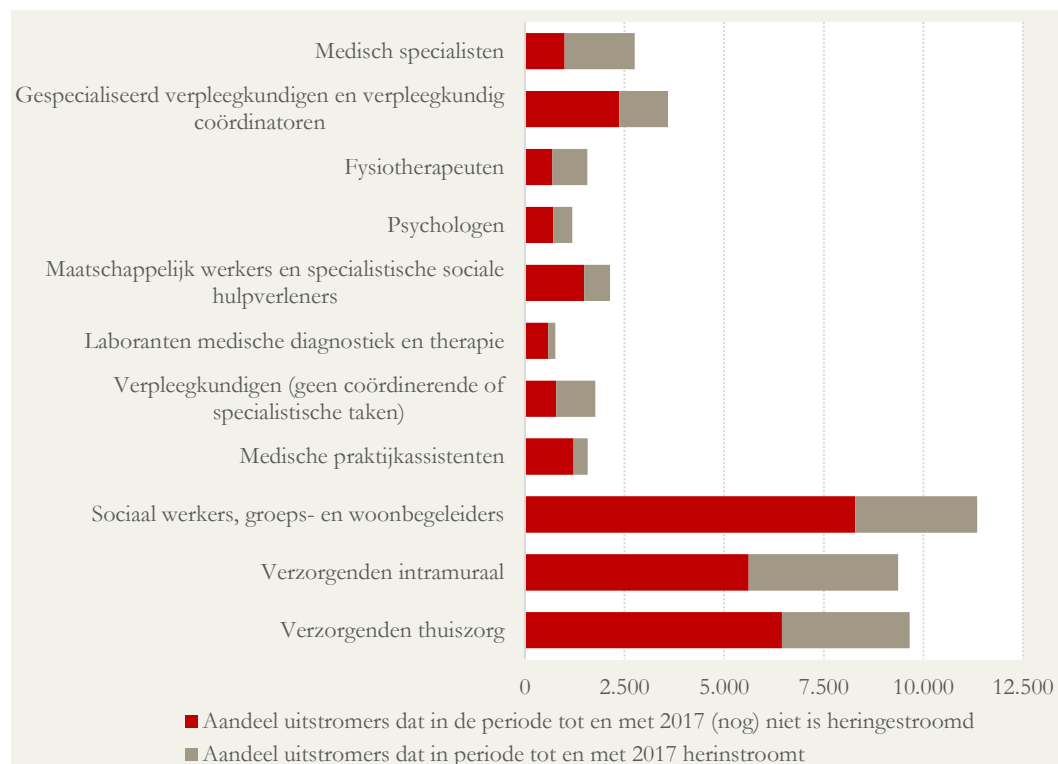
Van de werkenden die na 2013 uit het medisch domein stromen, komt 36 procent weer terug in de periode tot en met 2017. De maatschappelijke kosten van deze opvolgende uitstroom en herinstroom zijn groter dan de besparing op de loonkosten die deze uitstroom en herinstroom heeft opgeleverd. Van de uitstromers is ook een groot gedeelte niet meer werkzaam in de zorg, terwijl zij wel in beroepen werkten waarnaar nu een grote vraag is.

Dit hoofdstuk beschrijft wat de financiële gevolgen zijn geweest van uitstroom en daaropvolgende herinstroom van personeel. Deze kosten worden afgezet tegen de hypothetische situatie dat deze werknemers in dienst zouden zijn gebleven. Daarbij kijkt deze analyse naar het bredere maatschappelijke effect. In die analyse spelen uitkeringskosten en scholingskosten ook een rol. Deze kosten worden (over het algemeen) niet door werkgevers gemaakt. Er is niet te zeggen in welke mate werkgevers daadwerkelijk werknemers hebben ontslagen als gevolg van stelselwijzigingen. Wel blijkt uit het vorige hoofdstuk dat er in verschillende beroepen vooral in 2014 veel werknemers zijn vertrokken, maar dat deze beroepen vervolgens weer zijn gegroeid. De achterliggende vraag hierbij is of er sprake is geweest van een zogeheten varkenscyclus. Dit is het verschijnsel dat een ruime en een krappe markt van een bepaald product elkaar afwisselen. De analyse in dit hoofdstuk is gebaseerd op de analyse van CBS Microdata, de enquête onder werkgevers en op kengetallen over ontslag- en herintredingskosten uit andere onderzoeken. Bijlage B bevat de methodologische verantwoording van deze analyse. In deze analyse worden de maatschappelijke kosten van de vanwege een faillissement vertrekkende werknemers die werkloos worden niet meegenomen. Hierbij is er namelijk geen sprake van een mogelijke keuze voor de werkgever om de werknemers in dienst te houden.

### 3.1 Omvang herinstroom

Van de werkenden die na 2013 uit het medisch domein stromen wordt 36 procent opnieuw werkzaam in het medisch domein in de periode tot en met 2017. Dit is te zien aan de grijze balkjes in Figuur 3.1. De 64 procent van de uitgestroomde werkenden die niet als herinstromer bestempeld worden, zijn in 2017 (nog) niet heringestroomd in het medisch domein. Dit is weergegeven door de rode balkjes in Figuur 3.1. De beroepen met de grootste uitstroom kennen een relatief laag aandeel herinstroom in de periode 2013-2017. Een deel van deze groep bevat uitstroom naar pensioen. Dit blijkt op basis van de analyse op CBS Microdata.

**Figuur 3.1 De beroepen met de grootste uitstroom kennen een relatief laag aandeel herinstroom in de periode 2013-2017**

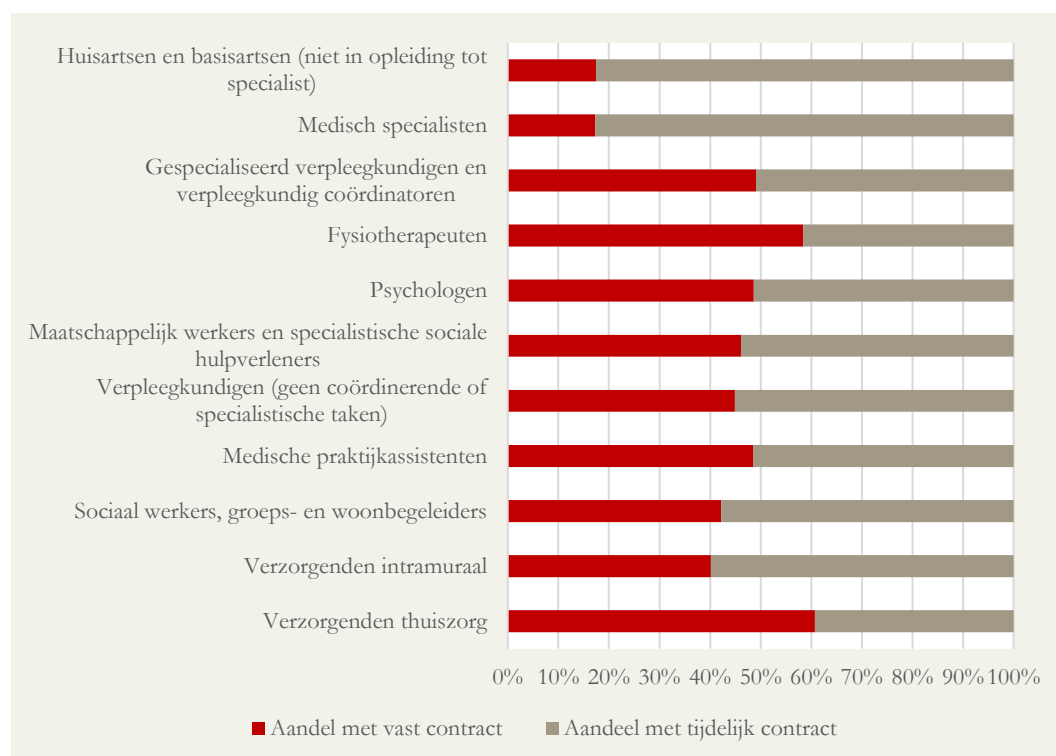


Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Zoals in paragraaf 2.2 staat beschreven verschilt de omvang van de uitstroom per beroep. Het valt op dat beroepen met grote uitstroom ook relatief weinig herinstroom kennen. Van de uitgestroomde medisch specialisten komt 36 procent niet meer terug in het medisch domein en van de uitgestroomde sociaal werkers en verzorgenden keert meer dan twee derde niet meer terug.

De analyse over herinstroom gaat uit van de beroepen waar personen zijn uitgestroomd. De personen die weer herinstromen in het medisch domein hoeven niet per se in hetzelfde beroep terug te komen. Het is niet bekend in hoeverre uitstroom vrijwillig of gedwongen is. Werkgevers geven in elk geval aan dat er bij hen vrijwel geen sprake is geweest van gedwongen ontslagen die direct aan de hervormingen gekoppeld kunnen worden. Zij geven echter ook aan dat dit moeilijk is in te schatten, omdat dit over enkele jaren geleden gaat. Uit de eerdere analyses blijkt echter wel dat er voor verschillende beroepen sprake is geweest van krimp, die zeer waarschijnlijk gerelateerd is aan de hervormingen. Uit de analyse blijkt dat de personen die herinstromen vaker een tijdelijk contract hadden op het moment van uitstroom. Figuur 3.2 brengt dit per beroep in beeld.

**Figuur 3.2** Werkenden die herinstromen hadden vaker een tijdelijk contract



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

## 3.2 Kosten uitstroom en herinstroom voor werkgevers

### Uitgangspunten analyse kosten uitstroom en herinstroom op werkgeversniveau

De voor deze analyse gebruikte uitstroomkosten bestaan als eerste uit tijdbestedingskosten, juridische kosten en improductiviteitskosten. Deze zijn vooral afhankelijk van loonniveaus (zie Heyma et al, 2018). Voor personen met een tijdelijk contract zijn juridische kosten over het algemeen niet van toepassing, omdat zij automatisch uitstromen als hun contract niet wordt verlengd.

De tweede grote component zijn vergoedingen aan de vertrokken werknemers. Deze bestaan uit directe uitkeringen (zoals een transitievergoeding) en eventuele aanvullingen op de werkloosheidsuitkering. Deze vergoedingen aan de vertrokken werknemers hangen samen met het type contract, het aantal dienstjaren en het maandsalaris van de uitstromende (ontslagen) personen. Daardoor zijn de vergoedingen aan een vertrokken medisch specialist (in loondienst) gemiddeld hoger dan voor medisch praktijkassistenten. De

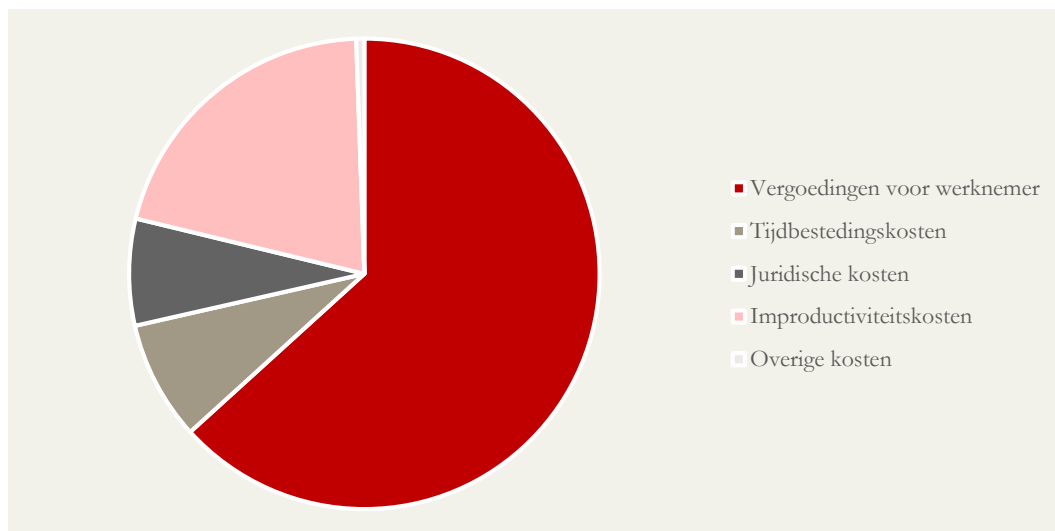
medisch specialist heeft namelijk een hoger loon. Vaak worden deze vergoedingen aan vertrokken werknemers bij reorganisaties vastgesteld in sociale plannen. Voor personen met een tijdelijk contract zijn directe vergoedingen aan de vertrokken werknemer over het algemeen niet van toepassing. Zo hebben zij geen recht op een transitievergoeding als hun contract minder dan twee jaar heeft geduurd.

De kosten die gemeend gaan met het laten gaan van personeel op basis van zo'n sociaal plan zijn niet meegenomen in deze analyse. Dit is namelijk niet zozeer afhankelijk van het beroep of de branche zelf, maar van de werkgever. Vaak geldt dit ook voor bepaalde afdelingen binnen of vestigingen van een organisatie. Er is doordat de kosten van sociale plannen niet meegenomen zijn mogelijk een onderschatting van de ontslagkosten.

Er zijn ook overige ontslagkosten meegenomen. Dit zijn mogelijke kosten voor de bedrijfsarts, arbodienst of re-integratiedienst, kosten voor het eigen risicodragerschap WW, uitbetaling vakantiedagen en overuren en het afkopen/doorlopen leasecontract. Dit is in lijn met de indeling die is gemaakt in Heyma et al. (2018).

Figuur 3.3 geeft een overzicht van de opbouw van de ontslagkosten. Hierbij gaat het in dit voorbeeld om een gespecialiseerd verpleegkundige met een vast contract, een gemiddeld maandsalaris en een gemiddeld aantal dienstjaren.

**Figuur 3.3 Vergoedingen voor de werknemer bepalen het grootste deel van de ontslagkosten**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

In deze analyse nemen we aan dat de herintredingskosten bestaan uit drie maanden aan loonkosten. Daarmee zijn ze afhankelijk van het beroep en het gemiddelde maandsalaris. De wervingskosten vormen een maand aan loonkosten. De kosten voor inwerken en dergelijke beslaan twee maanden aan loonkosten. Dit komt overeen met de respons uit de enquête. In deze analyse is aangenomen dat een persoon die bij dezelfde werkgever uitstroomt en weer terug instroomt in zijn oude functie herinstroomt.

De berekening van de hypothetische kosten die een werkgever maakt om een persoon in dienst houden is gebaseerd op de duur van de uitstroomperiode en de gemiddelde maandelijkse loonkosten. Figuur 3.4 laat de gemiddelde duur (in maanden) van de uitstroomperiode zien per beroep en per contracttype. Een persoon wordt als herinstromer gerekend als deze na uitstroom uit het medisch domein minstens een jaar niet werkzaam is in het medisch domein voor herinstroom. Gegeven de data is het niet mogelijk om uitstroom en herinstroom binnen een jaar te bekijken. Voor een uitgebreidere toelichting op deze analyse, zie Bijlage B. Een nadeel van deze methode is dat hierdoor het aantal herinstromers mogelijk wordt onderschat. Een voordeel hiervan is dat korte periodes van inactiviteit, door bijvoorbeeld de tijd tussen baanwisselingen, niet onterecht als herinstroom worden gerekend. Gemiddeld genomen zijn herinstromers tussen de 1-2 jaar uit het medisch domein.

Alle hierboven omschreven kosten van ontslag en laten herinstromen en van in dienst houden gaan uit van gemiddelde salarissen en gemiddeld aantal dienstjaren van alle werkenden per beroep en per contractsoort. Zodoende zijn alleen de gemiddelde ontslagkosten en kosten voor herintreden afgezet tegen de gemiddelde kosten voor het in dienst houden voor een gemiddelde uitstroomperiode per beroep en contractsoort. Individuele gevallen met bijvoorbeeld heel hoge ontslagkosten worden dus niet meegenomen.

**Figuur 3.4 De periode van uitstroom tot herinstroom is vergelijkbaar tussen vaste en tijdelijke contracten**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

### Resultaten analyse kosten uitstroom en herinstroom op werkgeversniveau

Voor werkgevers lijkt het gemiddeld voor alle beroepen goedkoper te zijn om personen met een vast contract te laten uitstromen en later weer in dienst te nemen, dan ze gedurende de periode die ze uit dienst zijn geweest in dienst te houden. Figuur 3.5 laat de resultaten van deze analyse van de gemiddelde kosten van ontslag, herinstroom en in dienst houden per beroep, voor de herinstromers die eerst een vast contract hadden zien. Zowel de totale uitstroomkosten als de herintredingskosten zijn het grootst bij medisch specialisten. Dit is namelijk de groep met de hoogste gemiddelde maandlonen. Aan de andere kant zijn de totale uitstroomkosten en de herintredingskosten het kleinst bij verzorgenden in de thuiszorg. Dit is het beroep met de laagste gemiddelde maandlonen.



**Figuur 3.5 Voor werkgevers is het goedkoper personen met een vast contract tijdelijk te laten uitstromen dan in dienst te houden**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

Deze conclusie is nog veel duidelijker als het gaat om tijdelijke contracten. In Figuur 3.6 is te zien dat het verschil tussen de kosten voor in dienst houden versus ontslaan en opnieuw aannemen groter is dan bij vaste contracten. Dit komt omdat aan de ene kant de ontslagkosten zo goed als nihil zijn en aan de andere kant is de duur van de uitstroomperiode tot herinstroom gemiddeld langer voor personen met een tijdelijk contract.

**Figuur 3.6 Dit is nog veel duidelijker het geval voor personen met een tijdelijk contract**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek

### 3.3 Kosten uitstroom en herinstroom vanuit maatschappelijk perspectief

Uit de vorige paragraaf bleek dat het voor individuele werkgevers goedkoper is geweest om, in de situatie van bezuinigingen, werknemers te laten vertrekken en later weer te laten herinstromen, dan ze in dienst te houden. Dat betekent echter niet dat dit op maatschappelijk niveau voordelig is geweest. Tabel 3.1 laat zien waar de kosten en baten neerslaan en wat het maatschappelijk saldo is. Daarbij moet bedacht worden dat werkgevers onderdeel zijn van de maatschappij als geheel, en de kosten die gedragen worden door werkgevers dus onderdeel uitmaken van de maatschappelijke kosten.

**Tabel 3.1 Onvrijwillige uitstroom uit de zorg leidt tot baten voor werkgever, maar kosten voor de maatschappij als geheel**

	Vertrekkende werknemers	Blijvende werknemers	Werkgever	Rest maatschappij	Totaal
Ontslagkosten					
• Juridische procedures	–		–		–
• Transitievergoeding	+		–		0
• Aanvulling WW	+		–		0
Herintreedkosten					
• Wervingskosten			–		–
• Inwerkkosten (productieverlies)			–		–
Vrije tijd	+	–			0
Bruto loon	–		+		0
Uitkering (WW/bijstand)	+			–	0
Opleidingskosten				–	–
<b>Totaal</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>+</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

*Toelichting: + zijn baten, – zijn kosten*

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Voor de maatschappij zijn de ontslagkosten een kostenpost, die grotendeels gedragen wordt door de werkgever, hoewel ook de werknemer juridische kosten kan hebben (beiden een ‘–’ in tabel 3.1). De vergoedingen voor de werknemer (transitievergoeding) zijn een baat voor de werknemer (een ‘+’ in de tabel) en een kostenpost voor de werkgever (een ‘–’ in de tabel). Per saldo is dit voor de maatschappij als geheel geen kostenpost. Hetzelfde geldt voor de aanvulling op de WW-uitkering. Herintreedkosten (wervingskosten en productieverlies) zijn kostenposten voor de werkgever. De grootste baat voor de werkgever is dat deze het loon niet hoeft door te betalen. Deze baat weegt op tegen de kosten, dus per saldo resteert voor werkgevers een baat (een ‘+’ in de totaalregel bij werkgevers).

De vertrekkende werknemer heeft per saldo geen baat bij het ontslag, ervan uitgaand dat het ontslag onvrijwillig is. De baten in termen van de ontslagvergoedingen, het ontvangen van een WW-uitkering, het niet meer hoeven werken (dus meer vrije tijd: een ‘+’ in de tabel) wegen niet op tegen het verlies van het bruto loon. Bij vrijwillig ontslag kan het wel zijn dat de werknemer per saldo baat heeft bij het ontslag.

De blijvende werknemers dragen een deel van de maatschappelijke kosten van het ontslag van hun collega’s. Verondersteld is dat de zorgproductie niet omlaag gaat. Het laten krimpen van sommige beroepen is immers niet samengegaan met een kleinere vraag naar zorg. De hoeveelheid werk is veelal hetzelfde gebleven (of zelfs meer geworden), terwijl dit door minder mensen uitgevoerd moest worden. Dat heeft negatieve gevolgen op de belasting van werknemers die zijn blijven werken in de zorg (een ‘–’ in de tabel bij vrije tijd blijvende werknemers). Het is aannemelijk dat dit heeft geleid tot een grotere mate van uitval door ziekte en dat dit van invloed is op de mate waarin werknemers vrijwillig uit de sector zijn vertrokken.

De rest van de maatschappij gaat er per saldo op achteruit door het ontslaan van werknemers die later weer nodig zijn. Er zijn lasten voor uitkeringen. Een deel van de vertrokken werknemers heeft recht op een werkloosheids- of bijstandsuitkering. Deze kosten komen voor rekening van de maatschappij. Verder leidt de uitstroom er tevens toe dat nieuwe werknemers opgeleid moeten worden om (op de middellange termijn) de vertrokken werknemers te vervangen. Dat brengt aanvullende opleidingskosten met zich mee die vooral door de rest van de maatschappij (lees de belastingbetaler) worden gedragen.

Per saldo heeft alleen de werkgever baat bij onvrijwillige uitstroom van werknemers. De rest van de maatschappij draagt de kosten. Het maatschappelijk saldo van kosten en baten is negatief. Deze hoge maatschappelijke kosten geven redenen om naar de toekomst toe collectieve oplossingen te bedenken om te voorkomen dat er dan overmatig personeel uit de zorgsector vertrekt. De maatschappelijke kosten worden namelijk ook door de overheid gemaakt en daarmee betaald vanuit de belastinginkomsten. Dat betekent ook dat de overheid een direct belang heeft om deze collectieve oplossingen te bedenken.

### 3.4 Conclusie

Van de werkenden die na 2013 uit het medisch domein stromen, komt 36 procent weer terug in de periode tot en met 2017. De meesten van deze herinstromers zijn een jaar later opnieuw werkzaam in het medisch domein. De 64 procent van de uitgestroomde werkenden die niet als herinstromer bestempeld worden zijn langdurig uitgestroomd of komen helemaal niet meer terug in het medisch domein. Een deel van deze groep bevat natuurlijke uitstroom door bijvoorbeeld pensionering. Het is niet betrouwbaar te zeggen in welke mate de uitstroom in deze periode veroorzaakt is door stelselwijzigingen. De krimp in 2014 en 2015 kan namelijk ook veroorzaakt zijn door vrijwillige uitstroom, waarbij uitgestroomd personeel vervolgens niet (direct) vervangen is.

Voor werkgevers is het, in een situatie waarbij er budgettaire druk op hun uitgaven is, goedkoper om werkenden met een vast contract te laten uitstromen en dezelfde personen later weer in dienst te nemen, dan ze in dienst te houden. Voor deze berekening zijn de kosten voor de werkgever voor ontslag, van in dienst houden en van opnieuw werven en inwerken meegenomen. Deze kosten zijn voornamelijk afhankelijk van het maandsalaris, het type contract en de duur van de uitstroom.

Maatschappelijk gezien is dit echter beleid waarvan de kosten hoger zijn dan de baten. Deze kosten worden in grote mate door de maatschappij en de overige werkenden in de zorg gedragen. Als eerste is de krimp van sommige beroepen niet samengegaan met een kleinere vraag naar zorg. De hoeveelheid werk is veelal hetzelfde gebleven (of zelfs meer geworden), terwijl dit door minder personeel uitgevoerd moest worden. Daarnaast zijn er aanvullende maatschappelijke kosten van het laten vertrekken van werknemers in de zorg. Dit zijn kosten voor uitkeringen, maar ook kapitaalvernietiging van de eerdere opleidingskosten die voor deze werknemers zijn gemaakt. Deze maatschappelijke kosten zijn groter dan de positieve effecten voor individuele werkgevers. Deze hoge maatschappelijke kosten geven redenen om naar de toekomst toe collectieve oplossingen te bedenken om te voorkomen dat er dan overmatig personeel uit de zorgsector vertrekt. In hoofdstuk 5 worden mogelijkheden gepresenteerd om de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel te optimaliseren. Deze scenario's bevatten ook een scenario met een grote budgettaire druk, waarin andere opties dan het laten inkrimpen van het personeelsbestand worden voorgesteld.

# 4 Trends in de vraag naar werknemers in de zorg

# 4

*Toekomstige trends leiden tot een hogere vraag naar zorg. De vergrijzing zet door en dus neemt ook de komende jaren de zorgvraag toe. Dat heeft tot gevolg dat de vraag naar verpleegkundigen (mbo), verzorgenden en huisartsen vooral zal stijgen.*

Dit hoofdstuk beschrijft welke beleidsontwikkelingen in de zorg te verwachten zijn in de komende vijf tot tien jaar. Ook wordt beschreven welke demografische, technologische en maatschappelijke trends te verwachten zijn en hoe deze invloed hebben op de vraag naar zorg. Dit hoofdstuk is gebaseerd op literatuur en interviews. De gesprekspartners van de interviews zijn in Bijlage B opgenomen.

## 4.1 Toekomstige beleidsontwikkelingen

In het regeerakkoord van 2017 is afgesproken om de beweging van meer zorg van de tweede naar de eerste lijn en het voorkomen van onnodige zorg door te zetten<sup>4</sup>. Dit leidt tot een afname van het beroep op de tweedelijnszorg. Er is een investering oplopend tot € 2,1 miljard in 2021 in de ouderenzorg afgesproken. Daarnaast komt er extra geld beschikbaar voor volumegroei voor de ouderenzorg in de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging en overige intensiveringen in de ouderenzorg (Miljoenennota 2019, hoofdstuk XVI VWS). Een nog openstaande bezuiniging op de Wet langdurige zorg, ter grootte van € 188 miljoen, wordt structureel teruggedraaid. De hoogte van het maximaal verplichte eigen risico wordt tussen 2017 en 2021 bevroren op € 385 per jaar. Er komen meer voorzieningen, zoals crisisplaatsen en vervolgzorg, voor mensen met verward gedrag. Dit verhoogt de zorgvraag voor de huisartsen, VVT en de GGZ. De zorgvraag voor ziekenhuizen daalt. In de Miljoenennota is een besparing oplopend naar € 1,9 miljard in 2021 verwerkt als opbrengst van de op dat moment nog af te sluiten hoofdlijnenakkoorden.

In het regeerakkoord van 2017 zijn ook afspraken gemaakt om de vraag naar arbeid in de zorg terug te dringen. De € 2,1 miljard voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is bedoeld om altijd twee medewerkers op een groep van acht patiënten te hebben. Hierdoor stijgt de vraag naar arbeid. De overheid heeft € 40 miljoen beschikbaar gesteld in 2017, daarna € 5 miljoen per jaar voor investeringen in e-health, met als doel "Om de schaarse capaciteit aan zorgpersoneel optimaal te benutten". De investering is erop gericht om innovatieve werkwijzen te bevorderen, zowel thuis als in het verpleeghuis. Ten tweede is met zorgaanbieders, verzekeraars, zorgverleners en toezichthouders afgesproken om de bureaucratie en de regeldruk te verminderen. Dezelfde doelen zijn ook terug te vinden in de hoofdlijnenakkoorden van 2019-2021 voor huisartsen, GGZ, wijkverpleging en ziekenhuizen.

Om de zorgvraag verder te verminderen is het nationaal preventieakkoord gesloten. In dit akkoord ligt de focus op de aanpak van roken en overgewicht. De tabaksaccijns wordt verhoogd en problematisch alcoholgebruik wordt aangepakt. Voor preventie en gezondheidsbevordering is € 170 miljoen beschikbaar in 2017 en daarna € 20 miljoen per jaar (VVD, D66 en ChristenUnie, 2017). Volgens het RIVM leidt het akkoord tot minder mensen die roken, maar het effect op alcoholgebruik en obesitas is beperkt. Roken veroorzaakt wel de grootste ziektebelasting. Het akkoord zal daarom naar verwachting leiden tot minder vraag naar ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

In de hoofdlijnenakkoorden van 2019 t/m 2022 zijn verschillende doelen gesteld. Ten eerste, het voorkomen van (duurdere) zorg, en ten tweede het verplaatsen van de zorg naar mensen thuis. Er zijn verschillende hoofdlijnenakkoorden gesloten voor de wijkverpleging, GGZ, huisartsen en multidisciplinaire zorg en de medisch-specialistische zorg. De boven aangegeven doelen gelden voor alle hoofdlijnenakkoorden van 2019 tot en met 2022. Voor de medisch-specialistische zorg is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 0,8 procent in 2019, 0,6 procent in 2020, 0,3 procent in 2021 en 0,0 procent in 2022 (VWS, 2018a). De huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg hebben een regulier groeipercentage van maximaal 1,0 procent. Om de beweging naar zorg op de juiste plek mogelijk te maken is een extra groei van 1,5 procent beschikbaar in de jaren 2019 en 2020 en twee procent in de jaren 2021 en 2022 (VWS, 2018b). De gestelde maximale volumegroei is voor alle sectoren exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Voor de wijkverpleging is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 2,4 procent per jaar gedurende de gehele periode (VWS, 2018c). Voor de GGZ is landelijk een maximale volumegroei beschikbaar van 1,3 procent in 2019, 1,1 procent in 2020, 0,9 procent in 2021 en 0,7 procent in 2022 (VWS, 2018d). De hoofdlijnenakkoorden zullen een

---

<sup>4</sup> Regeerakkoord 2017-2021. Vertrouwen in de toekomst. 10 Oktober 2017

verhogend effect hebben op de vraag naar thuiszorg, huisartsen en gezondheidscentra en een drukkend effect hebben op de zorgvraag naar de GGZ en ziekenhuizen.

Recent heeft de minister van VWS Hugo de Jonge aangekondigd de wijkverpleging te willen hervormen: minder marktwerking en meer samenwerking. Het is volgens De Jonge inefficiënt dat er per wijk, of zelfs per seniorenflat, meerdere zorgaanbieders actief zijn. Mogelijk moet de keuzevrijheid in de zorg worden verminderd, om de zorg efficiënter te kunnen leveren (Trouw, 1 maart 2019). Ook wil hij de Europese aanbestedingsregels schrappen voor de zorg. Dit zorgt voor minder administratieve lasten en mogelijk efficiëntere verlening van de wijkverpleging.

## 4.2 Trends in de vraag naar zorg

Demografische, maatschappelijke en technologische trends leiden tot een grotere vraag naar zorg (zie ook Figuur 1.1). Hieronder wordt ingegaan op de verschillende trends en hoe deze invloed hebben op de zorgvraag, uitgesplitst naar de verschillende sectoren. Het gaat om trends op de lange termijn (tot 2040).

### Demografische trend

De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040 (RIVM 2018c). Nagenoeg alle jaren die erbij komen zijn in goede ervaren gezondheid. We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen. Dit betekent dat er steeds meer mensen te maken krijgen met de langetermijneffecten van die aandoeningen. Dementie wordt in de toekomst een steeds belangrijkere aandoening en doodsoorzaak.

Met de vergrijzing stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten en diabetes. Dementie veroorzaakt in 2040 de hoogste ziektelast. Waar in 2014 nog 5,3 miljoen mensen in Nederland een chronische aandoening hadden, zullen dat er in 2030 7 miljoen zijn (RIVM, 2014). Voor de laatste levensfase zal sprake zijn van een stijgende vraag naar palliatieve zorg (UWV, 2018). De vergrijzing zal voornamelijk de zorgvraag verhogen voor de VVT, ziekenhuizen, huisartsen en gezondheidscentra.

Bij mensen met een migratieachtergrond lijken sommige psychische problemen en aandoeningen vaker voor te komen dan bij mensen met een Nederlandse achtergrond. Voorbeelden zijn dementie, psychose en depressie, hart- en vaatziekten en diabetes (RIVM, 2018a). In 2017 had 23 procent van de bevolking een westerse of niet-westerse migratieachtergrond, de verwachting is dat dit in 2060 stijgt naar 34 procent<sup>5</sup>. Daarnaast neemt in de krimpregio's de vergrijzing het hardst toe, waardoor er meer vraag naar zorg zal zijn in deze regio's (RIVM, 2018a).

Een positieve trend is dat de bevolking en voornamelijk de ouderen van de toekomst steeds gezonder zijn (Eggink et al., 2010). Omdat ouderen gezonder leven, stijgt het aantal gezonde levensjaren. Mannen die 65-plussers zijn in 2017 leven nog 12 jaren in goed ervaren gezondheid. Voor vrouwen is dit gemiddeld nog 13,2 jaar<sup>6</sup>. Voor mannen neemt het aantal gezonde levensjaren sneller toe dan de stijging van de levensverwachting.

### Maatschappelijke trends

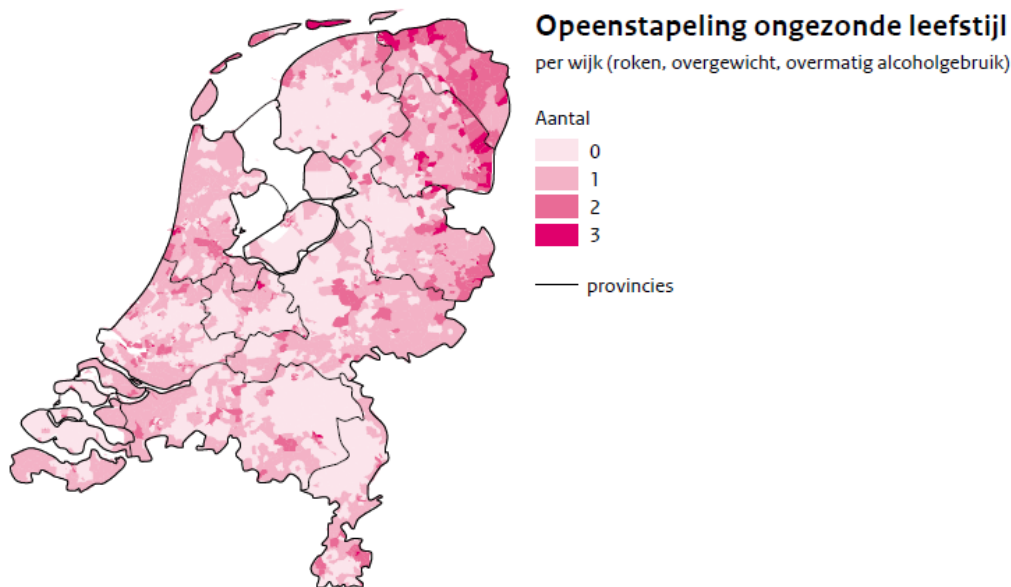
In de toekomst wordt de druk op de GGZ en de huisartsenzorg mogelijk groter vanwege toenemende prestatiedruk onder jongeren en jongvolwassenen. Studentpsychologen zien steeds meer studenten met steeds ernstiger en complexere klachten, waardoor meer jongeren doorverwezen worden naar de huisarts of GGZ. Verder kan het gebruik van social media druk en stress veroorzaken. Dit leidt in sommige gevallen tot psychische problemen zoals depressies en slaapproblemen (RIVM, 2018a). Daarnaast worden steden groter en drukker, dit leidt tot meer drukte en geluidsoverlast. Ook is er minder ruimte voor ontspanning zoals parken. De toenemende drukte heeft invloed op stress en mentale vermoeidheid (RIVM, 2018a). De huisartsen zien door de toenemende drukte de zorgvraag stijgen.

<sup>5</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/51/prognose-18-4-miljoen-inwoners-in-2060>

<sup>6</sup> De cijfers zijn afkomstig van CBS Statline.

Nederlanders gaan minder roken en daardoor daalt de vraag naar zorg. Ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, was in 2015 verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. In 2040 rookt 14 procent van de volwassenen in vergelijking met 25 procent in 2015 (RIVM, 2018a). Dit verlaagt de zorgvraag voor de ziekenhuizen en de huisartsen, maar verhoogt de zorgvraag voor de VVT vanwege het feit dat mensen ouder worden (Kok et al., 2016). In 2020 voldoen meer mensen aan de beweegnorm, echter zijn in de toekomst meer mensen te zwaar. Dit stijgt van 49 procent van de volwassenen in 2015 naar 62 procent in 2040. Ook zijn er regio's waar problemen zich opstapelen. Vooral in Groningen en Drenthe zijn wijken waar een ongezonde levensstijl vaker voorkomt (zie figuur 4.1).

**Figuur 4.1 In Groningen en Drenthe komt ongezonde leefstijl veel voor**



Bron: RIVM (2018b)

De kwaliteit van lucht, water en bodem verbetert naar verwachting verder in de toekomst. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakte vier procent van de ziektelast in 2015 (RIVM, 2018a).

Het aantal mondige patiënten zal verder toenemen. Dit zal de zorgvraag verhogen voor de ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg. Het gezonder leven en een beter binnen- en buitenmilieu verlagen de zorgvraag voor de huisartsen en de ziekenhuizen, de toename van mensen met overgewicht veroorzaakt dan weer een toename in de vraag naar zorg voor de huisartsen en de ziekenhuizen.

Een belangrijke toekomstige ontwikkeling is de groter wordende invloed van de 24-uurseconomie. Hierdoor zal avond- en nachtwerk meer gaan voorkomen. Dit gaat gepaard met meer slaapproblemen en ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten. Door klimaatverandering kan de verspreiding van ziekteverwekkers en allergenen toenemen. Ook leidt het tot meer hitte-stress (RIVM 2018a)

De vaccinatiegraad daalt in Nederland (tabel 2.1). Door de dalende vaccinatiegraad neemt de kans op toekomstige uitbraken van infectieziekten toe (RIVM, 2018a). De vaccinatiegraad van het HPV<sup>7</sup> is voornamelijk gedaald. In Zuid-Limburg, Groningen, Drenthe en Friesland daalde de vaccinatiegraad met meer dan 20 procent. De BMR<sup>8</sup> vaccinatiegraad daalde juist in Amsterdam, Brabant en Rotterdam-Rijnmond (RIVM, 2018b). Alle drie de trends verhogen de zorgvraag voor de huisartsenzorg.

<sup>7</sup> De HPV-vaccinatie beschermt meisjes tegen twee typen virussen die baarmoederhalskanker kunnen veroorzaken.

<sup>8</sup> De BMR beschermt tegen bof, mazelen en rode hond.



Tabel 4.1 De vaccinatiegraad (%) daalt (2 jaar)

Cohort	2010	2011	2012	2013	2014	2015
DKTP	95,5	95,4	94,8	94,2	93,5	92,6
Haemophilus influenzae type b	96,1	95,9	95,4	94,9	94,2	93,4
hepatitis B	19,7	51,4	94,5	93,8	93,1	92,2
pneumokokkenziekte	95,1	95	94,4	93,8	93,6	92,8
BMR	96,1	96	95,5	94,8	93,8	92,9
meningokokken	96	95,8	95,3	94,6	93,5	92,6
Volledig					91,2	90,2

*Toelichting: Betekenis afkortingen: D=difterie, K=kinkhoest, T=tetanus, P=poliomyelitis, B=bof, M=mazelen, R=rode hond, volledig = alle RVP-vaccinaties volgens schema ontvangen op tweejarige leeftijd.*

Bron: RIVM (2018b).

## Technologische trends voor de toekomst

Technologische innovaties hebben invloed op de vraag naar zorg, op de arbeidsproductiviteit in de zorg en op het arbeidsaanbod (zie Figuur 1.1). Het gaat bij de invloed op het arbeidsaanbod om de mogelijkheden om langer door te werken. Technologische innovaties die invloed hebben op de vraag naar zorg leiden vaak tot een verhoging van de zorgvraag. Dit omdat nieuwe behandeltechnieken mogelijk zijn. Zo zijn er verschillende doorbraken in de bestrijding van verschillende vormen van kanker. Een voorbeeld is de bestrijding van alvleesklierkanker. Nu is er vaak geen operatiemogelijkheid, maar door technologische innovatie wordt dit wel mogelijk<sup>9</sup>. In de GGZ zijn er verschillende technologische innovaties die de zorgvraag verhogen. Zo is de website [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) in het leven geroepen om de wachtlijst te verminderen<sup>10</sup>. Hierdoor wordt de GGZ toegankelijker en dit verhoogt de zorgvraag. Overigens verhoogt deze innovatie tegelijkertijd de arbeidsproductiviteit in de zorg, waardoor de vraag naar personeel minder snel stijgt dan de zorgvraag. Technologische innovaties die de arbeidsproductiviteit beïnvloeden, komen in hoofdstuk 5 aan bod.

## Samenvatting

Toekomstige trends leiden tot een hogere vraag naar zorg. De vergrijzing zet door en dus neemt ook de komende jaren de zorgvraag toe voor de huisartsen en gezondheidscentra, VVT en ziekenhuizen. In de krimpregio's wonen veel ouderen en daar heeft de vergrijzing dus een groter effect op de zorgvraag. Een positieve trend is dat ouderen wel steeds gezonder zijn, dit verlaagt weer de zorgvraag. Ook voor de maatschappelijke trends is duidelijk te zien dat de trends vooral een verhogend effect hebben op de zorgvraag voor de huisartsen en gezondheidscentra. Technologische innovaties die invloed hebben op de vraag naar zorg leiden vaak tot een verhoging van de zorgvraag. Overigens verhogen zulke innovaties vaak ook tegelijkertijd de arbeidsproductiviteit in de zorg, waardoor de vraag naar personeel minder snel stijgt dan de zorgvraag.

Beleidsontwikkelingen zijn erop gericht de groei van de vraag naar zorg te verminderen door in te zetten op preventie en op het beperken van de budgettaire ruimte voor de zorguitgaven via de hoofdlijnenakkoorden. Ook richt het beleid zich op het verschuiven van zorg van dure naar goedkopere zorg. Het gaat om substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg en van intramurale zorg naar zorg thuis. Deze ontwikkeling leidt tot een toename van de zorgvraag voor de huisartsen en de thuiszorg en een afname van de zorgvraag voor de ziekenhuizen en de GGZ. In het regeerakkoord van 2017 is ook extra geld beschikbaar gekomen voor de ouderenzorg. Dit verhoogt de zorgvraag voor de VVT. De veranderingen zijn samengevat in Tabel 4. 2. Een plusje betekent dat de ontwikkeling zorgvraag-verhogend is en een minnetje betekent dat de ontwikkeling zorgvraag-verlagend is.

<sup>9</sup> <https://www.kwf.nl/onderzoek/nieuwe-doorbraken/Pages/Technologische-innovaties.aspx>

<sup>10</sup> <https://nos.nl/artikel/2258360-keuzesite-geestelijke-zorg-moet-ggz-wachtlijsten-terugdringen.html>

Tabel 4. 2 Ontwikkelingen in de periode 2017-2027 die invloed hebben op de zorgvraag

Ontwikkelingen	GGZ	Gehandicaptenzorg	Ziekenhuizen	Verpleging en verzorging	Huisartsen en Gezondheidscentra	Thuiszorg
<b>Beleid</b>						
Regeerakkoord 2017			-	+	+	+
Hoofdpijnenakkoorden 2019 t/m 2022	-		-		+	+
Verandering psychische zorg	+					
Preventie	-		-	+	-	-
<b>Demografie</b>						
Vergrijzing			+	+	+	+
Toename migranten	+		+		+	
<b>Maatschappelijke Trends</b>						
24-uureconomie	+		+		+	
Prestatiedruk	+				+	
Klimaatverandering					+	
Mondige patiënten			+		+	+
Dalende vaccinatiegraad kinderen			+		+	
Drukke en geluidsoverlast					+	
Minder roken			-	+	-	+
Toename overgewicht			+		+	
<b>Technologie</b>						
Nieuwe behandel methodes	+		+		+	

*Toelichting: Een plusje betekent dat de ontwikkeling leidt tot een toename van de zorgvraag, een -minteken betekent een afname van de zorgvraag*

## 4.3 Verwachte vraag naar personeel in de komende jaren

### Prognose vraag naar personeel

De komende jaren stijgt de vraag naar medisch en verzorgend personeel met zo'n 220 duizend personen in 2022 en met 390 duizend personen in 2027. Deze prognoses gaan alleen over de verwachte vraag naar personeel. De vraag naar personeel wordt uitgedrukt in het aantal verwachte baanopeningen, oftewel de vraag naar nieuwkomers op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel. Dit is de combinatie van de positieve uitbreidingsvraag en de vervangingsvraag. Uitbreidingsvraag is de vraag naar arbeid die ontstaat door werkgelegenheidsgroei. Vervangingsvraag is de vraag naar arbeid die ontstaat doordat een deel van de huidige werknemers uitstromen door pensionering, arbeidsongeschiktheid, beroepsmobiliteit of tijdelijke uittreding. Deze prognose is puur een prognose van de arbeidsvraag, verwachte ontwikkelingen van het aanbod van personeel zijn niet meegenomen. Het gaat daarbij om de beschikbaarheid van geschikt personeel, instroom vanuit opleidingen, zij-instroom, of bijvoorbeeld ontwikkelingen in de mate van verzuim onder medisch en verzorgend personeel. Ze zijn daarom niet te interpreteren als de verwachte groei van de werkgelegenheid, of van het aantal extra werkenden.

De analyse naar de behoefte aan nieuw personeel is gebaseerd op de arbeidsmarktprognoses van ROA (Fouarge et al., 2017). Hierin is per beroepsgroep een prognose gemaakt van de uitbreidingsvraag en vervangingsvraag tussen 2017-2022. ROA gebruikt hiervoor verschillende modellen die geschat zijn op basis

van de data van de Enquête Beroepsbevolking tussen 1996-2016 (Bakens et al., 2018). Deze prognoses van ROA zijn vervolgens geëxtrapoleerd. De behoefte aan nieuw personeel is, in lijn met ROA, uitgedrukt in het aantal verwachte baanopeningen. Zij definiëren het aantal baanopeningen als de totale vraag naar nieuwkomers op de arbeidsmarkt. Bijlage B bevat de uitgebreide methodologische verantwoording van de analyses naar de behoefte aan nieuw personeel.

Eén van de oorzaken van de verwachte stijgende vraag is de verwachting dat er in de toekomst minder mantelzorgers zijn. De verwachting is dat er in 2040 nog zes potentiële mantelzorgers per 85-plusser klaarstaan, ten opzichte van 15 potentiële mantelzorgers per 85-plusser in 2015 (PBL/SCP, 2018). Een toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen van middelbare leeftijd, die in belangrijke mate ook mantelzorgtaken verrichten, kan ertoe leiden dat er een krapte aan mantelzorgers gaat ontstaan (De Boer, 2007; De Gier, 2018). Onder mantelzorgers zullen zich in de toekomst steeds meer ouderen bevinden. De vergrijzing van de groep hulpverleners zorgt ervoor dat de gezondheidstoestand van degenen die hulp geven ook steeds belangrijker wordt (De Boer, 2007). Jongere-ouderen die mantelzorg kunnen verlenen doen dit in de toekomst misschien minder omdat ze ook andere taken hebben, zoals het langer moeten doorwerken en het zorgen voor de kleinkinderen. Doordat er meer beroep wordt gedaan op jongere-ouderen kan het geven van mantelzorg extra belastend zijn (RIVM, 2018b).

## **Gevolgen stijgende vraag naar personeel in de zorg**

Uit analyses met het model zorggebruik, uitgevoerd door Prismant, blijkt dat er tekorten in 2022 van 100 tot 125 duizend personen dreigen (VWS, 2018e). Dat geeft aan dat verwacht wordt dat de vraag naar personeel in 2022 hoger zal zijn dan het aanbod van personeel. Over de periode 2018 tot 2022 zouden er 190 duizend extra werkenden nodig zijn. Dit komt neer op zo'n 40 duizend personen per jaar. Dit aantal komt overeen met de prognose van de vraag naar personeel in dit rapport.

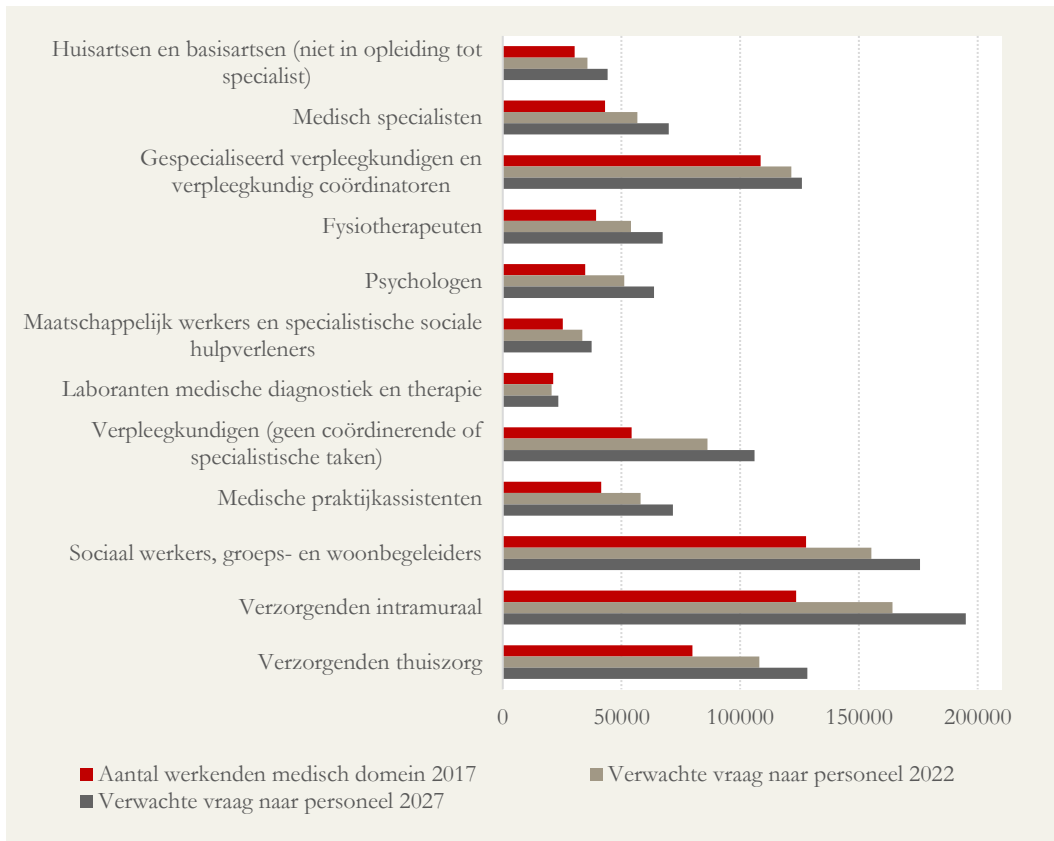
Van der Velde et al. (2019) doen ook uitspraken over de verwachte tekorten of overschotten. Zij focussen zich op personeel in de verzorging en verpleging. De analyse maakt gebruik van een uitsplitsing naar kwalificatieniveau van deze functies. Dit onderzoek doet geen harde prognoses maar doet een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. Uit de raming komt naar voren dat er voor deze beroepen een tekort van zo'n 35 duizend werkenden wordt verwacht in 2022.

Het personeelsbestand in de zorg zal daarbij verder vergrijzen. Vooral de thuiszorg, huisartsen, gezondheidscentra, verpleging en verzorging hebben hier last van. Doordat de groei in werkgelegenheid in de sector voor een groot deel wordt opgevangen door jongere werknemers, zal het aandeel jonger dan 35 jaar toenemen. Dit is vooral het geval voor de VVT en UMC's (AZW, 2018).

## **Prognose per beroep**

De vraag naar verpleegkundigen (mbo) en verzorgenden stijgt het meest. Dat laat Figuur 4.2 zien. De gemiddelde jaarlijkse groei in uitbreidings- en vervangingsvraag is van deze beroepen het hoogst. Doordat in deze beroepen ook de meeste personen werkzaam zijn, neemt ook het aandeel verzorgenden ten opzichte van het totaal aantal werkenden in het medisch domein verder toe. Dit hangt samen met de afspraak uit 2017 die bepaalt dat er de komende jaren € 2,1 miljard extra vrijkomt voor de verpleeghuizen. Volgens CPB komen er hiermee per jaar 10.000 extra voltijdswaarden bij vanaf 2019, vooral voor verzorgende functies. ROA gaat op basis van deze cijfers uit van 54.000 extra werkende personen in 2022. Het gaat hier om extra werkgelegenheid in de beroepen verpleegkundigen (mbo), verzorgenden en gespecialiseerde verpleegkundigen. Dit beleid is dus zeer bepalend voor de groei in arbeidsvraag in deze beroepen. Na 2022 wordt geen aanvullende vraag voor deze beroepen verwacht.

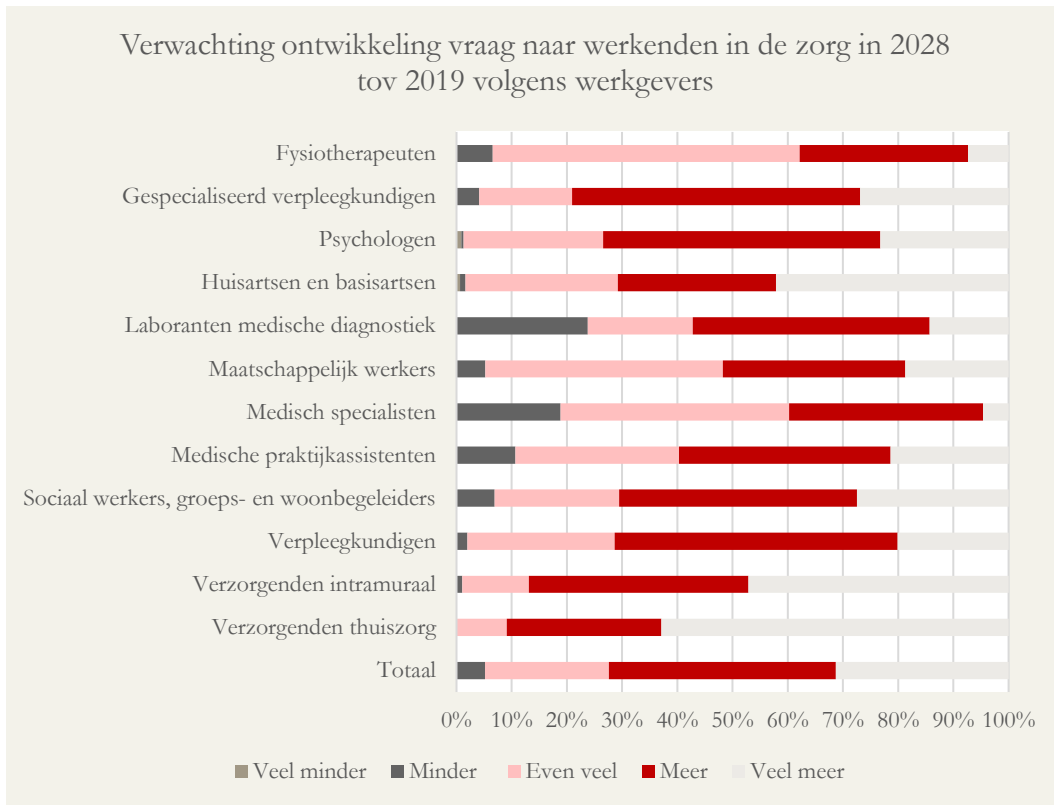
**Figuur 4.2 De vraag naar verpleegkundigen (mbo) en verzorgenden stijgt het meest.**



Bron: Berekeningen SEO, op basis van ROA

Ook werkgevers in de zorg verwachten op de middellange termijn vooral meer verzorgenden in de thuiszorg en in instellingen nodig te hebben. Dit komt overeen met de kwantitatieve prognose. Ze verwachten ook dat de vraag naar huisartsen aanzienlijk gaat stijgen. Dit valt minder op in de kwantitatieve prognose, omdat deze beroepsgroep in vergelijking met andere medische en verzorgende beroepen relatief klein van omvang is. Aan de andere kant zijn hun verwachtingen van de ontwikkeling van de vraag naar sociaal werkers beperkt. Hiervoor wordt in de kwantitatieve prognose wel een groot aantal baanopeningen verwacht, maar dit is juist een beroepsgroep die groot van omvang is. Het valt ook op dat de verwachtingen voor de ontwikkeling van de vraag naar personeel in 2028 samen lijken te hangen met de mate waarin er op dit moment langdurig openstaande vacatures zijn. Blijkbaar is de verwachting dat er sprake is van structureel openstaande vacatures. Figuur 4.3 geeft een overzicht van de verwachtingen van de werkgevers in het medisch domein.

**Figuur 4.3 Werkgevers medisch domein verwachten vooral veel vraag naar verzorgenden**



Bron: Berekeningen SEO, op basis van enquête werkgevers medisch domein

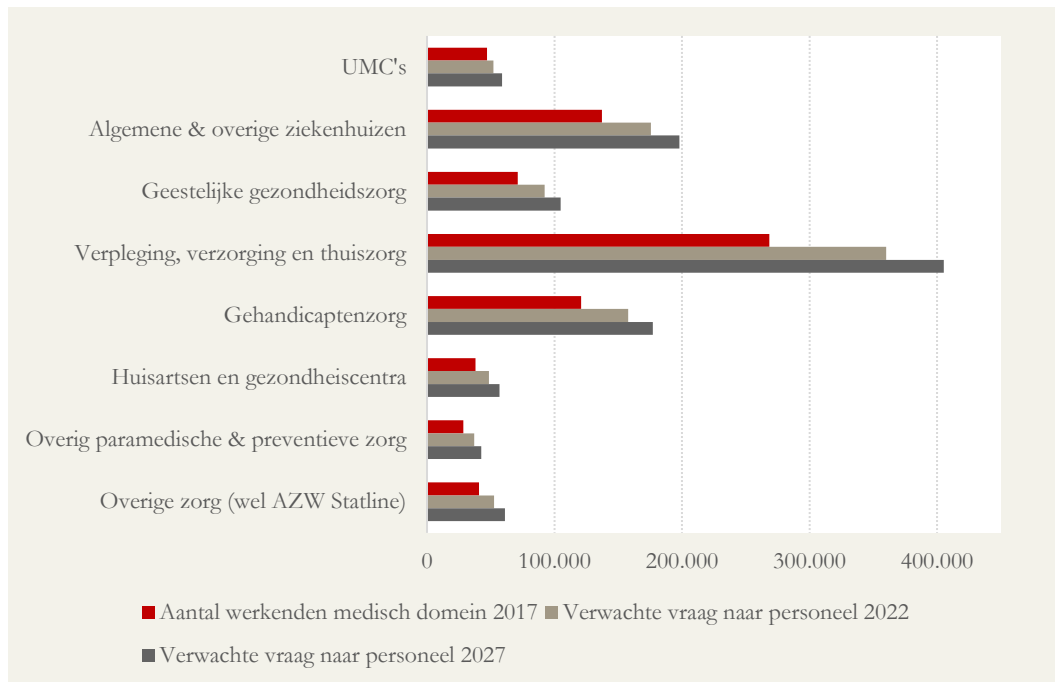
Voor verpleegkundigen geldt specifiek dat vanwege de vergrijzing in Nederland de uitbreidingsvraag groeit. Er zijn namelijk in de toekomst meer ouderen die verpleegkundige zorg nodig hebben. Daarnaast is er een relatief hoge uitbreidingsvraag. Dit staat in verband met de hoge uitstroom uit dit beroep. Genoemde oorzaken zijn werkdruk, een gebrek aan autonomie en waardering en een gebrek aan doorstroommogelijkheden. Dit blijkt ook uit de resultaten van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden van TNO en CBS.

Voor huisartsen worden grote regionale verschillen verwacht in de match tussen vraag en aanbod. In vergelijking met het verleden wordt verwacht dat jonge huisartsen langer werkzaam blijven als waarnemer in plaats van als praktijkhouder. Dit is namelijk lucratief en flexibel. Ook is er bij (beginnende) praktijkhouders sprake van veel overwerk, wat minder het geval is bij waarnemers. Het uitstellen van de keuze om een praktijk te beginnen of over te nemen kan tot regionale problemen leiden. Dit omdat de keuze van artsen om geen praktijk te beginnen of over te nemen vooral geldt voor perifere gebieden.

### Prognose arbeidsvraag per branche

In lijn met de prognose per beroepsgroep blijkt uit Figuur 4.4 dat in de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg de vraag naar arbeid het meest groeit. Dit komt doordat het grootste deel van de werkenden in deze beroepen vertegenwoordigd is door de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg.

**Figuur 4.4 In de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg groeit de vraag naar arbeid het meest**



Bron: CBS Microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek aan de hand van Arbeidsmarktprognoses ROA

# 5 Toekomstscenario's

# 5

*Er zijn verschillende toekomstscenario's voor de ontwikkeling van de vraag naar arbeid in de zorg voorstelbaar, die afhangen van de ontwikkeling van de technologie en de gezonde levensverwachting. Daarbij is er voor veel beroepen sprake van een onvervulde vraag. Oplossingen hiervoor liggen onder andere in het verlagen van de uitstroom, strategisch personeelsbeleid en het verbeteren van ramingen.*

Dit hoofdstuk beschrijft mogelijke toekomstscenario's voor de lange termijn (10 tot 20 jaar) die verschillen in de mate waarin er knelpunten optreden op de arbeidsmarkt. Per scenario wordt een overzicht gegeven van interventies om problemen op de arbeidsmarkt te beperken of op te lossen. Dit hoofdstuk is gebaseerd op literatuur en interviews. De gesprekspartners van de interviews zijn in Bijlage B opgenomen.

## 5.1 Scenario's

De toekomstscenario's zijn gebaseerd op de in hoofdstuk 4 geschetste ontwikkelingen die invloed hebben op de vraag naar zorg. Het gaat om trends in demografie, technologie en maatschappelijke ontwikkelingen. De belangrijkste demografische trend is de vergrijzing, vooral in krimpregio's. Maatschappelijke trends die mogelijk invloed hebben op de vraag naar zorg worden in de literatuur genoemd: 24-uurseconomie, prestatiedruk, klimaatverandering, mondige patiënten, dalende vaccinatiegraad kinderen, drukte en geluidsoverlast, minder roken en toename overgewicht.

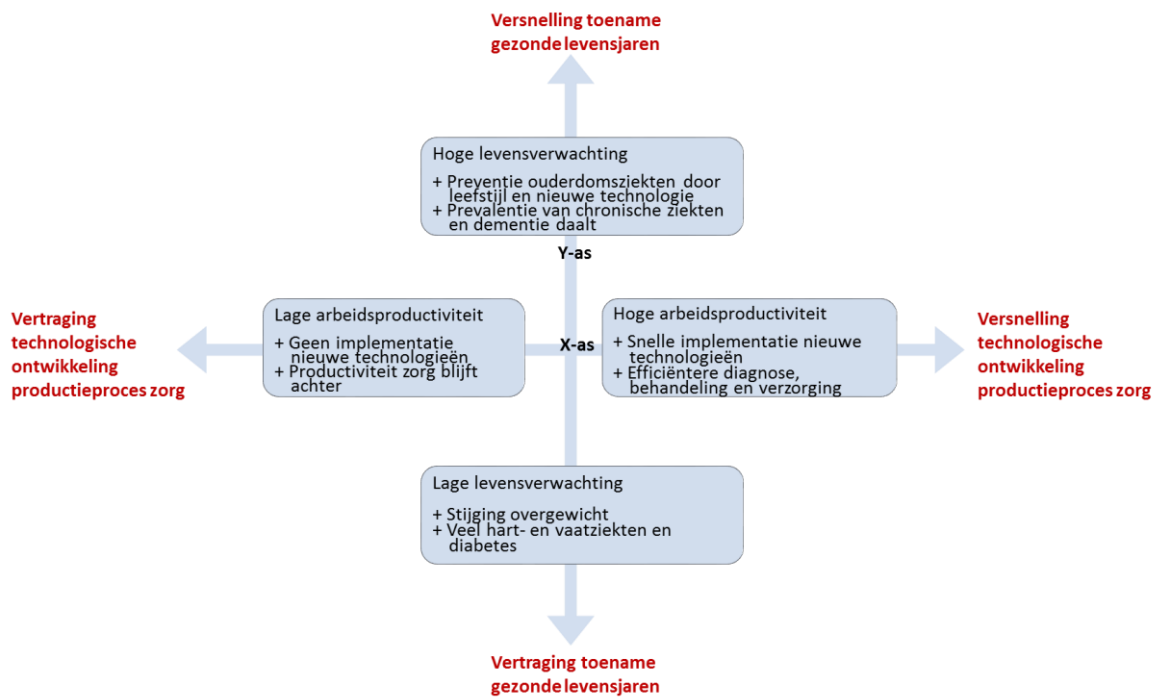
Dit hoofdstuk probeert door middel van scenario's de impact van deze trends beter te duiden. De scenario's zijn opgebouwd uit twee assen die beide een kernonzekerheid bevatten. De X-as geeft een vertraging of versnelling van technologische ontwikkelingen aan in het productieproces van de zorg. De Y-as geeft de onzekerheid aan in de ontwikkeling van de gezondheid en de gezonde levensjaren. In de interviews is aangegeven dat deze ontwikkelingen met veel onzekerheid omgeven zijn. Veel geïnterviewden gaven aan dat de technologische ontwikkeling in de zorg erg langzaam gaat, en dat er een conservatieve cultuur is rondom innovaties. Anderen zagen juist veel toekomstperspectief in technologische ontwikkelingen. Zowel verzekeraars als de overheid investeren in innovaties. Technologische ontwikkelingen kunnen plotseling heel snel gaan en zijn daardoor moeilijk te voorspellen. De ontwikkeling van het aantal gezonde levensjaren lijkt met minder onzekerheid omgeven. De demografische ontwikkeling ligt voor de middellange termijn redelijk vast. Het zorggebruik echter niet. Het RIVM veronderstelt een gelijkblijvend zorggebruik per leeftijdsjaar. Door preventie en innovaties kan het zorggebruik echter aanzienlijk afnemen. Anderzijds kan door de verminderde vaccinatiegraad, klimaatverandering en prestatiedruk het zorggebruik juist toenemen.

Met deze twee assen ontstaan vier scenario's. De scenario's zijn bedoeld om op basis van de gesignaleerde trends verder te doordenken hoe het arbeidsmarktbeleid in het medisch domein er mogelijk uitziet in de vier werelden. De scenario's geven hierbij mogelijke richtingen aan waarin deze factoren zich in de komende jaren kunnen ontwikkelen. Het idee daarachter is dat Nederland op dit moment op het middelpunt van de assen staat en in de toekomst van positie kan gaan veranderen. Daarbij is die ontwikkeling zowel afhankelijk van (internationale) ontwikkelingen alsook afhankelijk van het beleid dat in Nederland gevoerd gaat worden. Een succesvol preventiebeleid zou bijvoorbeeld moeten zorgen voor de versnelling van de toename van gezonde levensjaren. Daardoor zou Nederland zich richting de bovenkant van de Y-as ontwikkelen. Beleid waardoor de adoptie van technologische ontwikkelingen versneld wordt, zou ervoor zorgen dat Nederland zich richting de rechterkant van de X-as ontwikkelt.

Hieronder worden de Y-as en de X-as verder toegelicht. Daarna volgt een overzicht van de vier wereldbeelden (scenario's) die ontstaan door het gebruik van de twee assen. Paragraaf 5.2 bevat mogelijke beleidsopties. Figuur 5.1 geeft de twee assen weer die gebruikt worden voor de opbouw van de scenario's.



Figuur 5.1 Scenario's gebaseerd op ontwikkeling technologie en gezonde levensverwachting



Bron: SEO Economisch Onderzoek

## De X-as: vertraging versus versnelling technologische ontwikkeling productieproces zorg

Technologische ontwikkeling kan zorgen voor een efficiënter productieproces van de zorg, waardoor op termijn minder arbeidskrachten nodig zijn. Deze as betreft alleen de technologische ontwikkeling die leidt tot een efficiënter productieproces, niet de technologische ontwikkeling die leidt tot betere behandelmethoden. Technologische ontwikkeling in het productieproces kan zowel leiden tot efficiënter diagnosticeren als tot efficiëntere behandeling. Ontwikkelingen als informatietechnologie, kunstmatige intelligentie, robotologie, big data, sensortechnologie en dergelijke hebben ook potentieel in de zorgsector.

Informatietechnologie, zoals E-health, kan worden ingezet voor diagnose en monitoring, in de eerste plaats bij het beoordelen van patiënten die zich melden bij een zorgverlener, zoals de huisarts. Patiënten kunnen zich online melden en een vragenlijst invullen. De vragenlijst wordt gescand door een computer en deze bepaalt of de persoon bij de huisarts langs moet komen, of dat er eerst aanvullende informatie nodig is (zoals een foto van een moedervlek) of dat het niet nodig is dat de patiënt langskomt. In het laatste geval krijgt de patiënt advies of een geruststellende diagnose. Hierdoor zal het aantal consulten dalen. E-health kan ook veel arbeidskracht besparen doordat patiënten zelf kunnen monitoren, met hulpmiddelen waarvan de waarden worden doorgegeven naar een app. De app meet of er afwijkende waarden zijn en hierdoor kan beoordeeld worden of de patiënt naar de dokter moet of niet.

Technologische vernieuwing kan ook de behandeling efficiënter maken. Door personal medicine worden behandelingen maatwerk. Nu gaat het volgens richtlijnen, die vaak uitgaan van een man van 40 jaar. Met een algoritme op basis van big data kan aan de hand van achtergrondkenmerken de beste behandeling worden bepaald. Vroeger kreeg iedereen met longkanker het medicijn voor longkanker terwijl maar een derde reageerde op dit medicijn. Met een voorspelling op basis van big data technieken kan een arts bepalen welke behandeling het best past bij de patiënt. Verder valt te denken aan camera's die patiënten in de gaten houden (zoals op de IC), medicijnen die toegediend worden met behulp van technologie en videocontacten met huisartsen. Ook kan technologie ervoor zorgen dat meer behandelingen thuis kunnen worden gegeven. Denk daarbij aan de draagbare kunstnier waardoor dialyse thuis plaats kan vinden, of aan on-line behandelingen. In de GGZ zijn er bijvoorbeeld evidence based online behandelingen tegen depressie.

Ook in de verzorging is veel mogelijk. Denk aan domotica en zorgrobots, die mensen een seintje geven wanneer zij medicijnen moeten innemen, of een zorgverlener alarmeren als iemand valt. Hierdoor kunnen mensen met dementie langer thuis blijven wonen. Ook drones kunnen worden ingezet in de thuiszorg.

De technieken die ingrijpen op het productieproces hebben een enorm potentieel. In de huisartsenzorg kan er veel bespaard worden door nieuwe technologieën voor triage en monitoring. Wat betreft behandelingen lijkt er vooral potentieel te liggen in de ziekenhuiszorg en de GGZ. In de verpleging en verzorging zullen nieuwe technologieën ook leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit, maar mogelijk in mindere mate dan in de curatieve zorg.

## De Y-as: vertraging versus versnelling toename gezonde levensjaren

Deze as wordt aan de ene kant gekarakteriseerd door een groei van het aantal mensen met een ongezonde leefstijl, waardoor het aantal gezonde levensjaren minder toeneemt dan geraamd. Aan de andere kant is er sprake van een sterker dan geraamde toename van de levensverwachting door nieuwe behandelmethoden of preventie.

Een ongezonde leefstijl leidt tot hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, verhoogde bloedsuikerwaarde en overgewicht. Het aandeel mensen met overgewicht door een ongezonde leefstijl stijgt volgens de raming van het RIVM van 49 procent van de volwassenen in 2015 naar 62 procent in 2040. Het preventiebeleid is gericht op het terugdringen van roken, obesitas en overmatig alcoholgebruik. Het RIVM voorspelt dat de maatregelen die het roken moeten terugdringen, zoals afgesproken in het Preventieakkoord, een fors neerwaarts effect zullen hebben op het aantal mensen dat rookt, maar de maatregelen tegen overgewicht en alcoholgebruik zetten weinig zoden aan de dijk (RIVM, 2018c). Dat betekent dat die ziektes die samenhangen met obesitas en alcoholgebruik niet afnemen. Het gaat om ziektes als diabetes, galstenen, leververvetting, chronisch nierfalen, hart- en vaatziekten, kanker en artrose (Laarhoven & Drenth, 2019). Daarnaast zorgen een verminderde vaccinatiegraad, klimaatverandering en prestatiedruk voor een slechtere gezondheid ten opzichte van de prognose.

Aan de andere zijde van het spectrum neemt het aantal gezonde levensjaren juist toe. Volgens verschillende wetenschappers is ouderdom een ziekte, die te genezen is. Nieuwe medische technieken kunnen celschade weer repareren, voordat deze ziekmakend en potentieel levensbedreigend wordt, zoals in het geval van kanker (Maier 2017, Vijg & De Grey (2010). DNA-onderzoek en stamcelonderzoek laten zien dat veroudering is tegen te gaan. Daarnaast kunnen technologische hulpmiddelen ervoor zorgen dat mensen gezonder gaan leven. Denk daarbij aan smartwatches die de gezondheid monitoren en een signaal geven als ongezond gegeten of te weinig bewogen wordt. Volgens Maier (2017) worden er over 30 jaar kinderen geboren die gemiddeld 110, maar misschien zelfs 140 jaar oud kunnen worden. De Grey voorspelt zelfs dat mensen 1.000 jaar oud kunnen worden. Beiden zien een leven in het verschiep zonder hartinfarcten, diabetes, versleten gewrichten en dementie. Het ideaal van Maier is "dat we gezond 100 worden, waarna een heel korte periode van ziekte volgt, een soort total breakdown van de homeostase. Dat is de plotselinge doodgedachte. Dat zou, als ik mag dromen, het aantrekkelijkste scenario zijn voor zowel individu als maatschappij, ook financieel gezien<sup>11</sup>." Voor het overlijden is er een heel korte periode van ziekte, de zogeheten plotselinge-doodgedachte. In een periode van 10 tot 20 jaar zal dit niet gebeuren, maar er kunnen wel doorbraken zijn in het onderzoek waardoor de gezonde levensverwachting en de vraag naar zorg van de huidige 50- of 60-jarigen aanzienlijk afneemt.

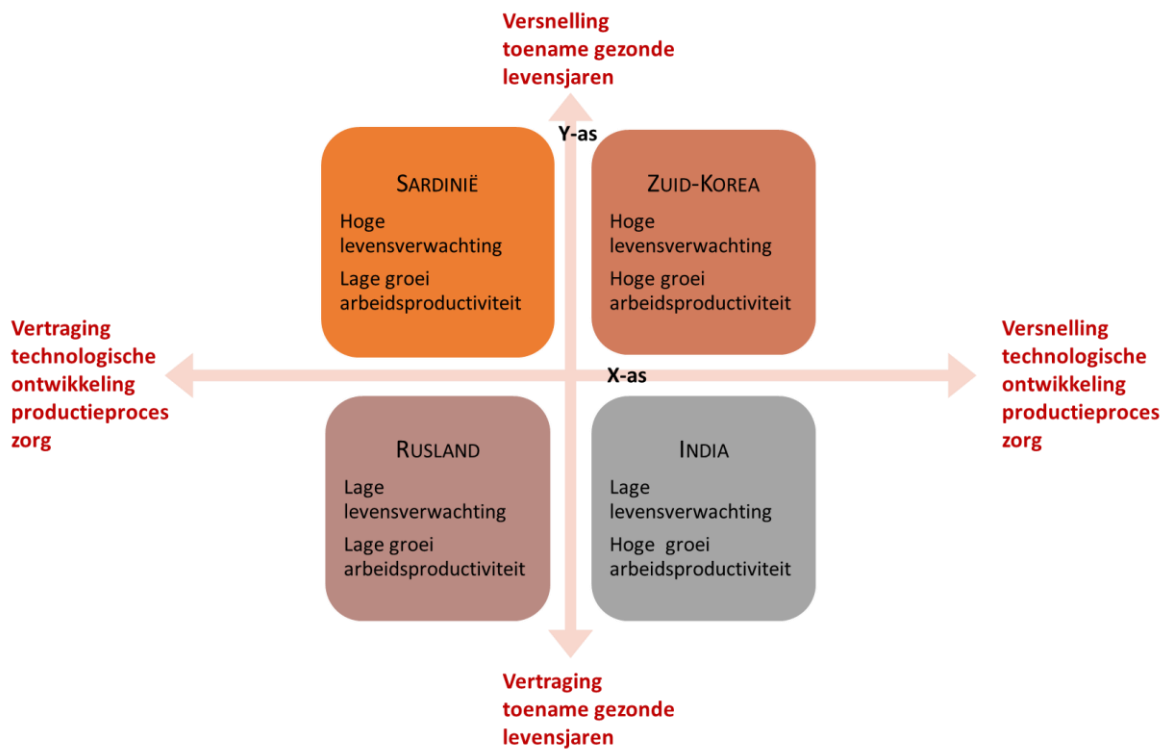
## Vier scenario's

Onderstaande figuur geeft de vier scenario's weer die worden gevormd door de twee assen: technologische groei en ontwikkeling levensverwachting. De scenario's zijn genoemd naar landen/regio's die goed bij de inhoud van de scenario's aansluiten. Zoals hiervoor genoemd is het idee daarachter dat Nederland op dit moment op het middelpunt van de assen staat en in de toekomst van positie kan gaan veranderen. Daarbij is die ontwikkeling zowel afhankelijk van (internationale) ontwikkelingen alsook afhankelijk van het beleid op het gebied van preventie en technologische ontwikkelingen in de zorg dat in Nederland gevoerd gaat worden.

---

<sup>11</sup> Medisch Contact 16 juli 2014. Zomerportret 1. Andrea Maier: Verouderen als een Rolls-Royce

Figuur 5.2 Technologische groei en ontwikkeling levensverwachting bepalen scenario's



Bron: SEO Economisch Onderzoek

### Scenario 1: Sardinië

Dit scenario wordt gekenmerkt door een hoge levensverwachting en het achterblijven van technologische ontwikkeling. Sardinië is een Blue Zone, met een hoge levensverwachting door een gezonde leefstijl en gezonde voeding. De invloed op de vraag naar arbeid is naar verwachting als volgt:

- Huisartsenzorg: de vraag naar arbeid neemt af door minder chronische ziekten, maar toe door vertraging technologische ontwikkeling. Per saldo blijft de arbeidsvraag gelijk aan de prognose;
- Verzorging, verpleging en thuiszorg: arbeidsvraag neemt af door meer chronische ziekten en toe door achterblijven technologische ontwikkeling;
- GGZ: Dit scenario heeft geen invloed op de vraag naar GGZ-zorg. Enerzijds worden mensen gezonder, anderzijds blijft technologische ontwikkeling achter;
- Ziekenhuiszorg: de vraag naar arbeid blijft gelijk: minder vraag naar arbeid in de ziekenhuiszorg door toename gezonde levensverwachting, maar meer vraag door vertraging arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg;
- Gehandicaptenzorg: meer vraag naar gehandicaptenzorg door toename levensverwachting van gehandicapten, en door vertraging groei arbeidsproductiviteit.

In dit scenario blijft in de meeste sectoren de vraag naar arbeid gelijk, doordat de snellere groei van de gezonde levensverwachting en de vertraging van de technologische ontwikkeling tegen elkaar inwerken. Alleen in de gehandicaptenzorg leidt een langere levensverwachting tot een toename van de arbeidsvraag, doordat gehandicapten ouder worden. Er zal daar vooral meer vraag komen naar verplegenden en verzorgenden. Tegelijkertijd neemt het aanbod van arbeid toe doordat mensen gezond ouder worden. In Nederland zal de pensioenleeftijd sneller stijgen dan gepland. De knelpunten op de arbeidsmarkt worden daardoor kleiner, behalve in de gehandicaptenzorg.

## Scenario 2 Zuid-Korea

Dit scenario wordt gekenmerkt door een versnelling van de technologische ontwikkeling en een toename van de gezonde levensverwachting. In Zuid-Korea is de snelle technologische ontwikkeling hand in hand gegaan met een sterke toename van de levensverwachting. De levensverwachting is nu een van de hoogste van de wereld, en groeit in de komende jaren naar verwachting ook sneller dan in andere landen, tot mogelijk boven de 90 jaar voor vrouwen in 2030 (Kontis et al., 2017). Dit komt door een gezonde leefstijl en een goede gezondheidszorg. De kosten van de gezondheidszorg zijn lager dan in Nederland. Gevolgen voor de arbeidsvraag in de zorg zijn:

- Huisartsenzorg: vraag naar arbeid neemt af door toename gezondheid en door technologische ontwikkeling;
- Verzorging, verpleging en thuiszorg: vraag blijft gelijk. De toename in de levensverwachting zorgt voor meer ouderen, die wel relatief gezonder worden. Het aantal ouderen dat zorg nodig heeft blijft mogelijk gelijk. Technologische ontwikkeling leidt tot grotere arbeidsproductiviteit in de verzorging en verpleging, maar de toename is wel minder dan in de ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg. Per saldo neemt de vraag naar arbeid af;
- GGZ: De vraag naar arbeid in de GGZ neemt af. Het aantal ouderen neemt toe, maar zij worden wel gezonder. Door technologische ontwikkeling neemt de vraag af;
- Ziekenhuiszorg: minder vraag naar ziekenhuiszorg door toename gezonde levensverwachting en hogere arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg. De vraag neemt minder toe dan volgens de prognose;
- Gehandicaptenzorg: meer vraag naar arbeid in de gehandicaptenzorg door toename gezonde levensverwachting, maar minder vraag door toename arbeidsproductiviteit. Per saldo blijft de vraag gelijk.

In dit scenario neemt in de huisartsenzorg, de GGZ en de ziekenhuiszorg de vraag naar arbeid af. Door de snelle technologische ontwikkeling is er wel hoger geschoold personeel nodig. De vraag in de verzorging, verpleging en thuiszorg en de gehandicaptenzorg blijft gelijk. Wel is ook hier hoger geschoold personeel nodig. Het arbeidsaanbod neemt toe door de stijging van de gezonde levensverwachting. De knelpunten op de arbeidsmarkt nemen af.

## Scenario 3: India

Dit scenario wordt gekenmerkt door een versnelling van de technologische ontwikkeling en een achterblijvende levensverwachting. Luc de Witte (hoogleraar Technologie in de Zorg aan de Universiteit Maastricht) beschrijft een mogelijk toekomstbeeld in een wereld met een toenemend aantal kwetsbare ouderen en meer technologische mogelijkheden als volgt *“De zorg zal er in 2030 wezenlijk anders uitzien dan vandaag. Nu ligt de nadruk sterk op curatieve zorg. Dat zal veranderen richting langdurende zorg en ondersteuning, en naar (geïndiceerde) preventie. Ziekenhuizen transformeren in hoog tempo tot interventiecentra waar mensen zo kort mogelijk verblijven om een ‘reparatie’ te ondergaan. Wanneer ook maar enigszins mogelijk gaat de patiënt naar huis. Daar zal hij of zij op afstand door sensorsystemen in de gaten gehouden worden, en via een beeldverbinding adviezen krijgen als dat nodig is. Er is te weinig zorgpersoneel om het groeiend aantal kwetsbare burgers te kunnen verzorgen of ondersteunen. Verzorgingshuizen verdwijnen. Het netto resultaat is dat veel mensen waarvan we vandaag vinden dat ze intramuraal moeten verblijven straks in hun eigen leefomgeving zullen blijven, met ondersteuning van mantelzorgers, vrijwilligers en buurtgenoten, en met zorgprofessionals op afstand en afroep. Slimme toepassingen van sociale media zorgen ervoor dat mensen hulp en ondersteuning krijgen van mensen uit de buurt of van professionele dienstverleners. Dat laatse echter pas als het ‘echt’ nodig is. Ze zullen er ook zelf voor moeten betalen. Mensen met dementie of ernstige fysieke beperkingen zullen mogelijk een robot in huis hebben die hen ondersteunt bij algemene dagelijkse taken en hen helpt de dag te structureren. Mensen met een chronische ziekte zullen de behandeling van die ziekte vooral zelf managen, ondersteund door apps en mobiele apparaten om hun gezondheid te monitoren. Zorgprofessionals worden alleen nog ingeschakeld als de meetresultaten daar aanleiding voor geven.”* (De Witte, 2014).

De verwachte gevolgen voor de vraag naar arbeid in de zorg zijn:

- Huisartsenzorg: vraag naar huisartsen neemt toe door toename kanker, hart- vaatziekten en diabetes, vooral in de periferie, maar af door technologische ontwikkeling;
- Verzorging, verpleging en thuiszorg: vraag naar thuiszorg neemt toe door toename kanker, hart- en vaatziekten en diabetes. Arbeidsproductiviteit neemt toe, maar niet voldoende om aan de groeiende vraag te voldoen;

- GGZ: de vraag neemt toe door toename prestatiedruk en hittestress door klimaatverandering. Een deel van de bevolking kan de ontwikkelingen niet goed bijbenen. De vraag naar arbeid in de GGZ neemt af door technologische ontwikkeling;
- Ziekenhuiszorg: veel vraag naar ziekenhuiszorg door toename kanker, hart- en vaatziekten en diabetes, maar afname door snelle groei arbeidsproductiviteit;
- Gehandicaptenzorg: minder vraag naar gehandicaptenzorg door lagere levensverwachting en snellere ontwikkeling arbeidsproductiviteit.

In dit scenario neemt de vraag naar arbeid toe in de verpleging en verzorging, omdat de technologische ontwikkeling de stijging in de vraag naar zorg niet kan bijbenen. In de gehandicaptenzorg neemt de vraag af. In de overige sectoren blijft de vraag gelijk. Door de toename van de technologische ontwikkeling is er meer vraag naar hoogopgeleid personeel, en minder naar laagopgeleid personeel. Doordat de levensverwachting niet toeneemt groeit het arbeidsaanbod minder dan volgens de prognose. Er zullen knelpunten ontstaan in de vraag naar hoog opgeleid personeel, in de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de GGZ.

#### Scenario 4: Rusland

Dit scenario wordt gekenmerkt door een vertraging van de technologische ontwikkeling en een achterblijvende levensverwachting. Net als in India is er sprake van sociale ongelijkheid, waardoor de levensverwachting van een deel van de bevolking achterblijft. De levensverwachting blijft ook achter door een ongezonde leefstijl, vooral door veel alcoholgebruik. Dit zorgt ook voor psychische problemen. Daarnaast blijft de technologische ontwikkeling achter. Rusland leidt aan de 'Hollandse ziekte': achterblijvende economie omdat geteerd wordt op de beschikbaarheid van energiebronnen. De gevolgen voor de zorgvraag zijn:

- Huisartsenzorg: vraag naar arbeid neemt toe door toename kanker, hart- vaatziekten en diabetes en trage technologische ontwikkeling;
- Verzorging, verpleging en thuiszorg: vraag naar arbeid neemt toe door meer chronisch zieken;
- GGZ: Veel vraag naar arbeid in de GGZ vanwege ongezonde leefstijl en achterblijvende technologische ontwikkeling;
- Ziekenhuiszorg: meer vraag naar arbeid in de ziekenhuiszorg door kanker, hart- en vaatziekten en diabetes en lage arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg;
- Gehandicaptenzorg: minder vraag naar gehandicaptenzorg door afname levensverwachting, maar meer vraag door trage groei arbeidsproductiviteit.

In de meeste sectoren neemt de vraag naar arbeid toe, behalve in de gehandicaptenzorg. Tegelijkertijd blijft de groei van de beroepsbevolking achter door de achterblijvende groei van de gezonde levensverwachting. In alle sectoren nemen daardoor de knelpunten toe. De knelpunten zijn het grootst in de vraag naar arbeid in de huisartsenzorg, voor de zorg voor chronisch zieken en mensen met psychische problemen (vooral de praktijkondersteuners).

Tabel 5.1 vat de kenmerken van de vier scenario's samen.

Tabel 5.1 Kenmerken scenario's

	Sardinië	Zuid-Korea	India	Rusland
Gezonde levensverwachting	hoog	hoog	laag	laag
Arbeidsproductiviteit	laag	hoog	hoog	laag
<i>gevolgen voor vraag naar arbeid</i>				
Huisartsenzorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Verzorging, verpleging en thuiszorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	hoger dan prognose	hoger dan prognose
GGZ	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Ziekenhuiszorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Gehandicaptenzorg	hoger dan prognose	hoger dan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose
<i>knelpunten in de vraag naar arbeid</i>				
	knelpunten in alle sectoren, vooral in gehandicaptenzorg	alleen knelpunten in de vraag naar technisch opgeleid personeel, vooral in de gehandicaptenzorg	knelpunten in de vraag naar technisch opgeleid personeel in alle sectoren, behalve de gehandicaptenzorg	knelpunten in de vraag naar arbeid in alle sectoren. Knelpunten het grootst in vraag naar praktijkondersteuners in de huisartsenzorg

Bron: SEO Economisch Onderzoek

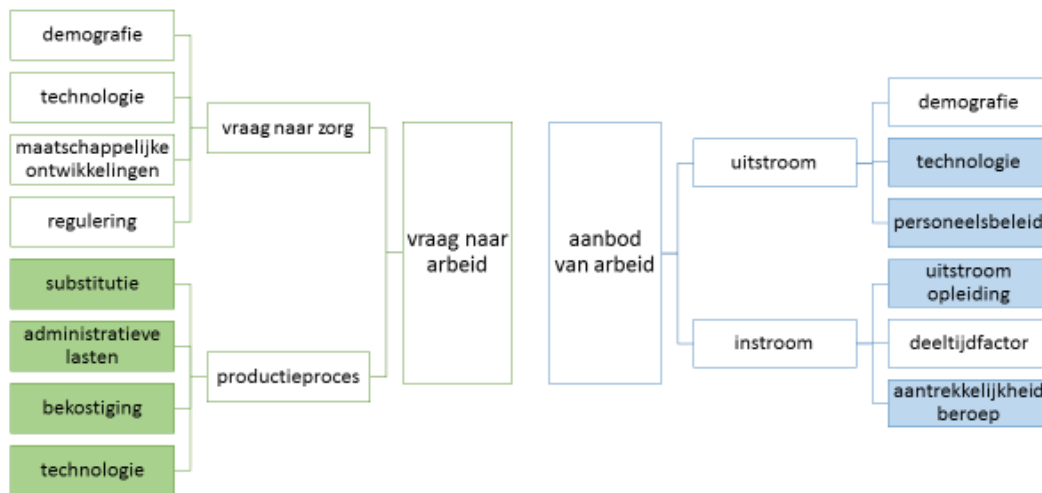
## 5.2 Mogelijke interventies en maatregelen

De scenario's zijn bedoeld om op basis van de gesignaleerde trends verder te doordenken hoe het arbeidsmarktbeleid in de zorg er mogelijk uit kan komen te zien in de vier werelden. Op basis van literatuur en interviews is een inventarisatie gemaakt van interventies die problemen op de arbeidsmarkt kunnen oplossen of verminderen. Omdat nu nog niet bekend is welk scenario werkelijkheid wordt zal het beleid zich moeten richten op alle scenario's. Welke ontwikkelingen kunnen zich voordoen en hoe kan de zorg zich daarop voorbereiden?

De grote uitdagingen voor de zorgsector liggen in het bieden van voldoende zorg en het kunnen omgaan met technologische ontwikkelingen. Het bieden van voldoende zorg is vooral een uitdaging in de scenario's waarin het aantal ongezonde levensjaren toeneemt, door ongezond gedrag (Rusland en India). Maar ook in het scenario waarin het aantal ongezonde levensjaren afneemt (Sardinië) zullen er knelpunten op de arbeidsmarkt ontstaan. Het omgaan met technologie zal een uitdaging zijn in de scenario's waarin de technologische ontwikkeling zorgt voor een snelle verandering van de wijze waarop zorg wordt verleend.

De interventies beperken zich tot interventies die gericht zijn op het productieproces, de instroom in de zorg en de uitstroom uit de zorg (zie Figuur 1.1). Interventies die gericht zijn op het terugdringen van de zorgvraag blijven buiten beschouwing. Hierbij zijn vele mogelijkheden, zoals beleid gericht op preventie, het verhogen van het eigen risico of het beperken van het verzekerd pakket.

Figuur 5.3 Aangrijpingspunt mogelijke maatregelen



Bron: SEO Economisch onderzoek

Om in de toekomst aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen zal de instroom vanuit de opleiding moeten toenemen en de uitstroom afnemen. De nadruk zal daarbij moeten liggen op het verminderen van de uitstroom van verpleegkundigen uit het beroep. Om ervoor te zorgen dat in de scenario's met een snelle technologische ontwikkeling er voldoende personeel is dat met deze nieuwe technologieën om kan gaan is een aanpassing van de opleiding nodig en mogelijk ook een hogere beloning.

## Uitstroom verminderen

De uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden is zeer hoog, vooral de afgelopen jaren. Dit probleem doet zich al veel langer voor, en niet alleen in Nederland. De OECD adviseerde de VS in 2009 al "*Retention of nurses in the workforce is critical and will require substantial improvements in human resource policies, the development of satisfying professional work environments, and technological innovations to ease the physical burdens of caregiving.*" (Aiken & Cheung, 2008).

## Consistent overheidsbeleid en aandacht voor gevolgen arbeidsmarkt

Volgens enkele geïnterviewden zijn de hoofdlijnenakkoorden en de opeenstapeling van stelselwijzigingen verantwoordelijk voor de uitstroom van verpleegkundigen uit de zorg. Deze beleidswijzigingen hebben gezorgd voor een terugval of verschuiving van de vraag. Voor individuele werkgevers is het dan logisch om mensen te ontslaan (of contracten niet te verlengen) terwijl dat vanuit het maatschappelijke perspectief niet optimaal is. Een deel van degenen die ontslagen worden is voorgoed verloren voor de zorg. Bij toekomstige stelselwijzigingen zou meer aandacht moeten komen voor de effecten op het personeel. Er zou in kaart moeten worden gebracht welke effecten nieuw beleid heeft op de arbeidsmarkt, plus een soort sociaal plan om de effecten op te vangen. Dit om een nieuwe varkenscyclus te vermijden.

## Strategisch personeelsbeleid kan voorkomen dat mensen de zorg verlaten

Volgens de geïnterviewden hebben ook zorgorganisaties zelf nog te weinig gedaan aan strategisch personeelsbeleid: organisaties hebben weinig zicht op het niveau en de capaciteiten van het personeel dat ze in huis hebben. Ook hebben ze weinig zicht op hun behoeftes in personeel in de komende jaren. Dit terwijl duidelijk is dat het personeel vergrijsd en er veel nieuw personeel nodig is.

Strategisch personeelsmanagement betekent dat het personeelsbeleid gericht wordt op de lange termijn. Daarbij moet op de korte termijn een zekere mate van inefficiëntie geaccepteerd worden als het financieel tegenzit. De zorg zag bijvoorbeeld de ZPP-constructie als een flexibele schil voor als het financieel tegenzat, maar nu is het een knellende relatie omdat de kosten oplopen. Om meer ruimte te creëren voor strategisch personeelsmanagement zouden zorgverleners meerjarige contracten kunnen afsluiten met zorgverzekeraars. Hierdoor zijn ziekenhuizen zeker van de inkomsten en kunnen ze daarop hun personeelsbestand afstemmen. De achterliggende zorgvraag is immers op de korte termijn grotendeels stabiel. Er zijn al verschillende verzekeraars die meerjarige contracten sluiten met ziekenhuizen. Dit kan dus worden uitgebreid.



## Personeelsbeleid richten op verminderen uitstroom verpleegkundigen en verzorgenden

Bij beter personeelsbeleid gaat het vooral om zeggenschap over de beroepsuitoefening. Om het personeel te behouden zou het personeel meer zeggenschap kunnen krijgen over de wijze waarop zij hun werk uitvoeren en over hun werktijden. Volgens de geïnterviewden hebben zij daar nu zeer beperkt invloed op. Ook draaien werknemers soms meerdere diensten achter elkaar vanwege de onvervulde vraag naar personeel. Er is nu een hoge stroom naar ZZP-schap. ZZP-schap zorgt voor zeggenschap over werk en werktijden. Omdat ZZP'ers kunnen kiezen wanneer ze werken, gaan werknemers nog onregelmatiger werken. Van de werkgevers verwacht 60 procent nu ook dat werknemers buiten werktijd beschikbaar zijn (FWG, 2018). Dit kan stress opleveren. Naast een gebrek aan zeggenschap ervaren werknemers ook een gebrek aan perspectief. Niet met alle medewerkers worden functioneringsgesprekken gevoerd. Deze zijn nodig om te weten hoe werknemers kunnen doorgroeien en om feedback te kunnen geven aan werknemers. Ook het gebrek aan duidelijkheid over prestaties en doorgroei mogelijkheden is een reden voor uitstroom (FWG, 2018). Volgens een recente analyse van PFZW vertrekken verpleegkundigen bij de huidige zorgaanbieder vanwege het management, de inhoud van het werk en de werkdruk. Geld werd in het onderzoek weinig genoemd als reden van uitstroom (PFZW, 2019).

Taakherschikking zou ook een oplossing kunnen zijn voor het gebrek aan loopbaanperspectief. Taken van artsen kunnen verschoven worden naar tot physician-assistants en gespecialiseerd verpleegkundigen opgeleide verpleegkundigen. Dit zal ervoor zorgen dat het werk van de verpleegkundigen interessanter wordt. Een risico is wel dat er sprake gaat zijn van een rigide classificering van taken per opleidingsniveau. Een voorbeeld is een aanpassing van de BIG-wet waardoor er onderscheid komt in de toegestane taken tussen HBO- en MBO-verpleegkundigen. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat ervaren werknemers met een MBO-opleiding sommige taken niet meer mogen uitvoeren, terwijl zij daar vanuit hun ervaring wel zeer gekwalificeerd voor zijn.

## Technologie inzetten om uitstroom te verminderen

Daarnaast zijn er technische mogelijkheden om ervoor te zorgen dat personeel minder uitvalt door ziekte en arbeidsongeschiktheid. Denk daarbij aan de tilhulp waardoor personeel minder belast wordt bij het tillen van patiënten.

## Instroom vergroten

### Realistisch rammen

Sinds 1999 wordt door het Capaciteitsorgaan voor de arts-beroepen en sinds een aantal jaren voor gespecialiseerd verpleegkundigen (de 15 zgn. 'FZO-beroepen), beroepen in de geestelijke gezondheidszorg en sinds kort weer mondzorg, een raming gemaakt van toekomstige vraag en aanbod, en de benodigde instroom in de opleidingen. Het Capaciteitsorgaan is opgericht om de varkenscyclus in de zorg te voorkomen. Door realistisch te rammen zou ook in tijden van minder vraag voldoende worden opgeleid voor de toekomst. Voor de verplegenden en verzorgenden, de grootste beroepsgroep in de zorg, wordt wel vraag en aanbod gemonitord, maar wordt niet op lange termijn geraamd met als doel de ideale opleidingsinstroom te bepalen. Juist vanuit deze groep is er een grote uitstroom geweest de afgelopen jaren. Nu is daarin juist een grote onvervulde vraag naar personeel. Hierop had geanticipeerd kunnen worden door een langetermijn-raming van de vraag naar personeel in deze beroepen. Zorginstellingen hadden daarmee kunnen anticiperen op de toekomstige vraag naar personeel.

Een voorwaarde is dat de ramingen van zowel vraag naar zorg als aanbod van zorgpersoneel realistisch zijn. De volumegroei die wordt afgesproken in de hoofdlijnakoorden is nu niet altijd in overeenstemming met de werkelijk te verwachten volumegroei, daarmee ontstaan problemen. Door een te laag plafond te stellen aan de groei in de huisartsenzorg en de wijkverpleging liggen patiënten bijvoorbeeld nu langer dan nodig in het ziekenhuis. De beoogde substitutie van ziekenhuiszorg naar andere zorg komt daardoor minder tot stand. Ook kunnen er door te bescheiden ramingen wachtlijsten ontstaan als de geraamde capaciteit overschreden wordt.



## Meer opleiden en efficiënter opleiden

Een mogelijke oplossing kan zijn differentiatie in de opleiding. Iemand die op de IC werkt moet nu op alle niveaus kunnen werken. Je zou ook een IC-verpleegkundige kunnen opleiden voor alleen het niveau waarop diegene aan de slag gaat. In een algemeen ziekenhuis is dat vaak lager dan in een academisch ziekenhuis. Die opleiding zou korter duren en de opleiding wordt daardoor toegankelijker. Verbreding van opleidingen kan ook. Een werknemer kan dan op verschillende posities binnen een cluster ingezet worden. Een cluster is dan bijvoorbeeld de acute zorg, waar verpleegkundigen worden opgeleid voor de intensive care (IC) én de Spoedeisende Hulp (SEH).

Om meer mensen op te kunnen leiden, kan het aantal stageplekken uitgebreid worden. Dit zou kunnen worden bereikt door op andere manieren te begeleiden. Veel ziekenhuizen gaan geleidelijk over op nieuwe manieren van begeleiden, waarbij leren centraal staat. Veelal begeleidt één begeleider meerdere studenten. Met deze manier van begeleiden kunnen meer stagiairs worden opgeleid (Kok et al. 2019). Door meer stageplekken te creëren is het vervolgens mogelijk om de instroom in opleidingen te verhogen. Wanneer meer wordt ingezet op technologie zal ook de opleiding technischer moeten worden. Mogelijk dat daardoor ook weer nieuwe groepen worden aangetrokken.

## Anders opleiden

Om nieuwe technologieën te kunnen adopteren moet er in de opleiding van zorgverleners al aandacht voor zijn. Al het zorgpersoneel, ook op de lage niveaus, moet om kunnen gaan met nieuwe technologieën. Dit vereist ook dat de nieuwe technologieën zo moeten worden ontworpen dat iedereen ermee om moet kunnen gaan. Ook patiënten moeten immers de nieuwe technologieën kunnen gebruiken. Daarnaast moet financiering komen voor technologie. Verzekeraars zijn nu al bezig in het investeren in nieuwe technologieën. De overheid kan hieraan bijdragen.

Volgens De Witte (2014) is wat studenten moeten 'aanleren' vooral generiek, niet zozeer het aanleren van het omgaan met specifieke technologieën, want daarvoor gaan ontwikkelingen vaak te snel. Het gaat meer om het aanleren van een positief-kritische houding ten opzichte van nieuwe technologie. Daarnaast moet globale kennis over de ontwikkelingen en mogelijkheden op die terreinen die voor de zorg het meest van belang zijn worden aangeleerd. Verder gaat het om kennis en inzicht in ethische en sociaal-maatschappelijke vragen die bij technologische innovaties van belang zijn.

Peters en Frietman (2011) verwachten dat de invoering van technologie in de zorg niet alleen implicaties heeft voor het beroep (de competenties) van de zorgprofessional, maar ook voor de beroepenstructuur in de zorg. Zij verwachten dat er aparte ICT-medewerkers in de zorg moeten worden opgeleid, die een brug vormen tussen de zorgverleners en de pure ICT-medewerkers.

## Aantrekkelijker maken beroep door hogere beloning?

Veel werkenden in medische en verzorgende beroepen willen meer waardering. Hoewel uit recente enquêtes niet blijkt dat een hoger salaris zorgt voor minder uitstroom, kan het wel de instroom vergroten. Verpleegkundigen verdienen minder dan beroepen met een vergelijkbare opleiding. Een HBO-verpleegkundige verdient bijvoorbeeld een stuk minder dan een fysiotherapeut.

Op het eerste gezicht lijkt een hoger loon geen efficiënte oplossing. Het hogere loon moet aan al het zittende personeel worden betaald, terwijl uit onderzoek blijkt dat een hoger loon maar beperkt leidt tot instroom in de arbeidsmarkt van verpleegkundigen (Antonazzo, 2003). Het is echter de vraag of het huidige onderzoek het effect van een hoger loon niet onderschat. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder verpleegkundig opgeleiden en meet dus niet het effect van een hoger loon op de instroom in de opleiding. Als het hogere loon (en grotere contracten) nieuw arbeidsaanbod aantrekt dat tot nu toe niet geïnteresseerd was in de zorg (bijvoorbeeld mannen), dan kan het effect van een loonsverhoging veel groter zijn. Onderzoek van Elliot et al. (2007) laat op basis van een vergelijking tussen regio's in Engeland zien dat naarmate verpleegkundigen meer verdienen dan andere beroepen – waarvoor dezelfde kwalificaties vereist zijn – er minder vacatures voor verpleegkundigen zijn. Schveri & Hartog (2017) laten zien dat verwachtingen van het salaris invloed hebben op de instroom in de opleiding tot verpleegkundige.

Het verbeteren van de beloning is vooral van belang in de scenario's waar de technologische ontwikkeling versnelt. Door een hogere beloning kan vooral de instroom omhoog en kunnen groepen aangetrokken worden die anders niet geïnteresseerd zijn in de zorg. Deze groepen zouden geïnteresseerd kunnen zijn in nieuwe functies die ontstaan door de toepassing van ICT. Munnich & Wozniak (2017) laten zien dat een hoger vereist opleidingsniveau ervoor zorgt dat meer mannen voor een verpleegkundig beroep kiezen. Vooral in het scenario India is dit belangrijk, omdat daar knelpunten zijn bij het aantrekken van hoogopgeleiden in de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de GGZ.

### **Inzetten op migratie en omscholing werklözen**

Duitsland trekt sinds 2013 verpleegkundigen aan uit Vietnam. Op dit moment werken er 300 Vietnamese verpleegkundigen in Duitsland<sup>12</sup>. In het verleden is ook in Nederland geprobeerd de knelpunten op de arbeidsmarkt op te lossen door mensen uit het buitenland te trekken. De Nederlandse overheid zette daarbij in op migranten uit Europa. In de uitvoering van het beroep bleken verpleegkundigen problemen te ervaren met de Nederlandse taal en cultuur (Veer, 2004). Migratie lijkt geen oplossing voor het oplossen van knelpunten op de arbeidsmarkt. Het tekort aan verpleegkundigen is wereldwijd. Daardoor kan via migratie maar een beperkt reservoir worden aangeboord. Bovendien zijn er taal- en cultuurproblemen.

Duitsland heeft positieve ervaringen met het omscholen van werklözen naar een baan in de zorg. Projecten om werklözen aan het werk te krijgen zijn vooral succesvol als wordt opgeleid voor de zorg. Daar is vaak de kans op een baan groot.

## **Veranderingen in het productieproces**

### **Substitutie**

Taakherschikking zorgt voor een betere benutting van verplegenden en verzorgenden. Verplegenden en verzorgenden hebben er verschillende taken bijgekregen doordat ondersteunend personeel uit de zorg is verdwenen. In de zorg is het aantal medewerkers op niveau 2 gekrompen tijdens bezuinigingen. Hun taken werden overgenomen door niveau 3 en hoger. Taken zoals de telefoon opnemen zorgen ervoor dat zij hun beroep niet kunnen uitoefenen. Nu er een onvervulde vraag is naar verpleegkundigen is personeel van niveau 2 weer nodig. Ook is er een onvervulde vraag naar ondersteunend personeel zoals ICT en finance. Dit zorgt ervoor dat medisch en verzorgend personeel zwaarder belast wordt door ondersteunende taken. Ook kan gedacht worden aan verdergaande taakherschikking waarbij bepaalde zorg wordt geleverd door lager gekwalificeerde mensen. Bijvoorbeeld maaltijdverstrekking: een helpende op niveau 2 mag wel de maaltijd klaarzetten, maar niet helpen met eten. Verder kunnen ook niet-gediplomeerden worden ingezet in verpleeghuizen voor taken als het wandelen met patiënten.

Het is de vraag of verdere taakdifferentiatie in de huisartsenzorg nog veel oplevert. Er wordt in de huisartspraktijk nu al heel veel gedaan door de praktijkondersteuners (POH). Momenteel is 60 procent van het aantal werkenden in de huisartsenpraktijk POH en doktersassistent, twee procent is verpleegkundig specialist of physician-assistant en nog 'maar' 38 procent is huisarts (Nivel, 2018).

Taakherschikking van hoogopgeleid naar lager opgeleid personeel zorgt in alle scenario's voor een efficiëntere inzet van personeel. In de scenario's India en Rusland is dit beleid wel urgenter dan in de andere scenario's. In scenario Rusland kunnen door taakherschikking ook lager opgeleiden worden ingezet in de zorg. In het scenario India is er door technologische ontwikkeling juist meer behoefte aan hoger opgeleid personeel, vooral in de verpleging en verzorging. Inzet van lager opgeleiden heeft daar minder nut.

### **Administratieve lasten**

Momenteel besteden verplegenden een groot deel van de tijd aan administratieve taken. Het terugbrengen van de administratieve taken levert meer tijd op om aan de patiënt te besteden en vergroot het plezier in het werk. Er wordt wel progressie geboekt, onder andere het actieplan (Ont)Regel de zorg, om de administratieve lasten te verlagen, maar het blijft een heel hardnekkig probleem. Zelfs administratieve lasten die niet verplicht zijn, blijven toch bestaan. Dat komt volgens geïnterviewden door gewoontes of het inbouwen van zekerheden

---

<sup>12</sup> Duitsland rekruteert honderden verpleegkundigen uit Vietnam. 20 juli 2019

door organisaties. De lasten verschillen ook per instantie en beroep sterk waardoor het lastig is om gezamenlijk regels en protocollen te schrappen.

## Bekostiging

Door verschillende geïnterviewden is gewezen op de bekostiging die een productieprikkel bevat. Dit geldt voor de ziekenhuiszorg, de wijkverpleging en, in mindere mate, de huisartsenzorg. Deze prikkel zou eruit moeten worden gehaald om ervoor te zorgen dat er geen onnodige zorg wordt geleverd. Hieronder wordt een aantal opties geschetst die de productieprikkel verminderen en die mogelijk ook samenwerking en innovatie bevorderen. Deze zijn niet in de interviews aan de orde gekomen. Wat de bekostiging betreft zijn verzekeraars in de lead. Zij zullen deze of andere opties uit moeten werken.

De eerste is populatiegebonden bekostiging. Daarbij wordt er per wijk een budget beschikbaar gesteld voor één of meerdere zorgverleners, bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleegkundigen en verzorging vanuit de WMO. Het budget wordt vastgesteld op basis van de kenmerken van de populatie. Aanvullend daarop kan een bonus worden ingevoerd voor positieve gezondheidsuitkomsten. Voordeel van deze vorm van bekostiging is dat er geen productieprikkel van uitgaat en dit de samenwerking mogelijk bevordert. Een ander voordeel van populatiebekostiging kan ook zijn dat zorgaanbieders prikkels hebben om zo efficiënt mogelijk te werken en nieuwe technologieën of taakherschikking te implementeren als dit een kostenvoordeel oplevert. Of de systematiek ook werkelijk deze prikkels heeft, hangt af van de precieze vormgeving, bijvoorbeeld van hoe het budget onderling tussen de zorgverleners wordt verdeeld. Nadeel van het ontbreken van een productieprikkel is dat er mogelijk te weinig zorg wordt verleend. Dat kan leiden tot wachtlijsten of tot het afschuiven van zorg op andere zorgverleners.

Een andere optie is het rigoureu scheiden van diagnostiek en behandeling. Dit model is ontworpen door Christensen et al. (2008), geïnspireerd op businessmodellen in de industrie. Zij propageren een model met 'solution shops', en 'value-adding process businesses'. De 'solution shops' onderzoeken wat het probleem is en welke oplossing daarbij hoort. Deze worden in de visie van Christensen et al. bekostigd per consult, omdat moeilijk te voorspellen is hoeveel werk een patiënt met zich mee brengt. Het gaat hier om bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten die diagnoses stellen. De 'value-adding process businesses' zijn gespecialiseerde behandelcentra die zich richten op specifieke behandelingen, vergelijkbaar met de zelfstandige behandelcentra voor oogaandoeningen of rugproblemen. Zij worden bekostigd met een vaste prijs per behandeling. Door specialisatie kunnen zij zeer kostenefficiënt werken. Ook bevordert dit de innovatie, doordat zij baat hebben bij lagere kosten en er geen logge structuur is die innovatie belemmert. Door diagnose en behandeling te splitsen hebben de behandelcentra geen productieprikkel.

Een derde model is hybride bekostiging waarbij een vast bedrag voor een patiënt of populatie wordt gecombineerd met een variabel bedrag per consult of behandeling. Dit is een mengvorm tussen een vast budget en een productiegebonden bekostiging. Deze vorm van bekostiging wordt momenteel toegepast in de huisartsenzorg: zij krijgen een vast bedrag per ingeschreven patiënt plus een bedrag per consult. Deze vorm van bekostiging geeft een beperkte productie-prikkel en leidt daardoor in veel mindere mate tot onder- of overproductie dan pure budgettering of pure productiebekostiging (Brosig-Koch et al. 2017). De systematiek kan ook in de ziekenhuizen en de wijkverpleging worden doorgevoerd.

# 6 Conclusies

# 6

*Vanaf 2012 zijn er mede door beleidswijzigingen veel ontwikkelingen geweest op de arbeidsmarkt in de zorg. Na een periode van krimp, is er op dit moment een onvervulde vraag. Om de onvervulde vraag in de toekomst niet verder te laten oplopen, zijn verschillende interventies mogelijk.*

## **Wat zijn gevolgen van de conjuncturele ontwikkelingen en de laatste stelselwijziging op verschuivingen van medewerkers op de arbeidsmarkt van het medisch domein?**

Vanaf 2012 zijn er diverse beleidswijzigingen geweest om de zorgkosten beheersbaar te houden. De zorguitgaven waren in de jaren ervoor sterk gestegen. Er werd geconstateerd dat dit op lange termijn niet houdbaar was. Daarnaast was Nederland opnieuw in een recessie terechtgekomen en voor de komende jaren werd een lage economische groei verwacht. Als gevolg van de recessie dreigden de overheidsfinanciën verder te verslechteren.

De verschillende akkoorden en stelselherzieningen hadden als doel de zorgkosten te beperken door substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en van intramurale zorg naar extramurale zorg. Dit heeft geleid tot een stijging van de vraag naar huisartsenzorg en naar thuiszorg en tot een daling van de vraag naar ziekenhuiszorg, GGZ, gehandicaptenzorg, en intramurale ouderenzorg. Deze trends zijn mogelijk versterkt door de verhoging van het eigen risico, dat niet geldt voor de huisartsenzorg.

Het totaal aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in het medisch domein daalt na 2013. De grootste afname is te zien in 2014, waarna in 2015 de omvang van het medisch domein nog verder daalt. Vanaf 2016 is er weer sprake van een lichte groei, maar die zet niet door in 2017. De omvang van het medisch domein is zodoende in 2017 nog niet terug op het oude niveau. De ontwikkeling van de stand van medisch en verzorgend personeel hangt voor een groot deel samen met de verschillende beleidsmaatregelen vanaf 2012 die het zorgstelsel door elkaar hebben geschud. In het totaal was het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen in 2013 770 duizend personen en in 2017 750 duizend personen.

De beroepen met de grootste daling in het aantal werkenden zijn de verzorgenden in de gezondheidszorg. Hieronder vallen de verzorgenden intramuraal, de verzorgenden thuiszorg en de assistenten gezondheidszorg. De daling in werkgelegenheid voor deze beroepen heeft, zoals eerder beschreven, te maken met de ontwikkelingen in de branche voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Het aantal huisartsen en basisartsen neemt tussen 2013 en 2017 weer toe. In totaal is 17 procent (130 duizend personen) van het medisch en verzorgend personeel uit 2013 niet meer werkzaam in het medisch domein in 2017. Vooral in 2014 en 2015 was deze uitstroom hoog. Beroepen met de hoogste uitstroom in deze periode zijn de verzorgenden in de thuiszorg, verzorgenden in instellingen en sociaal werkers. Van deze groep verzorgenden heeft vervolgens ruim 40 procent een uitkering of geen werk, minder dan 40 procent vervolgens werk en de rest is gepensioneerd. Voor andere beroepen verschillen deze verhoudingen. Uitgestroomde verpleegkundigen zijn relatief vaak met pensioen, terwijl uitgestroomde artsen juist vaak werken.

Eind 2018 zijn er op basis van een voor dit uitgevoerde enquête onder werkgevers ruim 20 duizend langdurig openstaande vacatures voor medisch en verzorgend personeel in het medisch domein. Hiervan zijn er meer dan 10 duizend langdurig openstaande vacatures voor verzorgenden. Het gaat zowel om verzorgenden voor de thuiszorg als verzorgenden bij verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Ook verpleegkundigen, artsen en psychologen zijn beroepen met relatief veel langdurig openstaande vacatures. Volgens het CBS is het aantal vacatures in de zorgsector echter wat lager. Zij hebben echter geen uitsplitsing gemaakt naar beroepen.

## **Wat is het financiële effect van vertrek van werknemers en opnieuw moeten werven van medewerkers die recent boventallig zijn verklaard in het medisch domein, afgezet tegen de kosten om hen in dienst te houden?**

Van de werkenden die na 2013 uit het medisch domein stromen, komt 36 procent weer terug in de periode tot en met 2017. De meesten van deze herinstromers zijn een jaar later opnieuw werkzaam in het medisch domein. De 64 procent van de uitgestroomde werkenden die niet als herinstromer bestempeld worden is

langdurig uitgestroomd of komt helemaal niet meer terug in het medisch domein. Een deel van deze groep bevat natuurlijke uitstroom door bijvoorbeeld pensionering. Het is niet betrouwbaar te zeggen in welke mate de uitstroom in deze periode veroorzaakt is door stelselwijzigingen. De krimp in 2014 en 2015 kan namelijk ook veroorzaakt zijn door vrijwillige uitstroom, waarbij uitgestroomd personeel vervolgens niet (direct) vervangen is.

Voor werkgevers is het, in een situatie waarbij er budgettaire druk op hun uitgaven is, goedkoper om werkenden met een vast contract te laten uitstromen en dezelfde personen later weer in dienst te nemen, dan ze in dienst te houden. Voor deze berekening zijn de kosten voor de werkgever voor ontslag, van in dienst houden en van opnieuw werven en inwerken meegenomen. Deze kosten zijn voornamelijk afhankelijk van het maandsalaris, het type contract en de duur van de uitstroom.

Maatschappelijk gezien is dit echter beleid waarvan de kosten hoger zijn dan de baten. Deze kosten worden in grote mate door de maatschappij en de overige werkenden in de zorg gedragen. Als eerste is de krimp van sommige beroepen niet samengegaan met een kleinere vraag naar zorg. De hoeveelheid werk is veelal hetzelfde gebleven (of zelfs meer geworden), terwijl dit door minder personeel uitgevoerd moest worden. Daarnaast zijn er aanvullende maatschappelijke kosten van het laten vertrekken van werknemers in de zorg. Dit zijn kosten voor uitkeringen, maar ook kapitaalvernietiging van de eerdere opleidingskosten die voor deze werknemers zijn gemaakt. Deze maatschappelijke kosten zijn groter dan de positieve effecten voor individuele werkgevers. Deze hoge maatschappelijke kosten geven redenen om naar de toekomst toe collectieve oplossingen te bedenken om te voorkomen dat er dan overmatig personeel uit de zorgsector vertrekt.

## **Welke trends zijn de komende jaren te verwachten en welke gevolgen hebben deze naar verwachting op de arbeidsmarkt in het medisch domein?**

Toekomstige trends leiden tot een hogere vraag naar zorg. De vergrijzing zet door en dus neemt ook de komende jaren de zorgvraag toe voor de huisartsen en gezondheidscentra, VVT en ziekenhuizen. In de krimpregio's wonen veel ouderen en heeft de vergrijzing daar dus een groter effect op de zorgvraag. Een positieve trend is dat ouderen wel steeds gezonder zijn, dit verlaagt weer de zorgvraag. Ook voor de maatschappelijke trends is duidelijk te zien dat de trends vooral een verhogend effect hebben op de zorgvraag voor de huisartsen en gezondheidscentra. Technologische innovaties die invloed hebben op de vraag naar zorg leiden vaak tot een verhoging van de zorgvraag. Overigens verhogen zulke innovaties vaak ook tegelijkertijd de arbeidsproductiviteit in de zorg, waardoor de vraag naar personeel minder snel stijgt dan de zorgvraag.

Beleidsontwikkelingen zijn erop gericht de vraag naar zorg te verminderen door in te zetten op preventie en op het beperken van de budgettaire ruimte voor de zorguitgaven via de hoofdlijnenakkoorden. Ook richt het beleid zich op het verschuiven van zorg van dure naar goedkopere zorg. Het gaat om substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg en van intramurale zorg naar zorg thuis. Deze ontwikkeling leidt tot een toename van de zorgvraag voor de huisartsen en de thuiszorg en een afname van de zorgvraag voor de ziekenhuizen en de GGZ. In het regeerakkoord van 2017 is ook extra geld beschikbaar gekomen voor de ouderenzorg. Dit verhoogt de zorgvraag voor de VVT.

De komende jaren stijgt de vraag naar medisch en verzorgend personeel met zo'n 220 duizend personen in 2022 en met 390 duizend personen in 2027. Deze prognoses gaan alleen over de verwachte vraag naar personeel. De vraag naar personeel wordt uitgedrukt in het aantal verwachte baanopeningen, oftewel de vraag naar nieuwkomers op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel. Dit is de combinatie van de uitbreidingsvraag en de vervangingsvraag. Uitbreidingsvraag is de vraag naar arbeid die ontstaat door werkgelegenheids groei. Vervangingsvraag is de vraag naar arbeid die ontstaat doordat een deel van de huidige werknemers uitstroomt door pensionering, arbeidsongeschiktheid, beroepsmobiliteit of tijdelijke uittreding. Deze prognose is puur een prognose van de arbeidsvraag, verwachte ontwikkelingen van het aanbod van personeel zijn niet meegenomen. Het gaat daarbij om de beschikbaarheid van geschikt personeel, instroom vanuit opleidingen, zij-instroom, of bijvoorbeeld ontwikkelingen in de mate van verzuim onder medisch en verzorgend personeel. Ze zijn daarom niet te interpreteren als de verwachte groei van de werkgelegenheid of het aantal extra werkenden.

Voor de vraag naar verzorgend personeel en verpleegkundigen (mbo) neemt toe. De branche verpleging, verzorging en thuiszorg ziet zodoende de grootste groei in de vraag naar personeel. Opvallend is dat dit de

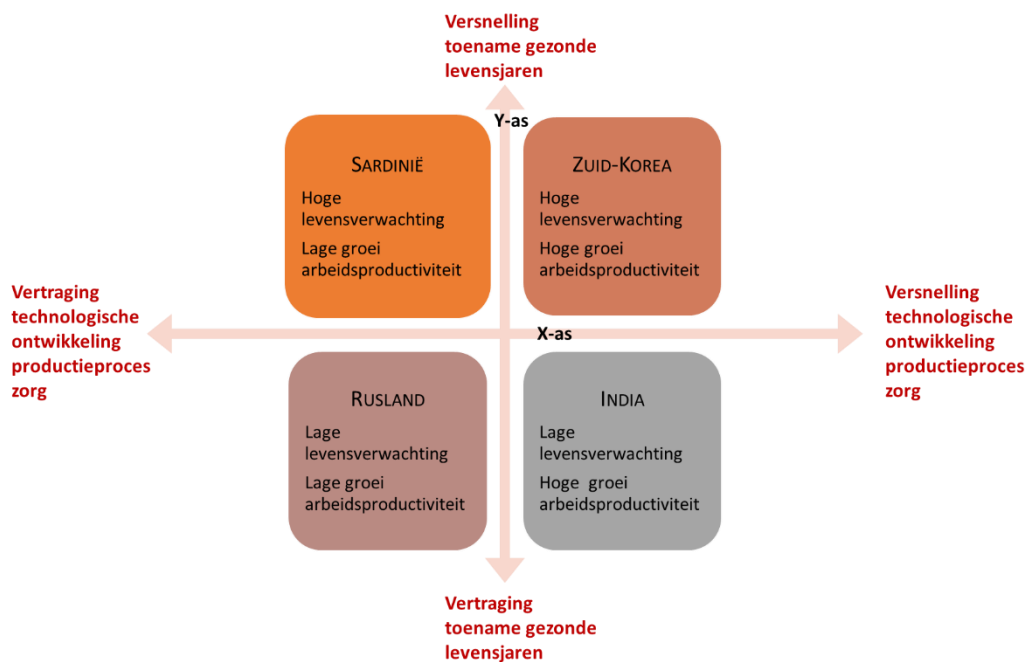
beroepen zijn waarin de grootste stijging in vraag tot en met 2027 wordt verwacht. Dit waren namelijk de beroepen die tussen 2013-2017 de grootste uitstroom kenden. Het personeelbestand in de zorg zal daarbij verder vergrijzen. Vooral de thuiszorg, huisartsen, gezondheidscentra, verpleging en verzorging hebben hier last van. Doordat de groei in werkgelegenheid in de sector voor een groot deel wordt opgevangen door jongere werknemers, zal het aandeel werkenden onder de 35 toenemen.

## Welke scenario's zijn denkbaar voor de toekomst in het medisch domein?

Voor deze analyse zijn vier scenario's voor de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de toekomst opgesteld. De scenario's zijn opgebouwd uit twee assen die beide een kernonzekerheid bevatten. De X-as geeft een vertraging of versnelling van technologische ontwikkelingen aan in het productieproces van de zorg. De Y-as geeft de onzekerheid aan in de ontwikkeling van de gezondheid en de gezonde levensjaren. In de interviews is aangegeven dat deze ontwikkelingen met veel onzekerheid omgeven zijn.

De scenario's geven hierbij mogelijke richtingen aan waarin deze factoren zich in de komende jaren kunnen ontwikkelen. Daarbij is die ontwikkeling zowel afhankelijk van (internationale) ontwikkelingen alsook afhankelijk van het beleid dat in Nederland gevoerd gaat worden. Een succesvol preventiebeleid zou bijvoorbeeld moeten zorgen voor de versnelling van de toename van gezonde levensjaren. Daardoor zou Nederland zich richting de bovenkant van de Y-as ontwikkelen. Beleid waardoor de adoptie van technologische ontwikkelingen versneld wordt, zou ervoor zorgen dat Nederland zich richting de rechterkant van de X-as ontwikkelt. De inhoud van de assen staat in de volgende figuur weergegeven:

Figuur 6.1 Technologische groei en ontwikkeling levensverwachting bepalen scenario's



Bron: SEO Economisch Onderzoek

Tabel 6.1 vat de kenmerken van de vier scenario's samen.

**Tabel 6.1 Kenmerken scenario's**

	<b>Sardinië</b>	<b>Zuid-Korea</b>	<b>India</b>	<b>Rusland</b>
Levensverwachting	hoog	hoog	laag	laag
Arbeidsproductiviteit	laag	hoog	hoog	laag
<i>gevolgen voor vraag naar arbeid</i>				
Huisartsenzorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Verzorging, verpleging en thuiszorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	hoger dan prognose	hoger dan prognose
GGZ	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Ziekenhuiszorg	gelijk aan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose	hoger dan prognose
Gehandicaptenzorg	hoger dan prognose	hoger dan prognose	lager dan prognose	gelijk aan prognose
<i>knelpunten in de vraag naar arbeid</i>				
	knelpunten in alle sectoren, vooral in gehandicaptenzorg	alleen knelpunten in de vraag naar hoger opgeleid personeel, vooral in de gehandicaptenzorg	knelpunten in de vraag naar hoger opgeleid personeel in alle sectoren, behalve de gehandicaptenzorg	knelpunten in de vraag naar arbeid in alle sectoren. Knelpunten het grootst in vraag naar praktijkondersteuners in de huisartsenzorg

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Omdat nu nog niet bekend is welk scenario werkelijkheid wordt zal het beleid zich moeten richten op alle scenario's. Welke ontwikkelingen kunnen zich voordoen en hoe kan de zorg zich daarop voorbereiden? De grote uitdagingen voor de zorgsector liggen in het bieden van voldoende zorg en het kunnen omgaan met technologische ontwikkelingen. Het bieden van voldoende zorg is vooral een uitdaging in de scenario's waarin het aantal ongezonde levensjaren toeneemt, door ongezond gedrag (Rusland en India). Maar ook in het scenario waarin het aantal ongezonde levensjaren afneemt (Sardinië) zullen er knelpunten op de arbeidsmarkt ontstaan. Het omgaan met technologie zal een uitdaging zijn in de scenario's waarin de technologische ontwikkeling zorgt voor een snelle verandering van de wijze waarop zorg wordt verleend.

Om in de toekomst aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen zal de instroom vanuit de opleiding moeten toenemen en de uitstroom afnemen. De nadruk zal daarbij moeten liggen op het verminderen van de uitstroom van verpleegkundigen uit het beroep. Om ervoor te zorgen dat in de scenario's met een snelle technologische ontwikkeling er voldoende personeel is dat met deze nieuwe technologieën om kan gaan is een aanpassing van de opleiding nodig en mogelijk ook een hogere beloning.



# Literatuur



Aiken, L. H., & Cheung, R. (2008). Nurse workforce challenges in the United States. Parijs: OECD Health Working Papers NO. 35

Algemene Rekenkamer (2016). Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Den Haag, november 2016.

Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D., & Elliott, R. F. (2003). The labour market for nursing: a review of the labour supply literature. *Health Economics*, 12, (6). 465-478.

AZW (2013). Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2013-2017. Zoetermeer, augustus 2013.

AZW (2017). AZW Branche-rapportage VVT. CAOP, februari 2017.

AZW (2018a). AZW Actueel: Actuele ontwikkelingen Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Augustus 2018.

AZW (2018b). AZW Actueel: Actuele ontwikkelingen Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Januari 2018.

Bakens, J., Bijlsma, I., Cörvers, F., Dijkman, S., Fouarge, D., & Poulissen, D. (2018). Methodiek arbeidsmarktprognoses en -indicatoren 2017-2022. (ROA Technical Reports; Nr. 004). Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market.

Bastiaans, L., Weijden, R. ter, Huttinga, A. (2017). Arbeidsmarktrends en gevolgen hiervan op het personeelsbeleid Rijk: Macro-economische verkenning ten behoeve van de herijking van het strategisch personeelsbeleid Rijk. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Den Haag, december 2017.

Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Utrecht, november 2018.

Baumol, W. (1967). Macroeconomics of unbalanced growth; the anatomy of urban crisis. *American Economic Review*, 57, (3). 415-426.

Boer, A. de (red.) (2007). Toekomstverkenning informele zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, oktober 2007.

Bonten, T.B., Chavannes, N.H., Drenthen, T., Nielen, M.J.M., Smeele, I.J.M., Spoelman, W.A. & Waal, M.W.M. de (2017). De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik. *Huisarts en Wetenschap*, 60, (6). 260-263.

Brabers, A., Friele, R., Gennip, van L., Jong, de J., Lettow, van B., Sinnige, J., Swinkels, I. & Wouters, M. (2017). Kies bewust voor eHealth: eHealth-monitor 2017. Nictiz en het NIVEL. Den Haag en Utrecht, november 2017.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2017). The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence. *Health Economics*, 26,(2). 243-262.

Christensen, C., Grossman, J., & Hwang, J. (2008). The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. McGraw Hill Professional.

CPB (2016). Middellangetermijnverkenning 2018-2021. Centraal Planbureau. Den Haag, maart 2016.

CPB (2017). Actualisatie Middellangetermijnverkenning 2018-2021 (verwerking regeerakkoord). Centraal Planbureau, oktober 2017.

Dauth C, Lang J. Can the unemployed be trained to care for the elderly? The effects of subsidized training in elderly care. *Health Economics*. 2019;28:543–555.

Duin, C. van, & Stoeldraijer, L. (2014). Bevolkingsprognose 2014-2016: groei door migratie. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag, december 2014.

Dumaij, A. (2011). Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg: Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972-2010. IPSE Studies. Technische Universiteit Delft. Delft, November 2011.

ECB (2018). ECB staff macroeconomic projections for the euro area. European Central Bank, September 2018.

Eggink, E., Oudijk, D., & Woittiez, I. (2010). Zorgen voor zorg: Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, september 2010.

Elliott, R., Ma, A., Scott, A., Bell, D., & Roberts, E. (2007). Geographically differentiated pay in the labour market for nurses. *Journal of Health Economics*, 26, (1). 190-212.

FNV Zorg en Welzijn (2016). Toekomst van Ziekenhuiszorg: Onderzoek FNV. Juni 2016.

Fouarge, D., Bakens, J., Bijlsma, I., Dijkman, S., Peeters, T., Poulissen, D., Montizaan, R. (2017). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2022. ROA Reports, Nr. 010. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, Faculteit der Economische Wetenschappen.

FWG (2018). Zorg voor nu en later: Over de spagaat tussen nu en straks. Utrecht: FWG. HR Trendmonitor Zorg, 2018.

Gier, de E. (2018). De zorgarbeidsmarkt in spagaat? Tussen een toenemende vraag naar arbeid en collectieve bezuinigingen. *Tijdschrift voor HRM*. 13. 68-90.

Heyma, A., Werff, S. van der, Megens, L., Bennaars, H., Engelen, M. (2017). De kosten van ontslag met wederzijds goedvinden voor werkgevers, SEO-Rapport 2017-25, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Intelligence Group (2019). Recruitement Kengetallen Onderzoek 2019. Rotterdam, 2019.

Jettinghoff, K., & Joldersma, C., (2016). Werkgeversenquête 2017. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

Kok, L. Luiten, W. en Van der Ven, k. (2019, nog te verschijnen). Kosten en opbrengsten stageplaatsen in ziekenhuizen. SEO Economisch Onderzoek

Krijgsman, J., Swinkels, I., Lettow, B., Jong, J. de, Out, K., Friele, R., & Gennip, L. van (2016). eHealth-monitor 2016. Meer dan techniek. Nictiz en het NIVEL. Den Haag en Utrecht, oktober 2016.

Lang, J., & Poley, J., (2018). Waarom zeggen medewerkers in zorg en welzijn hun baan op? Resultaten van een onderzoek. Pensioenfonds Zorg & Welzijn. PGGM Marketing & Communicatie. September 2018.

Maier, A. B. (2017). Eeuwig houdbaar: de ongekende toekomst van ons lichaam. Prometheus.

Maurits, E., Veer, A., & Francke, A. (2016). Inspelen op veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. NIVEL. Utrecht.

Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., & Leibowitz, A., (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, 77, (3). 251-277.

Mot, E., Stuu K., Westra, P., & Aalbers, R., (2016). Een raming van de zorguitgaven 2018-2021. CPB Achtergronddocument. Centraal Planbureau. Den Haag, maart 2016.

Munnich, E., & Wozniak, A. (2017). What explains the rising share of US men in registered nursing?. *ILR Review*, 0019793919838775.

- Ottes, L. (2016). Big Data in de zorg. Working Paper nr. 19. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Den Haag, 2016.
- Peters, F. J. M., Frietman, J. E. M., & Amelsvoort, J. P. J. (2011). Gevolgen van technologie in zorg en welzijn voor hbo-professionals. Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, 115, (1). 1-8.
- RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, juni 2014.
- RIVM (2018a). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, juni 2018.
- RIVM (2018b). Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Rapport 2018-0008. Bilthoven, juni 2018.
- RIVM (2018c). Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, november 2018.
- De Jonge: marktwerking in de zorg is doorgeslagen. *Trouw*, 1 maart 2019.
- Scholte, R., & Kok, L. (2013). Economische groei en de vraag naar zorg: macro-economische tegenkrachten in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek
- Shields, M.A., & Ward, M., (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20. 677–701.
- Steinmetz, S., de Vries, D. H., & Tijdens, K. G. (2014). Should I stay or should I go? The im-pact of working time and wages on retention in the health workforce. *Human resources for health*, 12(1), 23.
- Velde, F. van der, Aalbers, W., Bloemendaal, I., Detaille, S., Verbruggen, W. (2019). Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Prismant. Utrecht, januari 2019.
- Veer, A., de, den Ouden, D. J., & Francke, A. (2004). Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. *Health Policy*, 68(1), 55-61.
- Voorham, T., & Rosendal H., (2008). Chronisch zieken: aantallen en ziektelast. In Kort, H., Cordia, A., & Witte, L. de, (red.), *Langdurende zorg en technologie* (pp. 47-50). Den Haag: Lemma.
- VWS (2011). Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 4 juli 2011
- VWS (2012) Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van VWS. Den Haag, 15 juni 2012.
- VWS (2013). Brief van Staatsecretaris M.J. van Rijn aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Hervorming Langdurige Zorg: naar een waardevolle toekomst. Den Haag: 25 april 2013 (Kenmerk 114352-103091-LZ)
- VWS (2016) Informatie website invoeringbasisggz.nl.
- VWS (2018a). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. Den Haag, 4 juni 2018.
- VWS (2018b). Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022. Den Haag, 11 juli 2018.

VWS (2018c). Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022. Den Haag, 6 juni 2018.

VWS (2018d). Onderhandelaarsakkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 t/m 2022. Den Haag, 25 april 2013

VWS (2018e). Werken in de Zorg, Actieprogramma. Den Haag, maart 2018.

Vijg, J., & De Grey, A. D. (2014). Innovating aging: promises and pitfalls on the road to life extension. *Gerontology*, 60(4), 373-380.

Wachters-Kaufman, C.S.M. (1996). Chronisch zieken en categorale patiëntenorganisaties. *Huisarts en Wetenschap*, 39, (7). 338-42.

Wiersma T.J. (1993). Verlenging van de huisartsopleiding. *Huisarts en Wetenschap*. 36, (6). 219-22.

Witte, L. de (2014). Wat moet een zorgprofessional weten over technologie in de zorg?. *Vakblad voor Opleiders in het Gezondheidszorgonderwijs*, 6, 22-24.

UWV (2018) Overheid: Factsheet arbeidsmarkt 2018. UWV: Amsterdam.

Zander, B., Blümel, M., & Busse, R. (2013). Nurse migration in Europe—Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 210-218.

ZIP, (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. Advies van het Zorginnovatieplatform. November 2009.*

# **Bijlage A**

## **Afbakening medisch domein**



Het medisch domein is afgebakend door een kruising tussen medische en verzorgende beroepen en medische branches. Tabel A. 1 en Tabel A. 2 beschrijven welke beroepen en welke branche binnen deze afbakening vallen. De beroepen zijn gebaseerd op de Beroepenindeling ROA-CBS 2014 (BRC 2014) en de sectoren op de Standaard Bedrijfsindeling 2008 van het CBS. Alle werkenden (als werknemer of als zelfstandige) in een van deze beroepen en in een van deze branches worden gerekend tot het medisch domein.

**Tabel A. 1 Beroepen in dit onderzoek**

Beroep in onderzoek	Beroepscode	Beroepen CBS	Voorbeeldberoepen
Huisartsen en basisartsen (niet in opleiding tot specialist)	2211	Huisartsen en basisartsen (niet in opleiding tot specialist)	verzekeringsarts, scheepsarts, huisarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, basisarts, arts spoedeisende hulp (seh), arts sociaal-medische dienst
	2210	Artsen z.n.d.	
Medisch specialisten	2212	Medisch specialisten	zenuwarts, wetenschappelijk onderzoeker geneeskunde specialist, wetenschappelijk onderzoeker geneeskunde, verpleeghuisarts, uroloog, sportgeneeskundige, sportfysioloog, sportarts, seksuoloog, revalidatiearts, reumatoloog, radiotherapeut, radioloog, psychiater, plastisch chirurg, orthopedisch chirurg, oogarts, oncoloog, nucleair geneeskundige, neuroloog, neurochirurg, medisch specialist, longarts, klinisch patholoog, klinisch geriater, klinisch geneticus, klinisch embryoloog, kinderarts, keel-, neus- en oorarts (kno), internist-allergoloog, internist, huidspecialist, hematoloog, hartchirurg, geriater, gastro-enteroloog, forensisch patholoog, dermatoloog, chirurg, cardioloog thoracaal chirurg, cardioloog, arts voor verstandelijk gehandicapten (avg), arts tuberculosebestrijding, arts microbioloog, arts jeugdgezondheidszorg, anesthesioloog, agio
Gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren	2221	Gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren	wijkverpleegkundige, verpleegkundige verstandelijk gehandicapten, verpleegkundige urologie, verpleegkundige stoma, verpleegkundige spoedeisende hulp, verpleegkundige psychiatrie, verpleegkundige orthopedie, verpleegkundige oogheelkunde, verpleegkundige oncologie, verpleegkundige neonatologie, verpleegkundige gastro-enterologie, verpleegkundige cardiologie, verpleegkundige aidsconsulent, verpleegkundig specialist ggz, tropenverpleegkundige, transferverpleegkundige, teamleider verzorging ouderenzorg, teamleider verpleging ouderenzorg, teamleider verpleegkundige afdeling ziekenhuis, teamleider geestelijke gezondheidszorg, teamleider ambulancezorg, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, sociaal verpleegkundige, revalidatieverpleegkundige, research verpleegkundige, regieverpleegkundige, recovery verpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundige, psychiatrisch intensieve thuiszorg (pit) verpleegkundige, praktijkverpleegkundige, particulier verpleegkundige, operatieverpleegkundige, onderzoeksverpleegkundige, oncologieverpleegkundige, obstetrisch en gynaecologisch verpleegkundige, nurse practitioner, neurologieverpleegkundige, maritiem verpleegkundige, longverpleegkundige, kinderverpleegkundige, jeugdgezondheidszorg verpleegkundige, intensive care-verpleegkundige, hoofdverpleegkundige verstandelijk gehandicaptenzorg, hoofdverpleegkundige psychiatrie, hoofdverpleegkundige algemeen ziekenhuis, hoofd wijkzorg, gg&gd-verpleegkundige, districtsverpleegkundige, dialyseverpleegkundige, diabetes verpleegkundige, dermatologie verpleegkundige, brandwondenverpleegkundige, arboverpleegkundige
	2220	Gespecialiseerde verpleegkundigen en verloskundigen z.n.d.	
Verloskundigen	2222	Verloskundigen	verloskundige
	3222	Assistent-verloskundigen en kraamverpleegkundigen	
Fysiotherapeuten	2264	Fysiotherapeuten	psychomotorisch therapeut, oefentherapeut mensendieck, oefentherapeut Cesar, manueel therapeut, fysiotherapeut, eurithmietherapeut, dierenfysiotherapeut
	2240	Physician assistants	physician assistant
	2269	Specialisten op het gebied van gezondheidszorg neg	podotherapeut, podoloog, muziektherapeut, haptotherapeut, ergotherapeut, creatief therapeut, chiropractor, chiroprodist, arbeidstherapeut

Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners	2635	Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners	zorgmakelaar, zorgcoördinator welzijn, zorgcoördinator ouderenzorg, zorgconsultant, zorgconsulent, zorgadviseur, teamleider jeugdzorg, teamleider instelling maatschappelijk werk, sociaal raadsman, schuldhulpverlener, schoolmaatschappelijk werker, scheidingsmakelaar, reclasseringswerker, projectleider maatschappelijke dienstverlening, projectleider jeugdzorg, ouderenconsulent, ouderenadviseur, opvangmedewerker diensten asielzoekerscentrum, medisch maatschappelijk werker, mediator, maatschappelijk werker, specialisatie volwassenen, maatschappelijk werker, specialisatie kinder- en jeugd, maatschappelijk werker, specialisatie geestelijke gezondheidszorg, klachtenondersteuner jeugdzorg, jeugdwerkadviseur, jeugdreclasseerder, jeugdmaatschappelijk werker, jeugdhulpverlener, jeugdbeschermer, groepsopvoeder, gezinsvoogd, coördinerend begeleider, coördinator telefonische hulpdiensten, coördinator sociaal-cultureel werk, coördinator ouderenwerk, coördinator jeugdwerk, consulent schuldhulpverlening, consulent opbouwwerk, cliëntvertrouwenspersoon jeugdzorg, behandelfunctionaris, behandelcoördinator, assistent-sociaal raadsman, ambulantly wonbegeleider, ambulantly medewerker, ambulantly hulpverlener, ambulantly gezinsbegeleider
Psychologen	2634	Psychologen	wetenschappelijk onderzoeker psychologie, wetenschappelijk onderzoeker pedagogiek, wetenschappelijk onderzoeker orthopedagogiek, psychotherapeut, psycholoog, psychologisch onderzoeker, pedagoog, pedagogisch onderzoeker, pedagogisch consulent, pedagogisch adviseur, orthopedagoog, orthopedagogisch begeleider, orthopedagogisch adviseur, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, gz-psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, gezondheidspsycholoog, gedragswetenschapper, gedragskundige, gedragsdeskundige, eerstelijnspsycholoog, bedrijfspsycholoog, assessor, arbeids- en organisatiepsycholoog, andragoog
Laboranten medische diagnostiek en therapie	3211	Laboranten medische diagnostiek en therapie	radiotherapeutisch laborant, radiologisch laborant, perfusionist, mouldroomtechnicus, medisch nucleair werker, longfunctieassistent, laborant magnetic resonance imaging (mri) onderzoek, laborant klinische neurofysiologie, laborant echografie, laborant bloedvatonderzoek, laborant beeldvormende technieken, laborant angiografie, klinisch perfusionist, hartfunctielaborant, hartfunctie-assistent, electrocardiogramlaborant, eeg-laborant, echolaborant, echografist, echocardiografist, ecg-laborante, cardiofysiologisch laborant, beademingstechnicus
	3212	Medisch en pathologisch laboranten	mmb-analist, medisch-microbiologisch analist, medisch laborant, medisch analist, klinisch-chemisch analist, histopathologisch analist, histologisch-cytologisch analist, hematologisch analist, cytologisch analist, analist pathologie, analist histologie
	3210	Medisch en farmaceutisch vakspecialisten z.n.d.	
Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken)	3221	Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken)	z-verpleegkundige, verpleegkundige niveau 4, verpleegkundige mbo, verpleegkundige in opleiding, verpleegkundige gehandicapten, verpleegkundige b, verpleegkundige a, schoolverpleegkundige, leerling-verpleegkundige, assistent-verpleegkundige
	3220	Verpleegkundigen en kraamverpleegkundigen z.n.d.	
Medische praktijkassistenten	3256	Medische praktijkassistenten	technisch oogheelkundig assistent, psychologisch medewerker, psychologisch assistent, praktijkondersteuner, operatieassistent, oogarts-assistent, ok-assistent, obductie-assistent, medisch assistent, medewerker prikdienst, doktersassistent, bloedafnamemedewerker, anesthesiemedewerker, anesthesieassistent
Masseurs en assistenten fysio- en bewegingstherapie	3255	Masseurs en assistenten fysio- en bewegingstherapie	sportmasseur, ontspanningsmasseur, masseur, massagetherapeut, lichaamswerker, fysiotherapie-assistent, bewegingsagoog
Ambulancepersoneel	3258	Ambulancepersoneel	ehbo-instructeur, ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur
Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	3412	Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	zorgbegeleider, woonzorgbegeleider, woonondersteuner, woonbegeleider gezinsvervangend huis, wooncentrum, woonbegeleider, wijkmanager, wijkcoördinator, wijkbeheerder, werkleider sociale werkvoorziening, werk- en leermeester penitentiaire inrichting, revalidatiecentrum, welzijnswerker, vreemdelingenbegeleider, thuisbegeleider, spelbegeleider probleemkinderen, sociotherapeut, sociaalpedagogisch werker, sociaalpedagogisch hulpverlener, sociaal-cultureel werker, specialisatie samenlevingsopbouw, sociaal-cultureel werker, specialisatie educatie, recreatie, sociaal-cultureel werker, sociaal werker, sociaal dienstverlener, sociaal consulent gehandicapten, relatieconsulent, relatiebemiddelaar, preventiewerker, preventiemedewerker zorg en welzijn, preventiemedewerker jeugdzorg, preventiemedewerker, pleegzorgbegeleider, pleeggezinbegeleider, pgb-medewerker, persoonlijk



			<p>ondersteuner, persoonlijk begeleider, pedagogisch werker  gezinsbegeleiding, pedagogisch thuishulp, pedagogisch medewerker  ziekenhuis, pedagogisch hulpverlener, pedagogisch begeleider,  pedagogisch assistent-onderzoeker, ouderbegeleider,  opvoedingsvoorlichter, medewerker groepsbegeleiding, medewerker  dagbesteding, medewerker dagbehandeling, jongerenwerker, groepswerker,  groepsleider verstandelijk gehandicapten, groepsleider justitiële  jeugdinstelling, groepsleider jeugdwerk, groepsleider, groepsbegeleider  bijzondere doelgroepen, gezinshulpverlener, gezinshuisouder, gezinscoach,  gezinsbegeleider, dagbestedingscoach, cultureel werker, coördinator  woondiensten, coördinator vrijwilligerswerk, coördinator vormingswerk,  coördinator opbouwwerk, coördinator buurthuiswerk, coördinator begeleider  gezinsvervangend huis, wooncentrum, coördinator activiteitencentrum,  consulent woondiensten, clientbegeleider, buurtbeheerder,  bezigheidstherapeut, beheerder buurthuis, behandelmedewerker,  begeleider wonen, begeleider verstandelijk gehandicapten, begeleider  jeugd, begeleider gehandicapten, begeleider b, begeleider a, adviseur  woondiensten, activiteitentherapeut, activiteitenbegeleider</p>
Verzorgend personeel in de gezondheidsz org z.n.d.	5320	Verzorgend personeel in de gezondheidsz org z.n.d.	
	5300	Verzorgend personeel z.n.d.	
Verzorgenden intramuraal	5321	Verzorgenden intramuraal	<p>zorghulp, weeghulp / consultatiebureau-assistent, verzorgingsassistent,  verzorgende instelling, verzorgende individuele gezondheidszorg (ig),  verpleeghulp, verpleegassistent, spreekuurassistent, slaapwacht,  inrichtingsassistent, helpende instelling, contactverzorgende,  consultatiebureau-assistente, bejaardenverzorgende instelling,  bejaardenhelpende instelling, assistent-woonbegeleider gezinsvervangend  huis, wooncentrum, assistent-woonbegeleider, assistent-verzorgende,  assistent-activiteitenbegeleider, assistent welzijn, afdelingsassistent ggz</p>
Verzorgenden thuiszorg	5322	Verzorgenden thuiszorg	<p>wijkziekenverzorgende, verzorgende thuiszorg, verzorgende d, verzorgende  c, verzorgende b, verzorgende a, thuiszorgmedewerker, thuishulp a,  teamleider thuishulp, thuiszorg, teamleider kraam-, gezinszorg, medewerker  thuiszorg, mantelzorger, kraamverzorgende in de thuiszorg, helpende  thuiszorg, gezinsverzorgende in de thuiszorg, bejaardenverzorgende in de  thuiszorg, alfahulp</p>
Assistenten gezondheidsz org n.e.g.	5329	Assistenten gezondheidsz org n.e.g.	<p>sterilisatieassistent gezondheidszorg, hulpmedewerker apotheek,  brancardier</p>

Bron: CBS Beroepenclassificatie (ISCO)

**Tabel A. 2** Branches in dit onderzoek

<b>Branche medisch domein</b>	<b>Branche</b>	<b>SBI Code</b>
UMC	Universitair medische centra	86101
Algemene & overige ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	86102
	Categorale ziekenhuizen	86103
Geestelijke gezondheidszorg	Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde of psychiatrie)	86221
	Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting	86104
	Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg	86222
Verpleging, verzorging en thuiszorg	Praktijken van psychotherapeuten en psychologen	86913
	Verpleeghuizen	87100
	Verzorgingshuizen	87302
Gehandicaptenzorg	Thuiszorg	88101
	Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten	87200
	Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten	87301
Huisartsen en gezondheidscentra	Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten	88103
	Praktijken van huisartsen	86210
Overig paramedische en preventieve zorg	Gezondheidscentra	86921
	Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie of psychologie) en alternatieve genezers	86919
	Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)	86923
	Medische laboratoria, trombosediensden en overig	86924
	Ambulancediensten en centrale posten	86925

Bron: CBS, Standaard Bedrijfsindeling, en indeling SEO

# **Bijlage B**

## **Methodologische verantwoording**

# **B**

## CBS Microdata

Het kwantitatieve deel van dit onderzoek bestaat grotendeels uit berekeningen op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het analysebestand is opgebouwd de volgende microdata-bestanden<sup>13</sup>:

- EBB (2013, 2014, 2015, 2016, 2017). De Enquête Beroepsbevolking is een doorlopend onderzoek onder de Nederlandse bevolking. Zo'n 65.000 mensen vullen deze in per jaar, op verschillende momenten. Van deze steekproef kunnen aan de hand van weegfactoren cijfers gemaakt worden die representatief zijn voor de gehele Nederlandse bevolking. Per jaar is de werkzame beroepsbevolking (tussen de 15-74 jaar) geselecteerd. Dit bestand vormt de basis van de analyse om te identificeren hoeveel en welke personen in een bepaald jaar werkzaam zijn. Ook het beroep en de branche waarin een persoon werkt, worden aan de hand van de EBB bepaald;
- SECMBUS 2017. Dit bestand bevat de Sociale Economische Categorie van personen in een bepaalde maand. Hierin staat aangegeven welke inkomensbron een persoon heeft in een bepaalde maand. Op deze manier wordt duidelijk of een persoon inkomen heeft uit werk of als zelfstandige (DGA, zelfstandig ondernemer, overig zelfstandige), of een persoon met pensioen is of nog studeert, of een werkloosheidsuitkering, bijstandsuitkering, ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkering of sociale voorziening ontvangt;
- SPOLISBUS (2013, 2014, 2015, 2016, 2017). In dit databestand zijn kwantitatieve en kwalitatieve gegevens opgenomen over banen en lonen van werknemers bij Nederlandse bedrijven in een bepaald jaar. De gegevens zijn afkomstig uit de Polisadministratie en deze is weer gebaseerd op de loonaangiften bij de Belastingdienst en omvat onder meer alle banen van werknemers in Nederland. Dit bestand bevat dus het jaarsalaris van een werkende op de peildatum (de laatste vrijdag voor kerst);
- INPATAB (2013, 2014, 2015, 2016, 2017). Dit bestand bevat het inkomen op jaarbasis van personen op 1 januari van een bepaald jaar. Dit geeft een beeld van de economische activiteit van zelfstandigen en is gebruikt om ook voor personen die inkomen hebben als zelfstandige het jaarinkomen te bepalen. Alleen de personen die als zelfstandige in een medische branche actief zijn, zijn meegenomen;
- BIGTAB 2017. Dit bestand bevat alle inschrijvingen van personen die op grond van de wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG) ooit het recht hebben gehad of nog steeds hebben om in Nederland één of meer van de acht daarin genoemde medisch beroepen uit te oefenen met alle bijbehorende rechten en plichten. Als alternatief voor de EBB gaat een aparte analyse uit van de werkenden met een BIG-registratie;
- CTOREF. Via dit bestand kan het hoogst behaalde opleidingsniveau per persoon bepaald worden.

Na het koppelen van de bovengenoemde bestanden voor de jaren 2013-2017 ontstaat het analysebestand. Los van enkele kleine selecties van de data, bijvoorbeeld dat iemand niet twee keer in eenzelfde periode wordt geënquêteerd, worden bij het koppelen worden twee belangrijke stappen genomen. Allereerst worden per jaar de personen geselecteerd die werkzaam zijn binnen het medisch domein zoals dit eerder is afgebakend. Daarnaast wordt de hoofdbaan geselecteerd om per persoon een baan te observeren. Deze selectie geeft voorrang aan banen binnen het medisch domein. Als iemand meerdere banen naast elkaar heeft in het medisch domein dan wordt de baan waar de meeste uren in worden gewerkt als hoofdbaan bestempeld.

Uiteindelijk resulteert dit in een analysebestand waarin personen over de jaren 2012-2017 te volgen zijn. In de analyses blijft de EBB als basis fungeren bij de identificatie van een werkende persoon in het medisch domein. Dus alle personen die in een bepaald jaar in de EBB aangeven werkend te zijn in een bepaald beroep/bepaalde branche binnen het medisch domein worden meegenomen in het onderzoek. Dit geldt zowel voor werkenden in loondienst als zelfstandigen.

In een aparte analyse vormt het BIG-register het uitgangspunt van het analysebestand. Dit bestand omvat alle werkenden met een BIG-registratie per jaar. Voor de aantallen is deze methode iets minder nauwkeurig dan op basis van de EBB. Zo kan een persoon met een geldige BIG-registratie bijvoorbeeld niet in een medisch beroep werken of is niet voor elk beroep/elke functie binnen het medisch domein een BIG-registratie nodig.

Hieronder staat een korte beschrijving van de definities:

- Het medisch domein is hierboven reeds afgebakend. Een persoon wordt gezien als werkende in het medisch domein als deze in een bepaald jaar in de EBB aangeeft werkzaam te zijn (als werknemer of als zelfstandige) in

---

<sup>13</sup> Zie de microdata-catalogus van het CBS voor een uitvoerige beschrijving van de diverse bestanden (<https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/catalogus-microdata>).

een medisch/verzorgend beroep, in een medische branche. Een persoon valt buiten het medisch domein als deze werkt in een beroep en/of branche dat/die niet tot de afbakening behoort. Ook als een persoon niet werkend is, en bijvoorbeeld nog studeert, met pensioen is of een werkloosheidsuitkering, bijstandsuitkering, ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkering of sociale voorziening ontvangt, dan valt deze buiten het medisch domein;

- Een persoon wordt gezien als uitstromer uit het medisch domein als deze in een bepaald jaar in de EBB aangeeft werkend te zijn in het medisch domein en het jaar daarop niet meer werkzaam is (binnen het medisch domein);
- Een persoon wordt gezien als instromer in het medisch domein als deze in een bepaald jaar in de EBB aangeeft werkend te zijn in het medisch domein en het jaar daarvoor niet (in het medisch domein) werkzaam was;
- Een persoon is een herinstromer in het medisch domein als deze na een periode van minstens een jaar niet werkzaam te zijn geweest (in het medisch domein) weer terugkomt als werkende in het medisch domein. Gegeven het analysebestand is het niet mogelijk om uitstroom en herinstroom binnen een jaar te bekijken.

## Enquête

Voor de enquête zijn alle leden van de verschillende brancheorganisaties uitgenodigd. De contactpersonen zijn via de e-mail benaderd met een link naar de enquête. Die e-mail bevatte een korte beschrijving van het onderzoek. Omdat de vragen in de enquête vrij specifiek gaan over het personeelsbestand, is in de mail gevraagd de enquête binnen de organisatie door te zetten naar de verantwoordelijke voor HR-beleid. In kleinere zorgorganisaties zal die de praktijkhouder/directeur zijn, in grotere organisaties het hoofd HRM. Tabel B. 1 laat het aantal benaderde contactpersonen per branche zien. In Bijlage C is de complete enquête terug te vinden.

**Tabel B. 1 Aantal benaderde contactpersonen per brancheorganisatie**

Brancheorganisatie	Aantal contactpersonen
ActiZ	398
InEen	181
Landelijke Huisartsen Vereniging <sup>14</sup>	2772
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	19
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	100
Zorghuisnl	161

Bron: Enquête SEO

Uiteindelijk hebben 440 contactpersonen gereageerd en is er respons voor alle branches van dit onderzoek. Tabel B. 2 geeft een overzicht van het aantal netto respondenten per sector. Hieruit zijn dubbele respondenten gehaald.

<sup>14</sup> De helft van de leden van Landelijke Huisartsen Vereniging zijn benaderd voor de enquête. In overeenstemming met Regioplan/Cebeon, die een onderzoek uitvoeren naar het sociale domein, is het contactpersonenbestand gedeeld zodat de leden niet twee uitnodigingen ontvangen voor een onderzoek.

Tabel B. 2 Aantal responderende contactpersonen per branche

Brancheorganisatie	Aantal respondenten
UMC's	3
Algemene & overige ziekenhuizen	18
Geestelijke gezondheidszorg	9
Verpleging, verzorging en thuiszorg	55
Gehandicaptenzorg	28
Huisartsen en gezondheidscentra	279
Overig paramedische & preventieve zorg	50

Bron: Enquête SEO

## Interviews

In de interviews zijn trends en scenario's voor de ontwikkeling van de arbeidsmarkt van in de medische en verzorgende sectoren besproken. De volgende personen zijn geïnterviewd:

- Jacqueline Joppe (ActiZ)
- Joost Veldt (CNV Zorg & Welzijn)
- Didier Fouarge (ROA)
- Dirk Kramer (NFU)
- Eric Hisgen (RegioPlus)
- Elise Merlijn en Marco Borsboom (FNV Zorg en Welzijn)
- Erik Dijkstra & Natalie van Rosmalen (LHV )
- Sabine Scheer en Nils Ellwanger (NVZ)
- Rob van der Sande (Lector Eerstelijnszorg)
- Ronald Batenburg (NIVEL)
- Sonja Kersten en Martijn Edelbroek (V&VN)
- Victor Slenter (Capaciteitsorgaan)
- Anja Moonen (Zilveren Kruis)
- Hans Buijing (ZorghuisNL)

## Methodologische toelichting per analyse

### Ontwikkelingen medisch domein

De analyse uit hoofdstuk 2.2 over de ontwikkelingen binnen het medisch domein bevat uitsluitend tellingen van aantallen werkenden per jaar. Zo is het totaal aantal werkende personen per jaar gerapporteerd en is dit uitgesplitst naar branche en naar beroep. Onderliggend aan deze cijfers zijn de observaties uit de EBB waarin personen aangeven werkzaam te zijn in een bepaald beroep en bepaalde branche. Aan de hand van weegfactoren zijn deze aantallen opgehoogd en representatief voor de gehele Nederlandse bevolking gemaakt.

### Uitstroom medisch domein

De tweede analyse uit hoofdstuk 2.2 over de uitstroom uit het medisch domein tussen 2013-2017 gaat uit van hetzelfde analysebestand. Personen kunnen over deze jaren gevolgd worden. Op deze manier kan voor de groep personen die in 2013 in de EBB zit en in het medisch domein werkt, gekeken worden of zij in 2017 nog steeds werkzaam zijn in het medisch domein, werkzaam zijn buiten het medisch domein of niet meer werkzaam zijn. Deze analyse is uitgesplitst naar branche en beroep en opleidingsniveau. Een aparte analyse is gedaan op de sub-sample van werkenden in het medisch domein in 2013 die in 2017 niet meer werkzaam zijn. Voor deze groep is de Sociale Economische Categorie geobserveerd. De analyse aan het eind van hoofdstuk 2.2 focust juist op de sub-sample van werkenden in het medisch domein in 2013 die in 2017 buiten het medisch domein werken. Voor deze groep is de branche waar de personen werken geobserveerd.

## Huidige vraag personeel

De analyse over de vacatures uit hoofdstuk 2.2 is gebaseerd op de enquête onder werkgevers die in de volgende bijlage beschreven wordt. Hierbij zijn de waarnemingen gewogen op basis van het aantal werkenden per combinatie van sector en beroep zoals deze uit de analyse op basis van CBS Microdata volgen. Vanuit het aandeel vacatures per beroep dat elke werkgever aangeeft is het totaal aantal vacatures bepaald. De analyse maakt onderscheid naar langdurige vacatures en het totaal aantal vacatures. Een langdurige vacature is hierbij gedefinieerd als een vacature die minstens zes maanden openstaat.

## Analyse herintredingskosten

De analyse uit hoofdstuk 3.1 over de herintredingskosten is gebaseerd op een sub-sample van het analysebestand waarin alleen die personen zijn meegenomen die in 2013 werkzaam waren in het medisch domein en ergens in de periode tot en met 2017 uitstromen en weer herinstromen. Deze sub-sample van herinstromers is uitgesplitst naar beroep en naar contracttype (tijdelijk of vast). Het gemiddelde maandsalaris per beroep, het contracttype, het aantal dienstjaren en het totaal aantal uitstroommaanden vormen de inputs voor deze analyse. Het totaal aantal uit-stroommaanden is gegeven door het aantal herinstromers en het aantal maanden dat een herinstromer niet werkend was (in het medisch domein). De gemiddelde loonkosten worden verondersteld 1.5 keer het gemiddelde maandsalaris te zijn.

De ontslagkosten zijn de som van verschillende kostenposten voor de werkgever bij het ontslag met wederzijds goedvinden, zie SEO (2018). Een eerste kostenpost zijn de tijdbestedingskosten. Dit zijn alle kosten voor de werkgever die te maken hebben met de inzet van ander personeel (met name leidinggevenden) in de ontslagprocedure (gemiddeld € 2.409, ongeacht beroep of contracttype). Ook zijn de juridische kosten voor in- of externe bijstand wel afhankelijk van het maandsalaris en bedragen tussen de € 1.058 en de € 2.598. Dit geldt alleen bij een vast contract. Daarnaast zijn er de vergoedingen aan de werknemer, zoals een eenmalige vergoeding, een pensioenaanvulling of de kosten voor scholing of outplacement. Deze zijn afhankelijk van aantal dienstjaren en het maandsalaris en zijn alleen bij een vast contract van toepassing. De laatste kostenpost zijn de improductiviteitskosten, dit zijn de kosten van het loon dat aan de werknemer wordt doorbetaald terwijl deze geen werkzaamheden meer uitvoert. In minder dan vijf procent van de ontslagzaken worden naast de bovengenoemde kostenposten ook andere kosten gemaakt. Het gaat hier meestal om kosten voor de bedrijfsarts, arbodienst of een re-integratiedienst

De herintredingskosten beslaan drie maanden aan loonkosten en zijn dus afhankelijk van het beroep en het gemiddelde maandsalaris. De wervingskosten vormen een maand aan loonkosten, zie Intelligence Group (2019). De kosten voor inwerken en dergelijke beslaan twee maanden aan loonkosten. Dit komt overeen met de respons uit de enquête.

De kosten voor het in dienst houden zijn gegeven door het product van het totaal aantal maanden van uitstroom voor herinstroom en de gemiddelde loonkosten per maand. Dit verschilt natuurlijk sterk afhankelijk van beroep en contracttype. Dit zijn de hypothetische kosten die een werkgever zou hebben gemaakt als alle werkenden die uitstromen en later weer herin-stromen waren doorbetaald.

## Prognoses arbeidsvraag

De uitbreidingsvraag is de vraag naar arbeid die ontstaat uit de groei in de werkgelegenheid. Voor deze prognoses maakt ROA gebruik van de sectorprognoses en de ramingen van het CPB. Om tot een prognose te komen per beroepsgroep maakt ROA een uitsplitsing van de werkgelegenheidsprognoses per beroepssegment, die weer is gebaseerd op de bedrijfssector-prognoses. De vervangingsvraag is de vraag naar arbeid die voortkomt uit (vervroegde) pensionering, arbeidsongeschiktheid of (tijdelijke) terugtrekking van de arbeidsmarkt en de hiermee samenhangende vrijgekomen arbeidsplaatsen. De methodiek voor het bepalen van de vervangingsvraag is gebaseerd op het saldo van uit- en instroom per beroepsgroep. Daarbij kijkt het naar een bepaald geboortecohort, gedurende een bepaalde periode. Zie ROA (2017) en ROA (2018) voor nadere (methodologische) toelichting.

De behoefte aan nieuw personeel is, in lijn met ROA, uitgedrukt in het aantal verwachte baanopeningen. Het aantal baanopeningen is gedefinieerd als de totale vraag naar nieuwkomers op de arbeidsmarkt. Baanopeningen kunnen zowel ontstaan als gevolg van een groeiende totale werkgelegenheid als door

uitstroom van bestaande werkenden. Het aantal baanopeningen is dus de som van de vervangingsvraag en de uitbreidingsvraag.

De twee typen arbeidsvraag gecombineerd geeft de totale verwachte groei in de arbeidsvraag per beroepsgroep aan. Dit wordt uitgedrukt in het aantal nieuwe baanopeningen in 2022. Deze analyse naar de behoefte aan nieuw personeel extrapoleert deze cijfers en bepaalt de totale arbeidsvraag in 2027, zonder uitsplitsing tussen uitbreidings- en vervangingsvraag. De verwachte groei in arbeidsvraag kan niet worden geïnterpreteerd als de verwachte werkgelegenheidsgroei, omdat hier geen aanbodrestricties in zijn meegenomen.

### Per beroep

Zoals eerder beschreven is het medisch domein, zoals afgebakend in dit onderzoek, een deelverzameling van alle zorg- en welzijnsberoepen als gevolg van de kruising met de medische sectoren. De prognoses per beroepsgroep van ROA beslaan dus niet precies dezelfde beroepen als in de afbakening van dit onderzoek. Aangezien in dit onderzoek de medische en verzorgende beroepen centraal staan, is een vertaalslag gemaakt van de meer geaggregeerde beroepsgroepen die ROA hanteert naar de beroepen in het medisch domein. Zo vallen onder de beroepsgroep "Artsen" van ROA niet alleen huisartsen, basisartsen en medisch specialisten, maar ook dierenartsen en apothekers, terwijl die buiten de afbakening van het medisch domein vallen.

Aan de hand van de gemiddelde verwachte jaarlijkse groei over de periode 2017-2022 in de vraag per beroepsgroep is een prognose gemaakt van het verwachte aantal baanopeningen per beroep. Deze analyse van de behoefte aan nieuw medisch en verzorgend personeel gaat daarbij uit van dezelfde verwachte groei in arbeidsvraag per beroep binnen een beroepsgroep. Dit kan een onder- of overschatting opleveren, omdat niet voor alle beroepen binnen een beroepsgroep even grote groei in vraag is. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de vraag naar dierenartsen minder hard groeit dan de vraag naar huisartsen binnen de beroepsgroep "Artsen". Deze verschillen binnen een beroepsgroep zijn echter op basis van de arbeidsmarktprognoses van ROA niet te onderscheiden. Zodoende is de groei in vraag naar de beroepsgroep "Artsen" hetzelfde als de groei in vraag naar het beroep huisartsen en basisartsen en medisch specialisten in het medisch domein. Tabel B. 3 geeft aan hoe de beroepsgroepen zich tot de medische en verzorgende beroepen verhouden en welke verwachte jaarlijkse groei in vraag ROA hiervoor heeft berekend.



Tabel B. 3 De analyse over de behoefte naar nieuw personeel gaat uit van de cijfers van ROA

Beroepsgroep (ROA)	Gem. jaarlijks groei in arbeidsvraag tot 2022 (ROA)	Medische en verzorgende beroepen	Aantal werkenden medisch domein (2017)	Aantal verwachte baanopeningen 2022 t.o.v. 2017	Aantal verwachte baanopeningen 2027 t.o.v. 2017
Artsen	4,3%	Huisartsen en basisartsen (niet in opleiding tot specialist)	30226	5503	13874
		Medisch specialisten	43122	13538	26814
Gespecialiseerd verpleegkundigen	3,0%	Gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren	108556	13022	17408
		Verloskundigen	5502	2249	2529
Fysiotherapeuten	4,5%	Fysiotherapeuten	39279	14722	28016
Maatschappelijk werkers	2,3%	Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners	34764	16340	28921
Psychologen en sociologen	4,5%	Psychologen	25217	8228	12255
Laboranten	2,6%	Laboranten medische diagnostiek en therapie	21176	-555	2269
Verpleegkundigen (mbo)	6,1%	Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken)	54271	31993	51757
Medisch praktijkassistenten	4,3%	Medische praktijkassistenten	4567	-1202	-433
Medisch vakspecialisten	4,2%	Masseurs en assistenten fysio- en bewegingstherapie	41431	16607	30205
		Ambulancepersoneel	4375	1318	2619
Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	2,5%	Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	127678	27585	47988
		Verzorgend personeel in de gezondheidszorg z.n.d.	6178	5771	8017
Verzorgenden	5,4%	Verzorgenden intramuraal	123531	40639	71500
		Verzorgenden thuiszorg	79832	28182	48487
		Assistenten gezondheidszorg n.e.g.	2118	-100	279
<b>Totaal</b>	<b>4.2%</b>		<b>756534</b>	<b>219129</b>	<b>387794</b>

Bron: Berekeningen SEO, op basis van de arbeidsmarktprognoses van ROA en CBS Microdata

De prognoses per beroep dienen vervolgens als uitgangspunt voor de prognoses per branche en per opleidingsniveau. Hiervoor is een vertaalslag nodig van het aantal werkenden per beroep naar het aantal werkenden per beroep per branche/per opleidingsniveau.

### **Per branche**

Een kruising tussen beroep en branche laat zien hoeveel werkenden er per beroep in welke branche werken. Zo werken logischerwijs bijna alle verzorgenden thuiszorg in de branche verpleging, verzorging en thuiszorg en werken medisch specialisten vaak in UMC's of algemene ziekenhuizen. Vervolgens moeten de prognosecijfers van de groei in arbeidsvraag per beroep worden omgerekend naar cijfers van de groei in arbeidsvraag per branche. Een gewogen gemiddelde over alle werkenden per beroep geeft de groei in arbeidsvraag binnen die branche aan. Hier geldt de aanname dat de stijging in vraag per beroep evenredig is verdeeld over alle branches. De veronderstelling is dus dat de vraag naar maatschappelijk werkers in de GGZ evenveel stijgt als de vraag naar maatschappelijk werkers in de gehandicaptenzorg. In werkelijkheid hoeft dat niet zo te zijn, maar er is geen betere informatie over die ontwikkeling beschikbaar.

### **Per opleidingsniveau**

Dezelfde methode is gebruikt om de prognoses in arbeidsvraag per beroep te vertalen naar de arbeidsvraag per opleidingsniveau. Ook hier geldt de aanname dat de stijging in vraag per beroep evenredig is verdeeld over alle opleidingsniveaus. Voor de meeste beroepen is het duidelijk welke niveaus daar wel/niet bij horen en zodoende is deze veronderstelling vrij aannemelijk.

### **Extrapolatie 2027**

Een extrapolatie van de cijfers van ROA geeft een prognose tot en met 2027. Hierbij geldt de aanname dat de arbeidsvraag zich tussen 2022-2027 hetzelfde zal ontwikkelen als tussen 2017-2022. De aanname is dat de verwachting van bijvoorbeeld de economische groei of de demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking op langere termijn (2022-2027) niet anders is dan op middellange termijn (2017-2022), zoals geraamd door het CPB in Centraal Economisch Plan 2017.

# Bijlage C

## Inhoud enquête



Welkom bij deze enquête

Hartelijk dank dat u wilt meedoen aan deze enquête. Deze enquête wordt gehouden in opdracht van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Er bestaat de behoefte aan meer inzicht in behoeften van werkgevers aan nieuw medisch en verzorgend personeel in de komende jaren en de kosten die de werkgevers hebben gemaakt met het vertrek en al dan niet opnieuw aannamen van medisch en verzorgend personeel. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 20 minuten.

Leest u a.u.b. voordat u de vragenlijst invult de volgende aanwijzingen:

- Selecteer steeds één antwoord per vraag. Alleen als bij een vraag staat aangegeven dat u meer antwoorden mag selecteren, dan kunt u dat doen.
- U hoeft de vragenlijst niet in één keer in te vullen. Als u tijdens het invullen stopt, worden de antwoorden automatisch opgeslagen. U kunt dan een andere keer verder gaan door op de link naar de vragenlijst te klikken.
- We willen benadrukken dat alle gegevens geanonimiseerd en vertrouwelijk worden behandeld.

Al uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Onderzoekresultaten worden zodanig gerapporteerd dat ze niet zijn te herleiden tot u als individuele werkgever.

Vragen

Heeft u vragen over de vragenlijst of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met onze helpdesk via [survey@seo.nl](mailto:survey@seo.nl).

Blok 1

Het eerste blok met vragen gaat over uw organisatie en de huidige situatie waarin uw organisatie zich met betrekking tot de vraag naar medisch en verzorgend personeel bevindt.

Vraag 1

In welke branche bent u actief als werkgever? < een antwoord mogelijk >

- Universitair medische centra
- Algemene en categorale ziekenhuizen
- Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting
- Praktijken van huisartsen
- Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde)
- Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
- Praktijken van tandartsen/tandheelkundig specialisten
- Praktijken van verloskundigen
- Praktijken van fysiotherapeuten
- Praktijken van psychotherapeuten, psychologen en pedagogen
- Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie en psychologie) en alternatieve genezers
- Gezondheidscentra Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)
- Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek
- Ambulancediensten en centrale posten
- Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige
- Verpleeghuizen
- Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten
- Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten
- Verzorgingshuizen
- Thuiszorg
- Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten
- Anders, namelijk ...
- weet niet

Vraag 2

Wat is de postcode van de hoofdvestiging van uw organisatie? < 4 cijfers >

Vraag 3

Wat is uw functie?

- Eigenaar / algemeen directeur / ondernemer
- Directieniveau (financieel directeur, et cetera)
- Bedrijfsleider / filiaalhouder
- Hoofd P&O / hoofd HRM
- Medewerker P&O / medewerker HRM
- Andere functie, namelijk \_\_\_\_\_
- Wil niet zeggen

Vraag 4

Hoeveel werknemers had uw organisatie eind oktober 2018 in dienst in de volgende medische functies. Het gaat hierbij om werknemers die bij uw organisatie in loondienst zijn. Kunt u een inschatting geven indien u het aantal niet exact weet (tussen 0 en 5000 per categorie):

- Huisartsen en basisartsen
- Medisch specialisten
- Wetenschappelijk onderzoekers geneeskunde
- Gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren
- Verloskundigen
- Fysiotherapeuten
- Physician assistants
- Overige specialisten op het gebied van de gezondheidszorg
- Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners
- GZ-Psychologen
- Overige psychologen
- Laboranten medische diagnostiek en therapie
- Medisch en pathologisch laboranten
- Assistent-verloskundigen en kraamverpleegkundigen
- Verpleegkundigen
- Medische praktijkassistenten
- Ambulancepersoneel
- Masseurs en assistenten fysio- en bewegingstherapie
- Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders
- Verzorgenden intramuraal
- Verzorgenden thuiszorg

Vraag 5

Hoeveel vacatures had uw organisatie eind november 2018 uitstaan in de volgende medische functies.

Toelichting

Het gaat hierbij om vacatures voor werknemers die bij uw organisatie in loondienst moeten komen.

Kunt u een inschatting geven indien u het aantal niet exact weet (tussen 0 en 5000 per categorie):

- <lijst functies uit vraag 4>

Vraag 6

Hoeveel van deze vacatures had uw organisatie eind november 2018 al langer dan zes maanden openstaan? (tussen 0 en 5000 per categorie):

Toelichting

Het gaat hierbij om vacatures voor werknemers die bij uw organisatie in loondienst moeten komen. Kunt u een inschatting geven indien u het aantal niet exact weet ?

- <lijst functies uit vraag 4>

Vraag 7

Kunt u per functie aangeven of u minder of meer werknemers verwacht nodig te hebben over 10 jaar in 2028. < veel meer, meer, even veel, minder, veel minder, nvt, weet niet >

- <lijst functies uit vraag 4>

## Blok 2

De volgende vragen gaan over de gevolgen van verschillende stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden op uw personeelsbeleid. De stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden die mogelijk van invloed zijn geweest, zijn de volgende:

- hervorming langdurige zorg 2015,
- het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 MSZ,
- het Convenant huisartsenzorg 2012/2013,
- het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014,
- het Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017,
- het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017
- het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017

### Vraag 8

Wat is de invloed geweest van de verschillende stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden op de vraag in uw organisatie naar medisch en verzorgend personeel in de volgende functies? < veel meer, meer, even veel, minder, veel minder, nvt, weet niet >

- <lijst functies uit vraag 3>

Vraag 9 <indien stelselwijzigingen leiden tot daling vraag naar medisch en verzorgend personeel >

U heeft aangegeven dat voor de volgende functies de vraag naar medisch en verzorgend personeel als gevolg van de verschillende stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden gedaald is.

Kunt u aangeven voor hoeveel medisch en verzorgend personeel u in de verschillende functies tijdelijke contracten niet heeft verlengd?

Kunt u aangeven hoeveel medisch en verzorgend personeel met een vast contract zijn ontslagen? < in aantallen per contractsoort + weet niet >

### Toelichting

Het gaat hierbij om aantallen werknemers die op zich goed functioneerden. Bij ontslagen gaat het naast ontslagen via UWV ook om ontslagen die met wederzijds goedvinden hebben plaatsgevonden.

U wordt verzocht om werknemers die zijn vertrokken omdat zij niet goed functioneerden niet mee te tellen.

- <lijst functies uit vraag 8 met daling>

### Vraag 10

Voor hoeveel als gevolg van stelselwijzigingen en hoofdlijnenakkoorden gedwongen vertrokken werknemers waarbij sprake was een vast contract dat ontbonden werd heeft uw organisatie een vergoeding aan die werknemer heeft uitgekeerd? <getal + weet niet + wil niet zeggen>

### Toelichting

Het gaat hierbij om bijvoorbeeld een transitievergoeding, gouden handdruk of andere vorm van vergoeding die aan een werknemer is betaald.

Deze vergoedingen zijn over het algemeen ofwel afgesproken in een sociaal plan, ofwel worden in een individuele onderhandeling met een gedwongen vertrokken werknemer bepaald.

Aan werknemers met een vast contract dat met wederzijds goedvinden wordt ontbonden of voor wie ontslag via het UWV of de kantonrechter is aangevraagd wordt over het algemeen wel een vergoeding uitgekeerd.

- <lijst functies uit vraag 9 met ontslagen uit vaste contracten>

Vraag 11<Indien er werknemers zijn waarvoor een vergoeding is uitgekeerd>

Wat is de gemiddelde vergoeding geweest die is uitgekeerd aan gedwongen vertrokken werknemers, waarbij sprake was een vast contract? <getal + weet niet + wil niet zeggen>

### Toelichting

Het gaat hierbij om bijvoorbeeld een transitievergoeding, gouden handdruk of andere vorm van vergoeding die aan een werknemer is betaald.

Kosten voor een eventuele aanvullende werkloosheidsuitkering of een bijdrage aan het pensioen of outplacement en bemiddeling moet u hierbij niet meetellen.

- <lijst relevante functies uit vraag 10>

Vraag 12<indien er werknemers zijn van wie tijdelijk contract niet verlengd werd>

Voor hoeveel als gevolg van stelselwijzingen en hoofdlijnenakkoorden gedwongen vertrokken werknemers waarbij sprake was een tijdelijk contract dat niet verlengd werd heeft uw organisatie een vergoeding aan die werknemer uitgekeerd? <getal + weet niet + wil niet zeggen>

Toelichting

Het gaat hierbij om bijvoorbeeld een transitievergoeding, gouden handdruk of andere vorm van vergoeding die aan een werknemer is betaald.

Deze vergoedingen zijn over het algemeen ofwel afgesproken in een sociaal plan, ofwel worden in een individuele onderhandeling met een gedwongen vertrokken werknemer bepaald.

Aan werknemers van wie een tijdelijk contract niet verlengd wordt, wordt over het algemeen geen vergoeding uitgekeerd, maar dat hoeft niet het geval te zijn.

- <lijst functies uit vraag 9 met niet verlengde tijdelijke contracten >

Vraag 13<Indien er werknemers zijn waarvoor een vergoeding is uitgekeerd>

Wat is de gemiddelde vergoeding geweest die aan gedwongen vertrokken werknemers waarbij sprake was een tijdelijk contract dat niet is verlengd is uitgekeerd? <getal + weet niet + wil niet zeggen>

Toelichting

Het gaat hierbij om bijvoorbeeld een transitievergoeding, gouden handdruk of andere vorm van vergoeding die aan een werknemer is betaald.

Kosten voor een eventuele aanvullende werkloosheidsuitkering of een bijdrage aan het pensioen of outplacement en bemiddeling moet u hierbij niet meetellen.

- <lijst relevante functies uit vraag 12>

Blok 3

De volgende vragen gaan over herintredend personeel. Dit gaat om medisch en verzorgend personeel dat eerst als gevolg van stelselwijzingen en hoofdlijnenakkoorden uitgestroomd is uit het medisch domein, maar dat nu weer is aangenomen.

Vraag 14

Hoeveel medisch en verzorgend personeel dat als gevolg van stelselwijzingen en hoofdlijnenakkoorden gedwongen uitgestroomd is, heeft u sinds 2016 weer in dienst genomen? <tussen -0 en +5000, weet niet, in aparte kolommen als werknemer, als zzp'er en als uitzendkracht>?

Toelichting

Het gaat hierbij zowel om medisch en verzorgend personeel dat eerst bij uw eigen organisatie actief was, als om medisch en verzorgend personeel dat eerst bij andere organisaties actief was (en daarbij tussentijds werkloos is geweest of in een andere functie heeft gewerkt).

De stelselwijzingen en hoofdlijnenakkoorden die mogelijk van invloed zijn geweest, zijn de volgende:

- hervorming langdurige zorg 2015,
- het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 MSZ,
- het Convenant huisartsenzorg 2012/2013,
- het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014,
- het Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017,
- het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017
- het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017

- <lijst functies uit vraag 4>

Vraag 15

Hoeveel van uw voormalig medisch en verzorgend personeel dat als gevolg van stelselwijzingen en hoofdlijnenakkoorden gedwongen uitgestroomd is zou u aanvullend weer in dienst willen nemen? <tussen -0 en +5000, weet niet>?

#### Toelichting

Het gaat hierbij om medisch en verzorgend personeel dat eerst bij uw eigen organisatie actief was en daarbij sindsdien werkloos is of in een andere functie werkt.

- <lijst functies uit vraag 4>

#### Vraag 16<Indien er herintreders zijn>

Hoeveel directe kosten maakt u gemiddeld voor het in dienst nemen van herintredende werknemers in de volgende categorieën <tussen -0 en +50000, weet niet>?

- kosten voor ondersteuning werving en recruitment door externe partij
- kosten personeelsadvertenties (digitaal en print)
- eenmalige vergoedingen aan herintredende werknemer
- kosten opleidingen en trainingen herintredende werknemer
- overige wervings- en selectiekosten
- <lijst functies uit vraag 14>

#### Vraag 17<Indien er herintreders zijn>

Hoeveel tijd is uw organisatie intern gemiddeld per herintredende werknemer kwijt geweest aan de volgende zaken? <in uur, tussen 0 en 200, weet niet>

- Tijd voor opstellen en overleg over vacature
- Tijd voor verwerken reacties en sollicitatiegesprekken
- Tijd voor administratieve zaken in dienst nemen werknemer
- Tijd voor begeleiding en inwerken nieuwe werknemer
- <lijst functies uit vraag 14>

#### Vraag 18<Indien er herintreders zijn>

Hoeveel tijd zijn herintredende werknemers zelf gemiddeld kwijt geweest aan inwerken (periode waarin zij wel al betaald kregen, maar nog niet zelf volledig zelfstandig aan het werk waren)? <in uur, tussen 0 en 200, weet niet>

- <lijst functies uit vraag 14>

#### Vraag 19<Indien er herintreders zijn>

Hoeveel overige kosten maakt u gemiddeld voor het in dienst nemen van herintredende werknemers in de volgende categorieën <tussen -0 en +50000, weet niet>?

#### Toelichting

Het gaat hierbij om kosten die niet onder de voorgaande vragen vallen, dus niet om wervings- en selectiekosten, opleidingskosten, tijdsbesteding van uw eigen organisatie of tijdsbesteding vanuit de werknemer.

- <lijst functies uit vraag 14>

#### Vraag 20

De enquête is afgerond. Indien u nog opmerkingen heeft over de onderwerpen van deze enquête, dan kunt u dat hier aangeven. <open vraag>

#### Afsluiting

Namens de partners in het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Welzijn danken wij u hartelijk voor uw medewerking! Het rapport van dit onderzoek zal in mei 2019 worden gepubliceerd op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl).





ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN

[www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)