

Vergaderjaar 2008–2009

**22 112**

## **Nieuwe Commissievoorstellen en initiatieven van de lidstaten van de Europese Unie**

**Nr. 835**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 27 maart 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 maart 2009 inzake het Groenboek gezondheidswerkers in Europa (22 112, nr. 823).

De op 19 maart 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 26 maart 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

## **Inhoudsopgave**

**Blz.**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	6

### **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

##### *Inleiding*

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op het Groenboek over gezondheidswerkers in Europa. Alle EU-vraagstukken worden in eerste instantie beoordeeld op de proportionaliteit en de subsidiariteit. Bij dit Groenboek hebben deze leden met name veel vragen over de subsidiariteit. In hoeverre is dit Groenboek noodzakelijk en in hoeverre grijpt dit in op de Nederlandse gezondheidszorg?

Het Groenboek over de gezondheidswerkers omvat vele terreinen waarop diverse actiepunten zijn geformuleerd. Hoewel het kabinet onderstreept dat het Groenboek zich richt op aanvullend beleid, hebben de leden van de CDA-fractie daar op enkele onderwerpen vragen bij. Er wordt gesproken over de actie van het informatie verzamelen over feitelijke en potentiële behoeften aan gezondheidszorg, teneinde de toekomstige ontwikkeling van het arbeidspotentieel te kunnen plannen. Wat betekent het voor de extra bureaucratie van de zorgwerkers om dit inzichtelijk te maken? In hoeverre zal dit op de Nederlandse situatie van toepassing zijn? Daarnaast wordt gesproken van «de behandeling van chronisch ziekten en langetermijnzorg dichterbij huis of in een vorm van gemeenschapszorg organiseren». Hoewel genoemde leden dit een zeer positief punt vinden, vragen zij de minister op welke wijze dit punt aanvullend beleid is. Is dit niet aan de lidstaten of wordt hier gedoeld op het delen van de evidence? Kan de minister tevens uiteenzetten wat de aanvullende rol van Europa is in het versterken van de screeningscapaciteit, waar wordt hier op gedoeld?

De leden van de CDA-fractie zijn voorstander van het gezamenlijk ontwikkelen en delen van kennis binnen de Europese Unie (EU). Maar zij zien bij deze ontwikkeling de rol van de EU als ondersteuner en aanjager niet in de vorm van een «waarnemingscentrum» zoals wordt voorgesteld. De daadwerkelijke implementatie van nieuwe technologieën is de verantwoordelijkheid van elke afzonderlijke lidstaat, zo stellen genoemde leden.

##### *Opleidingen*

In het Groenboek wordt gesproken over bewustwording en scholing van zorgwerkers. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre het ontwikkelen van carrièremogelijkheden voor werkers in de zorg een verantwoordelijkheid is van een overheid, laat staan van de Europese Unie. Is het doorstromen naar een managementfunctie in de zorg de enige manier om carrière te maken?

Het voorstel om een forum of platform op EU-niveau te creëren waar managers ervaringen kunnen uitwisselen stuit bij deze leden. Welke managers, welke ervaringen en wat moet het resultaat daar concreet van zijn en kan hierbij geen aansluiting worden gezocht bij bestaande fora? Binnen Nederland bestaat het bijzondere verschil tussen niveau 4 en 5 verpleegkundigen; verschil in opleiding maar met één wettelijk beschermde titel. Hoe is dit in de rest van de lidstaten geregeld?

In hoeverre kan worden gewerkt met Eerder Verworven Competenties (EVC's) zodat niet alleen oudere werknemers maar ook langdurig werklozen weer snel aan de slag kunnen? De «zorgcompetentiemeetlat» kan binnen de EU er ook voor zorgen dat ontslagenen vanuit de industrie snel kunnen doorstromen naar een baan en opleiding in de gezondheidszorg.

Is een dergelijk initiatief voor handen binnen de verschillende lidstaten? Worden dit soort initiatieven ook gedeeld binnen de EU en zou dit Groenboek daar een geschikte plek voor zijn?

#### *Netwerken*

Binnen de verschillende lidstaten is er sprake van aanwezige nationale netwerken van zorgwerkers (bijvoorbeeld in Nederland de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) of Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN). In hoeverre worden deze netwerken binnen de EU met elkaar gekoppeld?

De leden van de CDA-fractie hechten veel waarde aan het «leven lang leren». Zij zien dit als een verantwoordelijkheid van de zorgwerkers zelf maar zeker ook van de instellingen waar deze zorgwerkers werken. In hoeverre kan de Gemeenschap hier een rol in spelen en op welke wijze? Is dit niet een verantwoordelijkheid van de afzonderlijke lidstaten? De leden van de CDA-fractie vragen of de kwaliteit van de opleidingen op het niveau van de geneeskunde en de zorgwerkers te vergelijken zijn met elkaar. Alleen als duidelijk is of dit het geval is kan worden overgegaan naar doorstroming en dergelijke. In de aanbevelingen wordt gesproken over taalcursussen om de mobiliteit te vergroten maar naar het idee van deze leden wordt hierbij voorbij gegaan aan de culturele aspecten van taal. Genoemde leden vragen welke rol de Gemeenschap zou kunnen spelen om juist dit culturele aspect van werken in de zorg op te pakken. Eén van de actiepunten is de samenwerking tussen lidstaten bij het beheer van numerus clausus-maatregelen voor gezondheidswerkers te stimuleren en meer flexibiliteit mogelijk maken. Het lijkt deze leden zeer verhelderend om EU-breed naar de numerus fixus te kijken. Echter, ook hier de vraag, wat zou er in EU-opzicht gebeuren indien uit dit onderzoek blijkt dat er te veel of te weinig wordt opgeleid? Blijft dit een nationale verantwoordelijkheid?

#### *Mobiliteit van gezondheidswerkers*

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre de EU hier een actieve rol in zou moeten en kunnen vervullen. Hier speelt ook het subsidiariteitsbeginsel, zo stellen deze leden.

Is de EU bekend met de verschillende reeds aanwezige netwerken in de zorg met betrekking tot uniforme classificatie systemen voor zowel geneeskundigen als voor zorgwerkers (ICDH, ICD-10, NANDA e.d.)? Zo ja, op welke wijze bouwt de Gemeenschap hier op voort en wat kan de rol zijn van de EU om de bestaande netwerken met elkaar te verbinden? Voorts vragen genoemde leden wat de stand van zaken is met betrekking tot de ontwikkeling van de gedragscode voor de ethische aanwerving van gezondheidswerkers van buiten de EU. Deelt u de mening dat hier samenwerking ook kan wringen binnen en buiten de EU? Wat wordt hier bedoeld met de sluitpost?

De leden van de CDA-fractie vragen welke rol de EU wil gaan spelen als het gaat om implementatie van nieuwe technologieën. In de tekst worden de woorden «zorgen voor» gebruikt. Op welke wijze dienen deze woorden te worden geïnterpreteerd? Hoe gaat de rol van de Gemeenschap er concreet uit zien? Kan de minister uitleg geven hoe de opleiding bekort kan worden door nieuwe technologieën? Wordt naast de aandacht van medische technologieën ook aandacht besteed aan innovatieve zorgprocessen, producten en zorgsystemen binnen de Gemeenschap?

## Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het Groenboek alsmede over het Groenboek gezondheidswerkers in Europa zelf. Naar aanleiding van de kabinetsreactie en het Groenboek hebben deze leden de volgende vragen en opmerkingen.

### *Wettelijk kader en rechtsgrond*

In het Groenboek staat dat de Gemeenschap de samenwerking tussen de lidstaten dient aan te moedigen, alsook de coördinatie van beleid en programma's. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre dit gebeurt en welke maatregelen er concreet worden genomen.

In het Groenboek wordt ook gesproken over de Arbeidstijdenrichtlijn. Wat zijn de consequenties van het door het Europees Parlement verwerpen van de Arbeidstijdenrichtlijn en meer in het bijzonder de «opt-out»-regeling? Wat betekent dit voor de Nederlandse situatie?

Aansluitend wordt er in gegaan op de arresten van het Hof betreffende aanwezigheidsdienst en compenserende rust. Hoe gaat Nederland om met de uitspraken die het Hof recent heeft gedaan op dit vlak?

### *Factoren die van invloed zijn op het arbeidspotentieel*

In het Groenboek wordt gesproken over maatregelen ter bevordering van de gendergelijkheid onder gezondheidswerkers. De leden van de PvdA-fractie vragen welke maatregelen het kabinet neemt met het oog op gendergelijkheid. Deelt de minister de mening dat gendergelijkheid als strategie alleen niet voldoende is, maar dat er ook maatregelen genomen moeten worden die de combinatie tussen arbeid en zorg vergemakkelijken?

Voor de zorgsector is het van belang om jongeren op te leiden, aan te werven en in dienst te houden. Wordt er bij de maatregelen die daartoe worden genomen ook rekening gehouden met verlofregelingen, aanpassing van de arbeidstijden en de mogelijkheid van flexibele werktijden?

In het Groenboek staat dat de uitgavenniveaus voor het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg geëvalueerd gaan worden. Wat wordt hier precies mee bedoeld?

Er wordt tevens gesteld dat de motivatie en het moreel van gezondheidswerkers bevordert dienen te worden. Waaruit blijkt dat dit nodig is?

Is het beeld dat een baan in de zorg relatief zwaar is inmiddels al gekanteld? Ervaren mensen die momenteel werkzaam zijn in de zorg hun baan nog steeds als (fysiek) zwaar en belastend? Wat is het effect van de maatregelen die op dit gebied genomen zijn? (blz. 4, brief)

In hoeverre dragen de huidige ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologie en telegeneeskunde bij aan het verlichten van de werkdruk van zorgpersoneel? Is dit bekend, wordt hier onderzoek naar gedaan?

### *Opleidingen*

Men wil de belangstelling voor wetenschappelijke beroepen in scholen stimuleren door te wijzen op de minder bekende carrièremogelijkheden in de gezondheidszorg. Wordt daarbij ook gewezen op «nieuwe» beroepen als: nurse practitioner, technische geneeskunde en physio assistent?

In hoeverre worden de opleidingscentra in Nederland voorbereid op nieuwe behandeltechnieken en in hoeverre passen zij hun opleidingsaanbod hierop aan? Welke maatregelen neemt het kabinet om opleidingscentra hierin te stimuleren? (blz. 4, brief) Er wordt gesteld dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn. Hoe ziet het kabinet dat in Nederland voor zich? Laten we het numerus fixus principe los?

Wordt er binnen het opleidingsaanbod voldoende aandacht besteed aan het gegeven dat er in toenemende mate sprake is van verspreiding van (tropische) ziekte, door een toegenomen mobiliteit?

Het opleiden van personeel, ook in de gezondheidszorg, is mede een zaak van de bedrijfstakken zelf. In hoeverre worden bedrijven gestimuleerd en meegenomen om aan de eisen en trends van de huidige gezondheidszorg en arbeidsmarkt te voldoen?

#### *Brain drain*

In het Groenboek wordt gesproken over de «brain drain» van zorgpersoneel, met name in relatie tot ontwikkelingslanden. Moeten we daarnaast ook niet voorkomen dat zorgpersoneel vanuit Oost-Europa wegtrekt om hun heil in het westen te zoeken? Hoe verhoudt dit zich dan in het aanbieden van taalcursussen ter ondersteuning van de mobiliteit van werknemers?

Ook wordt er in dat verband gesproken over «circulaire» mobiliteit, maar wat te doen als gezondheidswerkers na een periode in een ander land niet terugkeren naar hun thuisland?

#### *Ondernemerschap*

Er wordt gezegd dat ondernemingen binnen de zorg (zelfstandige gezondheidswerkers) kunnen bijdragen tot versterking van de Europese economische groei, als ook de toegang tot de gezondheidszorg kunnen verbeteren. De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit die relatie precies blijkt.

Aansluiten wordt er in het Groenboek gesuggereerd ondernemers aan te moedigen om actief te worden in de gezondheidssector. Hoe ziet de minister dit voor zich, moeten meer mensen als ZZP'er aan de slag? Willen we meer ondernemerschap binnen de zorg? Schiet dat nu tekort?

#### *Algemeen – crisis*

In hoeverre bekijkt het kabinet de tekorten die er momenteel zijn binnen de zorg in relatie tot de huidige crisis? In hoeverre wordt er actief geprobeerd om mensen die binnen andere sectoren op straat zijn komen te staan zo snel mogelijk om te scholen naar een baan in de zorg? Voeren de opgezette mobiliteitscentra actief beleid uit om dit voor elkaar te krijgen? In hoeverre speelt hierbij het gegeven een rol dat de mensen die ontslagen zijn vooral werkzaam zijn binnen industriële beroepen? Is het realistisch dat zij om te scholen zijn tot, dan wel interesse hebben in een baan in de zorg?

In hoeverre worden ROC's en andere opleidingscentra juist nu aangemoedigd om jongeren te enthousiasmeren en voor te bereiden op een baan in de zorg? Juist ook in relatie tot de jeugdwerkloosheid waarover in de media gesproken wordt.

Wat is het effect van de maatregelen die het kabinet reeds heeft genomen om naast jongeren ook vooral mannen «enthousiast» aan te moedigen voor een baan in de zorg te gaan? Wat is hiervan de stand van zaken met betrekking tot de maatregelen die voor de crisis al in gang gezet?

#### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het kabinetsstandpunt ten aanzien van het Groenboek gezondheidswerkers in Europa. Zij stellen het niet op prijs dat de reactie van het kabinet zo lang op zich heeft laten wachten.

Genoemde leden maken zich zorgen over het kabinetsstandpunt ten aanzien van de migratie van gezondheidswerkers zowel binnen als buiten de Europese Unie. Zij zijn niet tegen vrijwillige migratie en zijn voor een zorgvuldige maar efficiëntere assessment-procedure voor buitenlands gediplomeerden. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit zich rijmt met de eerdere toezeggingen van de minister om te kijken naar een verbod of beperking van het actief werven van zorgpersoneel in lidstaten waar zelf al tekorten zijn aan zorgpersoneel.

Genoemde leden maken zich nog meer zorgen over de uitspraak van de minister dat het werven van zorgpersoneel een sluitpost dient te zijn van het arbeidsmarktbeleid en dat actieve werving uit ontwikkelingslanden vermeden dient te worden. Deze leden zijn van mening dat uit het oogpunt van solidariteit absoluut niet geworven kan en mag worden in ontwikkelingslanden.

Wat de leden van de SP-fractie betreft dient de gezondheidszorg en de bijbehorende arbeidsmarktproblematiek een nationale competentie te blijven. We zitten nu met de Europese Unie met daarin het vrij verkeer van werknemers. Genoemde leden zouden er bij het kabinet op aan willen dringen om binnen Europa juist naar waarborgen te zoeken om te voorkomen dat «rijkere» lidstaten «goedkoop» zorgpersoneel gaan werven in andere lidstaten, met alle mogelijke gevolgen voor deze lidstaten van dien.

In aanvulling hierop vragen zij of het op Europees niveau mogelijk is om te werken aan het gemakkelijker uitwisselen van registraties van artsen en verpleegkundigen. Dit om volgende gevallen zoals de in Engeland geschorste arts, bijgenaamd Dokter Wodka, te voorkomen.

Wat is de stand van zaken betreffende de taaltoets voor zorgpersoneel als verpleegkundigen en artsen vanuit het buitenland?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Groenboek. Wat deze leden echter missen, zijn uniforme eisen die aan opleidingen in de gezondheidszorg gesteld moeten worden op Europees niveau. Dit om er voor te zorgen dat het niveau in alle lidstaten hetzelfde is. Wanneer we de mobiliteit van gezondheidswerkers binnen de EU willen stimuleren moet het niet uitmaken in welke lidstaat de opleiding is gevolgd. Alleen taalondersteuning is niet voldoende.

## **II. Reactie van de minister<sup>1</sup>**

### **Vragen CDA-fractie**

1

*Alle EU-vraagstukken worden in eerste instantie beoordeeld op de proportionaliteit en de subsidiariteit. Bij dit groenboek hebben de leden van de CDA-fractie met name veel vragen over de subsidiariteit. In hoeverre is dit groenboek noodzakelijk en in hoeverre grijpt dit in in de Nederlandse gezondheidszorg?*

Het optreden van de Europese Unie is bedoeld om het nationale beleid aan te vullen, bijvoorbeeld via het faciliteren van partnerschappen tussen betrokken partijen, ondersteuning bij netwerken en uitwisseling van goede praktijken. De noodzaak is met name gelegen in de ondersteuning van de Lidstaten die een achterstand hebben in de gezondheidszorg en waar het tekort aan personeel in de zorg nijpend is dan bijvoorbeeld in Nederland. Naar verwachting zullen de aangekondigde maatregelen geen grote veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg hebben.

2

*Het groenboek over de gezondheidswerkers omvat vele terreinen, waarop diverse actiepunten zijn geformuleerd. Hoewel het kabinet onderstreept dat het groenboek zich richt op aanvullend beleid, hebben de leden van de CDA-fractie daar op enkele onderwerpen vragen bij. Er wordt gesproken over de actie van het informatie verzamelen over feitelijke en potentiële behoeften aan gezondheidszorg, teneinde de toekomstige ontwikkeling van het arbeidspotentieel te kunnen plannen. Wat betekent het voor de extra bureaucratie van de zorgwerkers om dit inzichtelijk te maken? In*

---

<sup>1</sup> Een afschrift van de brief van Brancheorganisaties Zorg is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

*hoeverre zal dit op de Nederlandse situatie van toepassing zijn, zo vragen de leden van de CDA-fractie.*

Nederland zal er voor waken dat er niet meer gegevens verzameld worden dan nodig is. Overigens gaat het meer om stroomlijnen van reeds bestaande gegevens en uitwisseling hiervan tussen de bevoegde autoriteiten in de Lidstaten. Het kabinet gaat er dan ook vanuit dat dit niet tot extra administratieve lasten leidt voor zorginstellingen en zorgpersoneel in Nederland.

3

*Daarnaast wordt gesproken van «de behandeling van chronisch ziekten en langetermijnzorg dichterbij huis of in een vorm van gemeenschapszorg organiseren». Hoewel de leden van de CDA-fractie dit een zeer positief punt vinden, vragen deze leden de minister op welke wijze dit punt aanvullend beleid is. Is dit niet aan de lidstaten? Of wordt hier bedoeld op het delen van de evidence? En kan de minister aangeven wat de aanvullende rol van Europa is in het versterken van de screeningscapaciteit? Waar wordt hier op bedoeld?*

Dit is inderdaad aan de Lidstaten en hier gaat het zoals de CDA-fractie stelt om uitwisseling van «best practices». Bij het versterken van de screeningscapaciteit gaat het om preventieve maatregelen (screening) om langs die manier het capaciteitsprobleem in de zorg aan te pakken.

4

*In het Groenboek wordt gesproken over bewustwording en scholing van zorgwerkers. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre het ontwikkelen van carrièremogelijkheden voor werkers in de zorg een verantwoordelijkheid is van een overheid, laat staan van de Europese Unie. Is het doorstromen naar een management functie in de zorg de enige manier om carrière te maken?*

Het ontwikkelen van carrièremogelijkheden is niet de primaire verantwoordelijkheid van de overheid of de EU. Wel kan de overheid in randvoorwaardelijke zin die mogelijkheden bevorderen, bijvoorbeeld via het bevorderen van nieuwe beroepen zoals de physician assistent en de nurse practitioner. Ook het verder klimmen binnen het eigen vakgebied is een vorm van carrière.

5

*Het voorstel om een forum of platform op EU-niveau te creëren waar managers ervaringen kunnen uitwisselen stuit bij de leden van het CDA op vragen. Welke managers, welke ervaringen en wat moet het resultaat daar concreet van zijn? Kan hierbij geen aansluiting gezocht worden bij bestaande fora?*

Uiteraard zal aangesloten worden bij bestaande fora op dit terrein. Het gaat er hier om managers van zorginstellingen op het terrein van personeelsbeleid in de ruime zin ervaring uit te laten wisselen.

6

*Binnen Nederland bestaat het bijzondere verschil tussen niveau 4 en 5 verpleegkundigen; verschil in opleiding maar met één wettelijk beschermde titel. Hoe zit dit in de rest van de lidstaten?*

Zover bekend is er een aantal Lidstaten die een opleiding verpleegkundige op verschillende niveaus hebben. Dit betreft onder andere België en het Verenigd Koninkrijk.

7

*In hoeverre kan worden gewerkt met Eerder Verworven Competenties (EVC's) zodat niet alleen oudere werknemers maar ook langdurig werklozen weer snel aan de slag kunnen?*

Voor verschillende zorgberoepen worden inmiddels EVC-instrumenten ontwikkeld om instroom van personeel in de zorg via verkorte opleidings-trajecten te stimuleren. Deze instrumenten kunnen op iedereen toegepast worden, ouderen, zij-instromers, langdurig werklozen.

8

*De «Zorgcompetentiemeetlat» kan binnen de EU er ook voor zorgen dat ontslagen vanuit de Industrie snel kunnen doorstromen naar een baan én opleiding in de gezondheidszorg. Is een dergelijk initiatief voor handen binnen de verschillende lidstaten?*

Ik heb geen gegevens waaruit blijkt dat dit in andere Lidstaten tot de mogelijkheden behoort.

9

*Worden dit soort initiatieven ook gedeeld binnen de EU en zou dit groenboek daar een geschikte plek voor zijn, zo vragen de leden.*

Het is inderdaad de bedoeling om op Europees niveau good practices uit te wisselen. Instrumenten daartoe worden verder uitgewerkt.

10

*Binnen de verschillende lidstaten is er sprake van aanwezige nationale netwerken van zorgwerkers (bijv. in Nederland de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) of Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN)). In hoeverre worden deze netwerken binnen de EU met elkaar gekoppeld?*

Voor zover bekend kent het merendeel van de beroepsverenigingen een Europese equivalent waarvan de nationale beroepsverenigingen lid zijn. Op deze wijze vindt de in de vraag bedoelde koppeling plaats.

11

*De leden van de CDA fractie hechten veel waarde aan het «leven lang leren». Zij zien dit als een verantwoordelijkheid van de zorgwerkers zelf maar zeker ook van de instellingen waar deze zorgwerkers werken. In hoeverre kan de Gemeenschap hier een rol in spelen en op welke wijze zo vragen de leden van de CDA fractie. Is dit niet een verantwoordelijkheid van de afzonderlijke lidstaten?*

Dit is inderdaad een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen in de afzonderlijke Lidstaten. De EU kan hierin een rol spelen door goede voorbeelden in de afzonderlijke Lidstaten onder de aandacht te brengen in andere Lidstaten.

12

*De leden van de CDA fractie vragen zich af of de kwaliteit van de opleidingen op het niveau van de geneeskunde en de zorgwerkers te vergelijken zijn met elkaar.*

Binnen de EU zijn afspraken gemaakt over directe onderlinge erkenning van diploma's binnen de gezondheidszorg. Hiermee wordt er juridisch van uit gegaan dat de niveaus met elkaar te vergelijken zijn. Deze afspraken gelden voor de EU en EER-landen. De afspraken staan in zogenoemde sectorale richtlijnen. Er zijn richtlijnen voor vijf beroepen: apotheker, arts,



tandarts, verloskundige en (algemeen) verpleegkundige. De diploma's die onder deze richtlijnen vallen, staan in de Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg. Dit zijn de zogenoemde «aangewezen diploma's». Staatsburgers van een van deze landen en een diploma dat voorkomt op de lijst met aangewezen diploma's, kunnen zich direct aanmelden voor inschrijving in het BIG-register. Voor de overige in Nederland wettelijk geregelde beroepen: de gezondheidszorgpsycholoog, fysiotherapeut en psychotherapeut is directe inschrijving niet mogelijk. De onderlinge vergelijkbaarheid is niet gegarandeerd. Voor inschrijving in het Nederlandse wettelijk register is een verklaring van vakbekwaamheid noodzakelijk.

13

*In de aanbevelingen wordt gesproken over taalcurssussen om de mobiliteit te vergroten maar naar het idee van de leden van de CDA fractie wordt hierbij voorbij gegaan aan de culturele aspecten van taal. De leden vragen welke rol de Gemeenschap zou kunnen spelen om juist dit culturele aspect van werken in de zorg op te pakken.*

Ik zie hier niet zozeer een rol weggelegd voor de EU. Het is de plicht van de zorgverlener om ingeval hij gaat werken in de zorg in een andere Lidstaat, de betreffende taal in die mate te beheersen zodat hij op professioneel niveau kan communiceren met patiënten en collega's. Het is ook aan de ontvangende Lidstaat om de migrant in staat te stellen de taal te leren.

14

*Een van de actiepunten is de samenwerking tussen Lidstaten bij het beheer van numerus clausus-maatregelen voor gezondheidswerkers te stimuleren en meer flexibiliteit mogelijk te maken. De leden van de CDA-fractie lijkt het zeer verhelderend om EU-breed naar de numerus Fixus te kijken. Echter, ook hier de vraag, wat zou er in EU-opzicht gebeuren als uit dit onderzoek blijkt dat er te veel of te weinig wordt opgeleid? Blijft dit een nationale verantwoordelijkheid? De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre de EU hier een actieve rol in zou moeten en kunnen vervullen.*

Het is en blijft de verantwoordelijkheid van elke Lidstaat om voldoende gezondheidswerkers op te leiden. Wel kan internationaal vergelijkend onderzoek handvatten bieden voor het nationale beleid.

15

*Is de EU bekend met de verschillende reeds aanwezige netwerken in de zorg met betrekking tot uniforme classificatie systemen voor zowel geneeskundigen als voor zorgwerkers (ICDH, ICD-10, NANDA ed), zo vragen de leden. Zo ja op welke wijze bouwt de Gemeenschap hier op voort en wat kan de rol zijn van de EU om de bestaande netwerken te verbinden met elkaar?*

De Europese Unie kan inderdaad ook hier een aanvullende rol vervullen door deze netwerken te stroomlijnen en met elkaar in verbinding te stellen, voor zover daar nog geen sprake van is.

16

*De leden van de CDA fractie vragen zich af wat de stand van zaken is met betrekking tot de ontwikkeling van de gedragscode voor de ethische aanwerving van gezondheidswerkers van buiten de EU.*

Ik heb zorgwerkgevers verzocht, naast het ontwikkelen en hanteren van een keurmerk, ook een gedragscode op te stellen waarin wordt gesteld

dat zorgpersoneel niet pro-actief geworven zal worden uit ontwikkelingslanden en/of landen met eigen tekorten aan zorgpersoneel. Eind januari 2009 heb ik een reactie ontvangen van de zorgwerkgevers op dit verzoek. Een afschrift van deze reactie is bijgevoegd. Zorgwerkgevers vinden een separate gedragscode niet noodzakelijk, omdat er reeds twee instrumenten beschikbaar zijn, het keurmerk en de Zorgbrede Governance Code (ZGC).

In de ZGC staat aangegeven dat de zorgorganisatie een zorgonderneming is met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid eindigt niet bij de landsgrenzen. Dat wil zeggen dat bij de werving van buitenlandse medewerkers, de gevolgen van het vertrek van deze medewerkers voor het functioneren van de gezondheidszorg van het land van herkomst vanuit deze bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid zorgvuldig gewogen dienen te worden. De zorginstellingen zijn op basis hiervan aanspreekbaar op hun handelen.

Zorgwerkgevers zien geen reden om aan te nemen dat het bestaande instrumentarium onvoldoende functioneert. Volgens de zorgwerkgevers is de afgelopen jaren niet of nauwelijks sprake geweest van een door Nederlandse zorginstellingen veroorzaakte «brain drain». Voordat ik met een definitieve reactie kom, wacht ik eerst het advies van de ZIP-commissie Arbeidsmarkt af. Deze commissie onderzoekt namelijk ook de mogelijkheden en onmogelijkheden van arbeidsmigratie in het kader van de arbeidsmarktproblematiek. Daarbij worden ook ethische en praktische zaken meegenomen.

17

*Is de minister met de leden van de CDA-fractie van mening dat hier samenwerking ook kan wringen binnen en buiten de EU?*

Ik deel de zorg van de CDA-fractie dat binnen en buiten Europa voorkomen moet worden dat welvarende landen binnen en buiten de EU zorgpersoneel gaan werven in minder welvarende landen. Ik zie dan ook uit naar het arbeidsmarktadvies van het ZIP waarin dit meegenomen wordt.

18

*En wat wordt hier bedoeld met de sluitpost?*

Om de tekorten van zorgpersoneel zetten de staatssecretaris en ik met name in op de beleidsvoornemens zoals uiteengezet in de arbeidsmarktbrief 2007<sup>1</sup> en in een nadere uitwerking van dit actieplan<sup>2</sup>. Vooral nog ga ik er van uit dat Nederland in staat is om de personele problemen in de zorg geheel zelfstandig op te lossen. Het werven in het buitenland is daarvoor niet nodig. In die zin is dat dan ook een sluitpost. Ik ben wel van mening dat alles goed onderzocht dient te worden. Ik wacht daarom met belangstelling het advies van de ZIP-commissie Arbeidsmarkt af.

19

*De leden van de CDA fractie vragen zich af welke rol de EU wil gaan spelen als het gaat om implementatie van nieuwe technologieën. In de tekst worden de woorden «zorgen voor» gebruikt. Op welke wijze dienen de leden van het CDA deze te interpreteren. Hoe gaat de rol van de Gemeenschap er concreet uit zien, zo vragen de leden van de CDA fractie .*

«Zorgen voor» betekent in dit verband dat de Gemeenschap er voor zorgt dat goede voorbeelden verspreid worden naar andere Lidstaten. De wijze waarop dit aangepakt gaat worden, dient nog verder uitgewerkt te worden.

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

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

20

*Kan de minister uitleg geven hoe de opleiding bekort kan worden door nieuwe technologieën?*

De nieuwe technologieën, zoals opgenomen in de tekst, hebben betrekking op de inhoud van de opleiding en niet op het opleidingsstelsel. De inhoud van de opleiding heeft in principe geen invloed op het onderwijsstelsel en de duur van opleidingen. Veelal ligt de duur van een opleiding vast in wettelijke richtlijnen. Verkortingen van opleidingen hebben te maken met systemen van Eerder Verworven Competenties of het verkrijgen van vrijstellingen voor de individuele student.

21

*Wordt naast de aandacht van medische technologieën ook aandacht besteed aan innovatieve zorgprocessen, producten en zorgsystemen binnen de Gemeenschap, zo vragende leden van de CDA-fractie?*

Het is de bedoeling dat de Gemeenschap ook goede voorbeelden verspreid omtrent innovatieve zorgprocessen, zorgproducten en zorgsystemen. Zie verder het antwoord op vraag 19.

### **Vragen van de PvdA-fractie**

22

*In het Groenboek staat dat de Gemeenschap de samenwerking tussen de lidstaten dient aan te moedigen, alsook de coördinatie van beleid en programma's. De PvdA fractie vraagt zich af in hoeverre dit gebeurt? Welke maatregelen worden er concreet genomen?*

Het Groenboek geeft nog niet concreet de onderwerpen aan ten aanzien waarvan de EU een coördinerende rol wil gaan spelen. De invulling van de rol van de Unie en van de Lidstaten kan, na raadpleging van de betrokken partijen, worden geconcretiseerd in een nog te volgen witboek van de Europese Commissie.

23

*In het Groenboek wordt ook gesproken over de Arbeidstijdenrichtlijn. De PvdA fractie vraagt zich of en zo ja wat de consequenties zijn van het door het Europees Parlement verwerpen van Arbeidstijdenrichtlijn en meer in het bijzonder de «opt-out» regeling? Wat betekent dit voor de Nederlandse situatie?*

Het is op dit moment onduidelijk waartoe de Europese ontwikkelingen zullen leiden, aangezien het op dit dossier erg lastig blijkt om op Europees niveau overeenstemming te verkrijgen. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt momenteel geen gebruik gemaakt van de opt-out regeling. Het verwerpen hiervan door het Europees Parlement heeft vooralsnog dus geen gevolgen voor deze sector.

24

*Aansluitend wordt er in gegaan op de arresten van het Hof betreffende aanwezigheidsdienst en compenserende rust. Hoe gaat Nederland om met de uitspraken die het Hof recent heeft gedaan op dit vlak?*

De nationale regelgeving is in 2006 aangepast conform de wijzigingen in de Europese richtlijn op deze punten. De wijzigingen van de Europese richtlijn zijn in overeenstemming met de uitspraken van het Hof.

25

*In het Groenboek wordt gesproken over maatregelen ter bevordering van de gendergelijkheid onder gezondheidswerkers. De PvdA fractie vraagt zich af welke maatregelen het Kabinet neemt met het oog op gendergelijkheid?*

Alle maatregelen die het kabinet neemt, hebben als randvoorwaarde dat ze een gelijke mate van economische onafhankelijkheid voor vrouwen en mannen verwezenlijken. Daarnaast bestaat er een geheel van zowel nationale als internationale regelgeving over het recht op gelijke kansen en gelijke behandeling waaraan het kabinet zich dient te houden.

26

*Verder vragen we ons af of de minister van VWS de mening deelt dat gendergelijkheid als strategie alleen niet voldoende is, maar dat er ook maatregelen genomen moeten worden die de combinatie tussen arbeid en zorg vergemakkelijken.*

Mogelijkheden om arbeid en zorg goed te combineren zijn belangrijk. Deze vergen een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, werkgevers en werknemers. Het kabinet probeert de gezinnen te ondersteunen. Het is daarbij belangrijk om de randvoorwaarden te creëren waardoor elk gezin zijn eigen balans kan zoeken tussen werk en zorg. Als zodanig vullen strategieën ter bevordering van gendergelijkheid en het combineren van arbeid en zorg elkaar aan.

27

*Voor de zorgsector is het van belang om jongeren op te leiden, aan te werven en in dienst te houden. Wordt er bij de maatregelen die daartoe genomen worden ook rekening gehouden met verlofregelingen, aanpassing van de arbeidstijden en de mogelijkheid van flexibele werktijden?*

Het arbeidsmarktbeleid in de zorg is primair een verantwoordelijkheid van de werkgevers in de zorg. Het beleid van VWS is hier ondersteunend aan. Voor beleidsmaatregelen die VWS binnen de verantwoordelijkheidsverdeling neemt verwijs ik u naar mijn brief van 24 september 2008<sup>1</sup>. Bij de maatregelen die specifiek gericht worden op jongeren wordt aangesloten bij de wensen die jongeren hebben. Flexibele werktijden, mogelijkheid om in deeltijd te werken en verlofregelingen maken hier onderdeel van uit. Vanuit het kabinet bekijken wij ook op welke wijze het mogelijk is de werktijden en de verlofregelingen te flexibiliseren. Het kabinet heeft daarvoor in november 2008 de beleidsverkenning modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden naar de Tweede Kamer gezonden. De uitwerking van deze verkennende notitie ontvangt de Kamer voor het zomerreces.

28

*In het Groenboek staat dat de uitgavenniveaus voor het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg geëvalueerd gaan worden. Wat wordt hier precies mee bedoeld?*

Hier wordt, naar mijn mening, bedoeld dat men de uitgaven in de zorg aan zorgpersoneel van de Lidstaten gaat vergelijken.

29

*Er wordt tevens gesteld dat de motivatie en het moreel van gezondheidswerkers bevordert dienen te worden. Waaruit blijkt dat dit nodig is?*

De EU heeft geconstateerd dat in een aantal Lidstaten de motivatie en het moreel van gezondheidswerkers bevordert dient te worden. Dit geldt

<sup>1</sup> Tweede Kamer vergaderjaar 2008–2009, 29 282 nr. 71.

overigens niet voor Nederland. Onderzoek laat zien dat er sprake is van een hoge motivatie onder zorgprofessionals van alle niveaus.

30

*Is het beeld dat een baan in de zorg relatief zwaar is inmiddels al gekanteld?*

Uit cijfers van de OSA blijkt dat het percentage werknemers dat lichame-lijk zwaar werk verricht is gedaald van 48% in 2001 naar 44% in 2006. Het percentage werknemers dat geestelijk zwaar werk verricht is afgenomen van 49% in 2001 naar 45% in 2006. Werken onder tijdsdruk blijft het meest voorkomende arbeidsrisico, maar het percentage werknemers dat onder tijdsdruk arbeid verricht is gedaald van 51% in 2001 naar 48% in 2006.<sup>1</sup>

31

*Ervaren mensen die momenteel werkzaam zijn in de zorg hun baan nog steeds als (fysiek) zwaar en belastend?*

In aanvulling op de percentages genoemd in vraag 30 scoren werknemers over het algemeen positief op de arbeidsbeleving. Werknemers scoren minder positief op de ervaren werkdruk, al zijn hier in de afgelopen jaren weinig veranderingen in te ontdekken.<sup>2</sup> De belangrijkste factoren die de werkbeleving (negatief) beïnvloeden zijn organisatiegebonden aspecten. Voor de zorg blijft het dus van belang om verder te investeren in innovatieve werkprocessen, het terugdringen van administratieve lasten, relatie met leidinggevende etc. Op dit laatste aspect, de waardering van de direct leidinggevende, wordt erg positief gescoord. Vanuit VWS wordt door het ingezette arbeidsmarktbeleid en innovatiebeleid (via het Zorginnovatieplatform) ook veel aandacht besteed aan innovatieve werkprocessen die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de ervaren werkdruk.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat werknemers tevreden zijn over hun werk. Maar liefst 35% van de werknemers scoort «zeer tevreden» en 56% scoort «tevreden».<sup>3</sup> Dit blijkt ook uit het feit dat verschillende arbeidsomstandigheden, zoals bijvoorbeeld een hoge mate van fysieke belasting, lang niet altijd als belemmerend wordt ervaren. Mede gezien de ontwikkelingen die zich in de maatschappij en op de arbeidsmarkt voordoen blijft het echter van groot belang om te blijven investeren in goede arbeidsomstandigheden.

32

*Wat is het effect van de maatregelen die op dit gebied genomen zijn?*

Door zowel werkgevers in de zorg, de sociale partners als de rijksoverheid worden maatregelen genomen op het terrein van arbeidsomstandigheden. De maatregelen zijn zeer divers en lopen uiteen van de thema's innovatieve werkprocessen (bijvoorbeeld via het ZIP<sup>4</sup>), agressie en geweld (bijvoorbeeld via het project veilige zorg<sup>5</sup> en veilige publieke taak<sup>6</sup>) en fysieke belasting (bijvoorbeeld via het project Ergocoaches<sup>7</sup>). Het effect hiervan laat zich moeilijk kwantificeren. In vraag 31 zijn percentages genoemd over een aantal arbeidsomstandigheden. Naast deze genoemde percentages kan ook het ziekteverzuim een indicator zijn. Het ziekteverzuim in de sector zorg en welzijn is gedaald van 7,8% in 2000 naar 5,0% in 2008<sup>8</sup>.

33

*In hoeverre dragen de huidige ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologie en telegeneeskunde bij aan het verlichten van de werkdruk van zorgpersoneel? Is dit bekend, wordt hier onderzoek naar gedaan?*

<sup>1</sup> OSA: Trendrapport Vraag naar arbeid 2006.

<sup>2</sup> Prismant: Arbeid in Zorg en Welzijn 2008.

<sup>3</sup> OSA: Trendrapport Aanbod van arbeid 2007.

<sup>4</sup> [www.zorginnovatieplatform.nl](http://www.zorginnovatieplatform.nl)

<sup>5</sup> [www.minbzk.nl](http://www.minbzk.nl)

<sup>6</sup> [www.ergocoaches.nl](http://www.ergocoaches.nl)

<sup>7</sup> [www.ergocoaches.nl](http://www.ergocoaches.nl)

<sup>8</sup> [www.vernet.nl](http://www.vernet.nl)

De huidige technologische ontwikkelingen bieden vele mogelijkheden, ook voor de zorg. Een belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van nieuwe technologieën voor de zorg is de kwaliteit van zorgverlening. Een aansprekend voorbeeld is het Elektronisch Patiënten Dossier. Hierdoor kan informatie sneller en beter worden gedeeld waardoor er minder tijd wordt besteed aan informatieoverdracht, wat mogelijk ook de werkdruk kan verlichten. Een betere informatieoverdracht komt ook de kwaliteit van zorg ten goede. Technologie wordt ook ingezet voor het leveren van zorg op afstand, bijvoorbeeld via «screen to screen» toepassingen. Ook hier zijn, naast het leveren van een betere kwaliteit van zorg, extra voordelen. Door dergelijke toepassingen kan bijvoorbeeld reistijd worden bespaard, wat ook een verlichting van de werkdruk kan betekenen. Ik vind het belangrijk dat er bij het toepassen van nieuwe technologieën in de zorg aandacht wordt besteed aan scholing en aan de implementatie hiervan in het zorgverleningsproces. Alleen zo kan de komst van nieuwe technologie er toe leiden dat tijd kan worden bespaard en mogelijk ook een verlichting van de werkdruk kan worden gerealiseerd. De werkdruk die iemand ervaart is echter moeilijk te kwantificeren en is afhankelijk van veel factoren. De relatie tussen werkdruk en het invoeren van nieuwe technologie is dan ook moeilijk te leggen. Er zijn mij geen onderzoeken bekend waarbij deze relatie duidelijk wordt gelegd.

34

*Men wil de belangstelling voor wetenschappelijke beroepen in scholen stimuleren door te wijzen op de minder bekende carrièremogelijkheden in de gezondheidszorg. Wordt er daarbij ook gewezen op «nieuwe» beroepen als: nurse practitioner, technische geneeskunde en physician assistant?*

Het beleid van Nederland is gericht op het werven van zoveel mogelijk mensen voor de gezondheidszorg. Ook op het behouden van zoveel mogelijk mensen in de zorg. Om er voor te zorgen dat er in de toekomst voldoende en goed opgeleid personeel voor de zorg beschikbaar blijft, is het van belang dat er op korte en lange termijn voldoende mensen instromen in de zorgopleidingen. Dat betekent ondermeer investeren in meer mensen werven voor de zorg en investeren in groepen mensen die ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector. Hiervoor faciliteren wij bijvoorbeeld het voorlichten van jongeren over werken in de zorg. Hieronder vallen ook de nieuwe beroepen in de gezondheidszorg.

35

*In hoeverre worden de opleidingscentra in Nederland voorbereid op nieuwe behandeltechnieken en in hoeverre passen zij hun opleidingsaanbod hierop aan? Welke maatregelen neemt het Kabinet om opleidingscentra hierin te stimuleren? Wordt er binnen het opleidingsaanbod voldoende aandacht besteed aan het gegeven dat er in toenemende mate sprake is van verspreiding van (tropische) ziekte, door een toegenomen mobiliteit?*

Naar mijn mening zijn beroepsorganisaties, in samenspraak met werknemers en werkgeversorganisaties, verantwoordelijk voor het profiel van het beroep. Daarbij hoort ook dat de relevante ontwikkelingen in deze profielen worden vertaald. Ik stel de wetenschappelijke verenigingen voor medisch specialisten of de verschillende verenigingen voor beroepsbeoefenaren en ook de opleidingsinstellingen, op de hoogte van de bij mij bekende aanbevelingen van onderzoeken, zoals bijvoorbeeld van de Inspectie. Ik verzoek daarbij uitvoering aan de aanbevelingen, bijvoorbeeld ten aanzien van nieuwe behandeltechnieken, te geven. In de Wet BIG staan de opleidingsvereisten van een groot aantal beroepen vermeld, zoals de verpleegkundigen en (basis)artsen. Deze opleidings-

vereisten zijn een vertaling van het beroepsprofiel van het betreffende beroep. De opleidingsinstituten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteitszorg wat betreft de ontwikkeling van de opleidingsprofielen en de uitwerking in curricula.

36

*Er wordt gesteld dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn. Hoe ziet het Kabinet dat in Nederland voor zich? Laten we het numerus fixus principe los?*

Om er voor te zorgen dat er in de toekomst ruim voldoende en goed opgeleid personeel voor de zorg beschikbaar blijft, is het van belang dat er op korte en lange termijn ruim voldoende mensen instromen in de zorgopleidingen. Hiertoe laat het kabinet zich voor de numerus fixus en de medische vervolgopleidingen adviseren door het Capaciteitsorgaan. Het verruimen dan wel afschaffen van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde raakt dit. De RVZ is gevraagd advies uit te brengen of het verruimen dan wel afschaffen van de numerus fixus bijdraagt aan het verlagen van de salarissen voor de medisch specialisten, leidt tot lagere zorgkosten en een meer gelijk speelveld tussen medici, management, verzekeraars en patiënten. Een afschrift van dit verzoek is 19 maart 2009 naar de Kamer verstuurd<sup>1</sup>.

37

*Het opleiden van personeel, ook in de gezondheidszorg, is mede een zaak van de bedrijfstakken zelf. In hoeverre worden bedrijven gestimuleerd en meegenomen om aan de eisen en trends van de huidige gezondheidszorg en arbeidsmarkt te voldoen?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoorden op vraag 4 en vraag 35.

38

*In het Groenboek wordt gesproken over de brain drain van zorgpersoneel, met name in relatie tot ontwikkelingslanden. Moeten we daarnaast ook niet voorkomen dat zorgpersoneel vanuit Oost Europa wegtrekt om hun heil in het westen te zoeken?*

Van brain drain is sprake als zorgpersoneel weggetrokken wordt uit minder welvarende landen, die zelf met een tekort aan zorgpersoneel te kampen hebben. Ten aanzien van Oost-Europa dienen we ons wel te realiseren dat binnen de EU sprake is van een vrij verkeer van personen.

39

*En hoe verhoudt dit zich dan in het aanbieden van taalcursussen ter ondersteuning van de mobiliteit van werknemers?*

Indien gezondheidswerkers in andere landen gaan werken is het vanzelfsprekend dat taalcursussen aangeboden worden. Uiteraard is het de verantwoordelijkheid van deze gezondheidswerkers zelf en hun werkgevers dat zij in voldoende mate kunnen communiceren met de patiënten.

40

*Ook wordt er in dat verband gesproken over «circulaire» mobiliteit, maar wat te doen als gezondheidswerkers na een periode in een ander land niet terugkeren naar hun thuisland?*

Over de haalbaarheid en het effect van arbeidsmigratie ben ik terughoudend. Er kleven ethische en praktische bezwaren aan arbeidsmigratie. Zo is het niet terugkeren van gezondheidswerkers naar hun thuisland een

---

<sup>1</sup> MEVA/NBO-2915895.

lastige barrière. Ik ben van mening dat dit onderzocht dient te worden. Ik ben daarom verheugd dat de ZIP-commissie Arbeidsmarkt de mogelijkheden van arbeidsmigratie in het kader van het arbeidsmarktadvies zal onderzoeken. Uiteraard zal de ZIP-commissie Arbeidsmarkt ethische en praktische zaken meenemen in het onderzoek.

41

*Er wordt gezegd dat ondernemingen binnen de zorg (zelfstandige gezondheidswerkers) kunnen bijdragen tot versterking van de Europese economische groei, als ook de toegang tot de gezondheidszorg kunnen verbeteren. De PvdA fractie vraagt zich af waaruit die relatie precies blijkt?*

In de paragraaf 6 over «de rol van de zelfstandige gezondheidswerkers» staan twee verwijzingen naar bronnen die het Groenboek heeft benut:

- de commissiemededeling van 4 oktober 2007 «Het midden- en kleinbedrijf: de sleutel tot meer groei en werkgelegenheid. Tussentijdse evaluatie van het moderne mkb-beleid»;
- de commissiemededeling «Denk eerst klein – een Small Business Act voor Europa», COM(2008)394.

42

*Aansluitend wordt er in het Groenboek gesuggereerd ondernemers aan te moedigen om actief te worden in de gezondheidssector. Hoe ziet de minister dit voor zich? Moeten meer mensen als ZZP'er aan de slag? Willen we meer ondernemerschap binnen de zorg? Schiet dat nu tekort?*

In het AO van 4 februari 2009 (met de bewindslieden van VWS) over de Arbeidsmarkt en Innovatie en in dat van 12 februari 2009 (met de minister van SZW en de staatssecretarissen van Financiën en VWS) over de ZZP'ers is het kabinetsbeleid ten aanzien van de ZZP'ers in zijn algemeenheid én in het VWS-veld uitgebreid aan de orde geweest. Voor het eerste aspect is met name gewezen op hetgeen het kabinet in het coalitieakkoord heeft opgenomen (pagina 15, punt 2) over het stimuleren van het zelfstandig ondernemerschap. Voor het tweede aspect was de kern van het verhaal toen dat de VWS-inzet er op gericht is dat het mogelijk moet blijven dat ZZP'ers ingezet kunnen worden, mede gezien het (arbeidsmarkt-technische) belang om iedereen die in de zorg wil werken, daartoe ook in de gelegenheid te stellen. Daarbij zijn ook de randvoorwaarden aan de orde geweest die daar wat het kabinet betreft bij in acht moeten worden genomen.

De specifieke randvoorwaarde bij een vergroting van de inzet van ZZP'ers in de zorg is dat wij niet willen dat de kwaliteit van de zorg er door afneemt. Ook willen we niet dat de zorg er duurder door wordt en dat de transparantie over de zorgverlening vermindert. Als meer algemene randvoorwaarde geldt dat er geen sprake mag zijn van gedwongen constructies. Zowel de zorgvrager als de zorgverlener moet zich terdege bewust zijn van de consequenties van hun keuze. De cliënt moet zich realiseren wat de gevolgen zijn als hij opdrachtgever is of wordt. Zo moet de ZZP'er ook bewust zijn van wat hij voor zichzelf moet regelen als consequentie van zijn bijzondere situatie in de sociale zekerheid en de effecten die dat heeft op zijn tariefstelling.

43

*In hoeverre bekijkt het Kabinet de tekorten die er momenteel zijn binnen de zorg in relatie tot de huidige crisis. In hoeverre wordt er actief geprobeerd om mensen die binnen andere sectoren op straat zijn komen te staan zo snel mogelijk om te scholen naar een baan in de zorg?*



De zorgsector staat de komende jaren voor een flinke uitdaging om voldoende personeel aan te trekken om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. De huidige conjunctuur biedt de zorg meer kansen op het aantrekken van personeel. Voor een nadere uitwerking verwijs ik allereerst naar de brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over het Resultaat Sociaal Overleg 24 maart 2009<sup>1</sup>. Werklozen omscholen naar de zorg biedt een kans om personeel aan te trekken. Alle partijen die kunnen bijdragen, zullen dat moeten doen. Met name op het niveau van de regio, want daar worden de problemen gevoeld en ligt de sleutel voor de oplossing.

44

*Voeren de opgezette mobiliteitscentra actief beleid uit om dit voor elkaar te krijgen?*

Naar aanleiding van de personele gevolgen als gevolg van de Wmo is in januari 2008 het Mobiliteits Centrum Thuiszorg (MCT) opgericht. Binnen het MCT zijn diverse partijen samengebracht zoals VWS, SZW, UWV, Actiz, BTN, Calibris, CNV, ABVAKABO FNV, ABU, Boaborea en Regioplus. Het CWI vervult hierin een coördinerende rol. In de afgelopen anderhalf jaar is het MCT bij een tiental thuiszorgorganisaties betrokken geweest om gezamenlijk de arbeidsmarktproblemen aan te pakken. Dit heeft tot goede resultaten geleid. Op dit moment wordt door het MCT een aantal thuiszorginstellingen waar ontslag of overgaan van thuiszorgpersoneel naar andere instellingen dreigt, concrete ondersteuning geboden. Die ondersteuning leidt er toe dat ontslag zoveel mogelijk wordt voorkomen en de overgang van personeel soepel verloopt.

In het kader van de afspraken voor de bestrijding van de economische crisis heeft het ministerie van SZW eind 2008 het eerste algemene mobiliteitscentrum opgezet. Op 1 maart 2009 is het 33e mobiliteitscentrum geopend. Daarmee is er sinds kort een landelijk dekkend netwerk van mobiliteitscentra in Nederland. Het is te verwachten dat deze mobiliteitscentra, zeker gezien de huidige economische omstandigheden, vergelijkbare resultaten kunnen behalen als het MCT.

45

*In hoeverre speelt hierbij het gegeven een rol dat de mensen die ontslagen zijn vooral werkzaam zijn binnen industriële beroepen? Is het realistisch dat zij om te scholen zijn tot, dan wel interesse hebben in een baan in de zorg?*

Er zal met het oog op de lange termijn alles op alles gezet moeten worden om het mogelijk extra te werven personeel definitief voor de zorg te winnen. Voor iedere werkloze geldt mede daarom dat omscholen naar de zorg affiniteit vraagt met de zorg. Bovendien moet personeel voldoen aan de wensen van zorginstellingen. Daarbij moet men zich overigens realiseren dat een zorgopleiding een flinke investering vraagt van zowel de werkloze als de zorginstelling. Een opleiding tot verzorgende duurt 3 jaar en tot verpleegkundige 4 jaar. Via het toepassen van het EVC-instrumentarium kan dat deels ingekort worden, maar ook dan blijft het een flinke investering. Omscholen naar de zorg is realistischer naarmate werklozen uit andere sectoren meer affiniteit hebben met de zorg en beter voldoen aan de wensen van zorginstellingen.

46

*In hoeverre worden ROC's en andere opleidingscentra juist nu aangemoedigd om jongeren te enthousiasmeren en voor te bereiden op een baan in de zorg? Juist ook in relatie tot de jeugdwerkloosheid waarover in de media gesproken wordt.*

---

<sup>1</sup> AV/SDA 2009/7244.

ROC's hebben veel contacten met het regionale en lokale werkveld. Het versterken van de regionale samenwerking is daarbij van groot belang voor het adequaat opleiden van nieuwe beroepsbeoefenaren. De zorg vormt een onderdeel van deze regionale structuur. Regionaal zijn er platforms gecreëerd waarin de onderwijsinstellingen met het zorgveld overleggen over de aantallen scholieren die opgeleid moeten worden voor de zorg. Ik ga er van uit dat de huidige economische crisis aanknopingspunten biedt om achterblijvende opleidingen meer onder de aandacht te brengen van de jeugd. Goed opgeleide jongeren met een diploma vergroten de kansen op de arbeidsmarkt en verkleinen de kans op jeugdwerkloosheid. Daarnaast wordt aan ROC's gevraagd jongeren die vanuit de reguliere, initiële opleidingen uitstromen naar sectoren waar (tijdelijk) forse werkloosheid dreigt, te stimuleren tot het volgen van een vervolgopleiding.

47

*Wat is het effect van de maatregelen die het Kabinet reeds heeft genomen om naast jongeren ook vooral mannen «enthousiast» aan te moedigen voor een baan in de zorg te gaan? Maatregelen die voor de crisis al in gang zijn gezet. Wat is hiervan de stand van zaken?*

Het aantal mannen in de zorg is weliswaar gestegen, maar het gaat slechts mondjesmaat. Cultuurverschillen tussen mannen en vrouwen spelen hierbij een belangrijke rol. Er blijken tussen zorginstellingen en ook tussen scholen aanmerkelijke verschillen te bestaan in het aandeel mannen dat voor de zorg kiest. Onderzocht wordt thans welke factoren en maatregelen hieraan ten grondslag liggen, en wat andere scholen en instellingen daarvan kunnen leren. Voor de arbeidsmarktmaatregelen in het kader van het actieplan «Werken aan de Zorg» verwijs ik u naar mijn brieven aan de Kamer van 24 september 2008 en 23 december 2008<sup>1</sup>.

#### **Vragen van de SP-fractie**

48

*De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het standpunt van de regering ten aanzien van de migratie van gezondheidswerkers zowel binnen als buiten de Europese Unie. De leden van de SP-fractie zijn niet tegen vrijwillige migratie en zijn voor een zorgvuldige maar efficiëntere assessment-procedure voor buitenlands gediplomeerden. De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe dit zich rijmt met de eerdere toezeggingen van de minister van Volksgezondheid om te kijken naar een verbod of beperking van het actief werven van zorgpersoneel in lidstaten waar zelf al tekorten zijn aan zorgpersoneel.*

Zie hiervoor mijn antwoorden op de vragen 16, 17 en 38.

49

*Als aanvulling zouden de leden van de SP-fractie willen vragen of het op Europees niveau mogelijk is om te werken aan het gemakkelijker uitwisselen van registraties van artsen en verpleegkundigen. Dit om volgende gevallen zoals de in Engeland geschorste arts, bijgenaamd Dokter Wodka, te voorkomen.*

In Europees verband zijn reeds afspraken gemaakt en tegen deze achtergrond kan de gedachte verder onderzocht worden. In Europa is reeds gaande artikel 8 en 56 van Richtlijn 2005/36/EG, die bepalen dat lidstaten van de EER onderling informatie uitwisselen over bevoegdheidsbeperkingen van beroepsbeoefenaren. De bevoegde autoriteiten hebben in 2005 in Edinburgh afspraken gemaakt over een standaard verklaring van bevoegdheid die de beroepsbeoefenaren bij migratie naar een andere

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 71 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, nr. 79.

lidstaat altijd moeten overleggen. Deze verklaring heet het European Certificate of Current Professional Status (ECCPS).

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

50

*Wat is de stand van zaken wat betreft de taaltoets voor zowel zorgpersoneel als verpleegkundigen en artsen vanuit het buitenland?*

Het beheersen van de landstaal is van groot belang. Om die reden is het onderdeel 'beheersing van de Nederlandse taal' een belangrijk element binnen de assessment-procedure die artsen, tandartsen en verpleegkundigen met een getuigschrift van buiten de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland moeten doorlopen om in het BIG-register te worden opgenomen. Op grond van Europese afspraken, kan een dergelijke eis niet gesteld worden aan beroepsbeoefenaren met een getuigschrift afgegeven door een land binnen de EER of in Zwitserland. Daarvoor geldt overigens wel dat de werkgever of een zorgverzekeraar een dergelijke eis kan stellen.