



ArbeidsmarktEffectRapportage - Fase II

**Stelselwijzigingen en decentralisaties
in de langdurige zorg en ondersteuning,
en in de jeugdhulp**

Zoetermeer, 12 september 2014

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Onderzoeksdoel en -opzet	11
1.3 Leeswijzer	13
2 Context: transitie en beleidsontwikkeling	15
2.1 Ontwikkelingen bij gemeenten	15
2.2 Ontwikkelingen bij zorgverzekeraars en zorgkantoren	17
2.3 Ontwikkelingen bij zorgaanbieders	18
2.4 Afstemming tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders	19
3 Arbeidsmarkteffecten	23
3.1 Uitgangspunten bij bepalen arbeidsmarkteffecten	23
3.2 Beschikbaar budget op macroniveau	24
3.3 Aspecten die het effect op microniveau beïnvloeden	26
3.4 Meer of minder effect op microniveau	37
3.5 Proactieve en reagerende aanbieders	37
3.6 Micro-effecten werkenden	39
Bijlagen	
Bijlage 1 Leden begeleidingscommissie	
Bijlage 2 Factsheets PGGM	
Bijlage 3 Uitkomsten enquête gemeentelijk beleid	
Bijlage 4 Uitkomsten WGE	
Bijlage 5 Uitkomsten pilot casestudies	
Bijlage 6 Macroprognoses van de uitbreidingsvraag; een update	

Samenvatting

Inleiding

Dit rapport bevat een overzicht van de informatie die is verzameld in het kader van de tweede fase van de ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) over de gevolgen van de stelselwijzigingen in de Langdurige zorg en de Jeugdhulp. Het doel van deze tweede fase van de AER is om de in de eerste fase opgedane kennis verder te verbreden en meer te richten op feitelijke ontwikkelingen, wat globaal neerkomt op 2013 en de eerste helft van 2014. Hiervoor is door enquêtes en case studies bij gemeenten en zorgaanbieders meer kennis over het beleid en de effecten daarvan vergaard. Ook zijn gerealiseerde werkgelegenheidscijfers verzameld en is beperkt literatuuronderzoek verricht.

Krimp werkgelegenheid

De stelselwijzigingen resulteren op macroniveau in een daling van de werkgelegenheid in langdurige zorg en jeugdhulp. De eerste resultaten daarvan zijn zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de cijfers van PGGM. De afname van de werkgelegenheid lag tussen het eerste kwartaal 2013 en het eerste kwartaal 2014 op 2,7%, ongeveer 20.000 personen (12.000 fte's). Van belang is op te merken dat uitzendkrachten, alfhulpverleners en zelfstandigen (in brede zin) niet in de cijfers verwerkt zijn. Dit kan zowel een over- als een onderschatting van de ontwikkeling betekenen.

Sinds de eerste fase van de AER zijn aanvullende budgetten beschikbaar gekomen, waardoor de gevolgen voor de arbeidsmarkt waarschijnlijk beperkter worden dan eerder voorzien. Een berekening op basis van de door het kabinet beschikbaar gestelde budgetten laat een verlies aan werkgelegenheid zien van bijna 30.000 personen (12.000 fte's, 2015 t.o.v. 2013) in langdurige zorg en jeugdhulp. In deze berekening is de op 7 juli toegezegde huishoudelijke hulp toelage (€ 75 miljoen in 2015 en in 2016) niet meegenomen. Met de inzet van deze middelen kunnen gemeenten de komende jaren de krimp van de werkgelegenheid beperken.

De berekening gaat ervan uit dat het door het kabinet beschikbaar gestelde budget 1-op-1 wordt doorgegeven. Het feitelijk voor de zorgsector beschikbare budget zal daar in de praktijk waarschijnlijk van afwijken. De daadwerkelijke ontwikkelingen wijken daarmee af van de macroberekening. Zorginkopers spelen hierin een cruciale rol, zij kunnen de arbeidsmarkteffecten versterken dan wel verzachten. Belangrijke elementen daarin zijn aanvullende bezuinigingen of intensiveringen op het totaalbudget door inkopers, uitvoeringskosten en frictiekosten. De samenvatting gaat verderop nader op deze zaken in.

Mutaties op microniveau

Het is bovendien belangrijk op te merken dat de berekening op macroniveau geen inzicht biedt in de mutaties die op microniveau plaatsvinden. Achter de doorrekening van budgetten gaan op instellingsniveau reorganisaties schuil en zal, aanvullend op het verlies aan werkgelegenheid zoals hierboven geschetst, ook werkgelegenheid verschuiven tussen instellingen, tussen sectoren en tussen typen medewerkers. Dit heeft gevolgen voor individuele aanbieders en werknemers. Belangrijke aspecten die daarbij een rol spelen:

- Snelheid beleidskeuzes inkopers
- Keuzes bij het doorvoeren van de budgetkorting
- Wijze van contractering en opdrachtverstrekking
- Veranderde eisen aan dienstverlening

- Social return
- Concurrentie en samenwerking
- Friciekosten en administratieve lasten.

Ook deze aspecten komen hieronder nader aan bod.

Arbeidsmarkteffecten op onderdelen

Gedrag inkopers

Arbeidsmarkteffecten komen in de eerste plaats voort uit de budgetkorting die gepaard gaat met de transitie. In de enquête gaf 40% van de gemeenten aan de budgetkorting (deels) te willen doorvoeren door minder zorg in te kopen. Ongeveer de helft van de gemeenten kiest ervoor om de budgetkorting (tijdelijk of structureel) deels te compenseren vanuit eigen middelen, door het aanspreken van reserves en/of het schuiven met middelen binnen het sociale domein. Wat het uiteindelijke effect is van deze verschillende keuzes van gemeenten is op dit moment niet te zeggen.

De zorgkantoren hanteren volgens VGN en ActiZ al in 2015 lagere tarieven. De arbeidsmarkteffecten van de Wlz (budgettair voorzien in 2017) worden daarmee in hun ogen naar voren gehaald. Door de samenloop met de verschuiving van diensten van AWBZ naar Wmo ontstaan hierdoor extra arbeidsmarkteffecten. Denk hierbij aan hogere frictiekosten omdat aanbieders op korte termijn meer maatregelen nemen, op het gebied van vastgoed en personeel.

Tariefverlaging of minder zorg

Gemeenten zijn vrij om vorm te geven aan de budgetkorting, waardoor een diversiteit van mogelijkheden ontstaat. Vrijwel alle gemeentes geven aan daarvoor meer in te zetten op algemene voorzieningen, andere concepten, vrijwilligers en mantelzorg. Rond 70% voorziet daarbij tariefbesparingen (in de Wmo is dat bijna 82% van de gemeenten), en rond 40% wil bezuinigen op de hoeveelheid zorg.

Bezuinigingen op de hoeveelheid zorg werken vrij rechtstreeks door in de omvang van de werkgelegenheid. Bij tariefbesparingen is dat minder eenduidig. Positief bezien kunnen die leiden tot productiviteitsverhogende innovaties. In negatieve zin kunnen ze leiden tot druk op de arbeidsvoorwaarden en vervanging van huidig personeel door goedkoper personeel. In veel sectoren waar marktwerking de vorm heeft van (vooral) prijsconcurrentie treden dergelijke effecten op. Tariefverlaging zet op korte termijn aan tot innovaties, maar brengt het risico van een 'race-to-the-bottom' naar bodemprijzen met zich mee.

Ook dient de vraag zich aan hoe tariefverlaging zich verhoudt tot de veranderende eisen aan dienstverlening (zie verder). Als bijvoorbeeld aanbestedingseisen met betrekking tot functie- of opleidingseisen gecombineerd worden met vereiste tariefverlaging kan dat tot problemen leiden.

Uitvoeringskosten

Een deel van het budget gaat naar de dekking van uitvoeringskosten van gemeenten. Hoewel dit grotendeels werkgelegenheid is, en dus op macroniveau van beperkte invloed, gaat het om andersoortig werk dat niet verricht zal worden door de huidige zorgaanbieders. Het is onzeker of de huidige werknemers ervoor in aanmerking komen. Het lijkt waarschijnlijk dat de uitvoeringskosten voor de beleidsterreinen die naar de gemeenten verschuiven hoger uitkomen dan in de huidige uitvoering van de AWBZ (rond 3,5%), ook omdat gemeenten taken uitvoeren die eerder werden uitgevoerd door zorgaanbieders.



Social return on investment

Afhankelijk van de invulling, kan social return on investment leiden tot vervanging van huidig personeel door ander personeel. Op microniveau kan het vragen om nadere aanpassingen van de arbeidsorganisatie en dus mogelijk leiden tot frictiekosten. Gemeenten hebben instrumenten in huis om dat proces te ondersteunen en zo de kosten in te perken. Veel gemeenten wisten in juni 2014 nog niet of en hoe(veel) ze social return gaan meenemen in de aanbesteding.

Veranderende eisen aan dienstverlening

De gewenste innovaties stellen veranderende eisen aan de dienstverlening. Betrokken partijen denken veelal dat dit leidt tot een (relatief) grotere behoefte aan hoger opgeleid personeel, met andere competentie-eisen dan nu het geval is. In termen van arbeidsmarkteffecten kan dan gedacht worden aan:

- Lagere behoefte aan (vooral) personeel op MBO 1 en 2 niveau.
- Mismatches (en frictiekosten) tussen benodigde en beschikbare werknemers.
- De noodzaak van competentieontwikkeling.

Nieuwe toetreders

Een deel van de omzet zal naar nieuwe toetreders gaan. De eerste jaren is dat naar verwachting nog relatief beperkt, maar 20% van de gemeenten geeft ook nu al aan daar actief beleid op te gaan voeren (het kan ook een klein deel van de aanbesteding betreffen). Het toetreden van nieuwe aanbieders leidt tot verplaatsing van werkgelegenheid, waarbij het niet noodzakelijk dezelfde werkenden betreft. Ook krimp en wellicht faillissement van sommige huidige zorgaanbieders kunnen het gevolg zijn. Een economisch algemeen verschijnsel is verder dat nieuwe toetreders innovatie aanjagen door een frisse blik en vernieuwende bedrijfsconcepten.

Men kan zich afvragen in welke mate sprake is van eerlijke concurrentie tussen huidige en nieuwe aanbieders. Nieuwe aanbieders hebben mogelijk een concurrentievoordeel omdat zij geen vastgoed en/of doorlopende (dure) arbeidscontracten hebben. Daar staat tegenover dat zij opstartkosten hebben en een lokaal netwerk (waaronder bijvoorbeeld naamsbekendheid bij cliënten) moeten opbouwen. Al met al valt niet te zeggen welke factoren overheersen.

Ervaring in andere sectoren leert dat het risico bestaat dat concurrentie een maatschappelijk onwenselijke vorm krijgt. Inkoopers hebben daar grote invloed op bij de vormgeving van het inkoopproces en bij de besluitvorming over de inkoop.

Onzekerheid zorginkoop

Er zijn nog vele onzekerheden waar het gaat om de uiteindelijke arbeidsmarkteffecten van de stelselwijzigingen. Deze onzekerheid wordt in de eerste instantie veroorzaakt door de zorginkoop. Voor een deel van de gemeenten is het onwaarschijnlijk dat de inkoop tijdig is afgerond. Een deel van de gemeenten geeft aan (juni 2014) meer tijd en ondersteuning nodig te hebben en er is onder gemeenten een behoefte aan meer informatie over wet- en regelgeving per 2015 (in het bijzonder ten aanzien van de jeugdhulp). Veel zorgaanbieders hebben in juni 2014 dan ook nog geen concreet beeld van de aard en omvang van hun werk en omzet in 2015 en verder.

Pas wanneer de inkoop is afgerond en verwerkt in het personeelsbeleid van huidige en nieuwe zorgaanbieders en van gemeenten zal er meer duidelijkheid ontstaan over de uiteindelijke arbeidsmarkteffecten. Dit zal naar verwachting in het laatste kwartaal

van 2014 en de eerste helft van 2015 zijn. Maar ook daarna zullen transities en daarmee personele veranderingen nog door blijven gaan.

Friciekosten en administratieve lasten

De huidige zorgaanbieders krijgen te maken met frictiekosten, vooral op het gebied van vastgoed en personeel (ontslag, scholing, mobiliteitstrajecten). Door de decentralisatie wordt het aantal inkoopprocedures verhoogd en daarmee de administratieve lasten voor zorgaanbieders, zeker op de korte termijn. Bovendien lopen de procedures uiteen tussen gemeenten. Zowel inkopers als zorgaanbieders maken bovendien kosten voor het voorbereiden en managen van de transities. Hoewel het hier ook om werkgelegenheid gaat, gaat het ten koste van het werk van zorgverleners en de hoeveelheid verleende zorg.

De gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg aan cliënten. Voor de personele gevolgen bij aanbieders zijn de aanbieders primair zelf verantwoordelijk. Gemeenten geven aan dit als deel van het ondernemersrisico te beschouwen, ook als het om frictiekosten gaat die daaruit voortvloeien. Als door de personele gevolgen de continuïteit van zorg in gevaar komt, krijgen gemeenten er echter alsnog mee te maken.

Vorbereidingen aanbieders

Innovaties vormen belangrijke pijlers van de stelselwijzigingen. Goed ondernemerschap vraagt daarom van zorgaanbieders dat zij zich – ondanks de nog bestaande onzekerheid – voorbereiden op mogelijke scenario's. De eerder gepresenteerde PGGM-cijfers illustreren dat: terwijl in 2013 nog sprake was van gestegen macrobudgetten is de werkgelegenheid gekrompen. In de praktijk betekent dat bijvoorbeeld dat tijdelijke werknemers geen nieuwe (tijdelijke) aanstelling krijgen. Een deel van de zorgaanbieders heeft een sociaal plan voor een toekomstige reorganisatie opgesteld. Ook zijn er zorgaanbieders waar al sprake is van een reorganisatie en van personeelsreductie.

Sectorplannen

Landelijk en regionaal zijn sectorplannen afgesloten die zich richten op van werk naar werk- en mobiliteitstrajecten en op om- en bijscholing. Het kabinet heeft hiervoor € 100 miljoen beschikbaar gesteld en de sectoren leggen minimaal een zelfde bedrag bij. Het sectorplan biedt geen oplossing voor alle arbeidsmarktknelpunten, maar reduceert de frictiekosten voor aanbieders en zorgt ervoor dat een deel van de werknemers eerder een nieuwe functie verwerft en beter voorbereid is op de uitdagingen voor de toekomst.

Vertragingen in de voorbereiding

Door de onzekerheid over de daadwerkelijke contractering door gemeenten kunnen aanbieders vertraging oplopen met het aanpassen van hun personeelsbestand en de hervorming van werkprocessen (de gewenste innovatie). Wanneer dat een efficiënte voorbereiding in de weg staat, kan het een opdrijvend effect hebben op de frictiekosten en de arbeidsmarktknelpunten verergeren. Er is op het moment nog geen zekerheid over de daadwerkelijke contractering door gemeenten waardoor het UWV veelal nog geen goedkeuring kan geven aan een ontslagaanvragen. In combinatie met de late inkoop leidt dit tot extra frictiekosten.

Stapelings van effecten

Bovengenoemde elementen staan niet los van elkaar. Ze kunnen elkaar versterken of juist verzwakken waar het gaat om effecten op de arbeidsmarkt. Hierdoor kunnen grote verschillen tussen regio's ontstaan.



Blik vooruit

Het is nu nog niet volledig duidelijk wat de precieze arbeidsmarkteffecten van de stelselwijzigingen zijn. Alles overziend is wel duidelijk dat het gaat om grote aantallen zorgaanbieders en werkenden die hierdoor geraakt worden. Ingrepen in het huidige personeelsbestand, waaronder gedwongen ontslagen, zijn onvermijdelijk. Daarnaast bieden de stelselwijzigingen ook kansen voor – nieuwe en huidige - individuele aanbieders en werkenden, door marktontwikkelingen en een andere invulling van werkzaamheden. De meeste aanbieders geven aan vertrouwen in de toekomst te hebben.

Ook na 2015 zetten de veranderingen door. Diverse beleidsmaatregelen gaan in 2016 of 2017 in. Bovendien zet een deel van de gemeenten in op een zachte landing. In veel gevallen zal na verloop van tijd ook in die gemeenten de markt meer open gaan. Door de vertragingen in de inkoopprocedures, beleidskeuzes van zorginkopers en de bezuinigingen op het beschikbare budget kunnen de huidige zorgaanbieders in problemen komen, met ook navenante gevolgen voor hun werknemers.

Ook op langere termijn zal de omzet in het deel van de AWBZ dat naar de gemeenten verschuift overigens onzekerder zijn dan nu het geval is. Er is breed draagvlak – ook bij aanbieders – voor een grotere keuzevrijheid van de cliënten. Inkopers, aanbieders en werkenden passen hun werkwijze hierop aan. Het werken met raamcontracten waarbinnen cliënten kunnen kiezen (60 tot 80% van de gemeenten verwacht dit te gaan doen) is een manier om dat te organiseren.

Afsluitend

Uit de enquête komt duidelijk naar voren dat voor lang niet alle gemeenten de werkgelegenheid in zorg en welzijn een punt van aandacht is. Zo is in jeugdhulp en welzijn in ruim 20% van de gemeenten werkgelegenheid geen punt van aandacht, en in ongeveer 35% een beetje (maart 2014). In de Wmo is het beeld anders: daar is slechts in een kleine 10% van de gemeenten de werkgelegenheid geen punt van aandacht. Hoewel de gemeenten niet verantwoordelijk zijn voor arbeidsmarkteffecten, zouden ze die wel moeten kennen, en moeten meenemen in de besluitvoering. Zowel de majeure impact van de wijzigingen als de rol van de gemeenten in bijvoorbeeld de participatiewet zijn in die context relevant.

De samenwerking tussen gemeenten en aanbieders op deelgebieden komt op veel plaatsen goed van de grond, bijvoorbeeld bij het vormgeven van de wijkteams. De betrokken ministeries, brancheorganisaties, VNG en andere partijen faciliteren dat door op diverse terreinen praktijkgerichte werkgroepen in te stellen. Daarnaast zijn zorgaanbieders zich ook aan het oriënteren op de komende uitdagingen en maken daarin strategische keuzes. Daarbij komen nieuwe vormen van zorg en samenwerking tot stand. In kleinere gemeenten blijft de samenwerking wat achter, wat vooral lijkt te liggen aan een minder proactieve houding van de zorgaanbieders, die zich uit zakelijke overwegingen op grote gemeenten richten. Samenwerking tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en inkopers kunnen de frictiekosten positief beïnvloeden, maar daar is ook tijd voor nodig.

Het is duidelijk dat ook deze tweede fase van de AER nog geen zekerheid geeft over de arbeidsmarkteffecten van de stelselwijzigingen. De effecten zullen ook verschillen per regio, afhankelijk van de situatie van aanbieders, werkenden en het beleid van de inkopers. Op macro niveau is in ieder geval sprake van krimp. Het voortzetten van het monitoren van ontwikkelingen en effecten is aan te raden.



1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Nieuwe maatregelen in het Regeerakkoord 2012 gericht op de AWBZ, de Wmo en de Jeugdhulp houden decentralisaties en stelselwijzigingen in met als uitgangspunt zorg dichterbij de burger te brengen. Deze maatregelen gaan gepaard met bezuinigingen. De sociale partners¹ ondersteunen veel uitgangspunten van de stelselwijzigingen en zien kansen waar het bijvoorbeeld gaat om het benutten van de capaciteiten van medewerkers en de zelfregie van burgers. Er zijn echter ook zorgen over het mogelijke verlies van banen, de verplaatsing van arbeidsplaatsen naar de eerstelijns- en preventiesectoren en de ervaring dat bij een stelselwijziging andere kwalitatieve eisen aan de medewerkers worden gesteld. De sociale partners verzochten daarom de Staatssecretaris van VWS om een ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) op te stellen, die zich richt op de mogelijke gevolgen van de stelselwijziging voor de arbeidsmarkt en medewerkers in de betreffende branches binnen zorg en welzijn.

Het onderzoek omtrent deze arbeidsmarkteffecten is opgedeeld in twee fases. De eerste fase van het onderzoek bestond uit het opstellen van scenario's, het doorrekenen van de effecten hiervan en het in kaart brengen van de visie van betrokken partijen. Het rapport van de eerste fase is gepubliceerd in oktober 2013. De eerste fase leverde een aantal goede aanknopingspunten over de te verwachten werkgelegenheidseffecten. Er bleken echter ook nog een aantal onduidelijkheden en onzekerheden te bestaan, zowel met betrekking tot de exacte wetgeving per 1 januari 2015 als ten aanzien van de gemeenten en de aanbieders. Deze onzekerheden lagen in de effectuering van de stelselwijzigingen, het toekomstige (inkoop)beleid van de gemeenten en de mate waarin aanbieders in hun arbeidsmarktbeleid anticiperen door preventieve maatregelen.

Voor de tweede fase van de AER was er dan ook vooral behoefte aan meer objectieve zekerheden en feitelijkheden over de huidige ontwikkelingen. Om deze in kaart te brengen, is voor een onderzoeksopzet gekozen die bestond uit meerdere monitoren, aangevuld met casestudies. Het voorliggende rapport plaatst alle informatie die is verzameld in de tweede fase bij elkaar, en schetst daarmee een beeld van de belangrijkste uitkomsten. De gedetailleerde informatie uit de monitoren is in de bijlagen te vinden.

1.2 Onderzoeksdoel en -opzet

Onderzoeksvragen

Het doel van de tweede fase van de AER was om de in de eerste fase opgedane kennis verder te verbreden, door de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg te monitoren, door meer kennis over het beleid van zo veel mogelijk gemeenten en aanbieders te vergaren en door de beleidsvoornemens van gemeenten en aanbieders aan elkaar te koppelen².

¹ Te weten ActiZ, GGZ Nederland, Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, NU'91, FBZ, BTN, Jeugdzorg Nederland, MOgroep en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

² Ten tijde van de start van de tweede fase van de AER was nog niet bekend dat een deel van de persoonlijke verzorging naar de ZVW gaat. In de oorspronkelijke onderzoeksopzet speelden zorgverzekeraars dan ook een beperkte rol. Later is in de casestudies en de enquête onder gemeenten wel aandacht aan zorgkantoren en zorgverzekeraars besteed. Desondanks is de rol van zorgverzekeraars enigszins onderbelicht.

Hierbij zijn in het bijzonder de volgende onderzoeksvragen aan de orde geweest:

1. Hoe gaan gemeenten en zorgverzekeraars met de veranderingen om?
2. Welke beleidskeuzes maken gemeenten in de vormgeving van de zorg en bij de inkoop en contractering?
3. Hoe gaan gemeenten en zorgverzekeraars om met hun budgetten?
4. Welke gevolgen hebben deze keuzes van gemeenten en zorgverzekeraars voor zorgaanbieders?
5. Welke keuzes maken aanbieders ten aanzien van hun personeelsbestand en personeelsbeleid?
6. Hoe ontwikkelt de werkgelegenheid zich als gevolg van de decentralisaties en stelselwijzigingen?

Onderzoeksactiviteiten

Deze tweede fase van de AER bouwt verder op de verzamelde kennis in de eerste fase. Om deze kennis aan te vullen zijn de volgende activiteiten verricht:

- een analyse van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg, in de vorm van een kwartaalmonitor, gebaseerd op gegevens van PGGM;
- een enquête onder gemeenten om hun beleid in kaart te brengen;
- aanvullende analyses van de meest recente werkgeversenquête (WGE) van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn;
- vijf regionale casestudies³, waarbij op lokaal niveau het beleid van gemeenten en instellingen in kaart is gebracht;
- een update van de berekening van werkgelegenheidsontwikkeling op basis van door het Kabinet beschikbaar gestelde budgetten op macroniveau.

Beleidsontwikkelingen gedurende de AER

Sinds de start van de tweede fase van de AER in november 2013 is er een aantal wijzigingen geweest in (concept)wet- en regelgeving. Dit betekent dat informatie die aan het begin van het onderzoek verzameld is, niet zonder meer een-op-een te vergelijken is met informatie die later in het onderzoek verzameld is. Respondenten van enquêtes en interviews beschikten op latere momenten over meer of concretere kennis. Er is op meer gebieden sprake van voortschrijdend inzicht.

Hieronder is een overzicht opgenomen dat laat zien wanneer de verschillende activiteiten zijn uitgevoerd. Daarnaast is aangegeven wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn geweest binnen de wet- en regelgeving gedurende deze periode. Dit geeft een indicatie over welke kennis de respondenten in de verschillende onderzoeksfasen konden beschikken.

³ Het waren in feite pilots voor casestudies, zie bijlage 1.



tabel 1 Ontwikkelingen in wet- en regelgeving en stappen in het onderzoek

<i>Jaar</i>	<i>Maand</i>	<i>AER-activiteit</i>	<i>Ontwikkeling*</i>
2013	September		
	Oktober	Oplevering AER Fase I	
	November	Start AER Fase II	Persoonlijke verzorging naar ZVW
	December	Uitvoering WGE	Afspraken van het kabinet met de VNG over zorgvuldige overgang AWBZ, Vernieuwende zorg- en ondersteuningsarrangementen en financiële dekking
2014	Januari		
	Februari	Uitvoering casestudies (t/m juli)	
	Maart		Gemeenteraadsverkiezingen
	April		Afspraken van het kabinet met D66, CU en de SGP over meer zekerheid in overgangsjaar en extra middelen ondersteuning thuis; Tweede Kamer stemt in met hervorming langdurige zorg
	Mei	Opstellen factsheets PGGM	Publicatie Meicirculaire met de budgetten van de gemeenten vanuit het gemeentefonds
	Juni	Uitvoering gemeente enquête	
	Juli	Actualisatie raming macro-werkgelegenheidsontwikkeling	Brief Asscher en van Rijn aan Tweede Kamer met aankondiging extra middelen voor behoud arbeidsplaatsen. Eerste Kamer stemt in met hervorming langdurige zorg
	Augustus	Rapportage	
	September	Oplevering AER Fase II	

* Het gaat hier om veranderingen in (concept) wet- en regelgeving of andere factoren die het kennisniveau beïnvloeden en daarmee mogelijk uitkomsten van de onderzoeksactiviteiten.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport komen de volgende onderwerpen aan bod:

Hoofdstuk 2: Dit hoofdstuk gaat nader in op de transitie en de beleidsontwikkeling daaromheen. Hierbij gaat aandacht uit naar de belangrijkste ontwikkelingen bij gemeenten, aanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarnaast wordt ook gekeken naar de afstemming tussen gemeenten en aanbieders.

De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de enquêtes onder gemeenten en onder aanbieders en op de casestudies.

Hoofdstuk 3: In het laatste hoofdstuk staan de arbeidsmarkteffecten centraal. Hierbij komen de belangrijkste uitgangspunten voor het beschrijven van de arbeidsmarkteffecten en een doorberekening van de werkgelegenheidsontwikkeling op basis van door het Kabinet beschikbaar gestelde budgetten op macroniveau aan bod. Daarna wordt nader gekeken naar de gevolgen van de keuzes op microniveau. Verder wordt ingegaan op wat de verwachtingen zijn van de huidige zorgaanbieders en hoe zij reageren op deze verwachtingen. Dit hoofdstuk sluit af met de belangrijkste personele gevolgen.

De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op alle onderzoeksfasen.

Voor dit rapport is een begeleidingscommissie (BC) ingericht. Een overzicht van de leden van de BC is te vinden in bijlage 1. Verder geeft dit rapport een overkoepelend beeld van de verschillende onderdelen en producten van de tweede fase van de AER. In de bijlagen zijn deze producten opgenomen. Het gaat hier om factsheets gebaseerd op gegevens van PGGM (bijlage), de uitkomsten van de enquête naar het gemeentelijk beleid (bijlage 3), de uitkomsten van de werkgeversenquête AZW (bijlage 4) en de uitkomsten van de casestudies (bijlage 5). In de bijlagen is ten slotte ook een berekening op basis van ramingen van VWS van het op macroniveau beschikbaar gestelde budget te vinden van wanneer de budgetten een-op-een naar werkgelegenheid vertaald zouden worden (bijlage 6).

De verschillende onderdelen van de tweede fase van de AER dienen als input voor de kennis over de doelgroepen. Hierbij zijn de verschillende bronnen als volgt gehanteerd:

- informatie over gemeentelijk beleid: enquête onder gemeenten en casestudies;
- informatie over arbeidsmarktbeleid aanbieders: WGE en casestudies;
- informatie over arbeidsmarkteffecten: factsheets PGGM, WGE, casestudies en de berekening van de werkgelegenheidsontwikkeling op basis van door het Kabinet beschikbaar gestelde budgetten op macroniveau;
- informatie over zorgverzekeraars: casestudies en externe bronnen.



2 Context: transitie en beleidsontwikkeling

Dit hoofdstuk staat stil bij de ontwikkelingen die zijn waar te nemen bij gemeenten (paragraaf 2.1), bij zorgaanbieders (paragraaf 2.2) en bij zorgverzekeraars en zorgkantoren (paragraaf 2.3). Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de afstemming tussen gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars (paragraaf 2.4).

Het nationaal beleid bepaalt voor een behoorlijk deel het kader waarin de ontwikkelingen zich afspelen. Voorafgaande aan de analyse van de ontwikkelingen in het veld is het daarom van belang om eerst kort stil te staan bij de causale keten waarvan dit rapport uitgaat. Het rapport houdt de volgende lijn aan:

1. Het kabinet voert de stelselwijzigingen in de langdurige zorg en ondersteuning en jeugdhulp door.
2. Vooral gemeenten krijgen er veel nieuwe taken bij vanuit AWBZ en jeugdhulp, met bijbehorend budget waar een taakstelling voor bezuiniging aan is gekoppeld.
3. Andere taken vanuit de AWBZ verschuiven van de zorgkantoren naar de zorgverzekeraars.
4. De veranderingen in de inkoop en aanpak van gemeenten en zorgverzekeraars hebben invloed op de werkwijze van aanbieders.
5. Aanbieders die met een veranderd aanbod van werkzaamheden en met andere werkwijzen te maken krijgen, zullen wijzigingen doorvoeren in hun personeelsbestand. Er worden bovendien nieuwe toetreders verwacht en mogelijk gaan gemeenten een deel van de taken zelf uitvoeren.

2.1 Ontwikkelingen bij gemeenten

Veel gemeenten zijn een eind op weg, hebben beleidskaders vastgesteld en zijn begonnen met de uitvoering ervan. De tijd tot 1 oktober 2014 is echter kort; het is de vraag of ze voor die datum alle trajecten hebben afgerond. Daarnaast zijn er ook gemeenten die nog niet zo ver zijn. Voor die gemeenten is het bijna onmogelijk om alles voor 1 oktober 2014 afgerond te hebben.

In de gemeentelijke enquête is aan de gemeenten gevraagd waar ze in de aanloop naar 1 januari 2015 nog behoefte aan hebben. Eén van de aspecten waar een aanzienlijk deel van de gemeenten behoefte aan heeft voor de invoering van de nieuwe Wmo en jeugdhulp is tijd (zie tabel 2).

tabel 2 Waaraan heeft uw gemeente nog behoefte in de aanloop naar 1 januari 2015? (Meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=125)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=100)
Niets	24,0%	9,2%	28,3%
(Aanvullende) ondersteuning bij het invoeren van beleid	15,2%	31,3%	13,1%
Informatie over de wet- en regelgeving vanaf 1 januari 2015	16,8%	26,0%	15,2%
Informatie over cliënten	15,2%	24,4%	16,2%
Tijd	17,6%	15,3%	10,1%
(Aanvullende) ondersteuning bij het ontwikkelen van beleid	7,2%	15,3%	3,0%
Best practices	4,0%	7,6%	8,1%
Personele ondersteuning	8,0%	5,3%	6,1%
Anders	5,6%	4,6%	7,1%
Weet niet	5,6%	3,1%	5,1%
Informatie over aanbieders	0,8%	5,3%	3,0%
Informatie over huidige arbeidsmarkt	0,8%	3,8%	0,0%
Evaluatie van beleid	0,8%	0,8%	1,0%

Bron: Panteia, 2014

Het is duidelijk dat de gemeenten nu aan zet zijn. Zij moeten rond de zomer de zorg in de gemeente organiseren voor 2015. Dit betekent dat ze de inkoop- of aanbestedingsprocedures dienen te organiseren, zodat de contracten⁴ op tijd zijn af te sluiten. Op het moment van schrijven zijn de gemeenten hiermee bezig of staan zij op het punt om dit op te starten. Dit betekent dat de duidelijkheid voor veel zorgaanbieders en hun personeel omtrent de daadwerkelijke inkoop nog op zich laat wachten.

Daarnaast blijkt uit onderzoek naar de transitie jeugdhulp van Jeugdzorg Nederland, GGZ-Nederland, VGN en VOBC dat gemeenten / regionale samenwerkingsverbanden alleen aanbieders uit de eigen regio willen contracteren, terwijl een aanzienlijk deel van de cliënten van buiten de eigen regio afkomstig is. Daarnaast zijn veel gemeenten volgens de respondenten van dit onderzoek nog niet gestart met een inkooptraject (april 2014). Verder geeft slechts 3% van de respondenten aan dat er al volledige zekerheid is over het budget voor 2015.

Uit tabel 2 blijkt dat er behoefte is aan ondersteuning voor het invoeren van het beleid, informatie over wetten en regels alsook aan informatie over cliënten (in het bijzonder in de jeugdhulp). Dit is van belang om te melden, omdat het beleid nu in een stroomversnelling komt, waardoor er veel bewegingen in het veld gaan ontstaan. Vanaf nu wordt op microniveau duidelijk welke gevolgen de stelselwijzigingen en decentralisaties zullen hebben.

De daadwerkelijke effecten voor de langdurige zorg en ondersteuning en jeugdhulp en de gevolgen voor de arbeidsmarkt zullen pas duidelijk zijn als alle aanbestedingen zijn afgerond. De zorgaanbieders weten dan wat de gevolgen zijn van de gewonnen en verloren opdrachten, en tegen welke tarieven zij de zorg kunnen gaan verlenen.

⁴ Waarmee tevens bedoeld wordt op het aangaan van subsidierelaties (strikt genomen geen contract).



Ten slotte is het van belang om nog specifiek stil te staan bij de jeugdhulp. Het gaat hier om een ten opzichte van de andere decentralisaties afzonderlijk traject. Hiervoor zijn eind 2013 de regionale transitiearrangementen gepubliceerd. Het is daarom relevant om te constateren dat uit de gemeentelijke enquête blijkt dat er juni 2014 nog steeds gemeenten zijn die meer ondersteuning vragen op dit gebied.

Het lijkt erop dat gemeenten moeite hebben met het vormgeven van het beleid voor jeugdhulp, aangezien er nog een sterke behoefte is aan meer tijd en ondersteuning. Dit kan mogelijk samenhangen met het afbreukrisico en de complexiteit. Een risico zit bijvoorbeeld in het gegeven dat als er iets mis gaat in de jeugdhulp, dit breed wordt uitgemeten in de media, zoals is gebeurd in de zaak Savannah.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op de gemeentelijke aanpak rond de stelselwijzigingen en decentralisaties.

2.2 Ontwikkelingen bij zorgverzekeraars en zorgkantoren

De rol van de zorgverzekeraars en zorgkantoren bij de veranderingen in de langdurige zorg is vorig jaar aangepast. In het najaar van 2014 is namelijk besloten dat een deel van de persoonlijke verzorging naar de ZVW gaat, inclusief de bezuinigingen die daarmee gepaard gaan. In deze AER heeft dit deel van de stelselwijzigingen een beperkte rol gespeeld; onderstaande informatie is niet op diepgaand onderzoek gebaseerd.

Het is op dit moment niet duidelijk in welke mate zorgverzekeraars en -kantoren hervormingen in de zorg op gang zullen brengen, zoals gemeenten dit wel doen. Vooral nog lijken ze vooral in te zetten op lagere tarieven⁵ en minder inkoop. Ook daaruit kunnen innovaties en verdere hervormingen voortvloeien. GGZ Nederland stelt daarbij dat lagere tarieven in combinatie met inhoudelijke eisen over bijvoorbeeld hoofdbehandelaarschap kunnen leiden tot problemen in relatie tot de personeelssamenstelling van aanbieders.

Zorgverzekeraars signaleren enkele aandachtspunten. Zo wijzen ze erop dat er goed gekeken moet worden naar de omvang van de overheveling van middelen per domein van ZvW naar gemeenten. GGZ Nederland onderschrijft dit en wijst daarbij met name op jeugd-GGZ vs. overige GGZ. Als dat niet goed gaat, ontstaan onder meer additionele arbeidsmarkteffecten.

Verder heeft iedereen tot 1 januari 2016 met een geldige ZZP-indicatie nog recht op intramuraal verblijf, ook als daar voor die tijd nog geen gebruik van gemaakt wordt. Hiervoor moet dus een stuk 'overcapaciteit' gereserveerd worden. Er dreigt dan dus een verschil tussen vraag, capaciteit en financiering, wat overigens in de bestaande situatie ook het geval is.

Zorgverzekeraars Nederland geeft voorts aan dat zorgverzekeraars onvoldoende mogelijkheden hebben om de afgesproken bezuiniging op de wijkverpleging te realiseren.⁶ Dit komt in die visie door de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet voor wijkverpleging. Dat geeft zorgverzekeraars minder vrijheid de inkoop selectief te organiseren. Dergelijke selectiviteit acht ZN echter noodzakelijk om de afgesproken bezuiniging te realiseren.

⁵ Verderop komt aan de orde dat dit volgens VGN en ActiZ al in 2015 het geval is.

⁶ *Zorgvisie (3 juli 2014) Bezuiniging op wijkverpleging is onhaalbaar.*

<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/7/Bezuiniging-op-wijkverpleging-is-onhaalbaar-1552979W/> (geraadpleegd 21 augustus 2014).

2.3 Ontwikkelingen bij zorgaanbieders

Uit de werkgeversenquête blijkt dat bijna de helft van de aanbieders eind 2013 nog geen beeld had van hoe de gemeenten hun taken zouden gaan invullen. Hier is inmiddels wel meer duidelijkheid over ontstaan, maar zoals ook eerder aangegeven, is in de meeste gemeenten de zorginkoop voor 2015 nog niet afgerond (mogelijke uitzonderingen daargelaten).

Dit zorgt ervoor dat er ook onder zorgaanbieders nog steeds onduidelijkheid is over onder andere welke diensten zij gaan leveren, tegen welke tarieven zij deze kunnen aanbieden en onder welke voorwaarden dit dient te gebeuren. Dat belemmert een efficiënte voorbereiding en vergroot de kans op een stapeling van (negatieve) effecten.

Ondanks deze onzekerheden bereiden aanbieders zich voor op de nieuwe situatie. Ze hebben de zekerheid dat de verschuiving van de taken en budgetten naar gemeenten gepaard gaat met een budgetreductie. Ook kennen ze de algemene ideeën achter de stelselwijzigingen. Ze innoveren hun aanbod en aanpak langs die lijnen. Ook uit de casestudies komt het beeld naar voren dat de meeste zorgaanbieders (preventieve) maatregelen aan het treffen zijn. In de praktijk betekent dat bijvoorbeeld dat tijdelijke werknemers geen nieuwe (tijdelijke) aanstelling krijgen. Een deel van de zorgaanbieders heeft een sociaal plan voor een toekomstige reorganisatie opgesteld. Ook zijn er zorgaanbieders waar al sprake is van een reorganisatie en van personeelsreductie. Hierbij speelt op de achtergrond dat, volgens VGN, ActiZ en GGZ Nederland, zorgaanbieders niet altijd tijdig een ontslagvergunning kunnen krijgen (meer hierover in het volgend hoofdstuk).

Wat dienstverlening betreft, is er een ontwikkeling dat het dienstenaanbod meer ambulante wordt. Er wordt ook meer ingezet op algemene voorzieningen voor opvang en begeleiding. Hierbij is in het beleid van veel gemeenten te zien dat er meer ingezet gaat worden op activering van het netwerk rond een cliënt. Er wordt daarbij meer gestuurd op en gewerkt met de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers.

Zorgaanbieders zoeken steeds meer de onderlinge samenwerking. Daarin is wel sprake van verschillen tussen branches (tabel 3). In de Jeugdhulp en GGZ wordt meer de samenwerking opgezocht dan in de VVT. In welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD) is een zeer wisselend beeld te zien. De samenwerking in de gehandicaptenzorg (ghz) lijkt eind 2013 nog in opkomst, gegeven een relatief groot aantal aanbieders dat nog in gesprek was of in het stadium van plannen maken zat.



tabel 3 Werkt een zorgaanbieder samen met de andere zorgaanbieders of zijn daar concrete plannen toe?

	<i>Nee, ook geen plannen</i>	<i>Nee, nog niet maar wel plannen</i>	<i>Ja, in gesprek over toekomstige samenwerking</i>	<i>Ja, concrete afspraken over toekomstige samenwerking</i>	<i>Ja, nu al concrete samenwerking</i>	<i>Weet niet/ Geen mening</i>
Ghz (n=84)	19%	21%	18%	10%	27%	5%
GGZ (n=77)	12%	12%	14%	19%	35%	8%
V&V (n=370)	31%	14%	14%	9%	27%	5%
Thuiszorg (n=260)	28%	18%	15%	8%	26%	5%
WMD (n=146)	27%	10%	13%	5%	38%	6%
Jeugdhulp (n=53)	15%	8%	17%	13%	46%	0%
Totaal	24%	14%	15%	9%	32%	6%

Bron: Panteia, 2014

In de casestudies wordt een aantal keer gesignaleerd dat vooral cliëntgebonden medewerkers bij zorgaanbieders op uitvoeringsniveau goed weten samen te werken. Dit is echter niet altijd het geval op beleidsniveau. Een aantal zorgaanbieders kan elkaar goed vinden in gezamenlijke initiatieven op terreinen als opvang en begeleiding, waarbij ook getracht wordt om (mogelijk) vrijkomend vastgoed te benutten. Veel van dergelijke initiatieven hebben echter de vorm van pilots en er lijkt een drempel te zijn om de samenwerking beleidsmatig structureel te verankeren. Mogelijk hangt dit samen met de onzekerheden over de toekomstige situatie. Pas zodra alle contracten voor 2015 rond zijn, is er meer duidelijkheid voor een zorgaanbieder. Het kan goed zijn dat de dan ontstane situatie weer nieuwe of andere keuzes nodig maakt ten aanzien van de samenstelling van het personeelsbestand en ten aanzien van de samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders.

In hoofdstuk 3 komen de ontwikkelingen op microniveau uitgebreid aan de orde.

2.4 Afstemming tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Aangezien er voor alle partijen ingrijpende veranderingen op stapel staan, is het van belang om te weten hoe en in welke mate afstemming plaatsvindt tussen de verschillende actoren. Het beleid van de zorginkopers heeft grote invloed op de aanbieders. Aanbieders kunnen zich beter voorbereiden wanneer er sprake is van goed overleg met de inkopers. Maar ook onderling kunnen inkopers er baat bij hebben om met elkaar af te stemmen. Dat kan zowel de vorm van informatie-uitwisseling als die van samenwerking hebben. Achtereenvolgens komen in deze paragraaf de afstemming tussen gemeenten onderling, tussen gemeenten en aanbieders en de afstemming van zorgverzekeraars met gemeenten en aanbieders aan bod.

Afstemming tussen gemeenten kan op verschillende niveaus en onderwerpen plaatsvinden. Vrijwel alle gemeenten geven aan dat zij in regionaal verband beleid afstemmen. Voor sommigen omdat men verplicht is bepaalde diensten (boven)regionaal in te kopen, zoals het geval is in de jeugdhulp. Gemeenten zoeken echter vaak ook meer intensieve vormen van regionale samenwerking. Vaak is het doel samen een regionale visie te ontwikkelen, waarbij de gemeenten zelf de uitvoering kunnen inkleden. Tevens zijn er regio's waar men een volledig gezamenlijk beleid voert, van visievorming tot en met implementatie en inkoop.

Er is veel diversiteit te zien in de wijze van afstemming tussen gemeenten en aanbieders. Eind 2013 (werkgeversenquête) is vanuit een aanbiedersperspectief gevraagd naar de samenwerking. Daaruit komt het beeld dat vooral zorgaanbieders in de jeugdhulp en welzijn bezig waren met de afstemming van het beleid met de gemeenten. Voor de andere branches was te zien dat de samenwerking vooral nog in ontwikkeling was. Daarna lijkt de mate van samenwerking toegenomen. In de enquête onder gemeenten melden bijna alle gemeenten het beleid met zorgaanbieders af te stemmen. Het aandeel gemeenten die helemaal niet afstemmen met aanbieders varieert van rond de 2% voor Wmo en jeugdhulp tot 4% voor welzijn. Wanneer gemeenten wel (al dan niet beperkt) afstemmen met aanbieders, gaat dit vooral om het actief afstemmen van het toekomstig beleid (zie onderstaande tabel). Uit de casestudies blijkt dat gemeenten met name de samenwerking opzoeken met de belangrijkste (grootste) zorgaanbieders die in de gemeente actief zijn. Soms zoekt de gemeente ook contact met kleinere zorgaanbieders om ook met die groep voeling te kunnen houden.

tabel 4 Wat houdt de afstemming van gemeenten met zorgaanbieders in? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Wmo</i> (n=125)	<i>Jeugdhulp</i> (n=131)	<i>Welzijn</i> (n=100)
Het actief afstemmen van het toekomstig beleid	76,5%	73,8%	62,6%
Het vergaren van kennis over het thema als input voor beleid	53,8%	53,2%	40,7%
Het bespreken van hun toekomstige rol	47,9%	42,9%	42,9%
Het gezamenlijk ontwikkelen van (nieuwe) dienstconcepten	39,5%	38,9%	40,7%
Bespreken hoe het budget wordt ingezet	36,1%	28,6%	31,9%
Inkoop en contracteren	15,1%	15,1%	7,7%
Anders	6,7%	3,2%	7,7%

Bron: Panteia, 2014

Zorgaanbieders zijn veelal actief in meer regio's tegelijk en hebben daarom vaak te maken met meer dan één gemeente. Deze diversiteit vraagt extra tijd en aandacht van de zorgaanbieders. In de casestudies is te zien dat zorgaanbieders vaak capaciteit hebben vrijgemaakt om in overleg te treden met gemeenten. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een (regionale) accountmanager of transitie manager. Uit de gesprekken die zijn gevoerd in het kader van de casestudies ontstaat het beeld dat aanbieders sterker inzetten op de gemeenten waar zij relatief veel diensten aanbieden. Dat zijn veelal de grotere gemeenten. Dat is niet onlogisch vanuit het perspectief van bezuinigingen, verminderen regeldruk en de wens om de kosten van overhead te beperken. Het gevolg hiervan kan zijn dat kleinere gemeenten minder aandacht krijgen vanuit de aanbieders dan grotere gemeenten of kleinere gemeenten die een samenwerkingsverband zijn aangegaan. Het is de vraag wat dit voor effect heeft op de beleidsvorming in kleinere gemeenten die zelfstandig te werk gaan.

Gemeenten geven aan dat zij op alle terreinen bezig zijn met de afstemming met zorgaanbieders. Uit de gemeentelijke enquête komt het beeld naar voren dat dit voor de Wmo en de Jeugdhulp vaker voorkomt dan voor welzijn. Het gaat hier voornamelijk om het afstemmen van het toekomstig beleid, het (door de gemeente) vergaren van kennis over de activiteiten van de aanbieders (wat weer als input kan dienen voor het beleid) en het bespreken van de toekomstige rol van de aanbieders.



Ten slotte is er de afstemming van zorgverzekeraars/zorgkantoren met gemeenten en aanbieders. Afstemming van gemeenten met zorgkantoren en zorgverzekeraars is minder vaak aan de orde en minder intensief dan afstemming met zorgaanbieders. Zorgkantoren wisselen informatie uit met gemeenten en doen aan kennisoverdracht over de verschillende doelgroepen, ten behoeve van de beleidsontwikkeling. De kennisoverdracht gebeurt veelal op regionaal niveau. Een van de geïnterviewde verzekeraars vertelde dat ze de gemeenten op het hart drukken dat de taakstelling ervoor zorgt dat de huidige werkwijze van zorgkantoren niet door gemeenten kan worden overgenomen. Het opbouwen van een nieuw systeem ligt echter buiten de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren.

Zorgverzekeraars voeren op bestuurlijk niveau overleg met zowel individuele (grote) instellingen als met regionale samenwerkingsverbanden. Dit gaat vooral over de extramuralisering en zorg thuis. In individuele overleggen gaat het over inkoop en de gevolgen daarvan: uitbreiding of sluiting van locaties. Regionaal gaat het over overkoepelende zaken als verdelingen van budgetten en gevolgen van beleidsmaatregelen.



3 Arbeidsmarkteffecten

3.1 Uitgangspunten bij bepalen arbeidsmarkteffecten

In het voorgaande is aan bod gekomen dat de aanloop naar de decentralisaties en stelselwijzigingen gepaard is gegaan met onzekerheden. Hierbij was de richting van de transitie voor gemeenten bekend, maar de plannen voor wetgeving zijn meermaals aangepast. Hierdoor was het voor gemeenten en zorgverzekeraars niet duidelijk waar ze precies verantwoordelijk voor zouden worden. Dit neemt echter niet weg dat al met de voorbereidingen gestart kon worden. In het veld is te zien dat het beleidsontwikkelingsproces bij gemeenten langer heeft geduurd dan wenselijk is.

Inmiddels is er duidelijkheid over de wetgeving en hebben de meeste gemeenten een strategische koers uitgezet. Deze strategische koers is bij de meeste gemeenten inmiddels beleidsmatig verder ingericht en wordt op het moment geïmplementeerd. Echter, niet alle gemeenten hadden tijdens de peiling van juni 2014 onder gemeenten al een strategische koers uitgezet, waarbij de verdere beleidsmatige ontwikkeling dus achterblijft bij de rest van de gemeenten.

Gedurende de afronding van dit rapport (augustus 2014) raakt een aantal processen in een stroomversnelling. Op dit moment zijn de gemeenten en zorgverzekeraars namelijk bezig met het organiseren van de inkoop/aanbesteding en met het afsluiten van contracten met aanbieders voor 2015. Het lijkt echter zeer de vraag of alle gemeenten op tijd klaar zullen zijn met de invoering. Pas als de contractering rond is, hebben de aanbieders volledig zicht op hun positie voor volgend jaar. Dit neemt niet weg dat zorgaanbieders vanuit het oogpunt van goed ondernemerschap al strategische keuzes kunnen maken, en ook aan het maken zijn, over de inrichting van de organisatie en dienstverlening.

Doordat er de komende weken en maanden veel kan veranderen en meer duidelijk zal worden, is het lastig om prognoses voor de korte termijn te maken. Toch is er een aantal uitgangspunten die met meer of mindere mate van zekerheid te stellen zijn, te weten:

1. Er komen per 2015 nieuwe financiële kaders voor de langdurige zorg en ondersteuning, en voor de jeugdhulp. Deze kaders zijn lager dan op het moment het geval is. Dit leidt per saldo (op macroniveau) tot minder werkgelegenheid.
2. De zorg wordt anders ingedeeld, waarbij nadruk wordt gelegd op meer zelfredzaamheid van de burger, met hulp van het eigen netwerk en ambulante professionele ondersteuning. De exacte invulling van deze aanpak verschilt tussen de gemeenten.
3. De inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) bepalen de uiteindelijke omvang van het budget en de wijze van besteding daarvan. Zij spelen daarmee een cruciale rol in de uiteindelijke arbeidsmarkteffecten, in het bijzonder ook op de micro-effecten.
4. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop sturen op verschillende aspecten: totale budgetbesteding, tarieven (prijs) en volume. Tevens kunnen ze bepaalde kwaliteitseisen stellen. Deze sturing leidt tot een andere mix van disciplines dan nu het geval is. Er ontstaat een mismatch tussen huidige en toekomstige samenstelling van de werkgelegenheid.

5. Doordat de inkoop van zorg grotendeels gedecentraliseerd plaatsvindt en er grote verschillen kunnen zijn tussen de wijze van aanpak, budgetbestedingen, tarieven en inkoopvolume, zullen er op microniveau uiteenlopende arbeidsmarkteffecten optreden.
6. Gemeenten kunnen, naast invloed op prijs, volume en kwaliteit, door de samenhang van meerdere beleidsterreinen het sociale domein anders indelen en hun stempel drukken op verschuivingen tussen branches en individuele aanbieders.
7. Het budget dat gemeenten uiteindelijk aan zorg, ondersteuning en welzijnsactiviteiten (en het personeel dat zich daarmee bezighoudt) uitgeven, wordt beïnvloed door de tariefstelling, uitvoeringskosten, overheveling van middelen uit andere domeinen en het al dan niet aanspreken van gemeentelijke reserves.
8. Naast de directe effecten van budgetbesteding, tarief en inkoop, ondervinden individuele aanbieders ook indirecte effecten van de bezuinigingen en stelselwijzigingen. Omscholing, leegkomende gebouwen en eventuele ontslagen leiden tot frictiekosten.
9. De aanbieders anticiperen en reageren op de mismatch die zij verwachten in de nieuwe situatie. Ze voeren reeds voor 1 januari 2015 veranderingen in hun personeelsbestand door; het proces zal ook niet stoppen op deze datum.

3.2 Beschikbaar budget op macroniveau

Op basis van de genoemde uitgangspunten valt te concluderen dat de werkgelegenheid in de langdurige zorg en jeugdhulp zal afnemen, maar dat op dit moment niet te zeggen is met hoeveel procent precies. Dit komt omdat de budgetten die vanuit het Rijk beschikbaar worden gesteld niet een-op-een te vertalen zijn naar werkgelegenheid. De zorginkopers spelen daarin namelijk een intermediaire en daarmee doorslaggevende rol (zie ook de vorige paragraaf). Vooral de doorvertaling naar de (huidige) branches is nauwelijks te maken.

Wanneer de budgetten desondanks toch een-op-een naar werkgelegenheid vertaald zouden worden, ontstaat het beeld dat te zien is in Tabel 5. In deze raming zijn de verschuivingen van budgetten doorgerekend. Zo is de afbouw van intramurale zorg en de opbouw van extramurale zorg in de berekening meegenomen. Om tot de werkgelegenheidsaantallen te komen, is ervan uitgegaan dat de werkzaamheden door personen met hetzelfde kwalificatieniveau uitgevoerd worden, inclusief dezelfde salarissen. Met andere woorden: extramurale zorg groeit met een bepaald budget en dus met het aantal fte dat volgens de huidige salarisopbouw verwacht kan worden. In de praktijk kunnen er naast een mogelijke (aanvullende) budgetkrimp ook verschuivingen optreden, waardoor voor de beschikbare budgetten een ander aantal personen kan werken. Als bijvoorbeeld de verwachting uitkomt dat er relatief meer vraag naar hoog opgeleid personeel ontstaat, zou dat de werkgelegenheid drukken. De getoonde aantallen zijn daarom theoretisch en indicatief en geen echte prognoses.



Tabel 5 **Theoretische** ontwikkeling van het aantal FTE van werknemers en alfa-hulpverleners op basis van doorvertaling macrobudgetten (x1.000)

			2015 t.o.v. 2013		2016 t.o.v. 2013		2017 t.o.v. 2013
	2013	2015		2016		2017	
Wmo	68,6	60,8	-7,8	61,0	-7,6	63	-6,1
Jeugd	47,3	46,4	-0,9	44,5	-2,8	43	-4,3
Langdurige zorg naar de Zvw	84,1	87,0	2,9	90,5	6,4	95	10,7
Langdurige zorg in de Wlz	266,2	260,4	-5,8	253,5	-12,8	248	-18,4
Totaal wetten	466,2	454,6	-11,7	449,4	-16,8	448,1	-18,1

Bron: Ministerie van VWS, 2014, CBS, PGGM, Werknemersenquête AZW

In de theoretische doorrekening neemt de werkgelegenheid (fte) in de langdurige zorg en jeugdhulp tot en met 2017 met ongeveer 18 duizend fte af ten opzichte van 2013. Dit is een afname van circa 4 procent. De werkgelegenheidskrimp tussen 2013 en 2015 omvat bijna 12.000 fte's (30.000 personen) in langdurige zorg en jeugdhulp.

Op het feitelijk voor diensten beschikbare budget zijn belangrijke factoren van invloed die niet zijn verwerkt in bovenstaande ramingen maar wel effect zullen hebben op de werkgelegenheid:

- aanvullende bezuinigingen of intensiveringen op het totaalbudget door inkopers (zie 3.3);
- sectorplannen zorg (zie onder);
- extra middelen die minister Asscher en staatssecretaris van Rijn hebben aangekondigd in hun brief van 7 juli j.l. (zie onder);
- uitvoeringskosten (goedgevoel 'andere' werkgelegenheid, zie verder 3.3);
- frictiekosten en administratieve lasten (zie 3.3).

De daadwerkelijke ontwikkelingen zullen daarmee afwijken van de in tabel 5 gepresenteerde cijfers. Uit realisatiecijfers van PGGM over 2013 (zie 3.5) blijkt dat de ontwikkeling van budgetten en werkgelegenheid over dat jaar in ieder geval niet een-op-een loopt.

Het is verder belangrijk op te merken dat deze exercitie geen rekening houdt met allerlei mutaties op microniveau. In paragraaf 3.3 wordt uitgebreid stilgestaan bij aspecten die daar een rol bij spelen. Het komt erop neer dat voor huidige zorgaanbieders, nieuwe toetreders en werkenden de effecten groter zijn dan uit de macrocijfers blijkt.

Sectorplannen

Het kabinet heeft maximaal € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor een landelijk sectorplan en 18 regionale plannen in met name de langdurige zorg. Als deze volgens plan worden uitgevoerd, worden circa 24.000 mensen geholpen door van-werk-naar-werktrajecten aan te bieden (landelijk sectorplan) en worden ruim 70.000 mensen bij- of omgeschoold voor ander werk binnen de zorg (regionale plannen). De sector zelf draagt ook ten minste € 100 miljoen bij. Bijna alle plannen zijn inmiddels goedgekeurd.

De bijdrage van het Rijk reduceert in ieder geval de frictiekosten. De plannen vergroten de kans op continuïteit van huidige aanbieders en baanbehoud van werknemers, maar lossen zeker niet alle problemen op.

Extra middelen huishoudelijke hulp aangekondigd in de kabinetsbrief van 7 juli

Mensen die hulp nodig hebben maar niet alles zelf kunnen betalen, krijgen een toelage zodat ze hun huishoudelijke hulp kunnen behouden. Het kabinet heeft hiervoor € 75 miljoen beschikbaar, zowel in 2015 als in 2016. Met de inzet van deze middelen kunnen gemeenten de komende jaren de krimp van de werkgelegenheid beperken.

3.3 Aspecten die het effect op microniveau beïnvloeden

Zoals aangegeven, gaat het macroplaatje voorbij aan de effecten op microniveau. Er worden aanzienlijke verschuivingen verwacht tussen aanbieders en tussen aanbieders en gemeenten. Ook zullen de gevraagde competenties van werkenden veranderen, in lijn met de andere invulling van taken. Dat is al te zien in de voorbereidingen die aanbieders treffen. De macrobudgetten zijn immers niet de dagelijkse praktijk waarmee aanbieders te maken hebben, of het gegeven waar ze hun beleid op baseren. Aanbieders hebben op lokaal of regionaal niveau te maken met een veelvoud aan gemeenten die elk een ander inkoopbeleid kunnen hebben. De verschillen tussen gemeenten variëren van kleine accentverschillen tot totaal andere beleidsvisies, werkwijzen en inkoopmethoden, met alle mogelijke varianten daar tussenin.

Hoe de ontwikkeling van de totale werkgelegenheid daadwerkelijk uitpakt, hangt uiteindelijk ook af van de ontwikkelingen die plaatsvinden op microniveau. Want hoewel de landelijke overheid de belangrijkste bron van financiering voor zorg en ondersteuning blijft, wordt de beleidsontwikkeling en de inkoop gedecentraliseerd. Dit betekent dat oude en nieuwe zorgaanbieders per (groep van) gemeente(n) steeds met andere omstandigheden rekening moeten houden. De effecten op microniveau zullen opgeteld tot macroniveau waarschijnlijk negatiever uitpakken dan het eerdere (theoretisch) geschetste beeld (zie tabel 5).

Hierbij spelen niet alleen de gemeenten een rol, maar ook de zorgkantoren. Signalen uit het veld wijzen er volgens VGN op dat zorgkantoren in hun beleid een voorschot aan het nemen zijn op toekomstige ontwikkelingen. Er vinden volgens VGN op het moment al kortingen plaats op het aantal in te kopen ZZP-plaatsen en op de tarieven.⁷

In het vervolg van deze paragraaf komen de belangrijkste aspecten aan bod die een rol spelen bij het effect van de stelselwijzigingen op de arbeidsmarkt op microniveau. De verschillende aspecten vormen in zekere zin een totaalpakket. Er zit geen volgtijdelijkheid in. De verschillende aspecten beïnvloeden bovendien elkaar. Aan de orde komen:

- duidelijkheid over visie koers inkopers;
- budget, prijs en hoeveelheid;
- uitvoeringskosten;
- wijze van contractering en opdrachtverstrekking;
- gevraagde producten en rol van een aanbieder in de eerste lijn;
- social return;
- concurrentie en samenwerking;
- frictiekosten en administratieve lasten.

⁷ Brief VGN aan de heer Van Rijn (6 augustus 2014), onderwerp: Opbrengst VGN-Meldpunt HLZ, kenmerk 20140731MK



3.3.1 Duidelijkheid over visie koers inkopers

De (toekomstige) werkgelegenheid (omvang en samenstelling) komt uiteindelijk voort uit de keuzes die worden gemaakt door de zorginkopers en door cliënten. Personeelsbeleid en strategisch beleid (pakket van geleverde diensten, regio's) van aanbieders spelen daartussen een belangrijke rol.

Zorgaanbieders zijn bezig met de beleidsbepaling voor 2015 en verder. Een belangrijk aspect daarbij is het inkoopbeleid van de zorginkopers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars). Indien hier te weinig duidelijkheid over is, weten aanbieders niet waarop (en hoe) zij moeten anticiperen. Onduidelijkheid zorgt ervoor dat aanbieders preventief beslissingen nemen, die mogelijk achteraf gezien niet de meest optimale keuzen waren (bijvoorbeeld: personeel laten afvloeien dat later toch nodig blijkt). Ook kan een afwachtende houding van een zorgaanbieder ervoor zorgen dat er in een korte termijn een sterke verandering in het personeelsbestand moet worden doorgevoerd, in plaats van een geleidelijke langetermijnverandering (met alle frictiekosten van dien).

Van de gemeenten is bekend dat in mei-juni 2014 op het gebied van Wmo 50 procent nog slechts globale beleidskaders had geformuleerd, maar nog geen praktische invulling hiervoor. Dit betekent dat in de helft van de gemeenten de aanbieders in de Wmo nog deels in het duister tasten over de toekomst. Voor de jeugdhulp is dit ongeveer een derde van de aanbieders. In de betreffende gemeenten vormt dit een potentieel arbeidsmarktrisico.

Wanneer de vertraging van de inkoopprocessen een efficiënte voorbereiding in de weg staat, heeft dat een opdrijvend effect op arbeidsmarktknelpunten en frictiekosten. Zo moet voor de ontslagtoets door UWV aannemelijk worden gemaakt dat er wegens economische redenen sprake is van een structureel verval van arbeidsplaatsen. Hierover is op grond van bestaande wet- en regelgeving de volgende beleidsrichtlijn vastgesteld:⁸

Wanneer een (zorg)instelling meedoet aan een aanbesteding, dat van plan is te doen of daarover onzekerheid laat bestaan, verleent UWV geen ontslagvergunning, omdat er geen zekerheid bestaat over een structureel verval van arbeidsplaatsen. Deze situatie moet worden onderscheiden van een situatie waarbij een nieuwe aanbesteding bijvoorbeeld beperkter is in omvang dan het huidige contract en de (zorg)instelling daardoor het personeelsbestand zal moeten inkrimpen (werkvermindering). In dat geval zal er wel sprake zijn van een structureel verval van arbeidsplaatsen en kan een ontslagvergunning (voor de boventallige werknemers) worden verleend.

Daar waar aanbestedingen nog lopen of gaan lopen, is dat onzeker en kunnen aanbieders geen ontslag aanvragen. Daar waar zekerheid is, bijvoorbeeld als er minder aanbesteed wordt of als aanbieders afzien van inschrijving op deelgebieden of in specifieke regio's, kunnen ze dat wel.⁹

De samenwerking tussen gemeenten en aanbieders op deelgebieden komt op veel plaatsen goed van de grond, bijvoorbeeld bij het vormgeven van de wijkteams. De betrokken ministeries, brancheorganisaties, VNG en andere partijen faciliteren dat

⁸ Brief Van Rijn en Asscher (7 juli 2014) onderwerp; Stand van zaken arbeidsmarkt zorg, kenmerk: 643561-123647-MEVA

⁹ Er zijn signalen vanuit de VGN en ActiZ dat zorgaanbieders ook geen ontslagvergunning krijgen indien deze een ontslagvergunning aanvragen die losstaat van de aanbesteding. Brief VGN & ActiZ aan de heren Asscher en Van Rijn (11 augustus 2014), onderwerp: Beleidslijn ontslagaanvragen in de zorgsector, kenmerk EP/14u.0493

door op diverse terreinen praktijkgerichte werkgroepen in te stellen. Daarnaast zijn zorgaanbieders zich ook aan het oriënteren op de komende uitdagingen en maken daarin strategische keuzes. Daarbij komen nieuwe vormen van zorg en samenwerking tot stand. In kleinere gemeenten blijft de samenwerking wat achter, wat vooral lijkt te liggen aan een minder proactieve houding van de zorgaanbieders, die zich uit zakelijke overwegingen op grote gemeenten richten. Samenwerking tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en inkopers kunnen de frictiekosten positief beïnvloeden, maar daar is ook tijd voor nodig.

Risico: onduidelijkheid over inkoopbeleid kan ervoor zorgen dat (achteraf gezien) niet de meest optimale keuze is genomen door een huidige aanbieder, zoals onterechte anticiperende maatregelen of grootschalige ontslagen later in het proces. Dit zorgt voor hogere kosten. Ook nieuwe toetreders hebben tijd nodig om zich voor te bereiden. Hoe groter de vertraging, hoe kleiner ook de kans op werkelijke innovaties.

Kans: tijdige duidelijkheid biedt alle betrokkenen meer ruimte om de wijzigingen efficiënt door te voeren. Ook is er meer ruimte voor samenwerking en voor weloverwogen innovaties.

3.3.2 Budget, prijs en hoeveelheid

Een zeer belangrijk aspect voor de afzet en bijbehorende omzet van een aanbieder is de vraag hoeveel budget de inkopers beschikbaar stellen en hoeveel bezuiniging dit betekent ten opzichte van de huidige situatie. Gemeenten gaan uit van verschillende maten van bezuinigingen, blijkt uit de gemeente-enquête. Ook in de casestudies noemden gemeenten verschillende percentages van bezuinigingen waar ze vanuit gingen, variërend van 10 tot 25 procent.¹⁰

De verschillende percentages van bezuinigingen die genoemd worden, kunnen samenhangen met de vraag of men al een uitgewerkte visie heeft over hoe de bezuinigingen worden doorgevoerd. Op het gebied van Wmo had begin juni 2014 circa 54 procent van de gemeenten concrete ideeën hoe men dit zou gaan doen. Ongeveer 34 procent had hier plannen op hoofdlijnen voor en bijna 11 procent wist het nog helemaal niet. Bijna de helft van de gemeenten had dus nog geen duidelijk beeld van budgetbestedingen in de Wmo. Voor de jeugdhulp was dit 32 procent.

Duidelijk is dat als zorginkopers ten opzichte van de macroverdelingen relatief meer bezuinigen, dit uiteindelijk ten koste gaat van de werkgelegenheid. In de gemeente-enquête is niet gevraagd of gemeenten van plan zijn aanvullende bezuinigingen door te voeren. Opvallend is dat zorgaanbieders (kijkend naar de WGE) verwachten dat gemeenten meer zullen korten dan wat gemeenten aangeven te zullen korten (kijkend naar de gemeentelijke enquête).

Aan de gemeenten is wel gevraagd of men vanuit andere domeinen middelen overhevelt naar het sociale domein en/of gemeentelijke reserves aanspreekt. Dit werd door gemiddeld tussen de 25 en 30 procent van de gemeenten bevestigend beantwoord. Er zat weinig overlap tussen deze twee wijzen van verhogen van de hoeveelheid beschikbare middelen. Gemeenten kozen dus meestal de één of de ander. In totaal past bijna 40 procent één van deze methodes toe.

Twee fundamentele vragen voor een aanbieder bij het bepalen van de personeelssamenstelling zijn: welke tarieven mogen ze hanteren van de zorginkopers en hoeveel

¹⁰ Om misverstanden te voorkomen: in vergelijking met de budgetten 2014.



diensten kunnen (of moeten) ze daarvoor leveren. In de basis gaat het hier dus om de tarieven (prijs) en de kwantiteit/omvang (hoeveelheid) van de dienstverlening.

Als er op tarieven wordt bespaard, moeten de diensten goedkoper aangeboden worden. Om een dergelijke besparing te realiseren, kan er bijvoorbeeld in de overhead gesneden worden. Dit is op het moment ook te zien in een aantal pilotstudies. Een andere mogelijkheid is een relatieve verschuiving van personeel met hogere kwalificaties naar personeel met lagere kwalificaties, om zo te besparen op de loonkosten. Dat lijkt in strijd met de door velen verwachte relatieve verschuiving van lagere naar hogere kwalificaties die samenhangt met extramuralisering en een groter beroep op mantelzorg en vrijwilligers. Ook is het de vraag hoeveel ruimte de aanbestedingen laten voor een (relatief) vergroot beroep op lager gekwalificeerd personeel.

Ook kan er druk op arbeidsvoorwaarden komen, waardoor er via dit kanaal een kostenbesparing wordt gerealiseerd. In veel sectoren waar marktwerking de vorm heeft van (vooral) prijsconcurrentie treden dergelijke effecten op. Tariefverlaging zet op korte termijn aan tot innovaties, maar brengt het risico van een 'race-to-the-bottom' (concurrentie op basis van de kwaliteit van arbeid) met zich mee. Deels wordt die ingeperkt door de geldende cao's die een bodem definiëren. Ook kunnen er innovaties en samenwerkingen tot stand komen die die productiviteit verhogen, waarmee een besparing op de tarieven wordt gerealiseerd.

Omdat het vervangen van personeel met een hoog kwalificatieniveau door personeel met een lager kwalificatieniveau ten koste van de kwaliteit van de zorg kan gaan, zetten de meeste aanbieders in eerste instantie in op het maken van een efficiëncyslag. Veel aanbieders zijn nu ook al bezig met het afbouwen van managementlagen. Het is echter niet uit te sluiten dat sommige diensten door huidige aanbieders of nieuwe toetreders met behulp van goedkopere, lager gekwalificeerde krachten worden aangeboden tegen lage tarieven. Zorgaanbieders kunnen arbeid op een andere (innovatieve) manier inzetten om zo een besparing te realiseren. De effecten hiervan zijn niet voor alle betrokkenen.

Als er op kwantiteit/omvang (hoeveelheid) wordt bespaard, betekent dit dat een aanbieder dezelfde diensten door personen met dezelfde kwalificaties als nu kan leveren, maar dan minder in aantal. In tegenstelling tot de situatie waar er op prijs bespaard wordt, heeft minder afzet geen gevolgen voor de samenstelling van het personeelsbestand. Wanneer er 10 procent minder diensten worden afgenomen tegen dezelfde prijs, is er globaal ook 10 procent minder personeel nodig in alle categorieën (overhead, cliëntgebonden en ondersteuning).

Als er alleen op prijs wordt bespaard en niet op kwantiteit, betekent dit dat er een transformatie van de bedrijfsprocessen moet plaatsvinden: evenveel doen met minder middelen. De gevolgen op microniveau zijn groter. Bij een besparing op kwantiteit/omvang (hoeveelheid) wordt er minder gedaan met relatief meer middelen. Dan blijft de werkwijze in wezen hetzelfde – niet de toekomst die met de stelselwijzigingen beoogd wordt.

Aangezien veel gemeenten inzetten op een transformatie met andere manieren van werken, is besparing op tarieven een vaker toegepaste methode van bezuiniging dan besparing op aantallen diensten. Van de gemeenten geeft meer dan 80 procent voor Wmo aan op tarieven te willen besparen. Voor de jeugdhulp en welzijn is dit respec-

tievelijk circa 70 en 60 procent. Voor besparen op hoeveelheid is dit voor Wmo, jeugdhulp en welzijn respectievelijk 45, 40 en 40 procent.

In de praktijk gaat er echter niet alleen op prijs óf hoeveelheid bespaard worden. Er zijn veel gemeenten die beide doen: besparen op prijs en hoeveelheid. Dit stelt aanbieders voor een uitdaging: minder diensten op een andere wijze dan voorheen aanbieden.

De besparingen op prijs en hoeveelheid zijn voor veel gemeenten een belangrijke manier om aan de taakstellingen te voldoen. Besparingen op de uitgaven zijn immers nodig om de bezuiniging op te vangen. Gemeenten proberen meer preventief te werken en met vrijwilligers en mantelzorgers, om te voorkomen dat er specialistische zorg aan te pas komt. Zodoende willen ze op de hoeveelheid inkoop besparen en het gemiddelde tarief drukken. Mocht dit echter niet lukken, dan zal er toch meer ingekocht moeten worden. Dit kan alleen als de tarieven lager zijn of wanneer de feitelijke budgetten hoger komen te liggen.

Risico: (Alleen) minder afname van diensten betekent minder omzet met kleinere aantallen van hetzelfde soort personeel realiseren (alleen afname van personeel). Een groot risico daarbij is dat de stelselwijzigingen geen innovatie op gang brengen. Bij (alleen) tariefbesparing bestaat er een risico dat de prijzen blijven dalen, een 'race to the bottom', met sociaal onwenselijk situaties tot gevolg (wat bijvoorbeeld in de taxibranche heeft gespeeld). Ook kan een situatie ontstaan waarin de kwaliteitseisen van een aanbesteding niet in lijn zijn met de eisen ten aanzien van tarieven en dat een aanbesteding mislukt.

Kans: lagere tarieven betekent hetzelfde werk innovatief en productiever uitvoeren (een gewenst effect). Innovatie en samenwerking bieden mogelijkheden om gezamenlijk tot een oplossing (c.q. besparing) te komen. Aanvullingen van het budget vanuit andere domeinen of reserves kunnen het werkgelegenheidsverlies verzachten.

3.3.3 *Uitvoeringskosten*

Een deel van het budget dat de zorginkopers ter beschikking hebben, zal voor de eigen interne uitvoeringskosten worden aangewend. In vergelijking met de huidige situatie zullen de uitvoeringskosten vooral voor de naar de gemeenten verplaatste zorg veranderen. Zo zullen gemeenten ambtenaren speciaal voor de uitvoering van de Wmo en jeugdhulp inzetten en zullen deze ambtenaren ook opleidingen moeten volgen. De uitvoeringskosten drukken de budgetten voor inkoop en daarmee de inkomsten van de aanbieders en het feitelijk voor zorg beschikbare budget. In het verleden hadden inkoopende partijen ook al uitvoeringskosten.

Aanbieders noch gemeenten weten met zekerheid hoe hoog de uitvoeringskosten zullen uitvallen. Het beeld wordt bovendien vertroebeld omdat – anders dan dat in de huidige ABWZ het geval is – de gemeente kan beslissen een deel van de zorgtaken in eigen beheer uit te voeren. Van de aanbieders verwacht 28 procent dat gemeenten tussen de 5 en 15 procent van de budgetten voor de interne uitvoeringskosten nodig hebben. 10 procent van de aanbieders verwacht dat de kosten boven de 15 procent zullen liggen. De meeste gemeenten hebben voor Wmo en welzijn nog geen idee hoeveel de uitvoeringskosten zullen bedragen (respectievelijk 60 en 53 procent). Van de gemeenten die er wel zicht op hebben, verwachten de meeste dat de uitvoeringskosten tussen de 0 en 5 procent of tussen de 5 en 10 procent zullen liggen. Voor jeugdhulp heeft men wel al meer zicht op de uitvoeringskosten (31 procent weet het niet).



De uitvoeringskosten voor de jeugdhulp worden door de gemeenten doorgaans tussen de 0 en 5 procent geschat.

De aanbieders zijn dus pessimistischer over de hoogte van de uitvoeringskosten. Zij verwachten dat gemeenten naast de opgelegde bezuiniging nog minder budget beschikbaar zullen stellen voor inkoop. Als er (zoals een tiende van de aanbieders vermoedt) sprake is van uitvoeringskosten van meer dan 15 procent, blijft er dus minder dan 85 procent van de beschikbare budgetten over voor inkoop van diensten. Op macroniveau valt het werkgelegenheidseffect hiervan goeddeels weg omdat de uitvoeringskosten grotendeels arbeid betreffen – zij het arbeid waarvoor huidige werkenden mogelijk niet in aanmerking voor komen.

De nieuwe taakverdelingen in de inkoop zorgen er voor dat (vooral) gemeenten nog wegwijz moeten worden in hun taken. De uitvoeringskosten zullen in het begin daarom hoger liggen. Gemeenten krijgen wel financiële middelen voor de transitiekosten, maar het is niet bekend of deze alle kosten zullen dekken.

Risico: Als de uitvoeringskosten hoger zijn dan voorheen, gaat dit ten koste van inkoop en dus van werkgelegenheid (zorgverleners).

Kans: Als de uitvoeringskosten vooral bestaan uit personeel bij gemeenten, is dit een andere vorm van werkgelegenheid. Weliswaar niet bij aanbieders, maar wel bij de overheid.

3.3.4 Wijze van contractering en opdrachtverstrekking

Los van de vraag hoe groot het (totaal)budget voor de inkoop van zorg is, speelt voor aanbieders de vraag: hoe zeker ben ik dat ik mijn producten en diensten kan afzetten? Goed ondernemerschap vereist dat eventuele onzekerheid op dit punt verdisconteerd wordt in het personeelsbeleid. De mate van zekerheid hangt af van twee variabelen: de wijze van contractering en de opdrachtverstrekking per individuele casus.

Een manier van ‘contracteren’ is door het aangaan (of continueren) van een subsidierelatie. In de Wmo gaat circa 32 procent van de gemeenten diensten middels subsidies aan de huidige aanbieders gunnen. In de jeugdhulp is dit circa 24 procent en in welzijn 76 procent. De aanbieders die hiervoor in aanmerking komen, zijn in een sterkere mate verzekerd van omzet dan wanneer dat niet het geval is. Deze subsidie hoeft uiteraard niet verstrekt te worden aan alleen de huidige aanbieders. Ook met nieuwe toetreders kan een subsidierelatie worden aangegaan. In de Wmo en jeugdhulp wordt dit door iets minder dan 10 procent van de gemeenten verwacht. Voor welzijn is dit 20 procent van de gemeenten. Een dergelijke verschuiving in budget (van bestaande naar nieuwe aanbieders) zorgt voor een verschuiving van werkgelegenheid.

Wanneer een gemeente de dienst van een aanbieder gaat aanbesteden, is er minder zekerheid dat hij gecontracteerd wordt. Voor onderhandse en bestuurlijke aanbestedingen worden veelal de meeste (zo niet alle) grote aanbieders gevraagd. Tussen de 25 en 33 procent van de gemeenten gaat onderhands of bestuurlijk aanbesteden voor Wmo en jeugdhulp. Openbare aanbestedingen (toegepast door 17% van de gemeenten in de Wmo en 43% in jeugdhulp) zorgen voor gelijke kansen voor aanbieders, maar dit betekent ook dat iedereen opdrachten kan mislopen. In elke vorm kunnen eisen ten aanzien van bijvoorbeeld tarieven, hoeveelheid, kwaliteit, etc. worden opgenomen.

Wanneer een aanbieder een contract misloopt, heeft dit gevolgen voor de werkgelegenheid bij de aanbieders. De aanbieder loopt omzet mis en zal navenante aanpassingen in het personeelsbestand moeten doorvoeren. De doorwerking daarvan op de werknemers is onder meer afhankelijk van de mate waarin de aanbesteding eisen bevat ten aanzien van (het overnemen van) huidig personeel.

Meer dan de helft van de gemeenten laat de burger zelf kiezen bij wie hij of zij ondersteunings- of zorgdiensten gaat afnemen; een gewenste en breed gedragen ontwikkeling. Een goede positionering en een productenaanbod dat past bij de vraag van de burger is dan een pre. Een goede naam bij de burger helpt namelijk bij het binden van klanten. Dit kan een concurrentievoordeel betekenen voor de huidige aanbieders (zie verder).

Het zal echter pas in de loop van 2015 (en verder) duidelijk worden hoeveel diensten aanbieders daadwerkelijk kunnen afzetten en welke aanpassingen in het personeelsbestand nodig zijn. Ook dit is van invloed op de keuzes die een zorgaanbieder moet maken in de omvang en samenstelling van het personeelsbestand.

Aanbieders met een (raam)contract hebben wel duidelijkheid over de te leveren producten (3.3.4), tarieven (zie 3.3.2) en waarschijnlijk ook de maximale omzet. Ook dit is belangrijke input voor de omvang en samenstelling van het personeelsbestand.

Wanneer een aanbieder niet meedingt naar een contract, géén contract wint, of wanneer hij een subsidierelatie aangaat, weet hij beter waar hij aan toe is dan in andere situaties. Onder andere omstandigheden zal het personeelsbestand op basis van verwachtingen en strategische keuzes aangepast worden. De kans is zeker aanwezig dat de zorgaanbieder in zijn personeelsbeleid uitgaat van een relatief laag aantal af te nemen ondersteunings- of zorgdiensten, met als idee het personeelsbestand flexibel aan te vullen wanneer er meer diensten worden afgenomen. Dit leidt in eerste instantie tot een extra afname van personeel, waarbij ook het ontslagrecht weer om de hoek komt kijken (zie ook 3.3.1).

Risico: Hoe groter de mate van omzetonzekerheid, hoe meer de aanbieders zullen willen inzetten op flexwerk. Dat reduceert de aantrekkelijkheid van werken in de sector en vergroot de kans op een 'race to the bottom'.

Kans: Duidelijkheid kan leiden tot gerichte aanpassingen en goed onderbouwde anticiperende maatregelen. Als er sprake is van raamwerkcontracten en cliënten zelf kunnen kiezen, zullen vooral ontevreden klanten andere/nieuwe aanbieders kiezen. Goede dienstverlening levert omzet op. Elke vorm van aanbesteding geeft de inkoper de kans om eisen te stellen ten aanzien van de verleende diensten.

3.3.5 Gevraagde producten en rol van een aanbieder in de eerste lijn

Naast de vraag of een aanbieder producten en diensten mag afzetten, bestaat ook de vraag welke diensten van hem gevraagd worden. De stelselwijzigingen leiden tot een sterke extramuralisatie. Ook gaan vrijwel alle gemeenten met andere zorg- en welzijnsconcepten werken. Ongeveer 80 procent van de gemeenten gaat bijvoorbeeld met wijk-/buurteams werken. De budgetten die voor deze eerstelijnssteams ingezet worden, verlagen de beschikbare budgetten voor specialistische tweedelijnsdiensten. Een aanbieder zal zich dus de vraag stellen: wat voor rol zal, kan of wil ik hebben in de zorg en ondersteuning in de eerste lijn?



In de Wmo willen bijna alle gemeenten meer inzetten op algemene voorzieningen (93 procent geeft dit aan) en twee vijfde ook minder op maatwerkvoorzieningen. Tevens wordt meer verantwoordelijkheid bij het (eigen) netwerk rond de cliënt gelegd: er moet (volgens 97 procent van de gemeenten) meer gewerkt worden met vrijwilligers en meer met mantelzorgers (in 88 procent van de gemeenten). Dit alles leidt tot andere werkwijzen en vraagt om innovatie in de zorgverlening, waar de competenties van het personeelbestand op aan moeten sluiten in kwalitatieve (inhoud) en kwantitatieve (samenstelling personeelsbestand) zin. In de jeugdhulp zijn dezelfde trends zichtbaar, zij het in iets mindere mate.

Daarnaast zullen de voorgestelde wijk-/buurtteams grote impact hebben op aanbieders, zowel voor de hoeveelheid werk als in de uitvoering van het werk. Hoewel veel aanbieders de wijk- en buurtteams als een goede ontwikkeling zien, zijn zij onzeker over hun eigen rol daarin. Dit is ook te zien in de resultaten van de werkgeversenquête van eind 2013. Ongeveer de helft van de aanbieders die verwachten dat gemeenten met een wijk/buurtteam gaan werken, verwacht ook zelf een rol in het team te gaan spelen. Alleen in de GGZ gaf minder dan 50 procent van de aanbieders dit aan. In zowel de GGZ als de GHZ richt men zich vaker dan in andere branches op de tweedelijns (specialistische) zorg dan op een actieve rol in een wijk- of buurtteam.

Een belangrijke vraag is hoe het personeel voor de wijkteams zal worden ingehuurd. Hiervoor zijn verschillende organisatorische vormen denkbaar. De meest genoemde optie is het personeel onder te brengen bij een gespecialiseerde organisatie, die al dan niet door de gemeente hiervoor wordt opgericht. Het kan ook zijn dat de gemeente de medewerkers van het wijkteam direct in dienst neemt (we zagen al dat daarmee de uitvoeringskosten toenemen). Daarnaast zijn ook vormen van detachering door de tweedelijnsorganisaties denkbaar. Dit kan zowel een detachering naar de gemeente als naar een gespecialiseerde partij zijn.

Wanneer de aanbieders specialisten vanuit de tweede lijn op basis van detachering leveren aan de wijkteams, betekent dit dat deze aanbieders ook direct omzet halen uit de wijkteams, in de vorm van de vergoeding voor de medewerkers. Generalistische aanbieders die de wijkteams hun taken zien overnemen en de meerderheid van hun personeel naar de wijkteams zien vertrekken, lopen risico's ten aanzien van de continuïteit van de organisatie, met alle gevolgen van dien voor de overige werknemers.

Risico's: Wijkteams kunnen door de gemeente gesubsidieerde concurrenten van (generalistische) aanbieders worden. De uitvoerder zal een – niet noodzakelijk efficiënte – voorkeur hebben voor inzet van eigen personeel, ook in de tweede lijn.

Kans: Tweedelijnsaanbieders kunnen personeel detacheren in de wijkteams, waardoor het een verschuiving van personeel is zonder omzetverlies voor de aanbieders. In deze situatie is sprake van innovativiteit, kruisbestuiving door samenwerking en wenselijke verandering.

3.3.6 *Social return*

Een aspect dat een gevolg zal hebben voor de werkgelegenheid in zorg en welzijn, specifiek voor de uitvoerenden in de zorg, is dat gemeenten social return on investment (SROI) kunnen eisen. Dit houdt in dat ter waarde van een bepaald percentage van het inkoopbedrag de opdrachtnemer moet investeren in het toeleiden naar werk van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. De landelijke richtlijn hiervoor is 5 procent. Het verlangen van social return is hierbij niet verplicht aangezien er geen verplichtende wet- en regelgeving hierover is. In hoeverre dit betekent dat het ten

coste gaat van het budget voor de kernactiviteiten van de professionals in zorg en welzijn, hangt ervan af of en hoe gemeenten en werkgevers de 'social return'-verplichting invullen. Dit budget kan worden ingezet voor het creëren van arbeidsplaatsen, maar bijvoorbeeld ook voor opleidingstrajecten. Het mag geen verdringing van reguliere arbeid zijn. Afhankelijk van de vormgeving kunnen 'social return'-eisen een concurrentienadeel voor bestaande aanbieders betekenen. Dat hangt samen met het herinrichten van de organisatie en de flexibiliteit bij het invullen van vrijgekomen arbeidsplaatsen. Als een organisatie al ervaring heeft met het inpassen van werknemers met afstand tot de arbeidsmarkt, kan dat juist een voordeel opleveren.

De meerderheid van de gemeenten gaf in juni 2014 aan dat nog onbekend was of social return geëist zou worden. In de meeste gemeenten die dat van plan waren, was nog niet bekend welk percentage aan social return besteed moet worden. Rond de 5 procent is een vaak genoemd bedrag voor Wmo en welzijn, wat ook het adviespercentage is van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) in het geval van het vragen om een SROI. Voor jeugdhulp gaat 8 procent van de gemeenten ervanuit dat er géén social return verlangd zal worden.

Risico: Als aanbieders budget moeten reserveren voor social return, blijft er minder budget over voor personeel dat direct met zorg en ondersteuning bezig is.

Kans: Wanneer budget wordt ingezet op social return is ergens anders in het sociaal domein mogelijk minder budget nodig. Ook kan het een extra aanleiding zijn om door middel van bijvoorbeeld job carving een innovatieve herschikking van werk in te voeren.

3.3.7 Concurrentie en samenwerking

De voorwaarden voor de markt waarin aanbieders acteren, worden geschapen door de zorginkopers. Ook de mate van concurrentie wordt beïnvloed door de inkopers. Met de transformatie in het vooruitzicht, zullen er nieuwe toetreders zijn die nieuwe producten gaan aanbieden, bijvoorbeeld in thuiszorg of dagbesteding. Concurrentie is een aspect waar alle ondernemers mee te maken kunnen krijgen. Dat gezegd hebbende, kunnen bijvoorbeeld gemeenten wel de mate van concurrentie beïnvloeden.

Bij het introduceren van (meer) marktwerking is het van belang dat een gelijk speelveld bestaat voor bestaande en nieuwe aanbieders. Nieuwe aanbieders hebben hier mogelijk een concurrentievoordeel, omdat zij geen vastgoed en/of doorlopende (dure) arbeidscontracten hebben. Daar staat tegenover dat zij opstartkosten hebben en een lokaal netwerk (waaronder bijvoorbeeld naamsbekendheid bij cliënten) moeten opbouwen. Al met al valt niet te zeggen welke factoren overheersen.

Veel gemeenten bieden ruimte aan nieuwe aanbieders. Tussen de 80 en 90 procent van de gemeenten doet dit voor Wmo en jeugdhulp. Bijna de helft hiervan gaat zelfs bewust sturen op het contracteren van nieuwe aanbieders (dat kan overigens een klein aandeel van de inkoop betreffen). De huidige aanbieders gaan dus waarschijnlijk te maken krijgen met meer concurrentie dan voorheen. Wanneer dit gebeurt, hangt mede af van de wijze waarop gemeenten de 'zachte landing' aanpakken – waarmee we hier doelen op een voorlopig behoud van de positie van aanbieders (mogelijk wel met lagere omzetten). Een aantal gemeenten heeft vooraf aangekondigd het eerste of de eerste twee jaar met de huidige aanbieders door te gaan. En pas vanaf 2016 of 2017 (actief) te kijken naar nieuwe aanbieders. Andere gemeenten zullen al vanaf 2015 met nieuwe aanbieders gaan werken.



In de casestudies gaven weinig aanbieders aan de concurrentie te vrezen. Zeker als er met raamcontracten gewerkt wordt, denken de meeste aanbieders ongeveer een relatief even groot marktaandeel te krijgen als nu. Maar als een aanbieder een aanbesteding (en/of de daaruit voortvloeiende opdrachten) van een concurrent verliest, heeft dit arbeidsmarkteffecten: de verliezende partij zal minder werk hebben en dus ook minder personeel. Bij een grote voorziene afname van omzet, geven de meeste aanbieders aan dat er ontslagen noodzakelijk zijn. Ook krimp en wellicht faillissement van sommige huidige zorgaanbieders kunnen het gevolg zijn.

Tegenover de afname van personeel bij de verliezende aanbieder staat een mogelijke vraag aan personeel bij de winnende aanbieder. Het is niet in te schatten welk deel van het personeel bij de winnende partij aan de slag kan. Veel zal daarbij afhangen van (de kwaliteit van) eisen dienaangaande in de aanbestedingsdocumenten. Een deel van het ontslagen personeel zal elders emplooi kunnen vinden, maar een deel zal werkloos worden. Een deel van deze groep zal niet gemakkelijk een nieuwe baan vinden. Wat weer de weg vrij kan maken voor schoolverlaters. Het personeel dat van werkgever verandert, accepteert bij de nieuwe werkgever wellicht een andere functie met een lager salaris, omdat men anders werkloos wordt.

Als nieuwe toetreders zich een plek in de markt verwerven, groeien zij in personeel ten koste van de huidige aanbieders. De netto arbeidsmarkteffecten lijken dan beperkt, maar daaronder gaan veel grotere bruto arbeidsmarkteffecten schuil van frictiewerkloosheid van baanwisselaars en langdurige werkloosheid van personeel voor wie bij huidige noch nieuwe aanbieders plek is.

Een economisch algemeen verschijnsel is verder dat nieuwe toetreders innovatie aanjagen door een frisse blik en vernieuwende bedrijfsconcepten.

Voor een goede regionale mobiliteit in een sector is samenwerking van belang. Ook hier biedt samenwerking tussen aanbieders mogelijkheden om goed en noodzakelijk personeel voor de sector te behouden. De samenwerking tussen gemeenten en aanbieders op deelgebieden komt op veel plaatsen goed van de grond, bijvoorbeeld bij het vormgeven van de wijkteams. De betrokken ministeries, brancheorganisaties, VNG en andere partijen faciliteren dat door op diverse terreinen praktijkgerichte werkgroepen in te stellen. Daarnaast zijn zorgaanbieders zich ook aan het oriënteren op de komende uitdagingen en maken daarin strategische keuzes. Daarbij komen nieuwe vormen van zorg en samenwerking tot stand. In kleinere gemeenten blijft de samenwerking wat achter, wat vooral lijkt te liggen aan een minder proactieve houding van de zorgaanbieders, die zich uit zakelijke overwegingen op grote gemeenten richten. Samenwerking tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en inkopers kunnen de frictiekosten beperken, maar daar is ook tijd voor nodig.

Risico: Meer concurrentie leidt er voor huidige aanbieders toe dat ze minder omzet hebben en personeel moeten ontslaan. Een deel van het ontslagen personeel zal moeilijk een nieuwe baan kunnen vinden – ook met het oog op de relatief lage mobiliteit op dit moment. Als men wel een nieuwe baan vindt, kan dit voor een lager salaris zijn.

Kans: Samenwerking en creativiteit bieden een kans voor de ontwikkeling van innovatieve (en kostenbesparende) zorgconcepten. Nieuwe toetreders vormen doorgaans ook een bron van innovatie.

3.3.8 *Fricatiekosten en administratieve lasten*

De huidige aanbieders worden met veranderingen geconfronteerd die ze 5 tot 10 jaar geleden nog niet hadden voorzien. Een deel van de kostenstructuur is dan ook niet berekend op de aanpassingen die ze nu in hun bedrijfsprocessen moeten maken. Door scheiden van wonen en zorg heeft een deel van de aanbieders van intramurale zorg straks te veel vastgoed in bezit of voor langere tijd gehuurd. Daarnaast moeten er ook mobiliteitstrajecten en ontslagprocedures gestart worden. Naast ontslagvergoedingen kost de ontslagprocedure zelf ook tijd en geld. Ook moet er geïnvesteerd worden in het om- of bijscholen van personeel. Zoals eerder aangegeven is er vanuit de sectorplannen een financiële bijdrage van het Rijk beschikbaar, die de frictiekosten aangaande mobiliteitstrajecten en om- en bijscholing kan reduceren.

De frictiekosten moeten bekostigd worden. Deels kan dit wellicht uit reserves van de aanbieders, maar een deel zal ook in de tarieven verwerkt worden. Dit geeft de huidige aanbieders een nadeel ten opzichte van nieuwe aanbieders die geen kosten vanuit het verleden met zich meedragen (zie ook 3.3.7).

Gemeenten geven aan dat zij zich niet verantwoordelijk achten voor de frictiekosten. Deze horen in hun ogen bij het bedrijfsrisico van de aanbieders. De eventuele continuïteit van de aanbieders is daarbij in prioriteit ondergeschikt aan continuïteit van zorg aan de burgers en het zorgen voor werkgelegenheid. Oftewel: als aanbieders failliet zouden gaan als gevolg van frictiekosten, is dit voor gemeenten minder een probleem, zolang de zorg maar geleverd wordt door andere aanbieders, die op hun beurt voor werkgelegenheid zorgen.

Mogelijk is er in de jeugdhulp een verzachting van de effecten door de transitieautoriteit voor Jeugd: als aanbieders buiten hun schuld veel opdrachten/omzet verliezen, kunnen zij bij de autoriteit een aanvraag indienen om een oplossing te zoeken.

Door de decentralisatie wordt verder het aantal inkoopprocedures verhoogd. Bovendien lopen de procedures uiteen tussen gemeenten en mogelijk zelfs deelgebieden. Dit zal zeker op korte termijn tot hogere administratieve lasten voor de zorgaanbieders leiden. Hoewel het hier ook om werkgelegenheid gaat, gaat het ten koste van het werk van zorgverleners.

In welke mate deze zaken het voor zorg beschikbare budget negatief beïnvloeden, is onduidelijk, maar dat kan in sommige gevallen substantieel zijn. Het feitelijk verloop van het transitieproces is hierop van invloed, zoals ook eerder al enkele malen aan bod geweest is. Zowel inkopers als zorgaanbieders maken bovendien kosten voor het voorbereiden en managen van de transities. Of het beschikbaar gestelde transitiebudget daarvoor toereikend is, is niet duidelijk.

Risico: (Te) hoge frictiekosten kunnen leiden tot onnodige inefficiency in de voortgang van de stelselwijziging. Budget voor zorg kan daarmee verloren gaan aan andere zaken. Ook hier geldt dat tijdig overleg, samenwerking en feitelijk inzicht – wat niet hetzelfde is als de verantwoordelijkheid bij inkopers leggen – een positieve bijdrage kan leveren. Voor wat betreft administratieve lasten is een structurele verhoging een risico – sterk in tegenspraak met het overheidsbeleid op dit terrein in de afgelopen decennia.

Kans: Geen kansen geïdentificeerd in deze context.



3.4 Meer of minder effect op microniveau

De mate waarin knelpunten op de arbeidsmarkt ontstaan, hangt af van het samenspel van alle in de vorige paragrafen genoemde aspecten. Niet alle aanbieders worden met al deze aspecten tegelijk geconfronteerd en ook niet allemaal in dezelfde mate. De invulling is vooral relevant voor de domeinen die naar gemeentelijke verantwoordelijkheid verschuiven. Relevant is vooral dat alle betrokken partijen zich bewust zijn van deze aspecten en de stapeling van de daaruit voortvloeiende effecten.

De mate waarin de volgende aspecten zich voordoen, bepalen de mate van dynamiek:

- al dan niet tijdige duidelijkheid van zorginkopers ten aanzien van het beleid;
- de mate waarin zorginkopers aanvullende bezuinigingen doorvoeren, bovenop de landelijke taakstelling of juist het budget (deels) aanvullen (vanuit reserves of andere domeinen);
- in hoeverre de uitvoeringskosten van zorginkopers (relatief) groter zijn dan tot 2015;
- het type contract met de zorgaanbieder en de mate van onzekerheid als gevolg van het contract (subsidies geven relatief meer zekerheid dan raamcontracten);
- de mate van verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn;
- de mate waarin er een percentage social return gevraagd wordt;
- de hoogte van de tarieven;
- in hoeverre nieuwe toetreders een marktaandeel krijgen;
- de mate waarin de diensten veranderen en er daardoor mogelijk een mismatch ontstaat tussen het beschikbare en noodzakelijk menselijk kapitaal.

Knelpunten ontstaan als aanbieders (en daarmee werkenden) zich geconfronteerd zien met een voor hen negatieve mix van de hiervoor genoemde aspecten. Dus bijvoorbeeld aanvullende bezuinigingen, geen tijdige duidelijkheid en een sterke verandering van gevraagde diensten.

De kans op een echte zachte landing voor de huidige aanbieders ontstaat wanneer aanbieders te maken krijgen met een positieve mix hiervan. Op een aantal punten geldt dat deze invulling niet in lijn is met de gedachte achter de transitie, waarbij juist ingezet wordt op het dichterbij de burger brengen van de zorg, met een sterke eerste lijn en veranderingen in de dienstverlening. Innovatie zal nodig zijn om de financiële taakstelling te behalen.

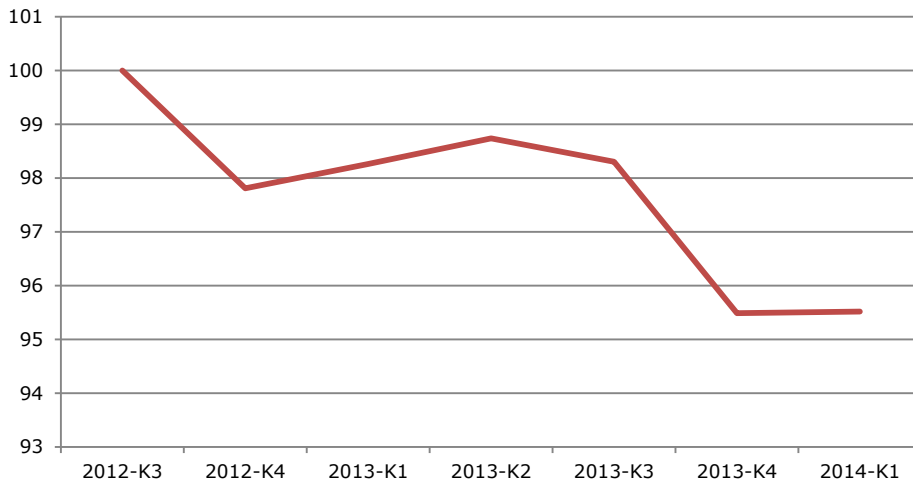
3.5 Proactieve en reagerende aanbieders

Dat er een afname van werkgelegenheid in de langdurige zorg en ondersteuning en jeugdhulp zal plaatsvinden, staat vast. In de werkgeversenquête van eind 2013 gaf ongeveer twee derde van de aanbieders aan aanpassingen in het personeelsbestand door te voeren door die deels of geheel toe te schrijven aan de stelselwijzigingen en decentralisaties. Het betreft vooral een afname van werkgelegenheid, die al aan de gang is. De bezuiniging wordt dus niet in één keer doorgevoerd in het personeelsbestand. Het is een geleidelijk proces dat reeds in 2013 of eerder is ingezet.

De daling in de werkgelegenheid is in de kwartaalcijfers van pensioenbeheerder PGGM te zien (Figuur 1). Ten opzichte van het einde van het derde kwartaal van 2012 is de werkgelegenheid in drie van de zes opvolgende kwartalen gedaald. Aan het einde van het eerste kwartaal van 2014 was de werkgelegenheid ongeveer 4,5 procent lager dan in september 2012. Dat kan deels een seizoenseffect zijn. Op jaarbasis (einde eerste

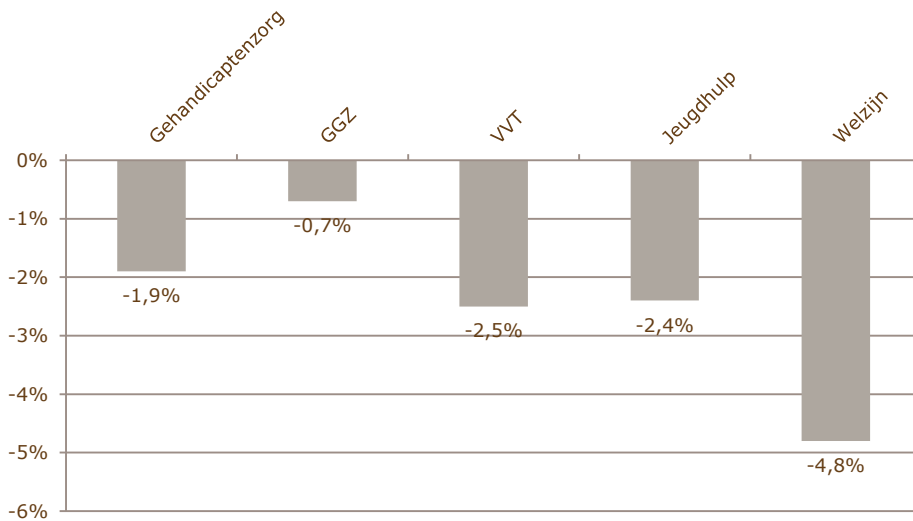
kwartaal 2014 t.o.v. einde eerste kwartaal 2013) bedroeg de krimp 2,7%. Het betreft 20.000 personen (12.000 fte's).

Figuur 1 Ontwikkeling werkgelegenheid langdurige zorg, jeugdhulp en welzijn per kwartaal 2012-K3 t/m 2014-K1 (index 2012-K3 = 100) NB: stand op het einde van het kwartaal



Bron: PGGM, Etil, SEOR, Panteia, 2014 (Kwartaalmonitor Werkgelegenheid AER Mei 2014)

Figuur 2 Ontwikkeling werkgelegenheid naar branche 2013



Bron: PGGM, Etil, SEOR, Panteia, 2014 (Kwartaalmonitor Werkgelegenheid AER Mei 2014)

Uitgesplitst naar branche (Figuur 2) is te zien dat de grootste daling van de werkgelegenheid zich in 2013 heeft voorgedaan in het welzijnswerk, gevolgd door de verpleging, verzorging & thuiszorg, de jeugdhulp en de gehandicaptenzorg. De kleinste afname was er in de geestelijke gezondheidszorg (betreft ook het gedeelte van de branche dat niet onder de langdurige zorg valt). Uitzendkrachten en zelfstandigen (in brede zin) zijn niet in de cijfers van PGGM verwerkt. Dit kan zowel een over- als een onderschatting van de ontwikkelingen betekenen.



De afname die zich in 2013 en 2014 in de langdurige zorg heeft voorgedaan (zie Figuur 1 en Figuur 2) is niet in lijn met de budgettaire ontwikkeling in de langdurige zorg. De financiële middelen voor de AWBZ zijn tot en met 2014 namelijk toegenomen. Dit toont aan dat aanbieders voorsorteren op de nieuwe situatie. Een deel van de afvloeiingen komt tot stand door natuurlijk verloop en door het niet verlengen van tijdelijke contracten. Daarnaast vinden er ook reorganisaties plaats, waarbij een aantal organisaties bijvoorbeeld ook bepaalde bedrijfsonderdelen afstoot. Dit zijn gebeurtenissen die vaak ook de media halen.

Nu de aanbestedings- en inkoopprocessen lopen, zijn er op korte termijn meer en duidelijkere arbeidsmarkteffecten te verwachten. In het laatste kwartaal van 2014 en vooral de eerste helft 2015 zullen de arbeidsmarktgevolgen duidelijk worden. Tot en met 31 december zijn er immers nog contracten voor zorgverlening. Tot die tijd is dus nog voldoende personeel nodig. Werkgevers zullen zo veel mogelijk proberen om het personeel tot 1 januari 2015 te behouden, om de werkdruk niet te hoog op te laten lopen voor het personeel dat wel blijft. Het is hierbij ook denkbaar dat zorgaanbieders meer gaan werken met uitzendkrachten en zzp'ers om de werkdruk op te vangen.

Naar de mate van de uiteindelijke werkgelegenheidsafname is het voor de aanbieders zelf vaak nog gissen. In de werkgeversenquête (december 2013) werden in de langdurige zorg voor 2013 en 2014 werkgelegenheidsafnames van gemiddeld 6 tot 9 procent genoemd als direct gevolg van de stelselwijzigingen. In de jeugdhulp werd van gemiddeld 12 procent afname gesproken. Uit de casestudies (mei 2014) bleek dat veel aanbieders uitgaan van een afname van 0 tot 10 procent. Dit zijn hogere percentages dan op basis van de budgetontwikkelingen verwacht zouden mogen worden. Aanbieders houden er dus rekening mee dat de budgetten niet volledig naar werkgelegenheid bij huidige aanbieders vertaald zullen worden.

3.6 Micro-effecten werkenden

De stelselwijzigingen zullen leiden tot een versterkte rol van de burger, tot extramuralisatie, tot meer algemene voorzieningen en minder maatwerkvoorziening en tot meer informele zorg. De innovaties die gewenst worden om dat te bereiken, stellen veranderende eisen aan de dienstverlening. Betrokken partijen denken veelal dat dit leidt tot een (relatief) grotere behoefte aan hoger opgeleid personeel, met andere competentie-eisen dan nu het geval is. In termen van arbeidsmarkteffecten kan dan gedacht worden aan:

- lagere behoefte aan (vooral) personeel op MBO 1 en 2 niveau;
- mismatches (en frictiekosten) tussen benodigde en beschikbare werknemers;
- de noodzaak van competentieontwikkeling;

De sectorplannen kunnen een belangrijk instrument blijken in deze context.

Hoewel de meeste werkgevers het werkgelegenheidsverlies proberen te beperken, houdt vrijwel iedereen een slag om de arm. Zij geven aan dat er mogelijk meer maatregelen getroffen moeten worden dan verwacht. Op microniveau zullen grotere verschuivingen optreden dan op macroniveau. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de huidige aanbieders veel omzet verliezen aan concurrenten en/of nieuwe toetreders. Het gevolg zal zijn dat sommige partijen meer personeel moet ontslaan dan nu voorzien, maar de omgekeerde situatie kan ook optreden. Ook is de kans aanwezig dat aanbieders in zijn geheel failliet zullen gaan, met ontslag voor al het personeel als gevolg. Niet al het boventallige personeel zal elders weer werk vinden. In de tijd tussen ontslag en het vinden van een nieuwe baan, wanneer dat wel lukt, is er voor lan-

gere of kortere duur frictiewerkloosheid. Tegenover grotere werkloosheidsrisico's van huidig personeel staan grotere kansen voor schoolverlaters.

Bij het terugbrengen van het personeelsbestand zijn er enkele categorieën werknemers waar meer in wordt gesneden dan anderen. Binnen het cliëntgebonden personeel zijn het naar verwachting de helpende / zorg hulpen op de lagere mbo-niveaus (1 en 2) en daarnaast wordt er in de overhead en ondersteuning gesneden. In de jeugdhulp en welzijn werken relatief meer hogeropgeleiden. De werkgelegenheidsafname gaat in deze branches dan ook vooral ten koste van de werknemers op de hogere mbo-niveaus en op hbo-niveau. Ook wordt een aanpassing of versobering van arbeidsvoorwaarden verwacht – zeker bij verandering van werkgever en nieuwe instroom.

Het feit dat er vooral in de lagere mbo-niveaus gesneden wordt, is vooral terug te voeren op bezuinigingen op de taakstelling voor de huishoudelijke hulp (inclusief alfa-hulpen) en op de ambulantisering. Intramuraal wordt ook met verzorgenden op mbo niveau 2 gewerkt. Zij werken in teams en kunnen altijd terugvallen op collega's voor ondersteuning. Extramuraal werken vergt meer zelfstandigheid, waarbij het terugvallen op collega's niet altijd mogelijk is. Wanneer verzorgenden bij de mensen thuis komen, is er meer samenwerking met het netwerk om de cliënt heen nodig. Er moet daarbij meer coördinatie van informele zorg plaatsvinden en er moet meer afgestemd worden met andere professionals, zoals het wijkteam. Deze vormen van werken en communicatie zijn competenties die meer met hogere mbo-niveaus en met hbo-niveau geassocieerd worden.

Ook intramuraal blijft er minder werk over voor verzorgenden op de lagere mbo-niveaus. Doordat de 'lichtere' zorg extramuraal gebeurt, blijven intramuraal alleen de 'zwaardere' cliëntgroepen over. Om deze de juiste zorg te bieden is ook een hoger kwalificatieniveau gewenst.

Een derde reden voor minder vraag naar de lagere mbo-niveaus is dat gemeenten beogen dat hun werk zo veel mogelijk overgenomen gaat worden door het informele netwerk: vrijwilligers en mantelzorgers.

De andere kant van de medaille is dat in de zorgbranches de vraag naar personeel met een hogere mbo-opleiding of een hbo-opleiding in de komende jaren zal toenemen. Ook breken sommige aanbieders een lans voor de lagere mbo-niveaus. Door taken van mbo 3-4- en hbo-personeel op te knippen, ontstaat er werkgelegenheid voor zorg hulpen. Het kan efficiënter zijn als een lager geschoolde medewerker enkele eenvoudige taken doet (bijvoorbeeld post sorteren en medische instrumenten klaarleggen), zodat de specialist hier geen tijd aan kwijt is.

De keuze om met minder overhead en ondersteuning te werken komt voort uit een drang naar efficiency en continuïteit van dienstverlening. Men wil zo veel mogelijk cliëntgebonden personeel behouden. Zij moeten zo veel mogelijk zelfsturend gaan werken (wederom een competentie die met de hoge mbo- en hbo-niveaus wordt geassocieerd). Zelfsturende teams hebben minder managers nodig. Wanneer de zelfsturende teams ook hun eigen administratie bijhouden, is er ook minder administratieve ondersteuning nodig. Ander ondersteunend personeel in een intramurale setting, zoals koks en receptionisten, is niet meer nodig door het scheiden van wonen en zorg.



Bijlagen

|



Bijlage 1 Leden begeleidingscommissie

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingericht. Hieronder een overzicht van de deelnemers van deze begeleidingscommissie.

<i>Naam</i>	<i>Organisatie</i>
Aart Bertijn	VGN
Aloys Kersten	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Christien de Kort	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Johanneke van Woerden	ActiZ
Joost Trienekens	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Kasper Stuit	CPB
Lody Simon	ActiZ
Machteld Alsbach	GGZ-Nederland
Menno Hoogendoorn	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Peter Kruithof	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Petra Boogaard	BTN

|



Bijlage 2 Factsheets PGGM

|



Kwartaalmonitor werkgelegenheid AER mei 2014

Doel

Uit de eerste fase van de Arbeidsmarkteffecterapportage (AER) bleek dat aanbieders van langdurige zorg, jeugdzorg en welzijn al volop aan het anticiperen zijn op de aankomende veranderingen in zorg en welzijn. Het doel van de kwartaalmonitor AER is om deze (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt van zorg en WJK afspeelt. De resultaten van de kwartaalmonitor AER worden in dit samenvattende overzicht gepresenteerd.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioensfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen de langdurige zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.

Algemene bevinding

Voor alle sectoren binnen zorg en WJK is sprake van afname van de werkgelegenheid met als te verwachten arbeidsmarkteffect dat het voor vertrekkende werknemers moeilijk wordt om binnen zorg en WJK een andere baan te vinden.

AZW

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Kwartaalmonitor werkgelegenheid AER, mei 2014

Werkgelegenheid in personen en fte, samenvattend overzicht

	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013		k1 2013 - k1 2014		k4 2013 - k1 2014	
								absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
personen:													
Ziekenhuizen*	202.990	200.840	200.650	199.090	199.210	195.350	195.400	-5.490	-2,7%	-5.250	-2,6%	50	0,0%
Gehandicaptenzorg	165.020	163.690	164.110	164.020	164.430	160.540	160.380	-3.150	-1,9%	-3.730	-2,3%	-160	-0,1%
GGZ	80.960	80.000	80.380	80.760	81.000	79.410	79.590	-590	-0,7%	-790	-1,0%	180	0,2%
VVT	467.670	456.270	458.160	462.130	458.720	444.780	443.920	-11.490	-2,5%	-14.240	-3,1%	-860	-0,2%
WMD	57.840	54.500	55.270	55.000	54.440	51.860	52.860	-2.640	-4,8%	-2.410	-4,4%	1.000	1,9%
Jeugdzorg	33.390	32.780	32.960	32.800	32.610	31.980	32.060	-800	-2,4%	-900	-2,7%	80	0,3%
Kinderopvang	89.540	86.110	84.750	82.100	79.190	75.760	76.030	-10.350	-12,0%	-8.720	-10,3%	270	0,4%
Zorg en WJK	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
Langdurige zorg**	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte:													
Ziekenhuizen*	149.190	147.760	147.130	146.230	146.700	144.110	144.490	-3.650	-2,5%	-2.640	-1,8%	380	0,3%
Gehandicaptenzorg	111.030	110.040	109.930	110.060	110.460	107.980	107.670	-2.060	-1,9%	-2.260	-2,1%	-310	-0,3%
GGZ	63.990	63.140	63.520	63.810	63.980	62.720	62.110	-420	-0,7%	-1.410	-2,2%	-610	-1,0%
VVT	261.340	255.750	254.190	255.080	253.830	246.570	246.550	-9.180	-3,6%	-7.640	-3,0%	-20	0,0%
WMD	40.080	37.830	38.070	37.750	37.410	35.740	36.700	-2.090	-5,5%	-1.370	-3,6%	960	2,7%
Jeugdzorg	26.650	26.170	26.350	26.190	26.030	25.600	25.430	-570	-2,2%	-920	-3,5%	-170	-0,7%
Kinderopvang	56.480	54.030	51.170	49.490	47.600	45.270	45.360	-8.760	-16,2%	-5.810	-11,4%	90	0,2%
Zorg en WJK	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%

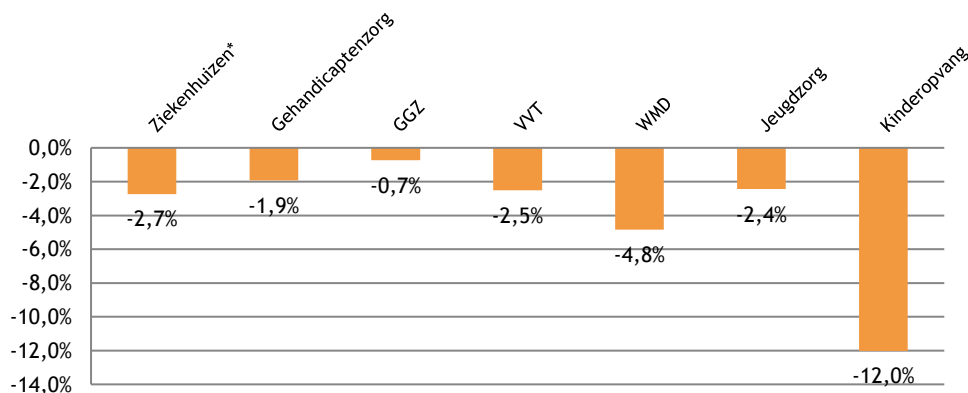
bron: PGGM

* Exclusief academische ziekenhuizen

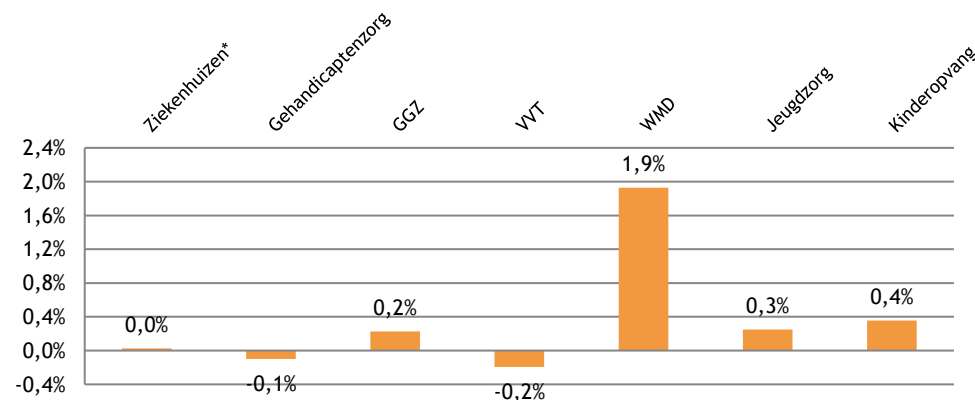
** Langdurige zorg incl. gehele sector GGZ

*** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Ontwikkeling aantal werknemers per branche, in % (k4 2012 - k4 2013)



Ontwikkeling aantal werknemers per branche, in % (k4 2013 - k1 2014)*



* Bij vergelijking met jaarcijfers spelen seizoenseffecten een rol.

Kwartaalmonitor werkgelegenheid GGZ mei 2014

Doel

Uit de eerste fase van de Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) bleek dat aanbieders van langdurige zorg, jeugdzorg en welzijn al volop aan het anticiperen zijn op de aankomende veranderingen in zorg en welzijn. Het doel van de kwartaalmonitor werkgelegenheid GGZ is om deze (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de branche GGZ in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt in de branche GGZ afspeelt. Een aandachtspunt is dat binnen de GGZ niet alles onder de stelselwijziging valt.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioensfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.



Kwartaalmonitor arbeidsmarkt GGZ, mei 2014

Bevindingen

Binnen de GGZ branche zijn de volgende werkgelegenheidsontwikkelingen zichtbaar:

1. In het jaar 2013 (k4 2012 - k4 2013) is de werkgelegenheid in de GGZ in personen en fte met respectievelijk -0,7% en -0,7% afgenomen. Gedurende de periode k1 2013 - k1 2014 neemt deze afname in personen en fte met respectievelijke -1,0% en -2,2% verder toe.
2. De afname in 2013 is daarmee minder negatief dan de werkgelegenheidsafname binnen zorg en welzijn en het totaal van de langdurige zorg. Voor vertrekkende werknemers wordt het moeilijk om een andere baan binnen zorg en WJK te vinden.
3. In de kwartelen k4 2012 en k4 2013 is het saldo van in- en uitstroom negatief. In de overige kwartalen zijn de in- en uitstroom redelijk in balans met elkaar.
4. Het grootste aandeel werkzame personen valt in salarisklasse 30.001 t/m 40.000 (36% in k1 2014), gevolgd door 40.001 t/m 50.000 (28% in k1 2014).
5. Naar salarisklasse vindt de grootste in- en uitstroom (dynamiek) plaats van personen in de categorie 30.001 t/m 40.000.
6. De dynamiek in de GGZ is in k1 2014 qua stromen tussen aanbodscategorieën (herkomst/bestemming) ten opzichte van k1 2013 beperkt. In k1 2014 gaan relatief meer mensen buiten de sector werken, terwijl relatief meer mensen uit een andere zorg- en welzijnsbranche instromen binnen de GGZ.
7. Het aantal werknemers per instelling neemt in 2013 in de meeste gevallen af, hetgeen meestal een afname tussen de 0% en 5% betreft.

Werkgelegenheid in personen en fte, GGZ

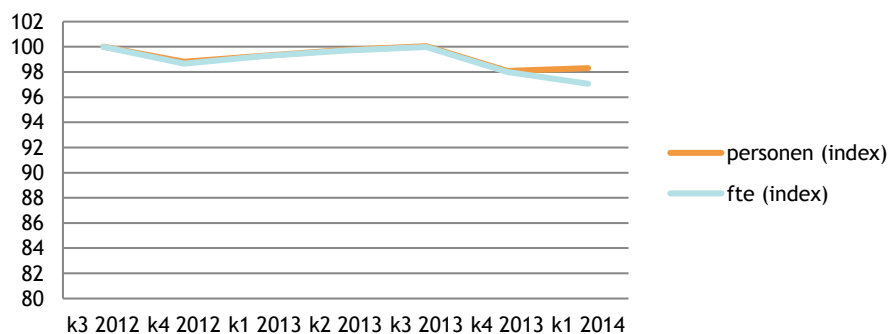
	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013	%	k1 2013 - k1 2014	%	k4 2013 - k1 2014	%
Zorg en welzijn*:													
personen	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
fte	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**:													
personen	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%
GGZ:													
personen	80.960	80.000	80.380	80.760	81.000	79.410	79.590	-590	-0,7%	-790	-1,0%	180	0,2%
fte	63.990	63.140	63.520	63.810	63.980	62.720	62.110	-420	-0,7%	-1.410	-2,2%	-610	-1,0%

bron: PGGM

* exclusief academische ziekenhuizen

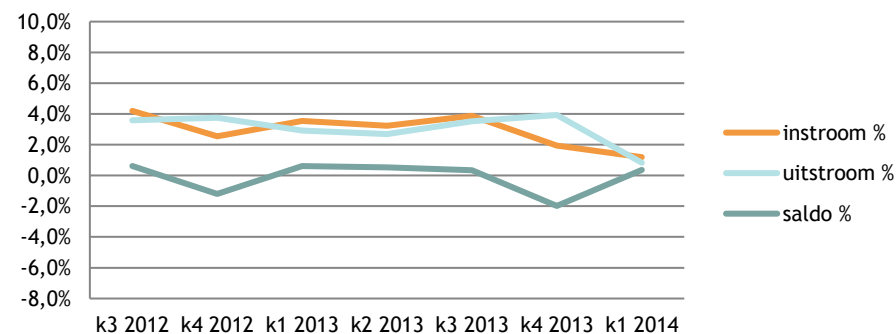
** langdurige zorg incl. gehele sector GGZ *** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Werkgelegenheidsontwikkeling GGZ, in personen en fte, index (k3 2012 = 100)



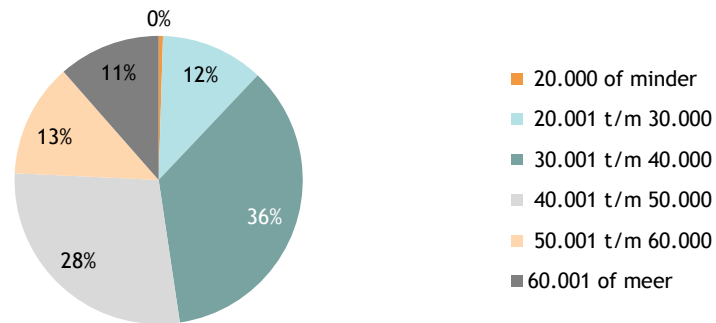
bron: PGGM

Ontwikkeling instroom, uitstroom en saldo GGZ, als % van werkgelegenheid



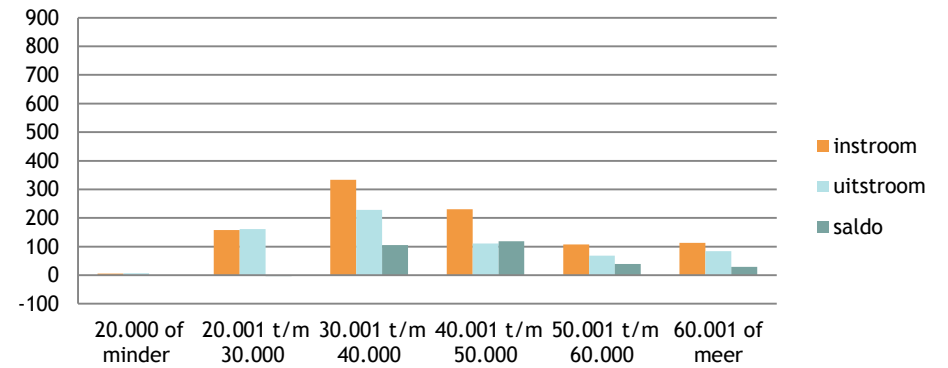
bron: PGGM

Werkgelegenheidsamenstelling naar salarisklasse, in personen (k1 2014)



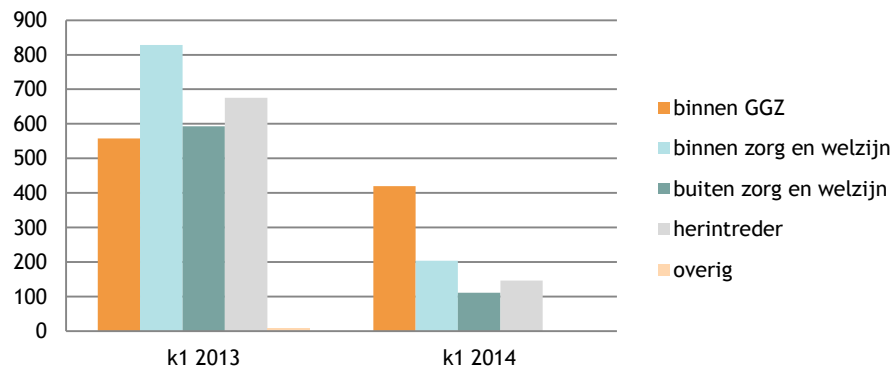
bron: PGGM

Instroom, uitstroom en saldo naar salarisklasse (k1 2014)



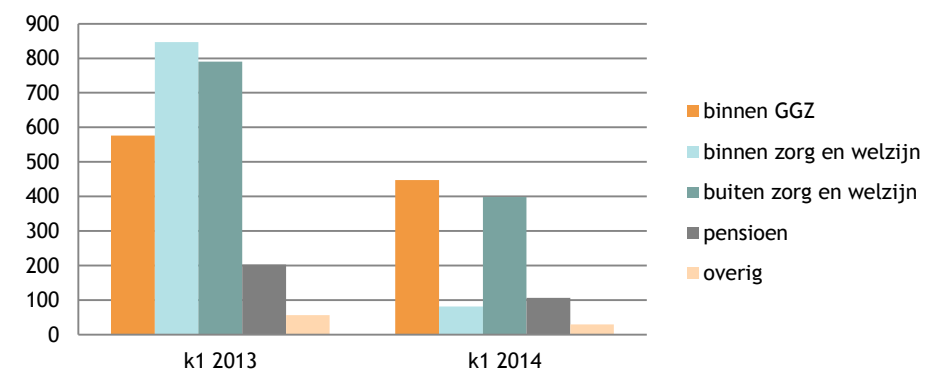
bron: PGGM

Instroom (dynamiek) in GGZ naar herkomstcategorie, in personen



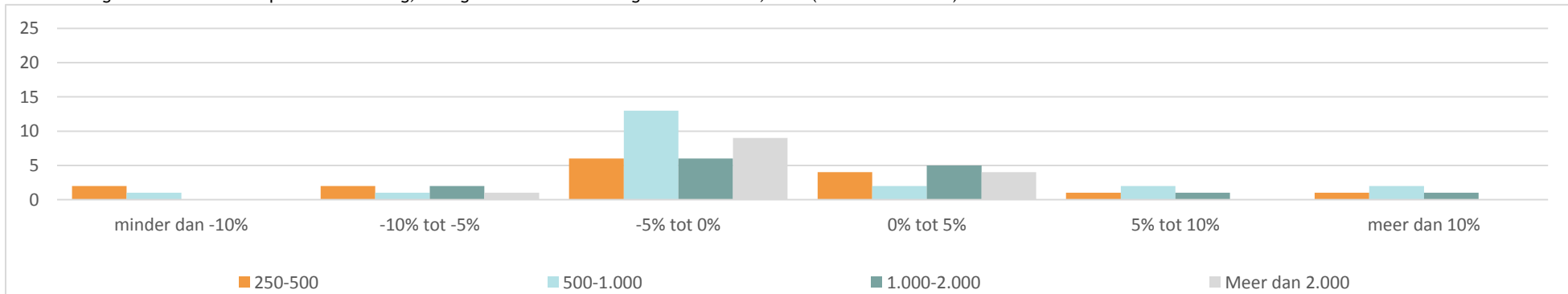
bron: PGGM

Uitstroom (dynamiek) uit GGZ naar type bestemming, in personen



bron: PGGM

Ontwikkeling aantal werknemers per GGZ instelling, naar grootteklasse instelling in werknemers, in % (k4 2012 - k4 2013)



bron: PGGM

Kwartaalmonitor werkgelegenheid GHZ mei 2014

Doel

Uit de eerste fase van de Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) bleek dat aanbieders van langdurige zorg, jeugdzorg en welzijn al volop aan het anticiperen zijn op de aankomende veranderingen in zorg en welzijn. Het doel van de kwartaalmonitor werkgelegenheid GHZ is om deze (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de branche GHZ in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt in de branche GHZ afspeelt. Een aandachtspunt daarbij is dat binnen de GHZ niet alles onder de stelselwijziging valt.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioensfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.



Kwartaalmonitor arbeidsmarkt GHZ, mei 2014

Bevindingen

Binnen de GHZ branche zijn de volgende werkgelegenheidsontwikkelingen zichtbaar:

1. In het jaar 2013 (k4 2012 - k4 2013) is de werkgelegenheid in de GHZ in personen en fte met respectievelijk -1,9% en -1,9% afgenomen.
2. De afname in 2013 is daarmee minder negatief dan de werkgelegenheidsafname binnen zorg en welzijn en het totaal van de langdurige zorg.
3. In de kwartelen k4 2012 en k4 2013 is het saldo van in- en uitstroom negatief. In de overige kwartalen zijn de in- en uitstroom redelijk in balans met elkaar.
4. Het grootste aandeel werkzame personen valt in salarisklasse 30.001 t/m 40.000 (58% in k1 2014), gevolgd door 20.001 t/m 30.000 (27% in k1 2014).
5. Naar salarisklasse vindt de grootste in- en uitstroom (dynamiek) plaats van personen in de categorieën 20.001 t/m 30.000 en 30.001 t/m 40.000.
6. De dynamiek in de GHZ is in k1 2014 qua stromen tussen aanbodscategorieën (herkomst/bestemming) ten opzichte van k1 2013 beperkt. In k1 2013 en k1 2014 verlaten relatief veel mensen de GHZ om in een sector buiten zorg en welzijn te gaan werken.
7. Het aantal werknemers per instelling neemt in 2013 in de meeste gevallen af, hetgeen meestal een afname tussen de 0% en 5% betreft.

Werkgelegenheid in personen en fte, GHZ

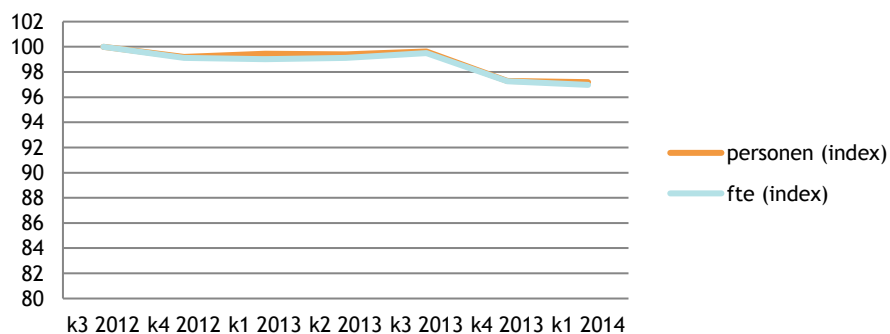
	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013	k1 2013 - k1 2014		k4 2013 - k1 2014		
								absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Zorg en welzijn*:													
personen	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
fte	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**:													
personen	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%
GHZ:													
personen	165.020	163.690	164.110	164.020	164.430	160.540	160.380	-3.150	-1,9%	-3.730	-2,3%	-160	-0,1%
fte	111.030	110.040	109.930	110.060	110.460	107.980	107.670	-2.060	-1,9%	-2.260	-2,1%	-310	-0,3%

bron: PGGM

* exclusief academische ziekenhuizen

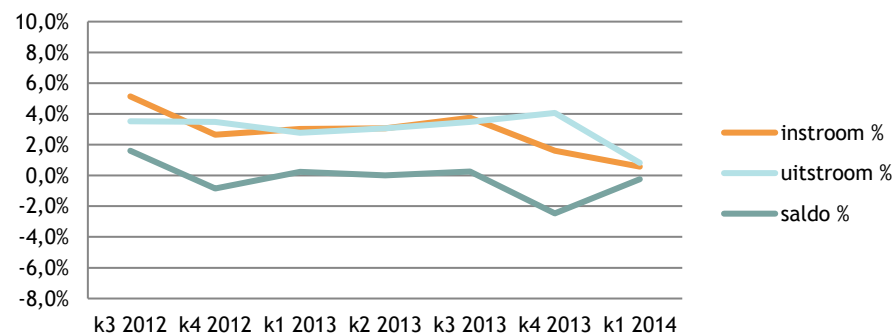
** langdurige zorg incl. gehele sector GGZ *** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Werkgelegenheidsontwikkeling GHZ, in personen en fte, index (k3 2012 = 100)



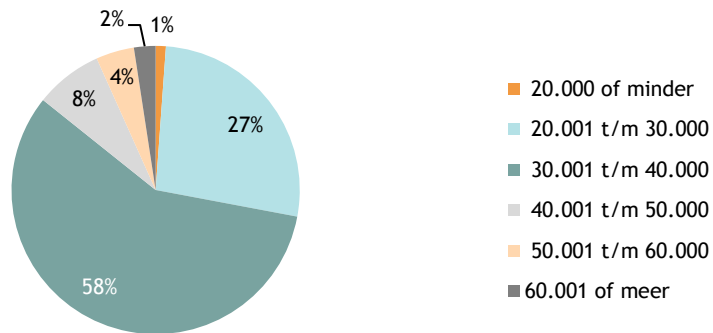
bron: PGGM

Ontwikkeling instroom, uitstroom en saldo GHZ, als % van werkgelegenheid



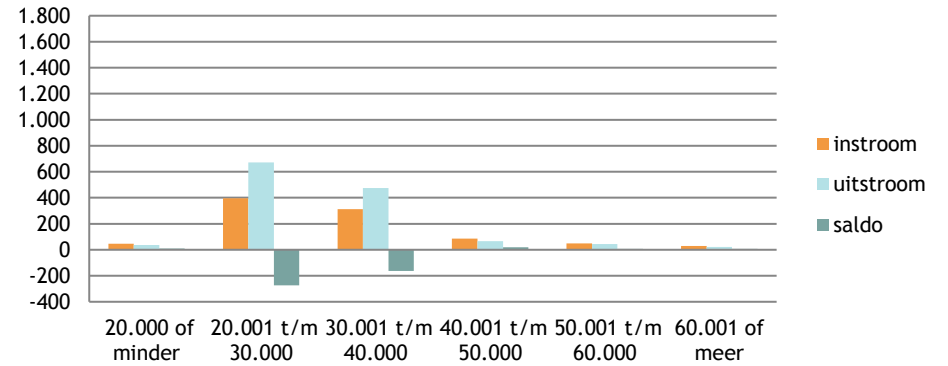
bron: PGGM

Werkgelegenheidsamenstelling naar salarisklasse, in personen (k1 2014)



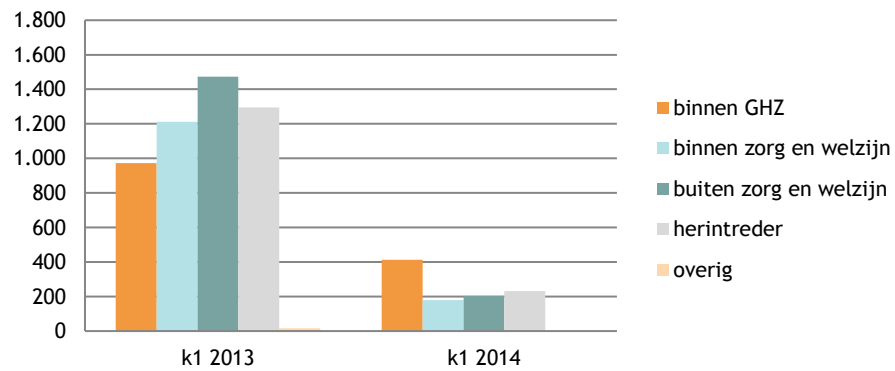
bron: PGGM

Instroom, uitstroom en saldo naar salarisklasse (k1 2014)



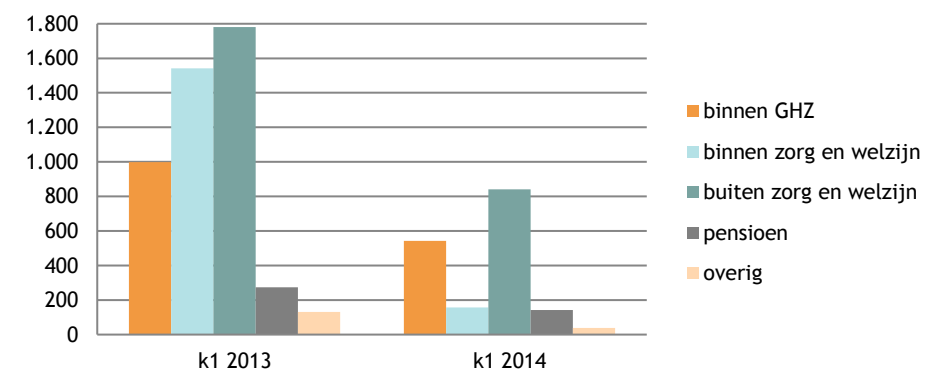
bron: PGGM

Instroom (dynamiek) in GHZ naar herkomstcategorie, in personen



bron: PGGM

Uitstroom (dynamiek) uit GHZ naar type bestemming, in personen



bron: PGGM

Ontwikkeling aantal werknemers per GHZ instelling, naar grootte instelling in werknemers, in % (k4 2012 - k4 2013)



bron: PGGM

Kwartaalmonitor werkgelegenheid Jeugdzorg mei 2014

Doel

Uit de eerste fase van de Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) bleek dat aanbieders van langdurige zorg, jeugdzorg en welzijn al volop aan het anticiperen zijn op de aankomende veranderingen in zorg en welzijn. Het doel van de kwartaalmonitor werkgelegenheid jeugdzorg is om deze (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de branche jeugdzorg in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt in de branche jeugdzorg afspeelt.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioensfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.

AZW

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Kwartaalmonitor arbeidsmarkt jeugdzorg, mei 2014

Bevindingen

Binnen de jeugdzorg branche zijn de volgende werkgelegenheidsontwikkelingen zichtbaar:

1. In het jaar 2013 (k4 2012 - k4 2013) is de werkgelegenheid in de jeugdzorg in personen en fte met respectievelijk -2,4% en -2,4% afgenomen.
2. De afname in 2013 is minder negatief dan de werkgelegenheidsafname in zorg en welzijn en enigszins vergelijkbaar met het totaal van de langdurige zorg.
3. In de kwartelen k4 2012 en k4 2013 is het saldo van in- en uitstroom negatief. In de overige kwartalen zijn de in- en uitstroom redelijk in balans met elkaar.
4. Het grootste aandeel werkzame personen valt in salarisklasse 40.001 t/m 50.000 (36% in k1 2014), gevolgd door 30.001 t/m 40.000 (31% in k1 2014).
5. Naar salarisklasse vindt de grootste in- en uitstroom (dynamiek) plaats van personen in de categorie 30.001 t/m 40.000.
6. De dynamiek in de jeugdzorg is in k1 2014 qua stromen tussen aanbodscategorieën (herkomst/bestemming) ten opzichte van k1 2013 beperkt. In k1 2014 gaan relatief meer mensen buiten de sector werken, terwijl relatief meer mensen uit een andere zorg- en welzijnsbranche instromen binnen de jeugdzorg.
7. Het aantal werknemers per instelling neemt in 2013 in de meeste gevallen af, hetgeen meestal een afname tussen de 0% en 5% betreft.

Werkgelegenheid in personen en fte, jeugdzorg

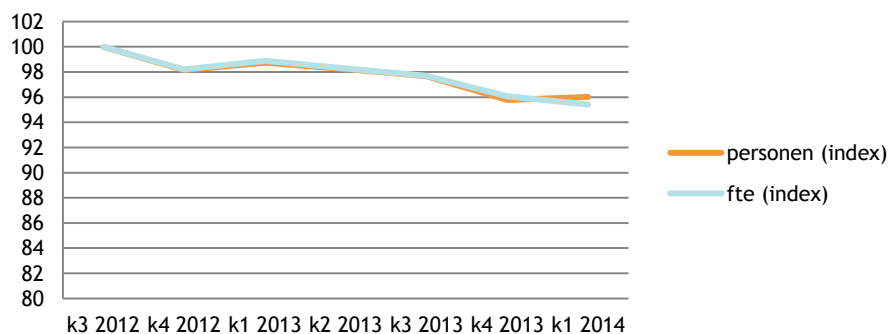
	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013		k1 2013 - k1 2014		k4 2013 - k1 2014	
								absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Zorg en welzijn*:													
personen	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
fte	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**:													
personen	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%
Jeugdzorg:													
personen	33.390	32.780	32.960	32.800	32.610	31.980	32.060	-800	-2,4%	-900	-2,7%	80	0,3%
fte	26.650	26.170	26.350	26.190	26.030	25.600	25.430	-570	-2,2%	-920	-3,5%	-170	-0,7%

bron: PGGM

* exclusief academische ziekenhuizen

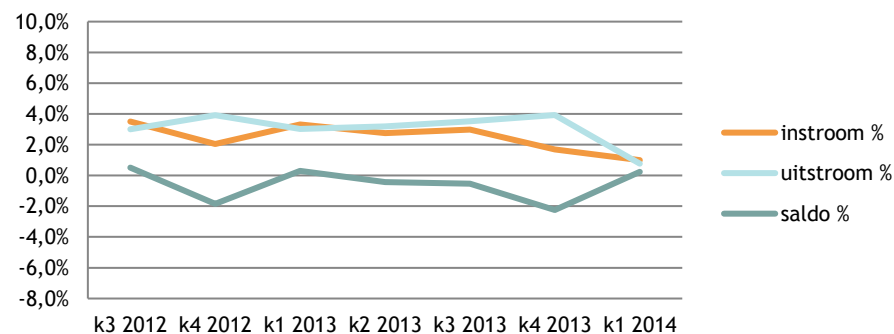
** langdurige zorg incl. gehele sector GGZ *** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Werkgelegenheidsontwikkeling jeugdzorg, in personen en fte, index (k3 2012 = 100)



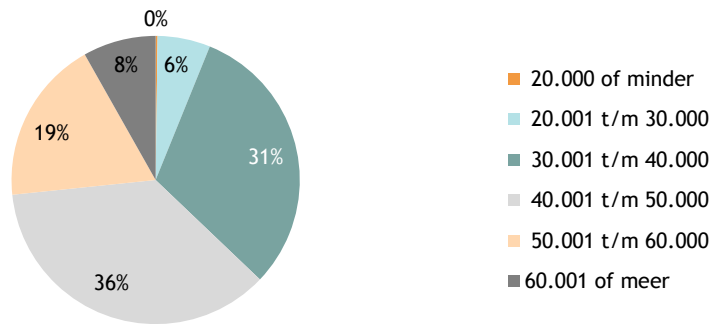
bron: PGGM

Ontwikkeling instroom, uitstroom en saldo jeugdzorg, als % van werkgelegenheid



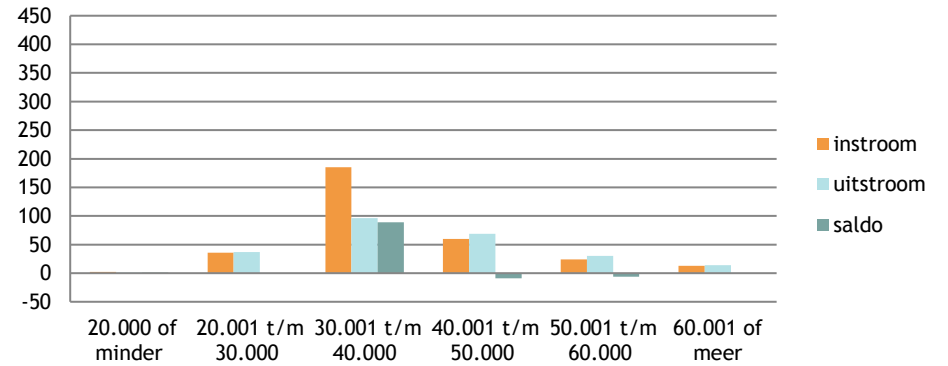
bron: PGGM

Werkgelegenheidsamenstelling naar salarisklasse, in personen (k1 2014)



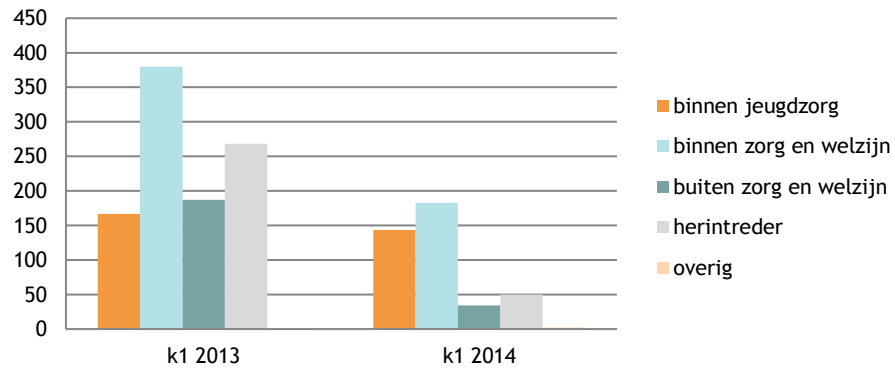
bron: PGGM

Instroom, uitstroom en saldo naar salarisklasse (k1 2014)



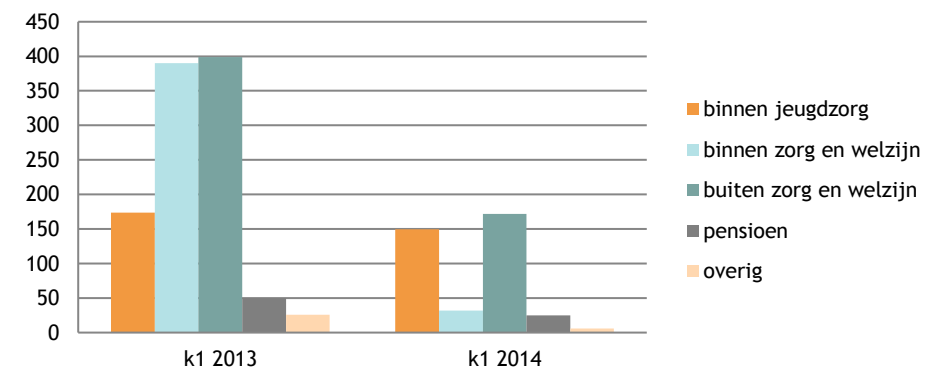
bron: PGGM

Instroom (dynamiek) in jeugdzorg naar herkomstcategorie, in personen



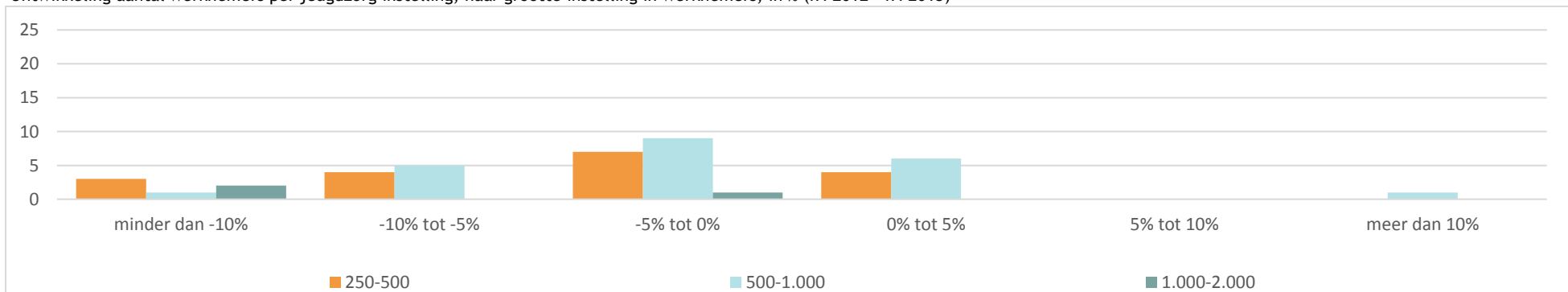
bron: PGGM

Uitstroom (dynamiek) uit jeugdzorg naar type bestemming, in personen



bron: PGGM

Ontwikkeling aantal werknemers per jeugdzorg instelling, naar grootte instelling in werknemers, in % (k4 2012 - k4 2013)



bron: PGGM

Kwartaalmonitor werkgelegenheid VVT mei 2014

Doel

Uit de eerste fase van de Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) bleek dat aanbieders van langdurige zorg, jeugdzorg en welzijn al volop aan het anticiperen zijn op de aankomende veranderingen in zorg en welzijn. Het doel van de kwartaalmonitor werkgelegenheid VVT is om deze (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de branche VVT (samenvoeging branches Verpleging en Verzorging en Thuiszorg) in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt in de branche VVT afspeelt.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioensfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.



Kwartaalmonitor arbeidsmarkt VVT, mei 2014

Bevindingen

Binnen de branche VVT (samenvoeging branches *Verpleging en verzorging* en *Thuiszorg*) zijn de volgende werkgelegenheidsontwikkelingen zichtbaar:

1. In het jaar 2013 (k4 2012 - k4 2013) is de werkgelegenheid in de VVT in personen en fte met respectievelijk -2,5% en -3,6% afgenomen.
2. De afname in 2013 is daarmee minder negatief dan de werkgelegenheidsafname in zorg en welzijn, en negatiever t.o.v. het totaal van de langdurige zorg.
3. In de kwartelen k4 2012 en k4 2013 is het saldo van in- en uitstroom negatief. In de overige kwartalen zijn de in- en uitstroom redelijk in balans met elkaar.
4. Het grootste aandeel werkzame personen valt in salarisklasse 20.001 t/m 30.000 (45% in k1 2014), gevolgd door 30.001 t/m 40.000 (40% in k1 2014).
5. Naar salarisklasse vindt de grootste in- en uitstroom (dynamiek) plaats van personen in de categorie 20.001 t/m 30.000.
6. De dynamiek in de VVT is in k1 2014 qua stromen tussen aanbodscategorieën (herkomst/bestemming) ten opzichte van k1 2013 beperkt. In k1 2013 en k1 2014 verlaten relatief veel mensen de VVT om in een sector buiten zorg en welzijn te gaan werken.
7. Het aantal werknemers per instelling neemt in 2013 in de meeste gevallen af, hetgeen meestal een afname tussen de 0% en 5% betreft. Ten opzichte van de andere branches in zorg en welzijn is het aantal instellingen met een toename van het personeelsbestand relatief groot.

Werkgelegenheid in personen en fte, VVT

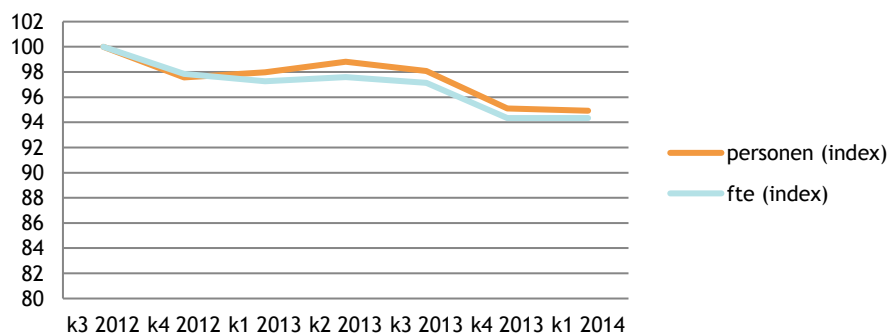
	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013		k1 2013 - k1 2014		k4 2013 - k1 2014	
								absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Zorg en welzijn*:													
personen	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
fte	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**:													
personen	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%
VVT:													
personen	467.670	456.270	458.160	462.130	458.720	444.780	443.920	-11.490	-2,5%	-14.240	-3,1%	-860	-0,2%
fte	261.340	255.750	254.190	255.080	253.830	246.570	246.550	-9.180	-3,6%	-7.640	-3,0%	-20	0,0%

bron: PGGM

* exclusief academische ziekenhuizen

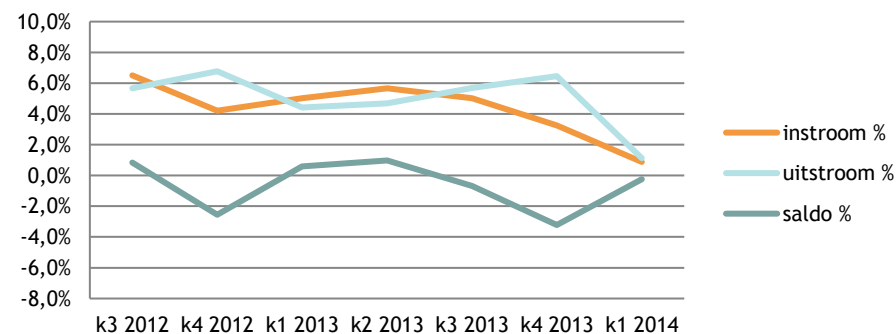
** langdurige zorg incl. gehele sector GGZ *** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Werkgelegenheidsontwikkeling VVT, in personen en fte, index (k3 2012 = 100)



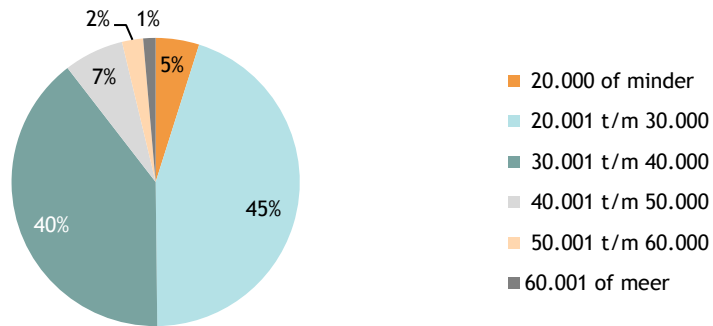
bron: PGGM

Ontwikkeling instroom, uitstroom en saldo VVT, als % van werkgelegenheid



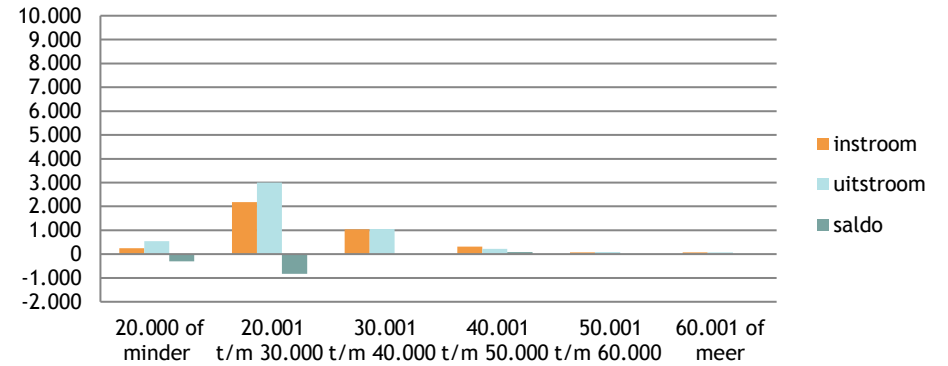
bron: PGGM

Werkgelegenheidsamenstelling naar salarisklasse, in personen (k1 2014)



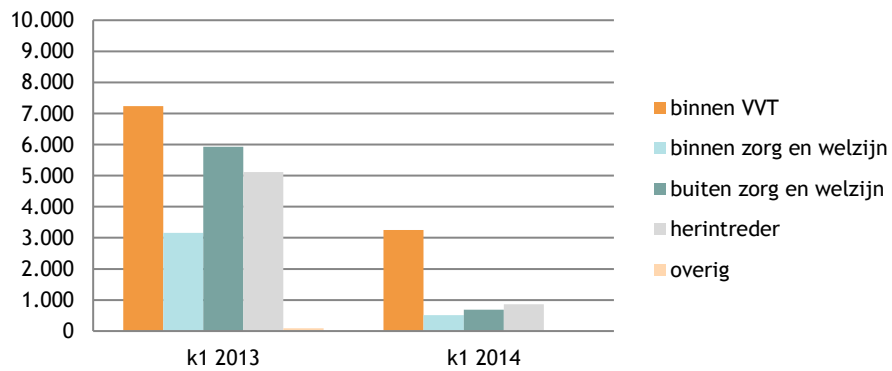
bron: PGGM

Instroom, uitstroom en saldo naar salarisklasse (k1 2014)



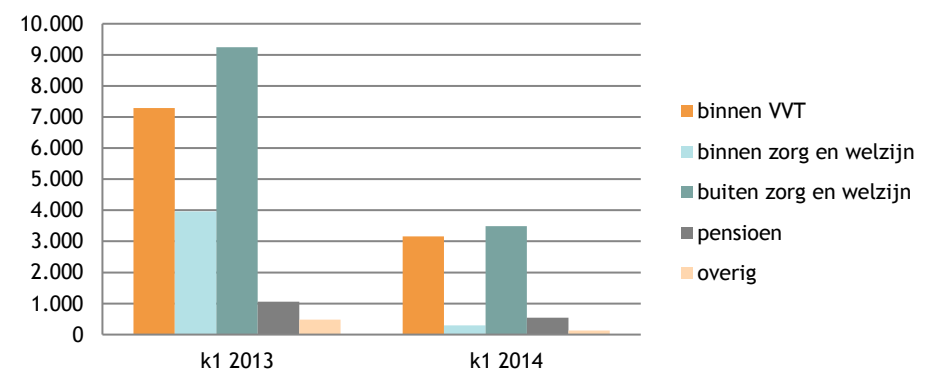
bron: PGGM

Instroom (dynamiek) in VVT naar herkomstcategorie, in personen



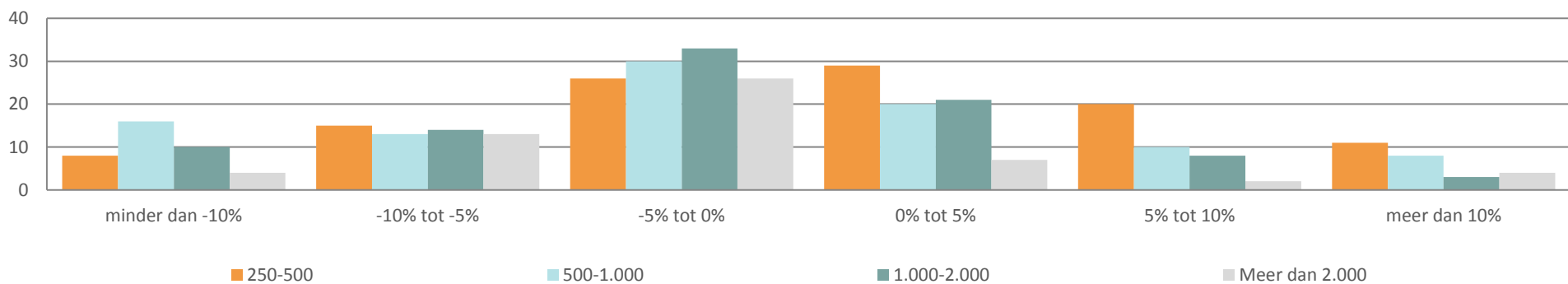
bron: PGGM

Uitstroom (dynamiek) uit VVT naar type bestemming, in personen



bron: PGGM

Ontwikkeling aantal werknemers per VVT instelling, naar grootte instelling in werknemers, in % (k4 2012 - k4 2013)



bron: PGGM

Kwartaalmonitor werkgelegenheid WMD mei 2014

Doel

Het doel van de kwartaalmonitor werkgelegenheid WMD is om de (recente) ontwikkelingen en dynamiek van de werkgelegenheid in de branche WMD in beeld te brengen en ook richting de toekomst te blijven monitoren. Zodoende is er altijd een accuraat en actueel beeld van wat er zich op dit moment op de arbeidsmarkt in de branche WMD afspeelt.

Methodiek

Voor de gegevens binnen de kwartaalmonitor wordt gebruik gemaakt van de registratiebestanden van PGGM, de beheerder van het pensioenfonds zorg en welzijn (PFZW). Bij PFZW zijn verreweg de meeste instellingen binnen zorg en welzijn aangesloten. PGGM beschikt daarmee over een registratiebestand van werknemers in zorg en WJK, waarin naast informatie over de omvang van het personeelsbestand ook informatie over de stromen (instroom in de branche en uitstroom uit de branche) opgenomen is.

Naast de gegevens van PGGM beschikt het CBS ook over kwartaalgegevens over de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK. Als gevolg van definitieverschillen is het mogelijk dat er op kwartaalbasis sprake is van verschillen tussen beide bronnen. Op jaarbasis komen de ontwikkelingen echter goed overeen met elkaar.

AZW

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Kwartaalmonitor arbeidsmarkt WMD, mei 2014

Bevindingen

Binnen de WMD branche zijn de volgende werkgelegenheidsontwikkelingen zichtbaar:

1. In het jaar 2013 (k4 2012 - k4 2013) is de werkgelegenheid in de WMD in personen en fte met respectievelijk -4,8% en -5,5% afgenomen.
2. De afname in 2013 is daarmee negatiever dan de werkgelegenheidsafname binnen zorg en welzijn en het totaal van de langdurige zorg.
3. In de kwartelen k4 2012 en k4 2013 is het saldo van in- en uitstroom fors negatief. In de overige kwartalen zijn de in- en uitstroom redelijk in balans met elkaar, met uitzondering van het laatste kwartaal waarin de instroom juist groter is dan de uitstroom.
4. Het grootste aandeel werkzame personen valt in salarisklasse 30.001 t/m 40.000 (38% in k1 2014), gevolgd door 40.001 t/m 50.000 (29% in k1 2014).
5. Naar salarisklasse vindt de grootste in- en uitstroom (dynamiek) plaats van personen in de categorie 30.001 t/m 40.000.
6. De dynamiek in de WMD is in k1 2014 qua stromen tussen aanbodscategorieën (herkomst/bestemming) ten opzichte van k1 2013 beperkt.
7. Het aantal werknemers per instelling neemt in 2013 in de meeste gevallen af, het percentage waarmee verschilt per grootteklasse van de instelling.

Werkgelegenheid in personen en fte, WMD

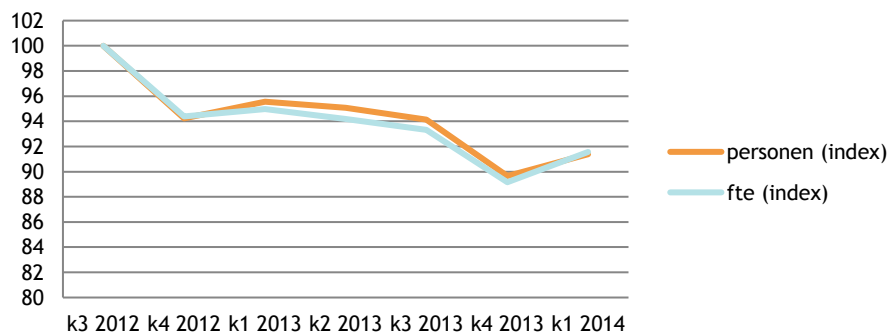
	absoluut							ontwikkeling***					
	k3 2012	k4 2012	k1 2013	k2 2013	k3 2013	k4 2013	k1 2014	k4 2012 - k4 2013		k1 2013 - k1 2014		k4 2013 - k1 2014	
								absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Zorg en welzijn*:													
personen	1.097.410	1.074.180	1.076.270	1.075.890	1.069.610	1.039.670	1.040.230	-34.510	-3,2%	-36.040	-3,3%	560	0,1%
fte	708.760	694.710	690.370	688.600	686.000	667.970	668.300	-26.740	-3,8%	-22.070	-3,2%	330	0,0%
Langdurige zorg**:													
personen	747.040	732.730	735.610	739.700	736.760	716.710	715.940	-16.020	-2,2%	-19.670	-2,7%	-770	-0,1%
fte	463.010	455.090	453.990	455.140	454.300	442.860	441.750	-12.230	-2,7%	-12.240	-2,7%	-1.110	-0,3%
WMD:													
personen	57.840	54.500	55.270	55.000	54.440	51.860	52.860	-2.640	-4,8%	-2.410	-4,4%	1.000	1,9%
fte	40.080	37.830	38.070	37.750	37.410	35.740	36.700	-2.090	-5,5%	-1.370	-3,6%	960	2,7%

bron: PGGM

* exclusief academische ziekenhuizen

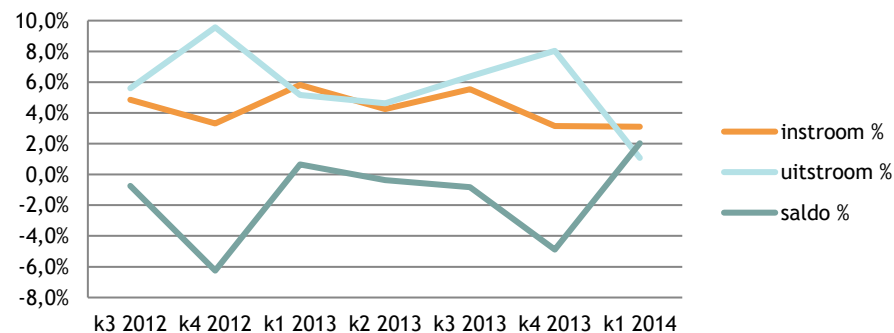
** langdurige zorg incl. gehele sector GGZ *** Bij ontwikkeling(en) is niet gecorrigeerd voor seizoenseffecten

Werkgelegenheidsontwikkeling WMD, in personen en fte, index (k3 2012 = 100)



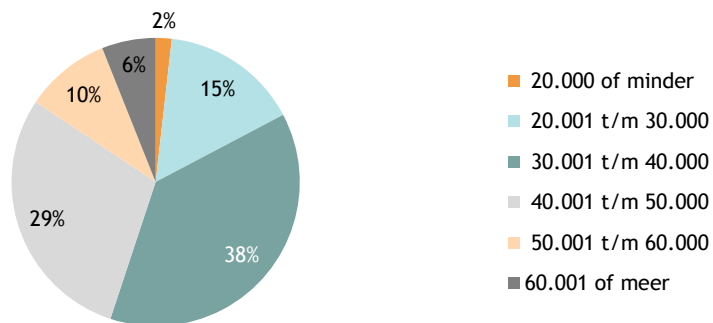
bron: PGGM

Ontwikkeling instroom, uitstroom en saldo WMD, als % van werkgelegenheid



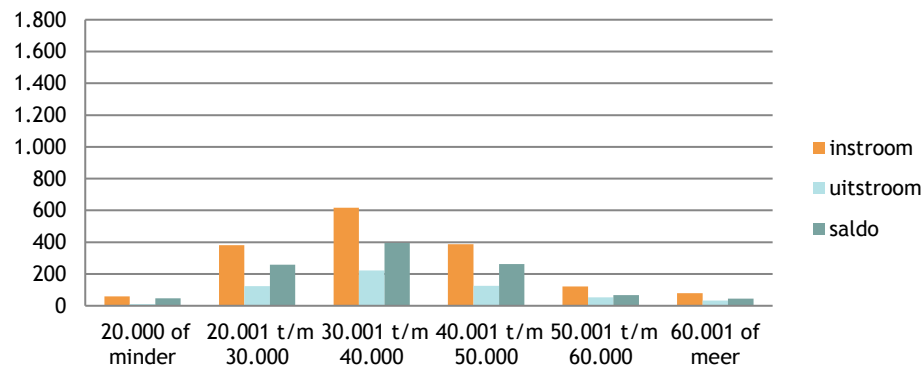
bron: PGGM

Werkgelegenheidsamenstelling naar salarisklasse, in personen (k1 2014)



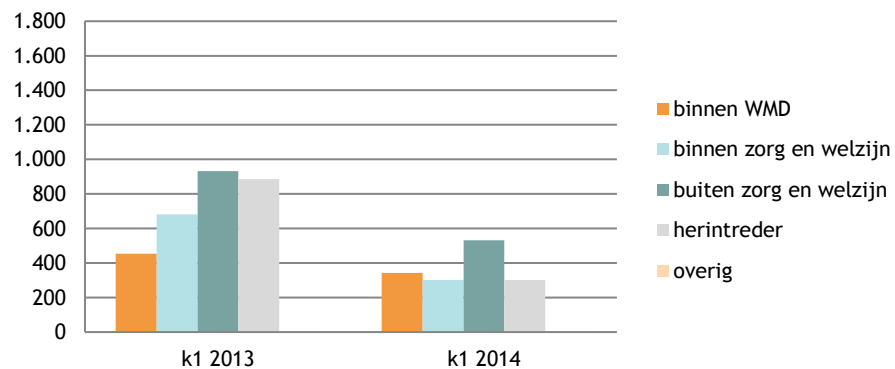
bron: PGGM

Instroom, uitstroom en saldo naar salarisklasse (k1 2014)



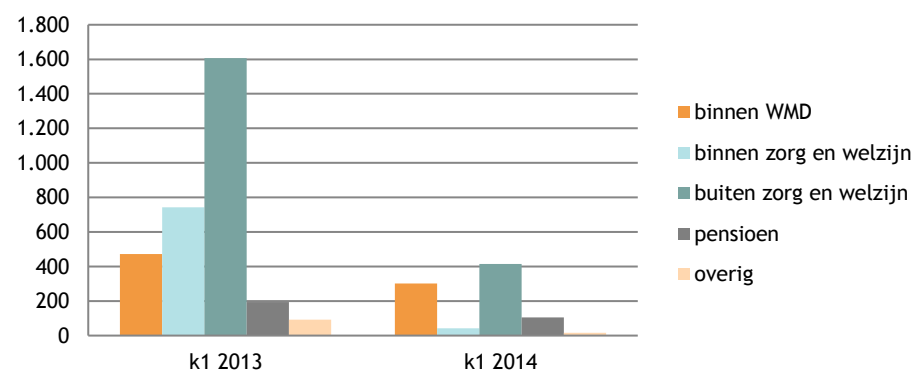
bron: PGGM

Instroom (dynamiek) in WMD naar herkomstcategorie, in personen



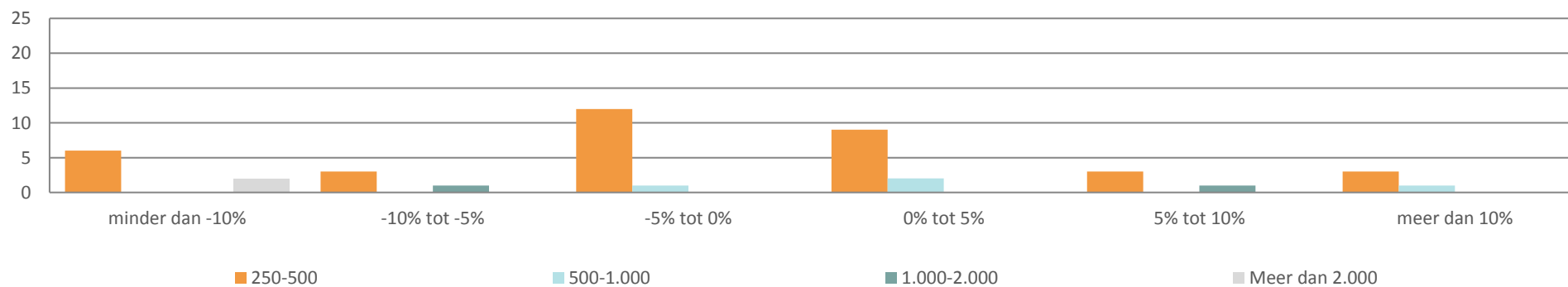
bron: PGGM

Uitstroom (dynamiek) uit WMD naar type bestemming, in personen



bron: PGGM

Ontwikkeling aantal werknemers per WMD instelling, naar grootte instelling in werknemers, in % (k4 2012 - k4 2013)



bron: PGGM

|



Bijlage 3 Uitkomsten enquête gemeentelijk beleid

|





Monitor gemeentelijk beleid

Bijlage bij AER – Fase II

Zoetermeer, september 2014

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Wmo, jeugdhulp, welzijn (en participatie)	5
1.2	ArbeidsmarktEffectRapportage 2013	5
1.3	Onderzoek onder gemeenten 2014	6
1.4	Steekproef	6
1.5	Leeswijzer	8
2	Beleidskaders	9
2.1	Beleid en voortgang beleidsontwikkeling	9
2.2	Samenwerking met gemeenten	12
2.3	Afstemming met aanbieders	13
2.4	Samenwerking met zorgverzekeraars	14
3	Inkoop	17
3.1	Contractering en opdrachtverstrekking	17
3.2	Selectiecriteria	19
4	Budget	23
4.1	Bezuinigingen	23
4.2	Uitvoeringskosten	25
5	Toegangsfunctie & wijk-/buurtteams	27
5.1	Toegang	27
5.2	Wijk-/buurtteams	28
6	Werkgelegenheid	33
6.1	Gevolgen werkgelegenheid	33
6.2	Gevolgen naar opleidingsniveau	33
6.3	Aandacht voor arbeidsmarktgevolgen	35

1 Inleiding

1.1 Wmo, jeugdhulp, welzijn (en participatie)

Gemeenten krijgen vanaf 2015 met veel veranderingen te maken. Een groot deel van de langdurige zorg en ondersteuning wordt vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo en er komt een nieuwe wet op jeugdhulp, waarbij de gemeenten verantwoordelijk worden voor de inkoop van jeugdhulp. De veranderingen in deze twee domeinen (Wmo en jeugdhulp) kunnen op hun beurt gevolgen hebben voor welzijn, aangezien er veel overlappende activiteiten zijn. Naast de veranderingen in de jeugdhulp en de langdurige zorg en ondersteuning, krijgen de gemeenten vanaf 2015 ook te maken met de nieuwe participatiewet.

De stelselwijzigingen en decentralisaties gaan gepaard met taakstellingen: er zal in de komende jaren minder budget beschikbaar zijn voor de inkoop van zorg, ondersteuning en begeleiding dan er tot nu toe vanuit de AWBZ en de provinciale jeugdhulp wordt besteed.

De gemeenten hebben een grote mate van vrijheid om hun beleid in te vullen. Ze kunnen ervoor kiezen de vier domeinen (Wmo, jeugdhulp, welzijn, participatie) integraal op te pakken in één overkoepelend plan van aanpak of één of meer domeinen los op te pakken. Om een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen en om antwoorden van gemeenten goed vergelijkbaar te maken, is aan alle respondenten verzocht om de vragen te beantwoorden vanuit het oogpunt van één van de domeinen:

- Wmo
- Jeugdhulp
- Welzijn

De participatiewet is voor de AER langdurige zorg en ondersteuning & jeugdhulp verder buiten beschouwing gelaten.

In dit rapport maken we onderscheid tussen de drie beleidsdomeinen. Omdat deze in sommige gemeenten volledig verschillend worden opgepakt, kunnen de antwoorden op de vragen niet zonder meer bij elkaar worden 'opgeteld'. Daarom hebben we in vrijwel alle tabellen in dit rapport drie kolommen opgenomen, voor elk domein één.

1.2 ArbeidsmarktEffectRapportage 2013

In het derde kwartaal van 2013 heeft het consortium van Panteia, SEOR en Etil het eerste deel afgerond van de ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) met betrekking tot de maatregelen in de AWBZ en de Wmo en de stelselwijziging Jeugdhulp. De voorziene arbeidsmarkteffecten waren toen nog omgeven door veel onzekerheden en onduidelijkheid. De aanbieders van GGZ, gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging, thuiszorg, jeugdhulp en welzijn hadden niet altijd een even goed beeld van de arbeidsmarkteffecten die de veranderingen vanaf 2015 meebrengen. Uitspraken over de verwachte gevolgen voor de werkgelegenheid waren per aanbieder op basis van de toen bekende gegevens.

Veel van de keuzes die aanbieders in de langdurige zorg, jeugdhulp en welzijn maken, hangen samen met de keuzes die gemeenten maken op de gebieden inkoop, budgetbesteding en vormgeving van de toegangsfunctie. In 2013 konden gemeenten echter nog niet altijd concreet aangeven welke beleidskeuzes ze op deze gebieden voor 2015 gaan maken. Veelal was het beleid nog in de voorbereidende fase. Op dat moment

waren de details van de maatregelen van het kabinet nog niet duidelijk en zouden er nog wijzigingen in de wetsvoorstellen worden doorgevoerd. Ook het feit dat er in maart 2014 gemeenteraadsverkiezingen plaatsvonden, zorgde ervoor dat het beleid van gemeenten in 2013 nog verre van definitief was.

1.3 Onderzoek onder gemeenten 2014

Om een beter beeld te krijgen van de richtingen waar het beleid rond de stelselwijzigingen en decentralisaties in de verschillende gemeenten naartoe gaat, is in de periode mei-juni 2014 een grootschalige enquête uitgevoerd onder gemeenten. Aan transitie-managers, projectmanagers, beleidsmedewerkers of andere verantwoordelijken dan wel betrokkenen binnen de gemeenten zijn vragen gesteld over de voortgang van het beleidsproces en de beleidskeuzes die men op dat moment had gemaakt.

Het onderzoek onder gemeenten is uitgevoerd in een periode tussen de gemeenteraadsverkiezingen en de zomer waarin de diensten in zorg en welzijn werden ingekocht. Doordat het onderzoek onder gemeenten in mei-juni is uitgevoerd, konden de eventuele gevolgen van de gemeenteraadsverkiezingen in de antwoorden van de gemeenten worden meegenomen. In de meeste gemeenten was eind mei de coalitie rond en was het aannemelijk dat de visie op de stelselwijzigingen en decentralisaties wel vaststond. Omdat veel gemeenten rond de zomer diensten voor 2015 gingen inkopen, was de aanname dat hierover ook al voldoende bekend zou zijn.

Op landelijk niveau zijn in april 2014 akkoorden gesloten tussen de regeringspartijen (VVD en PvdA) en D66, ChristenUnie en SGP over meer zekerheid voor aanbieders in het overgangsjaar 2015 door extra middelen beschikbaar te stellen. Het is niet duidelijk in hoeverre de gemeenten deze afspraken voor ogen hadden bij het beantwoorden van de vragen. De maatregelen die minister Asscher en staatssecretaris Van Rijn op 7 juli in een brief aan de kamer bekendmaakten waren op het moment van enquêteren nog niet bekend.

1.4 Steekproef

Voor de enquête zijn willekeurig gemeenten benaderd. Daarbij is gevraagd naar iemand met inzicht in dan wel verantwoordelijkheid voor het gemeentelijke beleid voor Wmo, jeugdhulp en/of welzijn, op ambtelijk niveau. De gesprekspartner is de keuze voorgelegd voor welk van de drie domeinen hij/zij de vragen wilde beantwoorden. Indien de respondent zelf verantwoordelijk was voor één of twee van de domeinen, is aan het einde van het gesprek gevraagd wie over de andere domeinen kon worden gesproken. Zodoende zijn sommige gemeenten twee of drie keer benaderd, telkens voor een ander domein. Indien de gesproken persoon voor alle drie de domeinen verantwoordelijk was, is er niemand anders in de gemeente benaderd. Uiteindelijk zijn er 356 interviews afgenomen in 271 verschillende gemeenten. Bij de meeste gemeenten is met één ambtenaar gesproken. Elf gemeenten zijn in totaal drie keer benaderd voor de verschillende domeinen.¹

¹ Drie hiervan waren grotere gemeenten, vijf middelgroot en drie klein (volgens de indeling in tabel 1.2).

tabel 1.1 Aantal benaderde gemeenten

Over 1 domein geïnterviewd	197
Over 2 domeinen geïnterviewd	63
Over 3 domeinen geïnterviewd	11
Totaal aantal gemeenten	271
Totaal aantal gesprekken	356

Bron: Panteia

Van de 356 gesproken gemeenten had 47% minder dan vijftwintigduizend inwoners, 37% tussen de vijftwintig- en vijftigduizend inwoners en 17% meer dan vijftigduizend inwoners. Dit komt redelijk overeen met de landelijke aandelen van respectievelijk 47%, 35% en 18%.

tabel 1.2 Aantal respondenten per domein naar grootteklasse (inwoners)

	< 25.000	25.000-49.999	50.000+	Totaal
Wmo	59	47	19	125
Jeugdhulp	63	39	29	131
Welzijn	44	46	10	100
Totaal (abs.)	166	132	58	356
Totaal (%)	47%	37%	17%	
Gemeenten in Nederland (%)	47%	35%	18%	

Bron: Panteia

Voor de enquête zijn gemeenten uit alle provincies benaderd. Zie tabel 1.3.

tabel 1.3 Gemeenten per domein en per provincie

	Wmo	Jeugdhulp	Welzijn	Totaal
Drenthe	3	4	2	9
Flevoland	0	1	1	2
Fryslân	15	6	9	30
Gelderland	18	16	17	51
Groningen	7	5	6	18
Limburg	9	8	9	26
Noord-Brabant	18	20	16	54
Noord-Holland	12	17	15	44
Overijssel	8	10	4	22
Utrecht	10	6	1	17
Zeeland	7	5	6	18
Zuid-Holland	24	27	14	65
Totaal	131	125	100	356

Bron: Panteia

1.5 Leeswijzer

In dit rapport komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod: in hoofdstuk 2 gaan we in op het tot stand komen van beleid, met betrekking tot een integrale aanpak of niet, de status van de beleidsontwikkeling en de eventuele samenwerking met andere gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 3 staat de inkoop centraal, waarbij de gemeenten onder andere naar de wijze van inkoop, de selectie van aanbieders en social return is gevraagd. In hoofdstuk 4 gaan we in op hoe gemeenten met de financiële taakstelling omgaan. In hoofdstuk 5 komen inhoudelijke vragen over de toegang en de (eventuele) wijk- en buurtteams aan bod. Ten slotte is de gemeenten gevraagd naar de verwachte arbeidsmarkteffecten. Deze komen in hoofdstuk 6 aan bod.

2 Beleidskaders

2.1 Beleid en voortgang beleidsontwikkeling

Voordat de respondenten is gevraagd om een keuze te maken voor welk domein ze de vragen verder zouden beantwoorden, is eerst gevraagd in hoeverre het beleid in de vier domeinen (dus inclusief participatiewet) integraal wordt opgepakt. Ongeveer zeventig procent van de gemeenten pakt één of meer domeinen gezamenlijk op. In de meeste gevallen is dit een integrale aanpak van alle domeinen, maar ook andere combinaties komen voor. Daarbij is de Wmo vrijwel altijd een van de domeinen in het integrale beleid.

tabel 2.1 Voor welke van de 4 domeinen, Wmo, jeugdhulp, maatschappelijk werk en participatie, wordt in uw gemeente het beleid in een plan integraal ontwikkeld?

	Totaal ² n=234
Alle 4 de domeinen gezamenlijk/integraal	49%
Alle 4 de domeinen apart	28%
Een andere combinatie	23%
<i>wv Wmo+jeugdhulp+welzijn</i>	6%
<i>wv Wmo+welzijn</i>	6%
<i>wv Wmo+jeugdhulp+participatie</i>	5%
<i>wv Wmo+jeugdhulp</i>	4%
<i>wv overige combinaties</i>	2%
Weet niet/geen mening	1%
Totaal	100%

Bron: Panteia

Niet alle gemeenten zijn al even ver met de beleidsontwikkeling.³ Voor het domein Wmo heeft ongeveer de helft van de gemeenten nog geen praktische invulling gegeven aan (globaal) geformuleerde beleidskaders. In de jeugdhulp is men doorgaans al iets verder in het proces. Dit komt mede doordat er eind 2013 regionale transitiearrangementen (RTA) zijn opgesteld. In het domein welzijn is meer dan een kwart van de gemeenten reeds gestart met de implementatie, maar is twee vijfde van de gemeenten nog bezig met het formuleren van praktische invullingen. Dit is wellicht te verklaren doordat het welzijnsbeleid reeds tot het takenpakket van de gemeenten behoort, maar er ook nieuw beleid moet worden geformuleerd in samenhang met de Wmo.

Een aantal gemeenten geeft aan voor verschillende onderdelen van het beleid in verschillende fasen te zijn. Verderop in dit rapport wordt daarom een onderscheid gemaakt naar de onderdelen inkoop, budget (c.q. bezuiniging) en toegang.

In de Wmo zijn het vooral de grotere gemeenten (in inwoneraantallen) die verder zijn in de ontwikkeling van hun beleid. De kleinere gemeenten geven vaker aan alleen nog het globale beleidskader te hebben ontwikkeld. Voor jeugdhulp en welzijn lijkt er geen verband te zijn tussen gemeentegrootte en stadium van beleidsontwikkeling.

² Gemeenten zijn maximaal één keer meegenomen in de berekening. Gemeenten die meerdere keren gesproken zijn, maar inconsistente antwoorden gaven, zijn buiten beschouwing gelaten.

³ Sommige gemeenten geven aan nog bezig te zijn met de praktische invulling en tevens pilots te houden. Deze zijn zo goed mogelijk naar een van de drie voorgestelde categorieën vertaald.

tabel 2.2 Hoever is uw gemeente met het vastleggen van het beleid?

	<i>Wmo</i> (n=125)	<i>Jeugdhulp</i> (n=131)	<i>Welzijn</i> (n=100)
Er zijn (globale) beleidskaders, maar de praktische invulling ontbreekt	49,6%	34,4%	40,0%
We hebben beleidskaders vertaald naar praktische invullingen	37,4%	39,2%	30,0%
We zijn reeds gestart met de implementatie van beleid	13,0%	24,0%	27,0%
Anders	0,0%	2,4%	1,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

De mate waarin men het beleid heeft ontwikkeld, blijkt samen te hangen met kennis die men over (de gevolgen van) de transitie en decentralisatie heeft. De gemeenten die aangeven alleen nog de globale kaders te hebben, geven bij andere vragen ook vaker aan minder ver te zijn met beleidsontwikkeling (op de gebieden inkoop, bezuiniging, toegang, die verderop aan bod komen) en geven bij andere vragen ook wat vaker aan het antwoord niet te weten en/of geen mening te hebben.

In maart 2014 zijn gemeenteraadsverkiezingen geweest. Dit heeft in menig gemeente geleid tot een nieuwe samenstelling van de gemeenteraad en het aantreden van nieuwe wethouders. Dit zou kunnen leiden tot aanpassingen aan de ingeslagen koers met betrekking tot hoe de gemeente haar taken op het gebied van langdurige zorg, ondersteuning en jeugdhulp oppakt. Daarom is ruim twee maanden na de verkiezingen gevraagd in hoeverre het bestuurlijke proces nog aanzienlijke veranderingen kan meebrengen.

In de jeugdhulp lijkt het driekwart van de gemeenten onwaarschijnlijk dat er nog veranderingen zullen plaatsvinden. Voor jeugdhulp is er dan ook al langer duidelijkheid over de komst van de nieuwe wet en zijn er reeds RTA's opgesteld. In de Wmo is de kans op aanpassingen groter dan in de jeugdhulp: ongeveer 36% van de gemeenten houdt dit voor mogelijk en 10% acht het zelfs waarschijnlijk. Voor welzijn denkt ongeveer de helft van de gemeenten dat er wijzigingen in de plannen kunnen worden gemaakt.

tabel 2.3 In hoeverre zijn er, als gevolg van het bestuurlijke proces, nog aanzienlijke veranderingen te verwachten in de huidige plannen voor 2015?

	Wmo (n=125)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=100)
Onwaarschijnlijk (alleen details)	51,1%	75,2%	46,0%
Mogelijk	35,9%	20,8%	31,0%
Waarschijnlijk	9,9%	4,0%	19,0%
Weet niet/geen mening	3,1%	0,0%	4,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

In de Wmo en welzijn is er een minder sterke behoefte aan ondersteuning en informatie dan in de jeugdhulp (zie tabel 2.4). Ongeveer (ruim) een kwart van de gemeenten geeft voor Wmo en welzijn aan geen behoefte te hebben aan informatie of ondersteuning. In de jeugdhulp geeft een kleine 10% aan een dergelijke behoefte niet te hebben. Er is bij de drie domeinen voornamelijk behoefte aan meer tijd, informatie over cliënten en wet- en regelgeving en (aanvullende) ondersteuning bij het invoeren van beleid. In de jeugdhulp ligt er een sterker accent op een behoefte aan informatie (zowel over cliënten als wet- en regelgeving) en aanvullende ondersteuning bij het invoeren van beleid.

tabel 2.4 Waaraan heeft uw gemeente nog behoefte in de aanloop naar 1 januari 2015? (Meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=125)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=100)
Niets	24,0%	9,2%	28,3%
(Aanvullende) ondersteuning bij het invoeren van beleid	15,2%	31,3%	13,1%
Informatie over de wet- en regelgeving vanaf 1 januari 2015	16,8%	26,0%	15,2%
Informatie over cliënten	15,2%	24,4%	16,2%
Tijd	17,6%	15,3%	10,1%
(Aanvullende) ondersteuning bij het ontwikkelen van beleid	7,2%	15,3%	3,0%
Best practices	4,0%	7,6%	8,1%
Personele ondersteuning	8,0%	5,3%	6,1%
Anders	5,6%	4,6%	7,1%
Weet niet	5,6%	3,1%	5,1%
Informatie over aanbieders	0,8%	5,3%	3,0%
Informatie over huidige arbeidsmarkt	0,8%	3,8%	0,0%
Evaluatie van beleid	0,8%	0,8%	1,0%

Bron: Panteia

Wanneer gemeenten aangaven behoefte aan meerdere zaken te hebben, waren er veel verschillende combinaties van behoeften. Twee combinaties die iets vaker voorkwamen dan de andere, waren enerzijds informatie over wet- en regelgeving en informa-

tie over cliënten (dus meer feitelijke informatie) en anderzijds zowel ondersteuning bij het ontwikkelen als bij het invoeren van beleid.

2.2 Samenwerking met gemeenten

Op de gebieden Wmo en jeugdhulp werken vrijwel alle gemeenten samen met buurgemeenten. Voor sommige aspecten is dit dan ook een vereiste, zoals voor bepaalde specialistische zorg en voor de RTA's. Ook voor welzijn werkt een groot deel van de gemeenten samen in regionaal verband. Daar is echter geen verplichting toe, dus het aandeel ligt lager dan voor Wmo en jeugdhulp.

tabel 2.5 Werkt uw gemeente samen met andere gemeenten in de regio?

	<i>Wmo</i> (n=125)	<i>Jeugdhulp</i> (n=131)	<i>Welzijn</i> (n=100)
Ja	98,5%	100%	65,0%
Nee	1,5%	0,0%	35,0%
Totaal	100,0%	100%	100,0%

Bron: Panteia

Er is gekeken of er een samenhang is tussen gemeentegrootte en het feit dat men niet met andere gemeenten samenwerkt, maar dit bleek niet het geval. Het is dus niet zo dat het vooral de grotere gemeenten zouden zijn die niet samenwerken, ook middelgrote en kleinere gemeenten werken niet samen.

Aan de gemeenten die aangaven samen te werken met andere gemeenten, is gevraagd wat hun rol is in het samenwerkingsverband: leidend, volgend of gelijkwaardig. De meerderheid van de gemeenten geeft aan dat de rollen gelijkwaardig zijn verdeeld. De leidende gemeenten zijn vaak de grotere of centrumgemeenten, terwijl de volgende gemeenten vaker kleinere gemeenten zijn.

tabel 2.6 Wat is de rol van uw gemeente in het samenwerkingsverband?

	<i>Wmo</i> (n=125)	<i>Jeugdhulp</i> (n=131)	<i>Welzijn</i> (n=100)
Leidend	11,6%	8,8%	15,4%
Volgend	3,9%	11,2%	7,7%
Gelijkwaardig	84,5%	80,0%	76,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

De meeste gemeenten blijken intensief met elkaar samen te werken. Vaak wordt gezamenlijk beleid ontwikkeld en worden er gezamenlijk diensten ingekocht. Gemeenten geven aan zowel een gezamenlijk beleid te ontwikkelen als een eigen beleid te ontwikkelen na geklankbord te hebben met andere gemeenten. Voor sommige delen van het beleid wordt dus samengewerkt, terwijl andere delen afzonderlijk worden ontwikkeld.

tabel 2.7 Wat houdt de samenwerking met gemeenten in de regio in? (Meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Wmo</i> (<i>n=125</i>)	<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=131</i>)	<i>Welzijn</i> (<i>n=100</i>)
Gezamenlijk diensten inkopen	92,2%	97,6%	80,0%
Gezamenlijk beleid ontwikkelen	77,5%	87,2%	80,0%
Klankborden, waarna iedere gemeente eigen beleid ontwikkelt	76,0%	84,0%	83,1%
Anders	21,7%	26,4%	13,8%

Bron: Panteia

2.3 Afstemming met aanbieders

Met aanbieders in welzijn wordt minder afgestemd dan met aanbieders in de Wmo en jeugdhulp. Het aantal gemeenten die helemaal niet afstemmen met aanbieders, varieert van rond de 2% voor Wmo en jeugdhulp tot 4% voor welzijn. Van deze gemeenten die niet afstemmen met aanbieders, gaf de helft ook aan nog geen praktische invulling van het beleid te hebben, alleen de globale kaders (zie tabel 2.2). Het gaat echter om zeer kleine aantallen van gemeenten, waardoor de resultaten louter indicatief en niet significant zijn.

tabel 2.8 In hoeverre vindt er onderlinge afstemming plaats met aanbieders?

	<i>Wmo</i> (<i>n=125</i>)	<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=131</i>)	<i>Welzijn</i> (<i>n=100</i>)
Veel	84,7%	80,8%	69,0%
Beperkt	13,0%	17,6%	27,0%
Niet	2,3%	1,6%	4,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

Wanneer gemeenten (al dan niet beperkt) afstemmen met aanbieders, gaat dit vooral om het actief afstemmen van het toekomstige beleid (zie tabel 2.9). De inkoop en het contracteren worden het minst vaak afgestemd. Voor Wmo en jeugdhulp gebeurt dit bij 15% van de gemeenten, voor welzijn ligt dit percentage op bijna 8%.

tabel 2.9 Wat houdt deze afstemming in? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Wmo</i> (n=125)	<i>Jeugdhulp</i> (n=131)	<i>Welzijn</i> (n=100)
Het actief afstemmen van het toekomstige beleid	76,5%	73,8%	62,6%
Het vergaren van kennis over het thema als input voor beleid	53,8%	53,2%	40,7%
Het bespreken van hun toekomstige rol	47,9%	42,9%	42,9%
Het gezamenlijk ontwikkelen van (nieuwe) dienstconcepten	39,5%	38,9%	40,7%
Bespreken hoe het budget wordt ingezet	36,1%	28,6%	31,9%
Inkoop en contracteren	15,1%	15,1%	7,7%
Anders	6,7%	3,2%	7,7%

Bron: Panteia

2.4 Samenwerking met zorgverzekeraars

Een deel van de langdurige zorg gaat naar de zorgverzekeringswet. Gemeenten zullen dus moeten afstemmen met zorgverzekeraars. Aan alle gemeenten is gevraagd hoe ze de samenwerking met zorgverzekeraars gaan vormgeven. Aangezien de langdurige zorg en ondersteuning (voornamelijk) in het domein Wmo valt, is het niet verwonderlijk dat de samenwerking in dat domein intensiever is. Meer dan de helft van de gemeenten geeft voor de Wmo aan dat ze taken gezamenlijk gaan oppakken. Het grootste deel daarvan gaat samenwerken in een wijk- of buurtteam. In de domeinen jeugdhulp en welzijn gaat men vooral informatie uitwisselen. Verder geeft een beperkt deel van de gemeenten aan nog niet te weten hoe deze samenwerking vorm zal krijgen. Voor de domeinen Wmo en welzijn ligt het percentage van gemeenten dat dit nog niet weet (met respectievelijk 17% en 15%) iets lager dan voor het domein jeugdhulp (22%).

tabel 2.10 Hoe gaat u de samenwerking met zorgverzekeraars vormgeven?

	<i>Wmo</i> (<i>n=125</i>)	<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=131</i>)	<i>Welzijn</i> (<i>n=100</i>)
Wij gaan samenwerken in een wijk-/buurtteam (sociaal en medisch)	32,3%	17,6%	26,4%
Wij gaan taken gezamenlijk oppakken, maar niet in wijk-/buurtteams	19,7%	17,6%	18,7%
Weten wij nog niet	17,3%	21,6%	15,4%
Anders	18,9%	12,8%	18,7%
Wij gaan uitsluitend informatie uitwisselen	9,4%	20,8%	13,2%
Dit is niet relevant binnen het domein	2,4%	9,6%	7,7%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

3 Inkoop

Gemeenten worden verantwoordelijk voor de inkoop van een groot deel van de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdhulp. Op het gebied van welzijn had men deze taken al, maar kunnen deze anders worden ingedeeld. Het is de verwachting dat veel gemeenten in de zomer in gesprek gaan met aanbieders om ze voor volgend jaar te contracteren. Daarom is in de enquête van mei/juni gevraagd hoe ver men was met het uitwerken van de inkoopplannen.

Ongeveer de helft van de gemeenten geeft aan voor het Wmo-domein zeer concrete plannen te hebben voor de inkoop. In de meeste andere gevallen zijn ze enigszins concreet of zijn de grote lijnen wel bekend. In de jeugdhulp geeft een iets kleiner aandeel aan dat de plannen zeer concreet zijn. Dit is opvallend, aangezien het aantal te contracteren partijen over het algemeen kleiner is en er reeds regionale transitiearrangementen zijn uitgewerkt.

tabel 3.1 In hoeverre zijn de plannen m.b.t. de wijze van inkoop uitgewerkt?

	Wmo (n=125)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=100)
Zeer concreet	50,4%	40,0%	41,0%
Enigszins concreet	22,9%	36,8%	26,0%
Grote lijnen zijn bekend	23,7%	20,8%	26,0%
Nog niet bekend	3,1%	1,6%	4,0%
Geen mening	0,0%	0,8%	3,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

3.1 Contractering en opdrachtverstrekking

Er zijn verschillende manieren om het contracteren van aanbieders vorm te geven. In de Wmo steekt er niet een specifieke contractvorm bovenuit, alleen onderhandse aanbesteding en subsidies aan (vooral) de huidige aanbieders scoren iets hoger (zie ook tabel 3.2). In de jeugdhulp komen openbare aanbestedingen relatief vaak voor. In het welzijnsdomein steekt vooral het contracteren middels subsidies aan (vooral) de huidige aanbieders zeer sterk uit boven de andere contractvormen (ruim driekwart van de gemeenten geeft aan deze vorm te gaan gebruiken voor dit domein).

Sommige gemeenten gaan op meerdere manieren aanbieders contracteren. De meest voorkomende combinaties zijn daarbij enerzijds deels openbare aanbestedingen en deels subsidies aan huidige aanbieders en anderzijds subsidies aan zowel huidige als nieuwe aanbieders.

tabel 3.2 Op welke wijze gaat u voornamelijk aanbieders contracteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Middels subsidies aan (vooral) de huidige aanbieders	32,0%	23,6%	76,3%
Middels openbare aanbesteding	27,0%	42,5%	19,4%
Middels onderhandse aanbesteding	32,8%	28,3%	21,5%
Middels bestuurlijke aanbesteding	25,4%	26,0%	9,7%
Middels subsidies aan (vooral) nieuwe aanbieders	9,8%	9,4%	20,4%
Is nog niet bekend	14,8%	5,5%	5,4%
Anders	6,6%	7,9%	6,5%
Geen mening	0,8%	0,0%	0,0%

Bron: Panteia

Veel gemeenten die aangeven op andere wijze aanbieders te contracteren, gingen bij deze vraag meer op inhoudelijke aspecten in, dan op de wijze waarop wordt gecontracteerd.

Naast de wijze van contracteren is er ook de vraag hoe gemeenten individuele aanvragen van burgers gaan omzetten in opdrachten aan aanbieders. Voor alle domeinen is te zien dat een goed deel van de gemeenten de cliënt laat kiezen uit aanbieders waarmee een raamcontract is gesloten, al dan niet in combinatie met PGB's (zie tabel 3.3). De andere mogelijkheden komen aanzienlijk minder vaak voor. Voor Wmo en welzijn is te zien dat bij 17% van de gemeenten nog niet bekend is op welke wijze individuele aanvragen in opdrachten worden omgezet. Voor jeugdhulp is te zien dat dit bij 6% van de gemeenten nog niet bekend is.

tabel 3.3 Hoe gaat u voor individuele aanvragen van burgers opdrachten verstrekken aan aanbieders?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Door de cliënt te laten kiezen uit aanbieders waarmee een raamcontract is gesloten	43,4%	66,9%	46,2%
Combinatie van 'de cliënt te laten kiezen uit aanbieders waarmee een raamcontract is gesloten' en op basis van PGB's	19,7%	17,3%	11,8%
Nog niet bekend	17,2%	5,5%	17,2%
Anders	9,0%	3,9%	11,8%
Door een aanbieder toe te wijzen waarmee een raamcontract is gesloten	6,6%	1,6%	6,5%
Via een hoofdaannemer per wijk, die zelf zorg/welzijn levert of inkoopt bij derden	2,5%	0,8%	3,2%
Met een veilingmodel (aanbieders schrijven in per casus)	0,8%	2,4%	2,2%
Vooraf op basis van PGB's	0,8%	1,6%	1,1%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

Gemeenten kunnen bij ingekochte diensten een deel social return on investment (SROI) eisen. Dit deel van het inkoopbedrag moeten aanbieders besteden aan de re-integratie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. De landelijke richtlijn hiervoor is 5%. Het verlangen van social return is hierbij niet verplicht aangezien hierover geen verplichtende wet- en regelgeving is. Aan de gemeenten is gevraagd welk aandeel van het budget zij voor social return verlangen. Het blijkt dat een groot deel van de gesproken ambtenaren hier geen zicht op heeft.

De respondenten die wel een percentage konden noemen, geven veelal de 5% aan die landelijk is vastgesteld. Voor de jeugdhulp geeft circa 8% van de gemeenten aan geen social return te verlangen.

tabel 3.4 Welk aandeel van het budget moet de aanbieder reserveren voor social return?

	<i>Wmo</i> (n=121)	<i>Jeugdhulp</i> (n=128)	<i>Welzijn</i> (n=93)
0 procent	2,4%	8,2%	2,2%
1 procent	0,0%	0,8%	0,0%
2 procent	2,4%	0,0%	2,2%
3 procent	0,0%	0,0%	1,1%
5 procent	20,5%	3,3%	17,2%
7 procent	0,8%	0,0%	0,0%
10 procent	3,9%	2,5%	5,4%
Anders ⁴	0,0%	0,8%	2,2%
Weet niet/geen mening	70,1%	84,4%	69,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

3.2 Selectiecriteria

Wanneer gemeenten wordt gevraagd welke kwaliteitscriteria zij belangrijk vinden bij de beoordeling van inkoop, wordt deskundigheid van het personeel veelvuldig genoemd maar ook of de aanbieder een externe toetsing klanttevredenheid houdt, is van belang. Daarnaast zijn innovatief zijn en maatwerk kunnen bieden aspecten die meetellen bij de beoordeling. Ondanks dat er gevraagd is naar kwaliteitscriteria, geven meerdere gemeenten ook aan vooral naar de prijs te kijken.

Bij de inkoop van diensten kan er voor meerdere methoden worden gekozen: er kunnen meerdere partijen apart worden gecontracteerd of er kan met één hoofdaannemer worden gewerkt, die vervolgens zelf zorg draagt voor de inkoop van verschillende diensten. Een minderheid van de gemeenten kiest voor dit laatste systeem: voor zowel de Wmo als de jeugdhulp kiest circa 91% van de gemeenten om met meerdere partijen te gaan werken. In het domein welzijn komt het relatief vaker voor dat er met één hoofdaannemer wordt gewerkt: 28% van de gemeenten geeft dit aan. In kleinere gemeenten is er soms ook maar één gespecialiseerde welzijnsaanbieder actief. De keuze om met één hoofdaannemer of meerdere partijen te werken is echter niet afhankelijk van de gemeentegrootte. Ook in sommige grotere gemeenten gaat men met één hoofdaannemer werken, die vervolgens specialistische diensten inkoop.

⁴ Onder deze categorie hebben we percentages geschaard die niet plausibel waren.

tabel 3.5 Verwacht u in de toekomst te gaan werken met...

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Meerdere partijen	91,3%	91,0%	62,4%
Één hoofdaannemer	3,9%	5,7%	28,0%
Weet niet/geen mening	4,7%	3,3%	9,7%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Om te zien in hoeverre er grote verschuivingen gaan plaatsvinden in welke aanbieders in welke gemeenten actief zijn, is de gemeenten gevraagd of ze bij de inkoopprocedure ruimte laten voor nieuwe aanbieders. Een meerderheid van de gemeenten geeft aan dat dit het geval is. Voor het domein Wmo geldt dit in ruimere mate dan voor de domeinen jeugdhulp en welzijn. Dit hangt wellicht samen met het feit dat er voor deze laatste twee domeinen per regio ook minder aanbieders actief zijn.

tabel 3.6 Is er in de inkoopprocedure ruimte voor nieuwe aanbieders?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Ja	89,8%	83,6%	76,3%
Nee	6,3%	13,1%	20,4%
Weet niet/geen mening	3,9%	3,3%	3,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Aan de gemeenten die aangaven ruimte te zien voor nieuwe aanbieders, is gevraagd of men hier ook actief op gaat sturen. Dit blijkt voor ongeveer de helft van de gemeenten het geval. De huidige aanbieders kunnen in de toekomst dus waarschijnlijk rekenen op meer concurrentie van nieuwe partijen. Hierbij is overigens niet gevraagd of de nieuwe partijen al vanaf 2015 in beeld zijn of dat er later op gestuurd gaat worden.

tabel 3.7 Gaat u hier bewust op sturen?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Ja	47,4%	48,0%	53,5%
Nee	44,7%	41,2%	36,6%
Weet niet/geen mening	7,9%	10,8%	9,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

Er is gekeken of er een samenhang is tussen gemeentegrootte en of er bewust gestuurd gaat worden op nieuwe toetreders. Hieruit blijkt dat grotere gemeenten vaker aangeven te zullen sturen op nieuwe toetreders dan kleinere gemeenten.

Bij de inkoop van bepaalde diensten zoals thuiszorg in met name de langdurige zorg en ondersteuning (verpleging, verzorging, thuiszorg, GGZ, gehandicaptenzorg), is het van belang of een gemeente expliciet formuleert of tilhulpmiddelen onderdeel van het aanbestedings-/inkoopbedrag zijn of dat deze apart vanuit de Wmo worden gefinancierd. Wanneer tilhulpmiddelen niet worden opgenomen als post in de aanbesteding of inkoop, kan het zijn dat aanbieders ervan uitgaan dat deze apart worden bekostigd. Als dit vervolgens niet het geval blijkt te zijn, kan de inkoop van tilhulpmiddelen ten koste gaan van het budget voor personeel, anders kan de aanbieder mogelijk niet aan de noodzakelijke arbovoorwaarden voldoen.

Ruim twee vijfde van de gemeenten kon echter nog niet zeggen welke rol de tilhulpmiddelen in de inkoop gaan spelen. Iets minder dan een derde van de gemeenten houdt het erop dat dit de verantwoordelijkheid is van de aanbieder, maar zal het geen onderdeel van de prijsvergelijking tussen aanbieders laten zijn. Ongeveer tien procent van de gemeenten vergoedt de tilhulpmiddelen separaat.

tabel 3.8 Welke rol spelen tilhulpmiddelen, die niet door de gemeente direct aan de burger worden vergoed, in de inkoopprocedure? (Alleen Wmo, meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Totaal (n=121)</i>
Weet niet/geen mening	43,3%
Dat is de verantwoordelijkheid van de aanbieder	31,5%
Die zijn onderdeel van de prijsvergelijking (tarief) tussen aanbieders	11,0%
Vergoeding van tilhulpmiddelen wordt separaat door de gemeente gefinancierd	10,2%
Er zal tijdens de uitvoering streng worden gecontroleerd op naleving van de arboverplichtingen	10,2%
Anders	9,4%

Bron: Panteia

4 Budget

Gedurende de uitvoering van het onderzoek heeft het Rijk de meicirculaire gepubliceerd. Daarin staat expliciet aangegeven hoeveel gemeenten vanuit het gemeentefonds uitgekeerd krijgen. Voordien was het wel al bekend dat de decentralisatie en stelselwijzigingen gepaard gaan met een taakstelling dan wel efficiencykorting. Gemeenten hebben zich dus al langer kunnen voorbereiden op het feit dat ze zorg gaan inkopen met minder middelen dan er voorheen beschikbaar waren.

4.1 Bezuinigingen

Met betrekking tot de budgetbesteding is de gemeenten allereerst gevraagd hoe ver ze waren met het formuleren van plannen om de landelijke bezuinigingen door te voeren. Op het gebied van Wmo en welzijn gaf rond twintig procent van de gemeenten aan hier al zeer concrete plannen voor te hebben. Zestig tot zeventig procent heeft wel al ideeën, maar heeft deze nog niet volledig geconcretiseerd. Tien procent van de gemeenten had voor Wmo en welzijn nog helemaal geen plannen voor het doorvoeren van de bezuinigingen. Voor de jeugdhulp liggen de percentages iets anders: voor meer gemeenten zijn de plannen (enigszins) concreet. Dit hangt waarschijnlijk samen met de reeds gepubliceerde regionale transitiearrangementen en het feit dat de efficiencykorting al langer geleden is aangekondigd.

tabel 4.1 In hoeverre zijn de plannen m.b.t. het doorvoeren van landelijke bezuinigingen uitgewerkt?

	<i>Wmo</i> (<i>n=125</i>)	<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=131</i>)	<i>Welzijn</i> (<i>n=100</i>)
Zeer concreet	19,1%	35,2%	22,0%
Enigszins concreet	35,1%	32,8%	31,0%
Grote lijnen zijn bekend	34,4%	27,2%	32,0%
Nog niet bekend	10,7%	4,8%	10,0%
Geen mening	0,8%	0,0%	5,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Zoals eerder aangegeven, zal het totale budget voor de verschillende domeinen lager zijn dan vóór 2015. Aan de gemeenten is gevraagd hoe zij verwachten deze korting te realiseren. Er zijn veel verschillende manieren om de korting te realiseren (

tabel 4.2). Voor alle drie de domeinen vormen de volgende items de meest genoemde mogelijkheden:

- door meer in te zetten op algemene voorzieningen;
- door met andere/nieuwe zorg en welzijnsconcepten te werken;
- door meer in te zetten op vrijwilligers en mantelzorgers.

tabel 4.2 Het budget in het domein is waarschijnlijk lager dan het op dit moment is. Hoe verwacht u deze korting op het budget te realiseren? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=116)	Jeugdhulp (n=119)	Welzijn (n=85)
Door meer in te zetten op algemene voorzieningen	93,1%	92,4%	90,6%
Door met nieuwe/andere zorg- en welzijnsconcepten te werken	93,1%	93,3%	85,9%
Door meer in te zetten op vrijwilligers	96,6%	87,4%	88,2%
Door meer in te zetten op mantelzorg	87,9%	81,5%	81,2%
Door integraal beleid te voeren met het terrein van werk en inkomen	81,9%	75,6%	84,7%
Door scherper toe te zien op de indicatiestellingen	78,4%	72,3%	80,0%
Door te besparen op tarieven	81,9%	68,9%	60,0%
Door met andere dan de huidige aanbieders te werken	51,7%	47,1%	48,2%
Door minder zorg/welzijn in te kopen	44,8%	39,5%	40,0%
Door een drempel te plaatsen om een maatwerkvoorziening te krijgen	43,1%	26,9%	44,7%
Door meer in te zetten op eigen bijdragen	50,9%	14,3%	48,2%
Door budget van andere domeinen voor zorg en welzijn te gebruiken	21,6%	29,4%	34,1%
Door gemeentelijke reserves aan te spreken	27,6%	25,2%	24,7%
Door nog andere maatregelen	10,3%	27,7%	18,8%
Door in te zetten op preventie	0,9%	12,6%	0,0%
Door te kijken naar eigen zelfredzaamheid	3,4%	6,7%	1,2%

Bron: Panteia

Veel van de 'andere' maatregelen die worden genoemd, hebben te maken met een efficiëntere manier van werken of met besparing van overheadkosten. Er is gekeken of er een samenhang is tussen gemeentegrootte en hoe de korting op het budget wordt gerealiseerd. Grote gemeenten geven minder vaak aan dat zij dit gaan doen door integraal beleid te voeren met het terrein van werk en inkomen en ook zullen zij minder vaak budget van andere domeinen voor de inkoop van zorg en welzijn gebruiken. Grote gemeenten geven wel vaker aan dat zij dit gaan doen door minder zorg/welzijn in te kopen.

Vrijwel alle gemeenten wenden meerdere methoden aan om de taakstelling op het budget te realiseren. Behalve de meestgenoemde methoden zijn er enkele andere combinaties onder de loep genomen. Daaruit bleek dat een drempel op maatwerk vrijwel altijd samengaat met een inzet op algemene voorzieningen. Gemeenten die budget van andere domeinen overhevelen en gemeentelijke reserves aanspreken, zijn niet altijd dezelfde gemeenten. Er is slechts een beperkt aantal gemeenten dat beide methoden aanwendt.

4.2 Uitvoeringskosten

Het ligt in de lijn der verwachting dat gemeenten een deel van het budget uit het gemeentefonds voor hun eigen interne uitvoeringskosten moeten aanwenden. Onder deze uitvoeringskosten verstaan we de kosten binnen het gemeentelijke apparaat, zoals salaris en opleidingskosten van ambtenaren, faciliteiten en andere bureaunkosten voor rekening van de gemeente. Het betreft niet de eenmalige transitiekosten, daarvoor zijn aanvullende middelen vanuit het gemeentefonds beschikbaar gesteld.

Tussen de drie domeinen zijn aanzienlijke verschillen in voorziene uitvoeringskosten. Voor de domeinen Wmo en welzijn weet meer dan de helft van de gemeenten nog niet hoe hoog de uitvoeringskosten zullen zijn. Voor de jeugdhulp daarentegen, heeft bijna 70% van de gemeenten wel al een beeld: ongeveer de helft van de gemeenten verwacht beperkte uitvoeringskosten van 5% of minder. Van de gemeenten die wel een beeld hebben van de uitvoeringskosten in Wmo en welzijn, verwacht een meerderheid dat deze groter dan 0% zullen zijn, maar minder dan 10%.

tabel 4.3 Aan de uitvoering van taken zijn uitvoeringskosten verbonden. Hoe groot zal het aandeel van de uitvoeringskosten zijn in procenten bij de uitvoering van taken?

	<i>Wmo</i> (<i>n=116</i>)	<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=119</i>)	<i>Welzijn</i> (<i>n=85</i>)
Geen	0,0%	0,8%	2,4%
Tot 5 procent	12,1%	49,6%	16,5%
Tot 10 procent	15,5%	14,3%	18,8%
Tot 15 procent	5,2%	2,5%	5,9%
Tot 20 procent	4,3%	0,8%	2,4%
20 procent of meer	2,6%	0,8%	1,2%
Weet (nog) niet/geen mening	60,3%	31,1%	52,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Er is gekeken of er een samenhang is tussen gemeentegrootte en het aandeel van de uitvoeringskosten. Hieruit blijkt dat er geen grote verschillen zijn tussen de verschillende grootteklassen.

5 Toegangsfunctie & wijk-/buurtteams

Vanaf 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor de toegang van cliënten tot een deel van de langdurige zorg en ondersteuning en tot de jeugdhulp. Om ervoor te zorgen dat er geen burgers met een vraag naar zorg en ondersteuning buiten de boot vallen, is het van belang dat gemeenten met ingang van 2015 een systeem hebben waarmee burgers op de juiste plek terecht kunnen voor de juiste zorg, ondersteuning of begeleiding.

5.1 Toegang

Allereerst is de gemeenten gevraagd in hoeverre ze al uitgewerkte plannen hebben voor de toegang tot zorg en ondersteuning. Voor alle drie de domeinen is 'enigszins concreet' het meest gegeven antwoord, gevolgd door 'zeer concreet'. Vooral op het gebied van jeugdhulp lijken de gemeenten al veel stappen te hebben gezet: geen enkele gemeente gaf aan dat er nog helemaal niets bekend zou zijn. Voor Wmo en welzijn zijn dit relatief kleine aandelen van respectievelijk drie en vijf procent.

tabel 5.1 In hoeverre zijn de plannen m.b.t. de toegangsfunctie uitgewerkt?

	Wmo (n=125)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=100)
Zeer concreet	32,1%	36,8%	28,0%
Enigszins concreet	40,5%	43,2%	35,0%
Grote lijnen zijn bekend	24,4%	20,0%	28,0%
Nog niet bekend	3,1%	0,0%	5,0%
Geen mening	0,0%	0,0%	4,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Wat de toegang tot de diensten betreft, zijn er verschillen te zien tussen de verschillende domeinen. Voor de Wmo scoort het gemeenteloket/lokaal Wmo-loket het hoogst als toegangslot (74%). Daaropvolgend komen ook toegang via een wijk-/buurtteam en doorverwijzing via bestaande partijen in de eerste lijn vaak voor (beide worden door 68% van de gemeenten genoemd). Ook voor welzijn scoort het gemeenteloket/lokaal Wmo-loket hoog (82%), gevolgd door doorverwijzing via bestaande partijen (77%). Voor jeugdhulp is te zien dat vooral doorverwijzing via bestaande netwerken/actoren het hoogst (78%) scoort, gevolgd door doorverwijzing via een wijk-/buurtteam (69%). De meest gekozen wijzen van toegang komen ook vaker in combinatie voor.

tabel 5.2 Hoe gaat uw gemeente de toegang tot diensten binnen de domeinen organiseren? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=91)
Doorverwijzing via bestaande netwerken/actoren in de eerste lijn (huisartsen, scholen)	67,7%	77,6%	76,9%
Gemeenteloket/lokaal Wmo-loket	74,0%	46,4%	80,2%
Via een wijk-/buurtteam	67,7%	68,8%	53,8%
Via Zorg Advies Teams (ZAT)	25,2%	36,8%	29,7%
Anders	15,7%	25,6%	14,3%
Via het zorgkantoor	3,1%	7,2%	9,9%
Weten wij nog niet	1,6%	2,4%	5,5%

Bron: Panteia

Naast de hierboven beschreven mogelijkheden om de toegang tot diensten binnen de verschillende domeinen te organiseren, noemen gemeenten ook heel vaak de Centra voor Jeugd en Gezin en de huisartsen (dit wordt gemeld in de categorie 'anders' in bovenstaande tabel).

5.2 Wijk-/buurtteams

Een van de beoogde resultaten van het nieuwe kabinetsbeleid is dat de zorg en ondersteuning 'dichter bij de burger' wordt geleverd. De afgelopen maanden is dan ook door veel gemeenten aangegeven dat zij met wijk- of buurtteams willen werken om zo de toegang tot zorg en ondersteuning op het geografisch laagste schaalniveau te organiseren. Dit beeld wordt bevestigd in de enquête: voor Wmo en jeugdhulp wil rond de tachtig procent van de gemeenten een wijk- of buurtteam inzetten.

tabel 5.3 Gaat u in uw gemeente binnen de domeinen werken met wijk-/buurtteams?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=131)	Welzijn (n=91)
Ja	79,5%	81,6%	73,6%
Nee	15,0%	15,2%	20,9%
Weten we nog niet	5,5%	3,2%	5,5%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

Aan de gemeenten die aangaven met een wijk- of buurtteam te gaan werken, is vervolgens gevraagd hoe ver men is met de invoering van dit systeem. De meerderheid (circa 70%) gaf aan bezig te zijn met dit concreet op te pakken middels pilots en/of met de uitrol van de teams in de wijk. Sommige gemeenten zijn zelfs al langer hiermee bezig.

tabel 5.4 Hoe ver bent u met de invoering van wijk-/buurteams?

	<i>Wmo</i> (n=96)	<i>Jeugdhulp</i> (n=107)	<i>Welzijn</i> (n=67)
We houden momenteel pilots	40,6%	52,0%	43,3%
We zijn bezig met de uitrol	29,7%	21,6%	26,9%
We zitten in de ideeënfase	17,8%	12,7%	17,9%
We doen dit al langer	11,9%	13,7%	11,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia

Het exacte (beoogde) takenpakket van de wijk- en buurteams kan per gemeente verschillen. In de meeste gemeenten zullen de wijk- of buurteams zorg dragen voor signalering, preventie, intake, cliëntondersteuning, voorlichting en indicatie en de ondersteuning van mantelzorg (tabel 5.5). Alleen voor jeugdhulp voorziet een meerderheid van de gemeenten ook een taak in de behandeling. Voor Wmo en welzijn wordt de behandeling meer bij derden gelegd. Ook de indicatie lijkt voor jeugdhulp een relatief belangrijkere taak van het wijk-/buurteam te zijn dan voor de Wmo en welzijn.

tabel 5.5 Welke taken zal het wijkteam gaan vervullen? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Wmo</i> (n=96)	<i>Jeugdhulp</i> (n=107)	<i>Welzijn</i> (n=67)
Signalering	94,1%	89,2%	94,0%
Preventie	85,1%	81,4%	89,6%
Intake	87,1%	88,2%	74,6%
Cliëntondersteuning	82,2%	79,4%	82,1%
Voorlichting	84,2%	74,5%	83,6%
Indicatie	72,3%	80,4%	67,2%
Ondersteuning informele mantelzorg	72,3%	65,7%	77,6%
Behandeling	39,6%	56,9%	22,4%
Anders	20,8%	25,5%	23,9%
Weet niet/geen mening	2,0%	2,9%	1,5%

Bron: Panteia

Het lijkt erop dat veel gemeenten met integrale wijkteams willen gaan werken. Veel gemeenten geven namelijk aan dat wijkteams zich voor vrijwel alle domeinen zullen inzetten. Alleen verpleging wordt voor alle domeinen door minder dan 50% van de gemeenten als taak voor het wijk-/buurteam voorzien.

tabel 5.6 Op welke domeinen zal het wijkteam taken op zich nemen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

	Wmo (n=96)	Jeugdhulp (n=107)	Welzijn (n=67)
Gehandicaptenzorg	97,0%	87,3%	88,1%
Jeugdhulp	82,2%	97,1%	74,6%
Geestelijke gezondheidszorg (incl. verslavingszorg)	91,1%	85,3%	74,6%
Thuiszorg	87,1%	66,7%	80,6%
Schuldhelpverlening	82,2%	73,5%	65,7%
Coördinatie mantelzorg	72,3%	63,7%	65,7%
Werk en inkomen	65,3%	62,7%	59,7%
Persoonlijke verzorging	51,5%	56,9%	53,7%
Verpleging	40,6%	41,2%	34,3%
Anders	25,7%	22,5%	35,8%
Weet niet/geen mening	2,0%	1,0%	0,0%

Bron: Panteia

Bij ruim 40% van de gemeenten zal voor de Wmo en jeugdhulp een wijkteam ongeveer 10.000-19.999 inwoners bedienen. Voor welzijn geeft circa een derde dit aan. Aanvullend geeft een derde van de gemeenten aan dat voor welzijn het werkgebied van een wijkteam 5.000-9.999 inwoners is. Voor welzijn is dus te zien dat de omvang van het werkgebied iets meer divers is, waarbij een kleiner werkgebied vaker voorkomt dan bij de andere domeinen.

tabel 5.7 Hoeveel inwoners zal een wijkteam bedienen (per 1-1-2015)?

	Wmo (n=96)	Jeugdhulp (n=107)	Welzijn (n=67)
Per 0-2.499 inwoners	3,0%	2,0%	7,5%
Per 2.500-4.999 inwoners	12,9%	2,0%	3,0%
Per 5.000-9.999 inwoners	10,9%	10,8%	32,8%
Per 10.000-19.999 inwoners	43,6%	44,1%	31,3%
Per 20.000-29.999 inwoners	12,9%	23,5%	19,4%
Per 30.000-49.999 inwoners	4,0%	8,8%	1,5%
Per 50.000-74.999 inwoners	0,0%	0,0%	0,0%
Per 75.000-99.999 inwoners	0,0%	0,0%	0,0%
Per 100.000+ inwoners	0,0%	0,0%	0,0%
Weet niet/geen mening	12,9%	8,8%	4,5%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Ruim een derde van de gemeenten weet nog niet uit hoeveel fte een wijkteam zal bestaan (zie tabel 5.8). Tabel 5.8 laat een overzicht zien van het aantal fte waaruit een wijkteam ongeveer zal bestaan. Bijna een derde van de gemeenten geeft voor Wmo en jeugdhulp aan dat het team uit 5 tot 10 fte zal bestaan (de andere grootteklassen komen minder vaak voor). De grootte van de wijkteams varieert van een half

fte voor Wmo en welzijn tot 20 fte voor Wmo. In de jeugdhulp varieert het tussen de 2,5 en 17 fte. Gemiddeld zijn de wijkteams voor Wmo, jeugdhulp en welzijn respectievelijk circa 7, 6 en 5 fte. (zie tabel 5.8).

tabel 5.8 Uit hoeveel fte zal een wijkteam ongeveer bestaan (per 1-1-2015)?

	<i>Wmo</i> (n=96)	<i>Jeugdhulp</i> (n=107)	<i>Welzijn</i> (n=67)
0 tot 5	23,8%	14,8%	31,3%
5 tot 10	30,7%	31,4%	26,9%
10 of meer	10,9%	16,7%	6,0%
Weet niet/wnz	34,7%	37,3%	35,8%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%
Gemiddelde grootte (fte)	7,2	6,4	5,1

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Doorgaans kan ervan worden uitgegaan dat de grotere gemeenten ook een groter werkgebied in aantallen inwoners hebben. Andersom zou kunnen worden gezegd: in grotere gemeenten zijn er relatief minder wijk- en buurtteams dan in kleinere gemeenten. Ook is er een verband tussen de grootte van het wijkteam in fte en het aantal burgers dat wordt bediend: hoe groter het aantal personen, hoe groter het aantal fte. Het kleinere aantal fte van de welzijnswijkteams is dan ook deels te verklaren door het feit dat de teams vaker een kleiner verzorgingsgebied hebben.

Doordat een groter werkgebied leidt tot meer fte en grotere gemeenten vaak wijkteams met een groter werkgebied hebben, is de bezetting in fte van de wijkteams in grotere gemeenten ook groter. Het onderscheid tussen gemeenten tot 25.000 inwoners en tot 50.000 inwoners is echter niet groot.

Er zijn verschillende constructies denkbaar hoe de medewerkers in dienst kunnen treden bij een wijk-/buurtteam (tabel 5.9). Het is bijvoorbeeld mogelijk om de medewerkers in dienst te nemen bij de gemeente of het is mogelijk om het team via een detachering, op uitzendbasis of via een andere vorm in inleenconstructie bij elkaar te plaatsen. De meest gekozen wijze van organiseren is door het wijkteam in dienst te hebben bij een gespecialiseerde partij. Deze vorm is de meest gekozen vorm voor alle drie de domeinen. Voor jeugdhulp is verder te zien dat medewerkers van een wijkteam relatief vaak door aanbieders bij de gemeente zullen worden gedetacheerd. Ten slotte is voor welzijn te zien dat gemeenten ook relatief vaak aangeven dat het wijkteam in dienst zal/kan zijn bij de gemeente.

Er komen ook combinaties voor van verschillende wijzen van inhuur van personeel bij het wijkteam. Daarbij komen een aantal voor de hand liggende combinaties vaker voor, namelijk:

- in dienst bij gemeente (dan wel gespecialiseerde partij) in combinatie met detachering bij gemeente (dan wel gespecialiseerde partij);
- op uitzendbasis overlapt met vrijwel alle andere categorieën.

Verder komt een aantal keer de combinatie in dienst bij gemeente met daarbij in dienst bij gespecialiseerde partij voor. Deze combinatie duidt op een wijkteam dat organisatorisch bij meerdere partijen is ondergebracht.

tabel 5.9 Hoe wordt het personeel bij het wijkteam ingehuurd? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Wmo</i> (n=96)	<i>Jeugdhulp</i> (n=107)	<i>Welzijn</i> (n=67)
In dienst bij een gespecialiseerde partij	53,9%	43,6%	46,3%
In dienst bij de gemeente	36,3%	40,6%	41,8%
Door zorg-/welzijnsaanbieders gedetacheerd bij de gemeente	36,3%	38,6%	29,9%
Weten wij nog niet	15,7%	19,8%	19,4%
Door zorg-/welzijnsaanbieders gedetacheerd bij een gespecialiseerde partij	19,6%	8,9%	11,9%
Via zzp-schap	8,8%	6,9%	6,0%
Anders	3,9%	5,0%	9,0%
Op uitzendbasis	4,9%	4,0%	7,5%

Bron: Panteia

6 Werkgelegenheid

6.1 Gevolgen werkgelegenheid

Het merendeel van de gemeenten heeft zelf geen zicht op of een idee over de omvang van de gevolgen van de transitie op de werkgelegenheid in zorg en welzijn. Bijna driekwart van de respondenten meldt het niet te weten wat betreft het Wmo- en welzijnsdomein. Voor jeugdhulp geeft bijna twee derde aan dit niet te weten.

Gemeenten die hier wel enig zicht op hebben, zijn veelal de gemeenten die hun beleid ook al redelijk ver hebben ontwikkeld, c.q. reeds bezig zijn met de invoering van het beleid (zie paragraaf 2.1). Zij schatten in dat de werkgelegenheidseffecten voor de Wmo en jeugdhulp het grootst zullen zijn, beide gemiddeld rond de 6%. Ongeveer 1 op de 10 gemeenten geeft aan dat zij binnen het Wmo-domein een reductie van 20% of meer verwachten. Voor de jeugdhulp geeft ongeveer 15% aan dat zij een reductie verwachten van ergens tussen de 16 en 20%. Binnen het welzijnsdomein zijn de verwachtingen (indien deze er zijn) zeer divers. De gemeenten die wel verwachtingen hebben uitgesproken, verwachten gemiddeld een afname van ongeveer 15%.

tabel 6.1 Met welk percentage verwacht u dat de huidige aanbieders in uw regio hun personeel zullen reduceren als gevolg van de nieuwe aanpak in zorg en welzijn?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
0 t/m 5 procent	1,6%	1,6%	5,4%
6 t/m 10 procent	5,5%	7,4%	5,4%
11 t/m 15 procent	3,9%	7,4%	2,2%
16 t/m 20 procent	6,3%	14,7%	6,5%
Meer dan 20 procent	10,3%	4,0%	6,4%
Weet niet/geen mening	72,5%	63,9%	74,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%
Gemiddelde verwachte procentuele afname	18,0	20,4	15,0

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

6.2 Gevolgen naar opleidingsniveau

Naast de totale effecten is aan de gemeenten gevraagd wat hun beeld is van de ontwikkeling van de werkgelegenheid naar verschillende opleidingsniveaus. Binnen het Wmo-domein verwacht de helft van de gemeenten dat er minder werk zal zijn voor de lagere opleidingsniveaus. Ook voor hogere opleidingsniveaus is het veelal de verwachting dat er minder werk zal zijn (40% van de gemeenten verwacht dit), maar deze verwachting is minder sterk dan voor de lagere opleidingsniveaus. Per saldo zijn de meest positieve (of minst negatieve) verwachtingen voor mbo op niveau 3 en 4. Gemeenten geven relatief vaker aan dat deze groep gelijk blijft en verwachten relatief minder vaak krimp dan voor hoger en lager opgeleiden.

tabel 6.2 Kunt u aangeven wat de werkgelegenheidsgevolgen bij aanbieders in de Wmo zijn voor de verschillende opleidingsniveaus?

<i>Wmo</i> (<i>n=121</i>)	<i>meer</i>	<i>ongeveer</i> <i>gelijk</i>	<i>minder</i>	<i>weet niet</i>	<i>totaal</i>
Lagere opleidingsniveaus (t/m mbo 2)	8,7%	17,3%	49,6%	24,4%	100,0%
Middelbare opleidingsniveaus (mbo 3 en 4)	17,3%	28,3%	26,0%	28,3%	100,0%
Hogere opleidingsniveaus (hbo en universiteit)	18,1%	15,7%	40,2%	26,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Binnen het jeugdhulpdomein is te zien dat gemeenten positiever zijn over de kansen voor hoger opgeleiden dan die voor lager opgeleiden. Voor de lagere opleidingsniveaus verwacht 43% minder werk. Daarnaast verwacht 39% van de gemeenten meer werk voor de hogere opleidingsniveaus. Voor de middelbare opleidingen wordt voornamelijk verwacht (door 36% van de gemeenten) dat het werk ongeveer gelijk zal blijven.

tabel 6.3 Kunt u aangeven wat de werkgelegenheidsgevolgen bij de aanbieders in de jeugdhulp zijn voor de verschillende opleidingsniveaus?

<i>Jeugdhulp</i> (<i>n=128</i>)	<i>meer</i>	<i>ongeveer</i> <i>gelijk</i>	<i>minder</i>	<i>weet niet</i>	<i>totaal</i>
Lagere opleidingsniveaus (t/m mbo 2)	4,1%	27,0%	42,6%	26,2%	100,0%
Middelbare opleidingsniveaus (mbo 3 en 4)	9,8%	36,1%	28,7%	25,4%	100,0%
Hogere opleidingsniveaus (hbo en universiteit)	38,5%	13,9%	28,7%	18,9%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

Bij welzijn is dezelfde lijn te zien als bij jeugdhulp. De meeste gemeenten verwachten minder werk voor de lagere opleidingsniveaus en meer voor de hogere opleidingsniveaus.

tabel 6.4 Kunt u aangeven wat de werkgelegenheidsgevolgen bij de aanbieders van welzijnswerk zijn voor de verschillende opleidingsniveaus?

<i>Welzijn</i> (<i>n=93</i>)	<i>meer</i>	<i>ongeveer</i> <i>gelijk</i>	<i>minder</i>	<i>weet niet</i>	<i>totaal</i>
Lagere opleidingsniveaus (t/m mbo 2)	9,7%	18,3%	47,3%	24,7%	100,0%
Middelbare opleidingsniveaus (mbo 3 en 4)	16,1	31,2%	26,9%	25,8%	100,0%
Hogere opleidingsniveaus (hbo en universiteit)	31,2%	22,6%	24,7%	21,5%	100,0%

Bron: Panteia

6.3 Aandacht voor arbeidsmarktgevolgen

Tabel 6.5 geeft een overzicht van de mate waarin het onderwerp 'werkgelegenheid in zorg en welzijn' een punt van aandacht is voor de gemeenten. Bij ruim de helft van de gemeenten is het binnen het Wmo-domein wel een punt van aandacht en voor ruim een derde is het een beetje een onderwerp. Daarnaast geeft voor jeugdhulp 41% en voor welzijn 38% van de gemeenten aan dat het een punt van aandacht is. Voor jeugdhulp en welzijn is te zien dat bijna een kwart van de gemeenten aangeeft dat het geen punt van aandacht is. Voor de Wmo is dit voor minder dan 10% geen punt van aandacht; dit is dus lager dan voor de andere twee domeinen.

Tabel 6.5 In hoeverre is het onderwerp 'werkgelegenheid in zorg en welzijn' voor uw gemeente een punt van aandacht?

	Wmo (n=121)	Jeugdhulp (n=128)	Welzijn (n=93)
Wel	54,3%	41,0%	37,6%
Een beetje	34,6%	34,4%	35,5%
Niet	9,4%	23,0%	23,7%
Weer niet/geen mening	1,6%	1,6%	3,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel telt niet altijd op tot 100% vanwege afrondingsverschillen

Bron: Panteia

De aandacht voor de arbeidsmarkt verschilt enigszins per provincie. Gelderland en Limburg voldoen aan het landelijke beeld. In Drenthe, Noord-Brabant, Utrecht en Zuid-Holland lijkt er echter relatief minder aandacht voor de werkgelegenheid te zijn. In de overige provincies geven echter relatief meer gemeenten aan dat ze aandacht hebben voor de arbeidsmarkt.⁵

De gemeenten voor wie de werkgelegenheid in zorg en welzijn een punt van aandacht is, zijn niet allemaal even uitgesproken over wat die aandacht dan precies inhoudt. Vooral in Wmo en welzijn geven de meeste gemeenten aan dat ze zich realiseren dat de decentralisaties en stelselwijzigingen consequenties voor de werkgelegenheid zullen hebben, maar dat dit vooral een zaak voor de werkgever is. Ze hopen dat er zo veel mogelijk werkgelegenheid behouden kan blijven. In de jeugdhulp is men iets uitgesprokener en kijkt men naar de mogelijkheden van continuering van activiteiten, het beperken van frictiekosten en van-werk-naar-werktrajecten (vooral voor medewerkers van de bureaus jeugdhulp).

⁵ Voor de provincie Flevoland waren te weinig waarnemingen om hier uitspraken over te kunnen doen.

|



Bijlage 4 Uitkomsten WGE

|





AER Werkgeversenquête AZW: Verwachte arbeidsmarkteffecten tot en met 2014 als gevolg van de transitie

Bijlage bij AER – Fase II

Zoetermeer, september 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Aanvulling op de werkgeversenquête	9
1.3 Begripsbepaling en afbakeningen	10
1.4 Leeswijzer	11
2 Verwachtingen van de zorgaanbieders	13
Conclusies	17
3 Maatregelen personeelsbeleid	19
3.1 Maatregelen van concerns in reactie op regeringsbeleid	19
3.2 Uitbreiding en inkrimping	21
3.3 Opleidingen	30
3.4 Conclusies	32
4 Samenhang tussen verwachtingen en maatregelen	35
Conclusies	41
Bijlagen	43
Bijlage 1 Opzet en uitvoering van de Werkgeversenquête	45

Samenvatting

Opzet onderzoek

In dit rapport zijn de inzichten en verwachte ontwikkelingen van aanbieders zo feitelijk mogelijk in beeld gebracht. Dit is gedaan door bij de jaarlijkse werkgeversenquête (WGE) uitdrukkelijk te vragen naar welke veranderingen in het personeelsbestand men concreet verwacht te gaan doorvoeren het komende jaar. Hiermee is een duidelijker beeld geschetst van wat er op dit moment aan 'zekere' arbeidsmarkteffecten kan worden gedestilleerd. Dit is in tegenstelling tot de eerste fase van de arbeidsmarkteffectrapportage, waarin werkgevers vaker een beeld gaven van de mogelijke effecten.

De keuze om alleen naar de kortetermijneffecten (tot en met 2014) te kijken, heeft als voordeel dat deze met meer zekerheid zijn vast te stellen. Daarnaast zullen er ook in 2015 nog werkgelegenheidseffecten optreden als gevolg van de stelselwijzigingen. De gegevens in dit rapport vertellen dus ook niet het volledige verhaal. Aangezien er echter voor een groot deel van aanbieders nog onduidelijkheden heersen over hoe zorg en welzijn er in de toekomst gaan uitzien en wat hun eigen rol hierin zal zijn, is het nauwelijks mogelijk om een volledig beeld te schetsen.

De enquête is eind december 2013 gehouden en is daarmee een momentopname van de toenmalige kennis van aanbieders. Zo was op dat moment pas zeer recentelijk bekend geworden dat verpleging en verzorging en langdurige GGZ naar de zorgverzekeringswet gaan. Het effect hiervan is wellicht nog niet door alle respondenten in hun antwoorden meegenomen. Op het moment van publicatie van de AER Fase 2 zullen aanbieders meer kennis hebben van hoe zij er in 2015 voor zullen staan.

Met de informatie in dit rapport kunnen wel conclusies worden getrokken over hoe aanbieders reageren op datgene wat ze verwachten. Daarmee kan uiteindelijk een beter beeld worden verkregen van de arbeidsmarkteffecten die zich zullen voordoen, zodra aanbieders meer duidelijkheid hebben over een aantal aspecten, zoals aanpak van zorg in wijk- en buurtteams, wijze van aanbesteding en mate van uitvoeringskosten.

In deze conclusie vatten wij eerst kort de belangrijkste uitkomsten uit het rapport samen. Vervolgens leggen we een link tussen de uitkomsten in dit rapport en de resultaten uit het eerste deel van de AER, uitgevoerd in 2013.

Verwachtingen ten aanzien van het gemeentelijke beleid

Hoofdstuk 2 stond in het teken van de verwachtingen die aanbieders hebben over hoe gemeenten hun taken op het gebied van zorg en welzijn gaan oppakken en welke rol zij voor zichzelf voorzien. De belangrijkste uitkomsten uit het hoofdstuk zijn:

- Het is voor iets minder dan de helft van de organisaties nog niet duidelijk hoe gemeenten hun taken gaan oppakken om zorg dichterbij de burger te brengen of hoe gemeenten met de lagere budgetten voor langdurige zorg om zullen gaan.
- Van de aanbieders die wel al een beeld hebben van hoe de gemeente de taken zal oppakken, verwacht de meerderheid dat er met wijk- en buurtteams gewerkt zal worden. Meer dan 50% van hen verwacht hier ook zelf deel uit van te gaan maken.
- De meerderheid van de aanbieders verwacht dat gemeenten ervoor zullen kiezen om diensten in de langdurige zorg te gaan aanbesteden. Een ongeveer even grote groep voorziet openbare en onderhandse aanbestedingen.
- De meerderheid van de aanbieders werkt al samen met gemeenten of heeft de intentie dit te doen, vooral op het gebied van informatie-uitwisseling. Een deel werkt al samen

met gemeenten in wijk- en buurtteams. Een iets groter deel van de aanbieders werkt samen met andere aanbieders. Het betreft hier veelal kennisdeling en het delen van faciliteiten of voorzieningen.

Maatregelen in het personeelsbeleid

In hoofdstuk 3 is nadrukkelijk gekeken naar aanbieders die aangeven wijzigingen aan te brengen in hun personeelsbestand als gevolg van de beleidsmaatregelen in zorg en welzijn. Zo wordt het beeld op de arbeidsmarkteffecten die samenhangen met de beleidsmaatregelen scherper; de uitkomsten kunnen hierdoor echter niet worden doorvertaald naar de gehele sector. Het zijn de anticiperende maatregelen tot en met 2014, die nog geen inzicht geven in eventuele aanvullende maatregelen in 2015. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt puntsgewijs worden samengevat:

- Als reactie op de beleidsmaatregelen in de AWBZ, Wmo en jeugdzorg zijn de meeste aanbieders een actief anticiperend personeelsbeleid aan het voeren of hebben ze concrete plannen hiertoe. Ruim twee derde van de geënquêteerde werkgevers geeft aan dat de wijzigingen die ze op korte termijn in het personeelsbestand gaan doorvoeren, deels of geheel zijn toe te schrijven aan het kabinetsbeleid.
- In alle branches geeft een meerderheid van de huidige aanbieders aan dat ze, als gevolg van de transities en decentralisaties, gaan inkrimpen. De relatief grootste werkgelegenheidsafname verwachten aanbieders in de jeugdzorg, gevolgd door de GGZ en verpleging & verzorging.
- De werkgelegenheidsafname gaat vooral ten koste van vast personeel en tijdelijk personeel in loondienst. Daarbij gaat het vaker om niet-cliëntgebonden functies en om cliëntgebonden functies tot en met de mbo-niveaus 1 en 2. De afvloeiing vindt bij de meeste werkgevers plaats via natuurlijk verloop waarbij er niet naar vervanging wordt gezocht en via het niet verlengen van tijdelijke contracten. Ongeveer een kwart van alle afvloeiing zal plaatsvinden door gedwongen ontslagen.
- Naast inkrimping vinden ook uitbreidingen van het personeelsbestand plaats. Deze uitbreidingen zijn minder omvangrijk dan de afvloeiingen. Ze vinden veelal in cliëntgebonden functies plaats en op de hogere mbo-niveaus en hbo-niveau.
- Naast ingrepen in de personeelsomvang, zet een aantal ondernemingen ook in op het opleiden van personeel: bijna twee vijfde van de werkgevers schrijft de extra aandacht voor opleidingen toe aan de beleidsmaatregelen in de langdurige zorg. Er wordt nadrukkelijk ingezet op het ontwikkelen van competenties op het gebied van veiligheid, het werken met zwaardere cliëntgroepen, signalering, indicering, technologische vaardigheden en overige vakinhoudelijke bijscholing.

Samenhang tussen verwachtingen en maatregelen

In hoofdstuk 4 zijn de verwachtingen van aanbieders (hoofdstuk 2) afgezet tegen de ontwikkelingen in werkgelegenheid en opleidingsbeleid. Daarbij is alleen gekeken naar aanbieders die nu al actief zijn (dus geen toekomstige nieuwe toetreders) en zijn ook de eventuele verschuivingen van personeel richting de overheid niet meegenomen. De belangrijkste bevindingen in het hoofdstuk zijn de volgende:

- Een aantal verwachtingen ten aanzien van hoe gemeenten hun taken gaan oppakken en de eigen voorziene rol daarin, lijken verband te houden met de ontwikkelingen in de werkgelegenheid bij aanbieders en de mate waarin zij inzetten op bijscholing.
- Inkrimping van het personeelsbestand wordt vooral voorzien bij aanbieders die verwachten dat gemeenten met generalistische wijk- en buurtteams gaan werken en bij aanbieders die aangeven onvoldoende zicht te hebben op de plannen van de gemeenten.
- Aanbieders die aangeven zelf in wijk- en buurtteams te willen deelnemen, voeren relatief vaker een actief personeelsbeleid, waarbij vaker sprake is van inkrimping en van uitbrei-

ding. Ook zetten ze nadrukkelijker in op bijscholing van het personeel. Ten opzichte van het algemene beeld is daarbij relatief meer aandacht voor aan wijk- en buurtteam gebonden competenties: het werken in zelfsturende teams, de begeleiding van mantelzorgers en commerciële vaardigheden.

- De wijze waarop gemeenten hun budget inzetten en de wijze van inkoop hebben wisselende gevolgen voor de werkgelegenheid. De verwachtingen over de omvang van uitvoeringskosten bij gemeenten lijken wel van invloed te zijn op het personeelsbestand: hoe groter aanbieders de uitvoeringskosten inschatten, hoe vaker ze het personeelsbestand inkrimpen. Tussen de wijze van inkoop en personeelsontwikkeling lijkt weinig verband. Wel krimpen de aanbieders die onderhandse aanbestedingen verwachten iets vaker.
- Samenwerking met gemeenten of aanbieders lijkt weinig direct verband te houden met de personeelsomvang bij aanbieders. Wel zetten zij meer in op bijscholing naarmate samenwerkingsverbanden met gemeenten concreter worden.
- De aanbieders die bij vragen naar het toekomstige beleid van de gemeente aangeven hier geen beeld van te hebben (weet niet/geen mening) vormen een interessante groep om in het oog te houden. Zij moeten immers personeelsbeleid voeren, maar hebben weinig zicht op de parameters waarop ze dit beleid moeten baseren. Als zij nog geen beeld hebben van hoe de gemeenten hun taken gaan oppakken (wijk-/buurtteam of niet), krimpen zij relatief vaak hun personeelsbestand in. Op andere gebieden (wijze inkoop en gebruik budget) geven de aanbieders met weinig zicht op wat de gemeente gaat doen, relatief vaker aan geen plannen voor uitbreiding of inkrimping te hebben. Dit laatste geldt ook voor aanbieders die geen plannen voor samenwerking met gemeenten of andere aanbieders hebben. Het is niet bekend of zij aanpassingen in hun personeelsbestand gaan doen (en zo ja, welke), zodra ze meer duidelijkheid over de toekomst hebben.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In het derde kwartaal van 2013 heeft het consortium van Panteia, SEOR en Etil het eerste deel afgerond van de ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) met betrekking tot de maatregelen in de AWBZ en de Wmo en de stelselwijziging Jeugdzorg. De voorziene arbeidsmarkteffecten waren toen nog omgeven door veel onzekerheden en onduidelijkheid. De aanbieders van GGZ, gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging, thuiszorg, jeugdzorg en welzijn hadden niet altijd een even goed beeld van de arbeidsmarkteffecten die de veranderingen vanaf 2015 met zich brengen. Uitspraken over de verwachte gevolgen voor de werkgelegenheid waren per aanbieder op basis van de toen bekende gegevens.

Ondanks de onzekerheden voeren de aanbieders een actief personeelsbeleid om op de komende veranderingen te anticiperen. Het komende jaar worden de daadwerkelijke effecten duidelijk. In het voorliggende rapport wordt een zo concreet mogelijk beeld geschetst van het arbeidsmarktbeleid van aanbieders op korte termijn, dat in directe samenhang met de maatregelen in de AWBZ, Wmo en jeugdzorg wordt bekeken. Eind 2013 is de aanbieder namelijk gevraagd wat hun concrete plannen voor 2014 zijn. Parallel wordt er in een aparte rapportage naar de ontwikkelingen in het zeer recente verleden gekeken: op basis van gegevens van het grootste pensioenfonds in de zorg, PGGM, kan worden gekeken in hoeverre de geschetste vooruitzichten daadwerkelijk uitkomen.

1.2 Aanvulling op de werkgeversenquête

Om een beeld te krijgen van het personeelsbeleid van aanbieders op korte termijn, is gebruikgemaakt van input uit de werkgeversenquête (WGE) die jaarlijks in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn (AZW) wordt uitgevoerd. In de WGE van 2013 is een aantal vragen meegenomen over de verwachtingen die aanbieders hebben over het beleid van de nationale overheid en gemeenten en over het anticiperende beleid dat zij zelf voeren ten aanzien van deze hervormingen. Informatie over de achtergrond en uitvoering van de WGE is opgenomen in bijlage 1. Het telefonische veldwerk heeft plaatsgevonden in de periode 2 tot 20 december 2013.

Door het integreren van enkele AER-gerelateerde vragen in de WGE 2013 is er op efficiënte wijze veel informatie verzameld. Ten opzichte van de standaard analyse van de WGE zijn voor dit rapport enkele aanvullende analyses uitgevoerd, waarbij er nader is gekeken naar het toekomstige personeelsbeleid. Zo kon er een duidelijker beeld worden verkregen van welke banen in welke branche op korte termijn verloren gaan en aan welk type personeel behoefte is als gevolg van de stelselwijziging. Doordat de WGE onder een groot aantal aanbieders in de zorg- en welzijnssector is gehouden, kon er een beter beeld van de ontwikkelingen in heel Nederland worden geschetst. Dit is een grote verbetering ten opzichte van de relatief kleinere steekproef van aanbieders die in de eerste fase van de AER zijn geïnterviewd.

De toegevoegde waarde van dit rapport ten opzichte van de rapportage over de WGE is vooral de nadruk op het 'isoleren' van beleidseffecten: wat gaan werkgevers op korte termijn doen in hun personeelsbeleid, waarbij ze specifiek aangeven dat dit vanwege de beleidsmaatregelen is? Daarnaast trachten wij in dit rapport oorzaak-gevolgrelaties vast te stellen, door te kijken welke verwachtingen van aanbieders samenhangen met de keuzes die in het personeelsbeleid worden gemaakt en welke niet.

Dit helpt in het bepalen van welke informatie aanbieders nodig hebben om een personeelsbeleid te voeren dat past bij de toekomstige situatie.

Daarmee is deze rapportage een verfijning van de uitkomsten uit de WGE en een toevoeging op de uitkomsten uit de eerste fase van de AER, met meer concrete informatie over de korte termijn en meer inzicht in de samenhang tussen onduidelijkheden bij aanbieders, de verwachtingen die zij uitspreken en het personeelsbeleid dat zij voeren.

1.3 Begripsbepaling en afbakeningen

In deze rapportage wordt afwisselend over 'aanbieders', 'werkgevers' en 'concerns' gesproken. Hiermee wordt hetzelfde bedoeld, namelijk de aanbieders van de volgende typen van langdurige zorg en welzijn:

- Gehandicaptenzorg (afgekort: Ghz)
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Verpleging & verzorging (VV)
- Thuiszorg (Tz)
- Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)
- Jeugdzorg (Jz).

De exacte onderliggende verdeling naar activiteiten binnen de branches is niet bekend. Dit heeft te maken met de wijze waarop het respondentenbestand is aangeemaakt, namelijk op basis van de volgende drie bronnen:

1. **Opbouw bestand van concerns.** We hebben een bestand opgebouwd met behulp van ledenlijsten van de verschillende brancheorganisaties in zorg en WJK (NVZ, ActiZ, BTN, GGZ Nederland, VGN, FCB). De meeste van deze ledenlijsten zijn openbaar (staan op internet). Door FCB is een eigen bestand opgeleverd.
2. **Aanvullen met concerns van voorgaande WGE's van 2011 en 2012, die hebben aangegeven ook in de toekomst te willen meewerken.** In voorgaande WGE's is steeds gevraagd naar het concern waar de betreffende vestiging onder viel. Van daaruit is een bestand met contacten bij concerns opgebouwd. De respons van voorgaande WGE's hebben we gebruikt om het bestand van de eerste stap te verrijken.
3. **De non-respons bij voorgaande WGE's.** Een klein deel van de concerns waar in de voorgaande WGE's naar is doorverwezen, hebben we destijds uiteindelijk niet bereikt. Ook is er soms vanwege tijdgebrek of afwezigheid van de juiste contactpersoon geen gesprek gerealiseerd. Benadering van deze zelfde concerns heeft in deze meting nog een beperkt aantal extra respondenten opgeleverd.

De enquêtes zijn op concernniveau afgenomen, waarbij er wel een onderscheid is gemaakt naar hoofdbranches, maar geen nader onderscheid naar subbranches. Zo is er bijvoorbeeld wel onderscheid gemaakt tussen verpleging en verzorging enerzijds en thuiszorg anderzijds, maar tussen verschillende vormen van thuiszorg en tussen verpleging en verzorging is geen nadere differentiëring mogelijk. Er zijn binnen de beschikbare bestanden namelijk geen gegevens hierover beschikbaar. Er kon derhalve alleen een weging plaatsvinden naar de zes hoofdbranches.

Omdat sommige aanbieders in meerdere branches meetellen (omdat ze in meerdere branches actief zijn), worden ze in sommige gevallen in de analyse 'dubbel' meegenomen. Hierdoor is de 'n' van een aantal tabellen hoger dan de totale steekproef. De gegevens van werkgevers die in meerdere branches actief zijn, zijn in de analyses naar rato van de werkgelegenheid in de betreffende branches meegenomen. Dit betekent bijvoorbeeld dat als een onderneming 100 werknemers in de thuiszorg heeft en 900 in de verpleging & verzorging, de antwoorden voor 10% in de thuiszorg en voor 90% in de V&V worden meegenomen. Wel drukken de antwoorden van deze aanbieder

zwaarder op de totale thuiszorg dan een thuiszorgorganisatie met slechts 5 medewerkers.

De enquête is gehouden in december 2013 en geeft een beeld van hoe de instellingen op dat moment tegen de situatie aankeken, met een terugblik op 2013 en een vooruitblik naar 2014. Het is niet bekend in hoeverre de vooruitzichten bij het ter perse gaan van dit rapport zijn gewijzigd.

1.4 Leeswijzer

In het voorliggende rapport komen de volgende onderwerpen aan bod: in hoofdstuk 2 staan de verwachtingen van zorgaanbieders ten aanzien van de invulling van de nieuwe of veranderde taken en verantwoordelijkheden door gemeenten centraal. In hoofdstuk 3 wordt gekeken wat de door de ondernemers aangegeven arbeidsmarkteffecten van het regeringsbeleid zijn. In hoofdstuk 4 wordt gekeken naar het verband tussen de aangegeven verwachtingen (hoofdstuk 2) en de aangegeven maatregelen (hoofdstuk 3).

2 Verwachtingen van de zorgaanbieders¹

De veranderingen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg zullen binnen de branches impact op de werkgelegenheid gaan hebben. Niet alleen in 2015, wanneer de meeste maatregelen van kracht gaan worden, maar ook in de aanloop naar de invoering treffen aanbieders van langdurige zorg en ondersteuning maatregelen in hun bedrijfsvoering en – niet in de laatste plaats – in hun personeelsbeleid. De maatregelen die aanbieders nemen, baseren zij op de verwachtingen die zij hebben van hoe gemeenten en zorgverzekeraars hun taken vanaf 2015 gaan oppakken en wat hun eigen rol zal zijn. Daarom gaan we in dit hoofdstuk allereerst in op de verwachtingen van de zorgaanbieders betreffende:

- de invulling van het nieuwe takenpakket door de gemeenten
- de rol van het eigen concern met betrekking tot wijk-/buurtteam
- de bekostiging en de inkoop van zorg
- de samenwerking met gemeenten en met andere aanbieders.

De rol van de zorgverzekeraars is, vergeleken met de rol van de gemeenten, onderbelicht gebleven in de WGE. Dit komt omdat de beslissing rond de samenhang van verpleging en verzorging pas vlak voor de start van de enquête definitief was. De effecten zouden voor aanbieders waarschijnlijk nog niet duidelijk zijn. Om praktische redenen kon de rol van de zorgverzekeraars niet meer worden meegenomen: de vragenlijst was anders te lang geworden.

Invullen nieuw takenpakket in verband met beleidsmaatregelen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg

In de nieuwe beleidsmaatregelen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg ligt voor de gemeenten de rol weggelegd om zorg dicht bij de burger te brengen. Gemeenten kunnen dit op verschillende manieren gaan insteken. Voor Tabel 2.1 is aan de concerns gevraagd hoe zij verwachten dat gemeenten deze taak gaan oppakken.

Tabel 2.1 Verwachting hoe gemeenten in het zorggebied van de aanbieder taken zullen gaan oppakken om zorg dicht bij de burger te brengen (meerdere antwoorden mogelijk)

	Ghz (n=84)	GGZ (n=77)	VV (n=370)	Tz (n=260)	WMD (n=146)	Jz (n=53)	Totaal
Een generalistisch wijk-/buurtteam	34%	16%	21%	18%	39%	39%	29%
Een meervoudig specialistisch wijk-/buurtteam	13%	25%	16%	15%	17%	45%	18%
Zonder wijk-/buurtteam, alleen een centrale loketfunctie	7%	7%	13%	14%	9%	7%	11%
Veel gemeenten zijn hier nog niet duidelijk over	60%	46%	47%	56%	37%	53%	47%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

In de meeste branches vindt meer dan 46 procent van de werkgevers dat gemeenten nog niet duidelijk aangeven hoe zij de taak gaan oppakken om zorg dicht bij de burger te brengen. In de WMD ligt dit percentage met 37 procent lager. In de gemeenten waar wel al meer duidelijkheid is, verwachten de aanbieders vaak dat de gemeenten met wijk- en buurtteams gaan werken. In de jeugdzorg en GGZ verwacht men vaker dat dit gaat om een meervoudig specialistisch wijk- en buurtteam (dus samengesteld uit vertegenwoordigers van verschillende disciplines), terwijl in de andere branches vaker wordt verwacht dat het een team van generalisten zal zijn (dus een team waarin meerdere leden ook meerdere taken op zich kunnen nemen). In de verpleging, ver-

¹ De aspecten die in dit hoofdstuk aan bod komen, zijn ook opgenomen in de rapportage van de volledige werkgeversenquête. De vragen waren speciaal voor de AER aan de werkgeversenquête toegevoegd.

zorging en thuiszorg wordt vaker dan in andere branches verwacht dat gemeenten zonder wijk- of buurtteams gaan werken.

Wanneer concerns op voorgaande vraag hebben aangegeven dat zij verwachten dat gemeenten met een wijk-/buurtteam zullen gaan werken, is gevraagd welke rol de concerns in de toekomst zelf verwachten te zullen gaan vervullen met betrekking tot deze wijk-/buurtteams. De antwoorden op deze vraag staan in Tabel 2.2.

Ongeveer de helft van de gesproken concerns ziet voor zichzelf een rol weggelegd als deel van een wijk-/buurtteam. Binnen de GGZ ligt dit percentage lager, in deze branche geeft ruim een derde aan deel te zullen uitmaken van een wijk-/buurtteam. In de gehandicaptenzorg gaf een relatief groot deel van de aanbieders aan dat het zich zal toeleggen op specialistische tweedelijnszorg. Van de 22% van aanbieders die de optie 'anders' kozen, gaf een groot deel aan af te wachten wat de gemeente van hen vraagt.

Tabel 2.2 Verwachting rol eigen concern met betrekking tot wijk-/buurtteam (alleen beantwoord door respondenten die in Tabel 2.1 aangaven een wijk-/buurtteam te verwachten; meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Ghz</i> (<i>n=31</i>)	<i>GGZ</i> (<i>n=25</i>)	<i>VV</i> (<i>n=113</i>)	<i>Tz</i> (<i>n=73</i>)	<i>WMD</i> (<i>n=68</i>)	<i>Jz</i> (<i>n=28</i>)	Totaal
Wij zullen deel uitmaken van een wijk-/buurtteam	48%	34%	56%	51%	52%	57%	51%
Wij zullen alleen specialistische tweedelijnszorg aanbieden	31%	19%	6%	14%	9%	15%	13%
Wij zullen zowel deelnemen in wijk-/buurtteams als specialistische tweedelijnszorg aanbieden	10%	14%	20%	28%	8%	38%	15%
Wij zullen alleen alle taken van een wijk-/buurtteam op ons nemen	0%	0%	6%	4%	3%	4%	3%
Wij zullen alle taken van een wijk-/buurtteam op ons nemen en daarnaast ook tweedelijnszorg aanbieden	3%	7%	7%	2%	2%	11%	4%
Geen mening	3%	5%	2%	1%	2%	0%	2%
(Nog) anders	20%	23%	13%	16%	29%	9%	22%
Weet niet	3%	9%	16%	6%	4%	6%	7%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Bekostiging

Gemeenten zullen van het Rijk minder geld krijgen dan er op dit moment aan langdurige zorg wordt besteed. Aan de concerns is gevraagd hoe zij verwachten dat gemeenten met de beschikbare budgetten zullen omgaan.

Tabel 2.3 Hoe verwacht men dat gemeenten met de beschikbare budgetten voor langdurige zorg zullen omgaan? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Ghz (n=84)	GGZ (n=77)	VV (n=370)	Tz (n=260)	WMD (n=146)	Jz (n=53)	Totaal
Gemeenten zullen het budget voor het sociale domein aanvullen vanuit andere domeinen	1%	4%	2%	1%	2%	5%	2%
Gemeenten zullen lagere tarieven verlangen van aanbieders	24%	17%	19%	19%	16%	25%	18%
Gemeenten zullen minder zorg inkopen	21%	23%	27%	19%	19%	32%	22%
Geen mening	15%	13%	10%	11%	13%	7%	12%
(Nog) anders	34%	36%	38%	42%	47%	45%	42%
Weet niet	23%	25%	23%	20%	17%	15%	20%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

In het algemeen wordt door weinig aanbieders verwacht dat gemeenten aanvullende budgetten voor het sociale domein uit andere domeinen zullen halen. Daarnaast geeft ongeveer een vijfde van de concerns aan dat zij nog niet weten hoe gemeenten zullen omgaan met de beschikbare budgetten. Zoals in bovenstaande tabel is te zien, zijn er ook werkgevers die (nog) anders hebben geantwoord. Uit deze (nog) andere antwoorden blijkt dat men in meerdere branches verwacht dat gemeenten meer naar prijs dan naar kwaliteit zullen kijken en voor de goedkoopste aanbieder zullen gaan. Ook verwacht men dat er een verschuiving plaatsvindt, met meer aandacht/budget voor preventie, ten koste van zorginkoop.

Vervolgens is aan concerns gevraagd of zij verwachten dat gemeenten een deel van het budget dat zij gaan krijgen voor het sociale domein, zullen gaan gebruiken voor hun eigen interne uitvoeringskosten zoals personeelskosten en opleidingskosten. En als concerns dat verwachten, is gevraagd welk deel van het budget dat zal zijn.

Tabel 2.4 Zal de gemeenten een deel van het beschikbare budget voor het sociale domein inzetten voor interne uitvoeringskosten en zo ja, hoeveel verwacht men?

	Ja					Nee	Weet niet
	<i>meer dan</i>						
	tot 5%	5-10%	10-15%	15-20%	20%		
Gehandicaptenzorg (n=84)	10%	27%	14%	6%	7%	5%	30%
Geestelijke gezondheidszorg (n=77)	11%	19%	13%	2%	4%	9%	42%
Verpleging en verzorging (n=370)	10%	14%	12%	6%	4%	10%	44%
Thuiszorg (n=260)	8%	18%	11%	7%	5%	12%	38%
WMD (n=146)	7%	13%	9%	4%	5%	19%	42%
Jeugdzorg (n=53)	22%	22%	10%	0%	1%	16%	29%
Totaal	9%	17%	11%	5%	5%	13%	40%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

In de meeste branches verwacht ongeveer de helft of meer van de werkgevers dat gemeenten het beschikbare budget voor het sociale domein ook zullen gebruiken voor bekostiging van hun eigen interne uitvoeringskosten. Dit zijn kosten voor eigen personeel, scholing van personeel, facilitering en ondersteuning van gemeentelijke activiteiten et cetera. Alleen in de branche WMD is dit aandeel minder dan twee vijfde. Veertig procent van de aanbieders heeft nog geen beeld van hoe gemeenten met de uitvoe-

ringskosten omgaan. Over de verwachte omvang van de uitvoeringskosten zijn de overige aanbieders verdeeld, variërend van minder dan 5% tot meer dan 20%. Bij elkaar verwacht meer dan een kwart van de respondenten dat het ergens in het midden zal liggen: tussen de 5 en 15%. Meer dan een vijfde van de respondenten verwacht dat de kosten meer dan 10% zullen zijn.

Zorginkoop

Door de nieuwe beleidsmaatregelen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg zullen gemeenten (meer) zorg gaan inkopen. Aan concerns is gevraagd hoe zij verwachten dat gemeenten deze zorg gaan inkopen. Een overzicht van de antwoorden staat in Tabel 2.5.

De verwachting van de meeste concerns is dat gemeenten zorg gaan inkopen via aanbestedingen. Dat kunnen zowel 'open' als 'onderhandse' aanbestedingen zijn. In de jeugdzorg denkt 24% van de werkgevers dat gemeenten door middel van subsidie aan (vooral) de huidige aanbieders zorg gaan inkopen. Naast de in de tabel genoemde mogelijkheden hebben de werkgevers o.a. ook het Zeeuws model, inkoop via zorgkantoren, via samenwerking met meerdere gemeenten en via raamovereenkomsten met zorgaanbieders genoemd.

Tabel 2.5 Hoe verwacht men dat gemeenten zorg gaan inkopen? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Ghz (n=84)	GGZ (n=77)	VV (n=370)	Tz (n=260)	WMD (n=146)	Jz (n=53)	Totaal
Middels open aanbestedingen	27%	26%	31%	35%	24%	29%	28%
Middels onderhandse aanbestedingen	23%	25%	21%	32%	25%	32%	25%
Middels subsidies aan (vooral) de huidige aanbieders	5%	3%	4%	7%	9%	24%	7%
Middels subsidies aan nieuwe aanbieders	2%	2%	2%	1%	2%	8%	2%
(Nog) anders	34%	26%	14%	19%	17%	19%	19%
Weet niet	23%	24%	26%	17%	27%	14%	24%
Geen mening	7%	11%	12%	8%	14%	12%	11%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Samenwerking met gemeenten

De nieuwe beleidsmaatregelen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg kunnen leiden tot samenwerking van concerns in de zorg en WJK met de gemeenten. Aan werkgevers is gevraagd of zij (al) samenwerken met gemeenten of daar concrete plannen toe hebben (Tabel 2.6).

Tabel 2.6 Werkt u samen met de gemeenten of heeft u daar concrete plannen toe?

	<i>Nee, ook geen plannen</i>	<i>Nee, nog niet maar wel plannen</i>	<i>Ja, in gesprek over toekomstige samenwerking</i>	<i>Ja, concrete afspraken over toekomstige samenwerking</i>	<i>Ja, nu al concrete samenwerking</i>	<i>Weet niet/ Geen mening</i>
Ghz (n=84)	13%	19%	31%	8%	19%	10%
GGZ (n=77)	14%	8%	34%	8%	26%	10%
V&V (n=370)	17%	11%	29%	10%	23%	10%
Thuiszorg (n=260)	16%	14%	30%	7%	25%	9%
WMD (n=146)	23%	6%	17%	6%	40%	9%
Jeugdzorg (n=53)	6%	13%	25%	10%	44%	2%
Totaal	18%	12%	25%	7%	29%	9%

Bron: Panteia, 2014

Ruim 60% van de aanbieders geeft aan in gesprek te zijn met gemeenten over samenwerking of dat er al concrete samenwerking van de grond is gekomen. Dit laatste is vooral het geval bij organisaties in de jeugdzorg.

Wanneer werkgevers aangaven dat zij samenwerken met gemeenten, is aansluitend gevraagd wat de samenwerking inhoudt. De antwoorden op deze vraag variëren van vaag, 'we zijn bezig informatie uit te wisselen', tot heel concreet, 'we hebben gezamenlijk in twee wijken een servicepunt ingericht voor zorg en doorverwijzing'. Ook antwoorden concerns in verschillende branches dat ze met gemeenten gezamenlijke werkgroepen hebben gevormd.

Samenwerking met andere zorgaanbieders

De voorgenomen beleidsmaatregelen op het gebied van langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg kunnen leiden tot verdergaande samenwerking tussen zorgaanbieders. Aan concerns is gevraagd of zij verwachten dat dit voor hun concern geldt en, zo ja, hoe concreet deze samenwerking al is.

In Tabel 2.7 is te zien dat bijna een derde van de concerns momenteel al concreet samenwerkt met andere zorgaanbieders. De samenwerking is vaker in een verder gevorderd stadium dan bij de samenwerking met gemeenten. Al geeft ook een grotere groep aan geen plannen voor samenwerking te hebben. Evenals bij de samenwerking met gemeenten, zijn het vooral de aanbieders van jeugdzorg die al concreet samenwerken. De V&V- en thuiszorginstellingen geven daarentegen juist relatief vaak aan geen plannen te hebben tot samenwerking. In de WMD is er sprake van een wisselend beeld: een groot deel van de concerns is wel al aan het samenwerken, terwijl een ander deel juist geen plannen hiertoe heeft.

Tabel 2.7 Werkt u samen met de ander zorgaanbieders of heeft u daar concrete plannen toe?

	Nee, ook geen plannen	Nee, nog niet maar wel plannen	Ja, in gesprek over toekomstige samenwerking	Ja, concrete afspraken over toekomstige samenwerking	Ja, nu al concrete samenwerking	Weet niet/ Geen mening
Ghz (n=84)	19%	21%	18%	10%	27%	5%
GGZ (n=77)	12%	12%	14%	19%	35%	8%
V&V (n=370)	31%	14%	14%	9%	27%	5%
Thuiszorg (n=260)	28%	18%	15%	8%	26%	5%
WMD (n=146)	27%	10%	13%	5%	38%	6%
Jeugdzorg (n=53)	15%	8%	17%	13%	46%	0%
Totaal	24%	14%	15%	9%	32%	6%

Bron: Panteia, 2014

Voor een groot aantal concerns bestaat de samenwerking met andere zorgaanbieders uit het gezamenlijk deelnemen aan aanbestedingen. Ook het delen van kennis, het aanvullen van elkaars mogelijkheden en het gezamenlijk gebruikmaken van ruimtes en materialen wordt genoemd. Samenwerking die tot een fusie zal leiden, is ook in vrijwel alle branches een reden voor samenwerking.

Conclusies

Uit het voorgaande kunnen de volgende (puntsgewijze) conclusies worden getrokken:

- Het is voor iets minder dan de helft van de organisaties nog niet duidelijk hoe gemeenten hun taken gaan oppakken om zorg dichterbij de burger te brengen of hoe gemeenten met de lagere budgetten voor langdurige zorg zullen omgaan.

- Van de aanbieders die wel al een beeld hebben van hoe de gemeente de taken zal oppakken, verwacht de meerderheid dat er met wijk- en buurtteams zal worden gewerkt. Meer dan 50% van hen verwacht hiervan ook zelf deel uit te gaan maken.
- De meerderheid van de aanbieders verwacht dat gemeenten ervoor zullen kiezen om diensten in de langdurige zorg te gaan aanbesteden. De verdeling tussen openbare en onderhandse aanbesteding is daarbij ongeveer gelijk.
- De meerderheid van de aanbieders werkt al samen met gemeenten of heeft de intentie dit te doen, vooral op het gebied van informatie-uitwisseling. Een deel werkt al samen met gemeenten in wijk- en buurtteams. Een iets groter deel van de aanbieders werkt samen met andere aanbieders. Het betreft hier veelal kennisdeling en het delen van faciliteiten of voorzieningen.

3 Maatregelen personeelsbeleid

Het vorige hoofdstuk ging in op de verwachtingen van de zorgaanbieders in de verschillende branches. In dit hoofdstuk komen de maatregelen aan de orde, die concerns inzetten of concreet van plan zijn om in te zetten om in te spelen op de hervormingen en bezuinigingen die het kabinet heeft ingevoerd dan wel aangekondigd.

In de vragenlijst is verwezen naar de volgende beleidsmaatregelen:

- Hervormingsplannen langdurige zorg en ondersteuning (nieuwe kern-AWBZ, Wet LIZ en nieuwe WMO)
- Nieuwe Jeugdwet
- Bezuinigingen op algemene uitkering gemeentefonds
- Sociaal Akkoord en Wet Werk en Zekerheid
- Participatiewet.

Concerns zijn steeds gevraagd naar de gevolgen van dit totale pakket voor hun beleid en activiteiten op HR-gebied (§3.1). De veranderingen in het personeelsbestand kunnen zowel aantallen werknemers als verschuivingen tussen competentieniveaus betreffen (§3.2). Ook is er aandacht voor het opleidingsbeleid (§3.3).

In dit hoofdstuk wordt nadrukkelijk gekeken naar de ondernemingen die aangeven actief met hun personeelsbeleid bezig te zijn als gevolg van de bovenstaande beleidsmaatregelen. Daarbij wordt gevraagd waar men concreet mee bezig is, in plaats van naar langetermijnverwachtingen of speculaties te vragen. Hierdoor wordt een redelijk zuiver beeld verkregen van de huidige bewegingen (vanuit het perspectief per december 2013) op de arbeidsmarkt die samenhangen met de nieuwe manier van werken. Dit wil niet zeggen dat alle arbeidsmarkteffecten op de langere termijn hiermee worden gevangen. Werkgevers kunnen immers ook pas later dit jaar of in 2015 veranderingen in het personeelsbeleid doorvoeren.

3.1 Maatregelen van concerns in reactie op regeringsbeleid

Concerns zullen maatregelen gaan nemen om in te spelen op de hervormingen en bezuinigingen van de overheid. Aan de respondenten is een aantal maatregelen voorgelegd en per maatregel is gevraagd of:

- men deze maatregel al uitvoert,
- daar concrete plannen voor heeft,
- de intentie heeft om deze maatregel te gaan toepassen, of dat
- deze maatregel nu nog niet aan de orde is.

Het onderscheid tussen deze categorieën is gemaakt om te kunnen inschatten in hoeverre er kortetermijneffecten van bepaalde maatregelen te verwachten zijn. Hiermee krijgen we meer zicht op wat er concreet staat te gebeuren. In Tabel 3.1 zijn de resultaten weergegeven. Voor alle genoemde maatregelen geldt dat als aanbieders aangeven dat deze aan de orde zijn, de maatregel meestal ook op dit moment al wordt uitgevoerd of dat er heel concrete plannen voor zijn.

Naast de meestgenoemde maatregel 'Aanpassingen in financieel beleid' is men vooral bezig met het aanpassen van de omvang van het personeelsbestand en het aanpassen van de flexibele schil. Hier zijn dus op zeer korte termijn de effecten van te verwachten. Ook op het gebied van opleidingen voor het personeel is een groot deel van de aanbieders actief of zijn er concrete plannen. Op de aanpassingen in de personeelsaantallen en de opleidingen wordt daarom in dit hoofdstuk dieper ingegaan. Voor de arbeidsmarkteffecten zijn aanpassingen in het financiële beleid vooral relevant als het gaat om besparen op personeel of opleidingen.

Tabel 3.1 Mogelijke maatregelen te nemen door concerns i.v.m. hervormingen en bezuinigingen

		Ghz (n=84)	GGZ (n=79)	VV (n=372)	Tz (n=297)	WMD (n=149)	Jz (n=55)	Totaal
Aanpassen omvang personeelsbestand	Ja, gebeurt al	58%	60%	43%	34%	45%	56%	46%
	Ja, concrete plannen tot	21%	13%	23%	11%	7%	19%	14%
	Ja, intentie tot	7%	7%	11%	6%	11%	14%	10%
	Nee, nog niet aan de orde	14%	20%	22%	48%	36%	10%	31%
Aanpassen omvang flexibele schil	Ja, gebeurt al	57%	59%	49%	36%	41%	66%	46%
	Ja, concrete plannen tot	23%	11%	19%	11%	7%	17%	13%
	Ja, intentie tot	7%	14%	14%	12%	9%	7%	11%
	Nee, nog niet aan de orde	13%	16%	18%	41%	42%	10%	30%
Aanpassen samenstelling personeel	Ja, gebeurt al	38%	38%	40%	32%	32%	36%	35%
	Ja, concrete plannen tot	21%	15%	19%	16%	9%	15%	15%
	Ja, intentie tot	15%	14%	15%	9%	13%	10%	13%
	Nee, nog niet aan de orde	26%	33%	26%	43%	45%	39%	37%
Andere verdeling personeel over de organisatie	Ja, gebeurt al	37%	49%	35%	24%	39%	32%	35%
	Ja, concrete plannen tot	19%	17%	19%	9%	10%	19%	14%
	Ja, intentie tot	12%	10%	16%	6%	8%	11%	10%
	Nee, nog niet aan de orde	33%	23%	29%	61%	41%	38%	40%
Opleiden van de medewerkers	Ja, gebeurt al	39%	37%	53%	46%	39%	61%	44%
	Ja, concrete plannen tot	14%	10%	20%	12%	7%	9%	12%
	Ja, intentie tot	12%	18%	8%	7%	10%	5%	10%
	Nee, nog niet aan de orde	34%	35%	19%	35%	43%	25%	34%
Specialisatie van het productaanbod	Ja, gebeurt al	29%	51%	38%	29%	47%	54%	40%
	Ja, concrete plannen tot	21%	13%	18%	13%	9%	11%	14%
	Ja, intentie tot	16%	8%	13%	15%	10%	9%	12%
	Nee, nog niet aan de orde	34%	28%	31%	43%	31%	24%	33%
Uitbreiding van het productaanbod	Ja, gebeurt al	24%	35%	34%	28%	32%	36%	31%
	Ja, concrete plannen tot	22%	11%	15%	13%	13%	9%	14%
	Ja, intentie tot	17%	5%	19%	17%	15%	10%	16%
	Nee, nog niet aan de orde	36%	48%	32%	41%	38%	44%	38%
Samenwerking andere instellingen	Ja, gebeurt al	38%	55%	32%	39%	48%	46%	42%
	Ja, concrete plannen tot	17%	12%	13%	13%	10%	11%	12%
	Ja, intentie tot	20%	19%	18%	17%	17%	19%	18%
	Nee, nog niet aan de orde	24%	13%	36%	30%	24%	24%	27%
Aangepaste marketingstrategie	Ja, gebeurt al	36%	38%	29%	36%	34%	53%	35%
	Ja, concrete plannen tot	15%	16%	18%	11%	10%	11%	13%
	Ja, intentie tot	23%	20%	22%	13%	14%	7%	17%
	Nee, nog niet aan de orde	26%	22%	31%	39%	41%	26%	34%
Aanpassing in huisvesting/vastgoed	Ja, gebeurt al	40%	58%	36%	24%	39%	53%	37%
	Ja, concrete plannen tot	18%	10%	26%	13%	8%	23%	15%
	Ja, intentie tot	7%	9%	13%	7%	12%	0%	10%
	Nee, nog niet aan de orde	35%	23%	24%	56%	39%	24%	37%
Aanpassingen in financieel beleid	Ja, gebeurt al	61%	70%	50%	45%	58%	65%	55%
	Ja, concrete plannen tot	19%	10%	20%	11%	8%	15%	13%
	Ja, intentie tot	6%	6%	8%	5%	6%	7%	6%
	Nee, nog niet aan de orde	14%	10%	22%	38%	27%	14%	25%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

De antwoorden op de vraag of men de omvang van de flexibele schil in het personeelsbestand gaat aanpassen, komen grotendeels overeen met de antwoorden op de vraag of men de omvang van het personeelsbestand gaat aanpassen. Het valt dus te verwachten dat veel aanpassingen in het personeelsbeleid in de flexibele schil plaatsvinden. Dit kunnen in principe zowel uitbreidingen als inkrimpingen zijn.

In de thuiszorg geven relatief meer concerns dan in andere branches aan dat maatregelen (nog) niet aan de orde zijn. Het is onduidelijk of dit betekent dat er in de afgelopen periode al veel maatregelen zijn genomen of dat deze er pas vanaf 2015 aankomen. In de verpleging en verzorging geven enkele werkgevers aan dat er goede afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor en dat men daarom geen maatregelen hoeft te nemen.

3.2 Uitbreiding en inkrimping

Eerder is duidelijk geworden dat concerns al bezig zijn of concrete plannen hebben om maatregelen te treffen die betrekking hebben op de omvang van het personeelsbestand. In deze paragraaf geven we inzicht in de mogelijke gevolgen van de beleidsveranderingen voor het personeelsbestand van de zorgaanbieders.

In de werkgeversenquête is gevraagd welke aanpassingen men concreet gaat maken in het komende jaar. Hierbij kan het overigens zowel om inkrimping als uitbreiding gaan of om beide tegelijk, op verschillende plaatsen in de organisatie. Daarbij is (nogmaals) expliciet gevraagd of deze veranderingen samenhangen met de voorgenomen beleidsmaatregelen van het kabinet (Tabel 3.2).

Tabel 3.2 Veranderingen in personeelsaantallen gevolg van de voorgenomen beleidsmaatregelen*

	<i>Ja, uitsluitend</i>	<i>Ja, onder andere</i>	<i>Om andere redenen</i>
Gehandicaptenzorg (n=74)	53%	28%	19%
Geestelijke gezondheidszorg (n=68)	54%	28%	17%
Verpleging en verzorging (n=344)	41%	43%	16%
Thuiszorg (n=265)	25%	32%	43%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=107)	27%	25%	48%
Jeugdzorg (n=51)	52%	31%	17%
Totaal	36%	31%	33%

*Percentages over alle concerns (ook de concerns zonder veranderingen in het personeelsbestand)

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Het beeld dat uit Tabel 3.2 naar voren komt, is grotendeels hetzelfde als het beeld uit Tabel 3.1: vooral in de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg zien concerns de voorgenomen beleidsmaatregelen als oorzaak voor veranderingen in het personeelsbestand. De thuiszorg en de WMD laten een afwijkend beeld zien. Hier geeft een relatief kleiner deel van de organisaties aan dat de voorgenomen beleidsmaatregelen de oorzaak zijn van veranderingen in het personeelsbestand.

In totaal geeft 67% van de concerns aan dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen. In het deel van de paragraaf dat nu volgt, richten wij ons specifiek op deze groep en wordt er weergegeven wat voor hen de gevolgen voor het personeelsbestand zijn. Hiermee worden de arbeidsmarkteffecten die samenhangen met het anticiperen op de transities expliciet gemaakt. De concerns die geen aanpassingen in hun personeelsbe-

stand doen of hun personeelsbestand om andere redenen aanpassen, zijn buiten beschouwing gelaten.²

Doordat we alleen kijken naar de aanbieders die expliciet aangeven veranderingen in het personeelsbestand door te voeren (mede) *vanwege* de beleidsmaatregelen van het kabinet, kunnen de gegevens in dit hoofdstuk niet worden geprojecteerd op de totale werkgelegenheid in de langdurige zorg; het geeft een beeld van ongeveer twee derde van de aanbieders en geeft alleen een beeld van hoe er proactief met de stelselwijzigingen wordt omgegaan. Deze keuze is gemaakt om in het volgende hoofdstuk te kunnen kijken hoe oorzaak (het beeld van hoe de gemeenten met hun taken omgaan) en gevolg (ontwikkelingen in het personeelsbestand) met elkaar samenhangen.

Netto ontwikkeling werkgelegenheid

De aanpassingen in het personeelsbestand als gevolg van de kabinetsmaatregelen kunnen zowel inkrimpingen als uitbreidingen zijn. Ook kan het zijn dat de inkrimpingen en uitbreidingen per saldo ertoe leiden dat er geen veranderingen zijn. Aan concerns is gevraagd om aan te geven hoe de veranderingen er in aantallen arbeidsplaatsen uit zullen zien in 2013 en 2014. In Tabel 3.3 is per branche weergegeven welke aandelen van de werkgevers netto inkrimpen, netto uitbreiden of in personeelsaantallen per saldo gelijk blijven.

Tabel 3.3 Netto verandering in het personeelsbestand*

	<i>Netto inkrimping</i>	<i>Netto geen verandering</i>	<i>Netto uitbreiding</i>	<i>Onbekend</i>
Gehandicaptenzorg (n=60)	81%	0%	9%	11%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	75%	4%	11%	9%
Verpleging en verzorging (n=290)	69%	5%	13%	13%
Thuiszorg (n=152)	61%	4%	24%	11%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	75%	4%	14%	7%
Jeugdzorg (n=41)	85%	0%	4%	11%
Totaal	72%	3%	14%	10%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Het overgrote deel van de concerns geeft aan per saldo minder arbeidsplaatsen te behouden. Het aandeel krimpende concerns is relatief het grootst in de jeugdzorg (85%) en het kleinst in de thuiszorg (61%). Eveneens is het aandeel uitbreidende concerns het kleinst in de jeugdzorg (4%) en het grootst in de thuiszorg (25%). In totaal gaat 72% van de organisaties per saldo inkrimpen en 14% per saldo uitbreiden. Voor slechts een klein deel van de concerns heffen de uitbreiding en inkrimping elkaar op en leiden de aanpassingen in het personeelsbestand per saldo niet tot veranderingen. Circa 10% van alle respondenten verwacht zowel toe- als afnames voor bepaalde functies, maar kon geen uitsluitsel geven over hoe dit netto uitpakt. Dit is de categorie 'onbekend'.

Om een beeld te krijgen van hoe groot de veranderingen door inkrimping en uitbreiding zijn, is in Tabel 3.4 de gemiddelde procentuele toename, afname en netto verandering van het aantal arbeidsplaatsen weergegeven. Dit zijn uitsluitend de veranderingen bij de werkgevers die hun personeel aanpassen als expliciete reactie op de

² Hierdoor wijken de antwoorden deels af van de gegevens uit de rapportage over de Werkgeversenquête AZW. In dat document wordt naar de totale arbeidsmarktontwikkelingen gekeken, niet alleen naar die als gevolg van de transities en decentralisaties.

decentralisaties en transitie. De tabel dient als volgt te worden gelezen: voor de branches is de omvang van alle groei en de totale omvang van alle krimp apart weergegeven. De toenames (afnames) zijn dus niet het saldo maar het totaal van uitbreidingen (inkrimpingen) van functies. Dit betekent dat als, bijvoorbeeld, een aanbieder een toename van werkgelegenheid voor bepaalde functies verwacht, maar een krimp voor andere functies, zowel de groei als de krimp apart zijn weergegeven. De rechter kolom met gemiddelde procentuele ontwikkeling is het saldo van de toe- en afnames per branche en geeft de totale ontwikkeling.

Tabel 3.4 Verwachte verandering personeelsbestand ten opzichte van het totale aantal medewerkers in 2013 en 2014*

	<i>Gemiddelde procentuele groei</i>	<i>Gemiddelde procentuele krimp</i>	<i>Gemiddelde procentuele ontwikkeling</i>
Gehandicaptenzorg (n=60)	1%	- 7%	-6%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	1%	- 9%	-8%
Verpleging en verzorging (n=290)	1%	- 7%	-6%
Thuiszorg (n=152)	2%	- 9%	-7%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	2%	- 8%	-6%
Jeugdzorg (n=41)	0%	- 12%	-12%
Totaal	1%	- 8%	-7%

* Uitsluitend respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

De afnames zijn in alle branches groter dan de toenames: per saldo leidt dit tot een afname van de werkgelegenheid. Concerns in de jeugdzorg verwachten de grootste relatieve inkrimping van het personeelsbestand (-12%). Er is in die branche dan ook nauwelijks sprake van groei van werkgelegenheid. In de overige branches varieert de netto afname tussen de 6 en 8%. Dit is het saldo van gemiddeld 8% krimp en 1% groei.

In Tabel 3.5 is voor de concerns, waarbij verandering in het personeelsbestand het gevolg is van de beleidsmaatregelen, het verwachte gebruik van verschillende personeelscategorieën weergegeven. Eerder in dit rapport bleek al dat vooral de aanbieders in de GGZ, gehandicaptenzorg en jeugdzorg vaker inkrimping en minder vaak uitbreiding verwachten. Uit Tabel 3.5 blijkt dat werkgevers in deze branches relatief vaker aangeven dat ze in de toekomst met minder vast personeel verder gaan.

In de categorie 'tijdelijk personeel' worden zowel uitbreidingen als inkrimpingen verwacht. Dit betekent dat er zowel organisaties bezig zijn met het opbouwen als met het inkrimpen van het bestand met tijdelijk personeel. Het ligt in de lijn der verwachting dat een aantal ondernemers vertrekkende personeelsleden met een vast contract vervangt door krachten met een tijdelijk contract. Bij een tijdelijk contract is er immers meer flexibiliteit om in het personeelsbestand te snijden door contracten niet te verlengen. Aan de andere kant zijn er ook werkgevers die reeds in het personeelsbestand aan het snijden zijn, juist door tijdelijke contracten niet te verlengen.

Tabel 3.5 Verwacht gebruik voor 2014 van verschillende personeelscategorieën*

		Ghz (n=60)	GGZ (n=56)	VV (n=290)	Tz (n=152)	WMD (n=56)	Jz (n=41)	Totaal
Vast personeel	Veel minder	5%	10%	4%	4%	6%	15%	6%
	Minder	53%	52%	47%	35%	43%	65%	46%
	Evenveel	33%	32%	37%	37%	39%	20%	36%
	Meer	8%	5%	10%	20%	11%	0%	11%
	Veel meer	2%	0%	1%	1%	0%	0%	1%
	Niet van toepassing	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
	Weet niet	0%	2%	2%	2%	2%	0%	1%
Tijdelijk personeel	Veel minder	8%	6%	5%	2%	3%	7%	5%
	Minder	52%	31%	38%	37%	25%	45%	36%
	Evenveel	10%	26%	19%	15%	32%	16%	21%
	Meer	27%	31%	33%	36%	30%	26%	31%
	Veel meer	0%	0%	1%	2%	1%	3%	1%
	Niet van toepassing	3%	4%	3%	5%	8%	3%	5%
	Weet niet	0%	2%	2%	3%	2%	0%	2%
Oproepkrachten	Veel minder	12%	6%	13%	8%	3%	3%	8%
	Minder	38%	26%	45%	38%	14%	29%	32%
	Evenveel	19%	22%	17%	18%	31%	15%	21%
	Meer	19%	16%	18%	17%	11%	9%	15%
	Veel meer	0%	0%	1%	1%	2%	0%	1%
	Niet van toepassing	12%	29%	5%	15%	37%	44%	20%
	Weet niet	0%	2%	2%	2%	2%	0%	1%
Zzp'ers	Veel minder	8%	7%	3%	6%	0%	4%	4%
	Minder	7%	21%	22%	21%	13%	10%	17%
	Evenveel	23%	24%	19%	14%	23%	18%	20%
	Meer	9%	12%	10%	11%	20%	12%	13%
	Veel meer	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
	Niet van toepassing	51%	36%	42%	44%	43%	54%	44%
	Weet niet	1%	1%	3%	2%	2%	3%	2%
Alfahulpen	Veel minder	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0%
	Minder	0%	5%	3%	2%	1%	0%	2%
	Evenveel	3%	6%	7%	6%	10%	4%	7%
	Meer	2%	0%	2%	5%	3%	0%	2%
	Veel meer	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
	Niet van toepassing	94%	89%	86%	85%	86%	92%	87%
	Weet niet	0%	0%	1%	2%	0%	3%	1%
Uitzendkrachten/gedetacheerden	Veel minder	6%	4%	5%	2%	0%	5%	3%
	Minder	5%	26%	25%	16%	15%	16%	18%
	Evenveel	20%	18%	16%	18%	28%	30%	21%
	Meer	6%	7%	3%	5%	6%	8%	5%
	Veel meer	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Niet van toepassing	63%	43%	50%	57%	50%	40%	52%
	Weet niet	1%	1%	1%	1%	2%	1%	1%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

In verhouding tot andere branches verwachten vooral concerns in de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg minder gebruik te gaan maken van tijdelijk personeel. Alleen in de WMD is het aandeel dat meer gebruik verwacht te maken van tijdelijk personeel, groter dan het aandeel dat minder gebruik verwacht te maken van dit type personeel. Het grootste deel van de concerns maakt geen gebruik van zzp'ers, alfahulpen en uitzendkrachten. Het grootste deel van de concerns dat wel gebruikmaakt van deze typen personeel, verwacht geen verandering in de vertegenwoordiging hiervan in hun totale personeelsbestand.

Uit Tabel 3.4 en Tabel 3.5 blijkt dat er zowel toe- als afnames bij aanbieders voorkomen. Dit vindt veelal binnen één concern plaats. Er is sprake van substitutie, die zich zowel bij dienstverbanden voordoet (minder gebruik van vast personeel, meer van tijdelijk) als bij type functies en functies naar opleidingsniveau. In Tabel 3.6 is weer gegeven bij welk aandeel van de aanbieders er zich tegelijk toe- en afname van personeel in verschillende categorieën (dienstverband, functietype of functieniveau) voordoet.

Tabel 3.6 Aandeel aanbieders met zowel groei als krimp in verschillende functies in 2013 en 2014*

	<i>Aandeel aanbieders</i>
Gehandicaptenzorg (n=60)	27%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	30%
Verpleging en verzorging (n=290)	55%
Thuiszorg (n=152)	45%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	34%
Jeugdzorg (n=41)	14%
Totaal	39%

* Uitsluitend respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

In de verpleging en verzorging en de thuiszorg zijn relatief meer aanbieders die zowel uitbreiding als inkrimping van personeel in verschillende functies verwachten. In de jeugdzorg is dit aandeel een stuk minder. Dit is in lijn met Tabel 3.4, waarin te zien was dat er vooral afname van werkgelegenheid in de jeugdzorg is en nauwelijks nog toename. In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op welke functies per branche krimpen en uitbreiden.

Inkrimping personeelsbestand

Het saldo van de personeelsontwikkeling is het resultaat van inkrimping en uitbreiding. Tabel 3.7 geeft de *aandelen van de bedrijven* weer, die in bepaalde functies inkrimpingen voorzien als gevolg van de beleidsmaatregelen. Het zijn dus *niet de totale afnames* die worden weergegeven.

Van de werkgevers die aangeven te gaan krimpen, zullen bij 66% de niet direct cliëntgebonden functies afnemen en bij de helft de direct cliëntgebonden functies. Het beeld dat meer aanbieders in de niet-cliantgebonden functies snijden dan in de direct-cliantgebonden functies geldt voor alle branches, behalve de jeugdzorg: daar is de verhouding nagenoeg gelijk.

Wanneer er wordt gekeken naar inkrimping per functieniveau is er een divers beeld zichtbaar. In de jeugdzorg voorziet een meerderheid van de aanbieders krimp van het hbo-personeel, maar ook van het personeel met wo-niveau en mbo niveau 3 en 4. De

krimp op de hogere opleidingsniveaus is logisch, aangezien de meeste werkgelegenheid in de jeugdzorg op die niveaus is. Bij de gehandicaptenzorg wordt de krimp vaak voor medewerkers met verschillende opleidingsniveaus voorzien. In de GGZ ligt de nadruk meer op hbo'ers en mbo niveau 3 en 4. De verpleging & verzorging en de thuiszorg zien de krimp vooral bij de functies voor lager opgeleiden.

Tabel 3.7 Verwachte aanpassingen aan personeelsbestand per functie: inkrimping*

	Ghz (n=60)	GGZ (n=56)	VV (n=290)	Tz (n=152)	WMD (n=56)	Jz (n=41)	Totaal
Direct cliëntgebonden functies	60%	54%	45%	39%	50%	77%	50%
Niet direct cliëntgebonden functies	74%	80%	68%	55%	59%	76%	66%
Functies op lager niveau	42%	33%	64%	46%	23%	44%	43%
mbo-functies niveau 1 en 2	47%	25%	55%	41%	13%	37%	36%
mbo-functies niveau 3 en 4	47%	46%	17%	15%	20%	64%	27%
hbo-functies	39%	59%	17%	13%	38%	70%	31%
wo-functies	21%	28%	8%	3%	10%	66%	14%
Personeel in loondienst	80%	73%	65%	57%	66%	87%	68%
Personeel niet in loondienst	37%	44%	44%	35%	27%	37%	37%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

De afvloeiing zal vooral plaatsvinden in de categorie 'personeel in loondienst'. Dit beeld werd bevestigd door de vraag via welke maatregelen men inkrimpt of zal gaan inkrimpen. Net zoals bij de tabellen aan het begin van dit hoofdstuk is opnieuw aan de betreffende respondenten een aantal maatregelen voorgelegd en is per maatregel gevraagd of:

- men deze maatregel al uitvoert,
- daar concrete plannen voor heeft,
- de intentie heeft om deze maatregel te gaan toepassen, of dat
- deze maatregel nu nog niet aan de orde is.

Wanneer de respondent aangeeft deze maatregel uit te voeren, is deze respondent niet meer gevraagd of hij of zij voor de betreffende maatregel concrete plannen tot invoering heeft. Wanneer een maatregel nog niet aan de orde is, kan dit betekenen dat een maatregel wel in 2015 of verder aan de orde zal komen. Tabel 3.8 geeft de resultaten weer voor concerns waarbij verandering in het personeelsbestand het gevolg is van de beleidsmaatregelen.

Naast de afvloeiing door natuurlijk verloop (de grootste groep), zijn er twee maatregelen die er duidelijk uitspringen wanneer er noodzaak is tot inkrimping van het personeelsbestand. Dat zijn het niet verlengen van tijdelijke contracten en het instellen van een vacaturestop.

Maatregelen die in de meeste concerns nog niet aan de orde zijn, zijn de 'hardere maatregelen' als gedwongen ontslag, het verkorten van de contractuele dienstomvang of het inkrimpen via outplacement en/of Van Werk Naar Werk-beleid. Overigens is het wel zo, dat in de meeste gevallen rond een derde van de concerns dit soort maatregelen al neemt of er concrete plannen toe heeft.

Tabel 3.8 Mogelijkheden voor inkrimping van het personeelsbestand*

		Ghz (n=60)	GGZ (n=56)	VV (n=290)	Tz (n=152)	WMD (n=56)	Jz (n=41)	To- taal
Natuurlijk verloop	Ja, gebeurt al	78%	72%	70%	61%	60%	77%	68%
	Ja, concrete plannen tot	9%	8%	7%	12%	6%	12%	8%
	Ja, intentie tot	8%	11%	14%	9%	7%	7%	10%
	Nee, nog niet aan de orde	5%	9%	9%	18%	26%	4%	14%
Via gedwongen ontslag	Ja, gebeurt al	10%	6%	11%	12%	21%	20%	13%
	Ja, concrete plannen tot	2%	10%	12%	8%	6%	20%	9%
	Ja, intentie tot	30%	22%	11%	10%	9%	25%	15%
	Nee, nog niet aan de orde	58%	62%	66%	71%	64%	34%	63%
Via outplacement e/o Van Werk Naar Werk-beleid	Ja, gebeurt al	33%	37%	24%	17%	22%	38%	26%
	Ja, concrete plannen tot	10%	16%	17%	8%	12%	27%	14%
	Ja, intentie tot	19%	12%	19%	12%	18%	18%	17%
	Nee, nog niet aan de orde	38%	35%	40%	63%	48%	18%	44%
Via een vacature-stop	Ja, gebeurt al	61%	73%	60%	51%	50%	58%	57%
	Ja, concrete plannen tot	9%	4%	4%	3%	6%	6%	5%
	Ja, intentie tot	5%	5%	7%	8%	2%	9%	6%
	Nee, nog niet aan de orde	25%	18%	29%	38%	42%	27%	32%
Niet verlengen van tijdelijke contracten	Ja, gebeurt al	79%	79%	78%	72%	70%	88%	76%
	Ja, concrete plannen tot	8%	9%	8%	6%	4%	6%	7%
	Ja, intentie tot	3%	6%	5%	7%	5%	4%	5%
	Nee, nog niet aan de orde	10%	5%	8%	15%	21%	2%	12%
Overplaatsing van personeel	Ja, gebeurt al	54%	51%	47%	26%	23%	55%	39%
	Ja, concrete plannen tot	7%	10%	7%	2%	2%	13%	5%
	Ja, intentie tot	3%	7%	9%	8%	7%	3%	7%
	Nee, nog niet aan de orde	36%	32%	37%	64%	68%	29%	48%
Verkorten van de contractuele dienstomvang	Ja, gebeurt al	31%	34%	23%	25%	26%	30%	27%
	Ja, concrete plannen tot	2%	2%	4%	3%	4%	3%	3%
	Ja, intentie tot	7%	10%	10%	6%	9%	13%	9%
	Nee, nog niet aan de orde	60%	55%	62%	66%	61%	54%	61%
Minder medewerkers met 0-urencontract oproepen	Ja, gebeurt al	47%	40%	54%	48%	27%	24%	42%
	Ja, concrete plannen tot	15%	6%	9%	6%	0%	0%	6%
	Ja, intentie tot	8%	13%	12%	11%	3%	10%	9%
	Nee, nog niet aan de orde	30%	40%	25%	36%	70%	66%	43%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

Buiten de eerdergenoemde mogelijkheden tot krimp is aan de concerns gevraagd welke andere mogelijkheden tot afname van het personeelsbestand zij nog zien. Hieronder volgt een opsomming van genoemde mogelijkheden:

- "Bij verlenging van contract een lagere omvang dienstverband afspreken"
- "Door collegiale in- en uitleen"
- "Medewerkers konden eerst wel werken na AOW-leeftijd, dat kan nu niet meer"
- "Slimmer werken"
- "Door substitutie met vrijwilligers"
- "Anders inroosteren van vakantie en vrije dagen"
- "Door zo veel mogelijk personeel de gaten zelf te laten opvullen. Meer taken door/met hetzelfde personeel"

Gedwongen ontslagen

Hoewel concerns gedwongen ontslag als maatregel tot inkrimping van het personeelsbestand niet prefereren, wordt er in sommige gevallen wel voor gekozen. Wanneer concerns hebben aangegeven dat er in 2013 en/of 2014 inkrimping van het personeelsbestand gaat plaatsvinden, is er gevraagd hoeveel gedwongen ontslagen het betreft.

In Tabel 3.9 is het aantal gedwongen ontslagen voor de verschillende branches als percentage van het totale aantal werknemers terug te lezen. De percentages hebben alleen betrekking op concerns waarbij de verandering in het personeelsbestand het gevolg is van de beleidsmaatregelen en kunnen niet zonder meer op de totale branches worden gelegd. De meeste gedwongen ontslagen zullen plaatsvinden in 2014. In de jeugdzorg worden relatief de meeste gedwongen ontslagen verwacht en in de gehandicaptenzorg en ggz worden relatief de minste gedwongen ontslagen verwacht.

Tabel 3.9 Totale aantal gedwongen ontslagen in 2013 en 2014 als percentage van het totale aantal werknemers*

	2013	2014
Gehandicaptenzorg (n=60)	0%	1%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	0%	1%
Verpleging en verzorging (n=290)	0%	2%
Thuiszorg (n=152)	0%	3%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	1%	3%
Jeugdzorg (n=41)	1%	5%
Totaal	0%	2%

*Opgave van respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

In Tabel 3.10 is het aantal gedwongen ontslagen voor de verschillende branches als percentage van de totale inkrimping weergegeven. Het gaat hier wederom alleen om concerns waarbij de verandering in het personeelsbestand het gevolg is van de beleidsmaatregelen. In de jeugdzorg, de WMD en de thuiszorg zal een relatief groot deel van de inkrimping van het personeel via gedwongen ontslagen plaatsvinden.

Tabel 3.10 Totale aantal gedwongen ontslagen in 2013 en 2014 als percentage van de totale inkrimping van het personeelsbestand*

	2013 en 2014
Gehandicaptenzorg (n=60)	21%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	16%
Verpleging en verzorging (n=290)	25%
Thuiszorg (n=152)	37%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	37%
Jeugdzorg (n=41)	40%
Totaal	27%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Uit Tabel 3.8 bleek al dat vooral in de jeugdzorg en WMD meer werkgevers aangeven dat gedwongen ontslagen reeds aan de orde zijn. Hoewel het aandeel gedwongen ont-

slagen in de thuiszorg ongeveer even groot is als dat in de WMD, geeft een kleiner deel van de werkgevers in de thuiszorg aan dat ze reeds mensen ontslaan (of concrete plannen hiertoe hebben). Dit duidt erop dat een klein aantal aanbieders in de thuiszorg relatief veel werknemers zal ontslaan.

Gedwongen interne baanwisselingen

Wanneer er op bepaalde onderdelen of vestigingen van het concern een overschot aan personeel (of een bepaald type personeel) is en op andere onderdelen of vestigingen van het concern juist een tekort aan (een bepaald type) personeel, kunnen (gedwongen) interne baanwisselingen een oplossing zijn. Zo draagt men zorg voor een passend personeelsbestand.

Aan concerns is gevraagd of men veel, beperkt of niet te maken heeft met gedwongen interne baanwisselingen. In Tabel 3.11 zijn de antwoorden van de concerns te zien voor de zorgaanbieders die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen.

Tabel 3.11 Gedwongen interne baanwisselingen*

	<i>Ja, veel</i>	<i>Ja, maar beperkt</i>	<i>Niet</i>
Gehandicaptenzorg (n=60)	5%	49%	46%
Geestelijke gezondheidszorg (n=56)	10%	39%	51%
Verpleging en verzorging (n=290)	6%	35%	59%
Thuiszorg (n=152)	5%	22%	73%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=56)	2%	29%	68%
Jeugdzorg (n=41)	3%	50%	47%
Totaal	5%	34%	61%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Over het algemeen vinden er niet erg veel gedwongen interne baanwisselingen plaats. Met 10% is de geestelijke gezondheidszorg een uitschieter naar boven. Wanneer het gaat om een beperkt aantal interne baanwisselingen, geven wel meer concerns aan dat deze plaatsvinden. Vooral de jeugdzorg en de gehandicaptenzorg scoren hoog.

Uitbreiding personeelsbestand

Naast inkrimping vindt er ook uitbreiding plaats, bijvoorbeeld omdat er behoefte is aan personeel met andere competenties of met een andere opleidingsachtergrond. Tabel 3.12 geeft weer welk deel van de concerns, waarbij verandering in het personeelsbestand plaatsvindt als gevolg van de beleidsmaatregelen, op het moment van enquêtering (eind 2013) aangaf in 2014 beleid te gaan voeren tot uitbreiding van delen van het personeelsbestand.

Wanneer concerns aangaven in 2014 beleid tot uitbreiding van het personeelsbestand te gaan voeren, was dit vooral voor de direct cliëntgebonden functies. Het aandeel concerns dat aangaf in 2014 te willen uitbreiden met cliëntgebonden functies, lag relatief hoog binnen de thuiszorg. Op functieniveau verwachtten vooral concerns binnen de GGZ en de verpleging en verzorging uitbreiding van de hbo-functies en wo-functies. In de andere branches waren er relatief meer concerns die uitbreiding verwachtten bij de mbo-functies op niveau 3 en 4 en de hbo-functies.

Tabel 3.12 Verwachte aanpassingen aan personeelsbestand per categorie functie: uitbreiding*

	Ghz (n=60)	GGZ (n=56)	VV (n=290)	Tz (n=152)	WMD (n=56)	Jz (n=41)	Totaal
Direct cliëntgebonden functies	13%	7%	16%	25%	19%	8%	17%
Niet direct cliëntgebonden functies	2%	0%	3%	4%	4%	4%	3%
Functies op lager niveau	7%	1%	6%	5%	4%	0%	5%
mbo- functies niveau 1 en 2	10%	1%	8%	10%	7%	0%	7%
mbo- functies niveau 3 en 4	9%	9%	37%	40%	12%	0%	23%
hbo- functies	14%	12%	27%	28%	13%	9%	19%
wo- functies	6%	23%	8%	8%	6%	0%	8%
Personeel in loondienst	6%	6%	9%	21%	15%	3%	12%
Personeel niet in loondienst	13%	4%	11%	17%	18%	8%	13%

*Percentages over respondenten die aangeven dat de veranderingen in het personeelsbestand uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

3.3 Opleidingen

In de vorige paragraaf is aandacht besteed aan de meer kwantitatieve aanpassingen in het personeelsbestand. Een andere manier om in te spelen op de hervormingen en bezuinigingen, is door de maatregelen te treffen die van invloed zijn op de kwaliteit van het personeel. In deze paragraaf geven we inzicht in de mogelijke gevolgen van de beleidsveranderingen voor de opleiding en bijscholing van het personeel van de zorgaanbieders.

Op voorhand is er niet noodzakelijkerwijs een duidelijk causaal verband aan te wijzen tussen de beleidsmaatregelen van de overheid en de keuze om meer of minder opleidingen aan te bieden aan het personeel. Enerzijds kan minder budget betekenen dat er minder wordt opgeleid, maar anderzijds kunnen andere activiteiten en taken van personeel om- of bijscholing juist noodzakelijk maken. Tevens kan het zijn dat een organisatie altijd al veel aandacht voor opleidingen heeft, maar dat deze een andere invulling krijgen door de beleidsmaatregelen. Om te voorkomen dat er verkeerde interpretaties aan het verband beleidsmaatregelen-opleidingsbeleid worden gegeven, gaan we bij de onderstaande beschrijvingen uit van alle organisaties. In het volgende hoofdstuk wordt het opleidingsbeleid namelijk expliciet tegen enkele (voorzien) gevolgen van beleidsmaatregelen afgezet, waardoor causale verbanden duidelijker worden.

BBL en duale opleidingen

In Tabel 3.13 is de verandering in het aantal werknemers in een BBL- of duale opleiding te zien, die werkgevers voor 2014 verwachten. In de verpleging en verzorging geeft de helft van de concerns aan te verwachten dat het aantal werknemers in opleiding BBL of dual zal blijven. In de thuiszorg verwacht 23% van de concerns dat het aantal werknemers in opleiding BBL of dual zal toenemen. In de gehandicaptenzorg verwacht men daarentegen de grootste afname van het aantal werknemers in opleiding BBL of dual.

Tabel 3.13 Verwachte verandering in aantal werknemers in opleiding (BBL of dual) ten opzichte van voorgaande jaren

	(Veel) meer	(Ongeveer) evenveel	(Veel) minder	N.v.t	Weet niet
Gehandicaptenzorg (n=84)	12%	40%	38%	8%	3%
Geestelijke gezondheidszorg (n=77)	2%	34%	31%	32%	1%
Verpleging en verzorging (n=370)	13%	50%	33%	4%	0%
Thuiszorg (n=260)	23%	38%	27%	10%	2%
WMD (n=146)	4%	36%	6%	52%	2%
Jeugdzorg (n=53)	2%	35%	18%	44%	2%
Totaal	11%	40%	23%	25%	2%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Bijscholing

In Tabel 3.14 is de procentuele verandering in de mate van bijscholing van werknemers in cliëntgebonden functies te zien, die werkgevers voor 2014 verwachten. In de jeugdzorg verwacht het hoogste percentage concerns een toename van de mate van bijscholing van werknemers in cliëntgebonden functies; namelijk 56%. Het percentage concerns dat verwacht dat de bijscholing van werknemers in cliëntgebonden functies in 2014 zal afnemen, is in de geestelijke gezondheidszorg met 17% het hoogst.

Tabel 3.14 Verwachte verandering in mate van bijscholing van medewerkers in cliëntgebonden functies ten opzichte van voorgaande jaren

	(Veel) meer	(Onge- veer) evenveel	(Veel) minder	Weet niet
Gehandicaptenzorg (n=74)	32%	54%	13%	1%
Geestelijke gezondheidszorg (n=68)	29%	51%	17%	3%
Verpleging en verzorging (n=344)	41%	45%	13%	0%
Thuiszorg (n=265)	41%	48%	10%	1%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (n=107)	39%	49%	10%	2%
Jeugdzorg (n=51)	56%	40%	4%	0%
Totaal	39%	48%	12%	1%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Aan concerns is gevraagd of de verandering van aandacht voor opleidingen het gevolg is van voorgenomen beleidsmaatregelen van het kabinet. De percentages zijn weergegeven in Tabel 3.15. De jeugdzorg heeft relatief de meeste concerns waarbij de voorgenomen beleidsmaatregelen de oorzaak zijn voor de veranderingen in aandacht voor opleidingen. Bij de thuiszorg, de verpleging en verzorging en de WMD geeft een relatief kleiner deel van de organisaties aan dat de voorgenomen beleidsmaatregelen de oorzaak zijn van veranderingen. In totaal geeft 39% van de concerns aan dat de veranderingen in de aandacht voor opleiding uitsluitend of deels het gevolg zijn van de voorgenomen beleidsmaatregelen.

Tabel 3.15 Veranderingen in aandacht voor opleidingen gevolg van de voorgenomen beleidsmaatregelen*

	<i>Ja, uitsluitend</i>	<i>Ja, onder andere</i>	<i>Overig</i>
Gehandicaptenzorg (n=84)	33%	15%	51%
Geestelijke gezondheidszorg (n=77)	34%	13%	53%
Verpleging en verzorging (n=370)	25%	13%	62%
Thuiszorg (n=260)	23%	12%	66%
WMD (n=146)	26%	9%	65%
Jeugdzorg (n=53)	42%	9%	49%
Totaal	27%	11%	61%

*Percentages over alle concerns

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Tabel 3.16 geeft de belangrijkste (nieuwe) onderwerpen voor bijscholing van medewerkers weer, die werkgevers de komende tijd verwachten. Vooral in de WJK maar ook in de zorg, zal veiligheid een belangrijk nieuw onderwerp voor bijscholing worden. In de zorgsectoren zal ook extra aandacht komen voor bijscholing op het gebied van werken met zwaardere cliëntgroepen en voor technologische vaardigheden.

Tabel 3.16 Belangrijkste (nieuwe) onderwerpen die in de bijscholing van werknemers in cliëntgebonden functies centraal staan (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Ghz</i> <i>(n=84)</i>	<i>GGZ</i> <i>(n=79)</i>	<i>VV</i> <i>(n=372)</i>	<i>Tz</i> <i>(n=297)</i>	<i>WMD</i> <i>(n=149)</i>	<i>Jz</i> <i>(n=55)</i>	Totaal
Werken met zwaardere cliëntgroepen	18%	15%	19%	11%	11%	16%	14%
Technologische vaardigheden	6%	15%	14%	9%	10%	3%	10%
Begeleiding mantelzorgers	4%	3%	5%	3%	5%	0%	4%
Preventie	10%	9%	3%	8%	7%	8%	7%
Signalering/indicering	10%	6%	9%	18%	9%	15%	11%
Commerciële vaardigheden	6%	4%	5%	3%	8%	2%	5%
Zelfsturende teams	10%	4%	9%	5%	6%	5%	7%
Veiligheid (incl. EHBO/BHV)	17%	16%	15%	25%	13%	25%	17%
(Nog) anders	79%	64%	81%	77%	70%	81%	75%
Weet niet	6%	12%	3%	6%	8%	3%	6%

Gewogen naar aandeel in branche en opgehoogd naar werkgelegenheid

Bron: Panteia, 2014

Concerns is gevraagd of men naast de genoemde onderwerpen nog andere onderwerpen wist die de komende tijd een belangrijke rol in de bijscholing zullen gaan spelen. Binnen alle branches wordt vakinhoudelijke bijscholing vaker genoemd.

3.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is nadrukkelijk gekeken naar aanbieders die aangeven wijzigingen aan te brengen in hun personeelsbestand als gevolg van de beleidsmaatregelen in zorg en welzijn. Zo wordt het beeld op de arbeidsmarkteffecten die samenhangen met de beleidsmaatregelen scherper; de uitkomsten kunnen hierdoor echter niet worden doorvertaald naar de gehele sector. Het zijn de anticiperende maatregelen tot en met 2014, die nog geen inzicht geven in eventuele aanvullende maatregelen in 2015. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt puntsgewijs worden samengevat:

- Als reactie op de beleidsmaatregelen in de AWBZ, Wmo en jeugdzorg zijn de meeste aanbieders een actief anticiperend personeelsbeleid aan het voeren of hebben ze concrete plannen hiertoe. Ruim twee derde van de geënquêteerde werkgevers geeft aan dat de

wijzigingen die ze op korte termijn in het personeelsbestand gaan doorvoeren, deels of geheel zijn toe te schrijven aan het kabinetsbeleid.

- In alle branches geeft een meerderheid van de huidige aanbieders aan dat ze, als gevolg van de transitie en decentralisaties, gaan inkrimpen. De relatief grootste werkgelegenheidsafname verwachten aanbieders in de jeugdzorg, gevolgd door de GGZ en verpleging & verzorging.
- De werkgelegenheidsafname gaat vooral ten koste van vast personeel en tijdelijk personeel in loondienst. Daarbij gaat het vaker om niet-cliëntgebonden functies en om cliëntgebonden functies tot en met de mbo-niveaus 1 en 2. De afvloeiing vindt bij de meeste werkgevers plaats via natuurlijk verloop, waarbij er niet naar vervanging wordt gezocht, en via het niet verlengen van tijdelijke contracten. Ongeveer een kwart van alle afvloeiing zal plaatsvinden door gedwongen ontslagen.
- Naast inkrimping vindt ook uitbreiding van het personeelsbestand plaats. De uitbreidingen zijn minder omvangrijk dan de afvloeiingen. Ze vinden veelal plaats in cliëntgebonden functies en op de hogere mbo-niveaus en op hbo-niveau.
- Naast ingrepen in de personeelsomvang, zet een aantal ondernemingen ook in op het opleiden van personeel: bijna twee vijfde van de werkgevers schrijft de extra aandacht voor opleidingen toe aan de beleidsmaatregelen in de langdurige zorg. Er wordt nadrukkelijk ingezet op het ontwikkelen van competenties op het gebied van veiligheid, het werken met zwaardere cliëntgroepen, signalering, indicering, technologische vaardigheden en overige vakinhoudelijke bijscholing.

4 Samenhang tussen verwachtingen en maatregelen

In dit hoofdstuk worden de arbeidsmarktontwikkelingen gekoppeld aan de verwachtingen van aanbieders uit hoofdstuk 2. Daarbij wordt gekeken of bepaalde keuzes voor veranderingen in het personeelsbestand samenhangen met de door aanbieders uitgesproken verwachtingen over de koers die gemeenten zullen inzetten om hun taken op te pakken. De volgende zaken zullen nader worden geanalyseerd:

- Welke kwantitatieve en kwalitatieve aanpassingen hangen samen met het deelnemen in wijk- en buurtteams?
- In hoeverre hebben verwachtingen over de budgetbesteding en de wijze van inkoop nu al gevolgen voor het personeelsbeleid?
- In hoeverre heeft samenwerking met gemeenten en aanbieders gevolgen voor het personeelsbeleid?

In tegenstelling tot hoofdstuk drie, waarin werd gekeken naar de aanbieders die expliciet aangaven hun personeelsbeleid te voeren op basis van de stelselwijzigingen en decentralisaties, wordt in dit hoofdstuk gekeken naar alle aanbieders.

Onduidelijkheid en personeelsbeleid

In de vorige fase van de AER kwam nadrukkelijk naar voren dat aanbieders in de langdurige zorg vaak geen goed beeld hebben van hoe gemeenten zorg gaan inkopen en wat er van hen wordt verwacht. Daardoor is het mogelijk dat aanbieders vaker speculeerden op grotere inkrimpingen dan in werkelijkheid noodzakelijk of plausibel kan worden geacht. Om een beeld te krijgen van hoe het personeelsbeleid voor 2014 samenhangt met de mate van onzekerheid over de toekomstige rol van de gemeenten, hebben wij gekeken in welke mate werkgevers concrete plannen tot uitbreiding of inkrimping hebben, wanneer zij aangeven dat gemeenten al dan niet meer duidelijkheid geven.

Bij de vragen naar de werkgelegenheidsontwikkeling in relatie tot het gemeentelijke beleid is alleen gekeken naar de effecten op de aanbieders die op dit moment actief zijn. Zij zijn immers de enige die hiervoor kunnen worden benaderd. Omdat het een enquête vanuit werkgeversperspectief is, zijn eventuele verschuivingen van personeel naar de gemeenten (dus een werkgelegenheidstoename bij de overheid) niet meegenomen.

In Tabel 4.1 is te zien hoe aanbieders anticiperen op het beleid dat ze van gemeenten verwachten. Te zien is dat aanbieders relatief vaker inkrimpen als ze uitgaan van generalistische wijk- en buurtteams. Dit is te verklaren door het feit dat de aanbieders alle specialistisch bezig zijn. Als gemeenten meer met generalisten willen gaan werken, is er dus minder budget voor de specialistische zorg die zij aanbieden. Ook verwachten zij wellicht dat het huidige personeel uit dienst treedt om zitting te nemen in het wijk- of buurtteam. Aanbieders die geen wijk- en buurtteams verwachten, breiden relatief vaker uit.

Ook de groep aanbieders die aangeeft geen duidelijkheid van gemeenten te hebben, kiest er vaak voor om in te krimpen. Zij anticiperen hiermee dus op een voor hen onbekende situatie. Het is niet na te gaan hoe de aanbieders die onduidelijkheid van de gemeente ervaren, zouden anticiperen als ze wel meer inzicht zouden hebben in de gemeentelijke beleidsplannen.

Tabel 4.1 Netto verandering in personeelsbestand bij verschillende verwachtingen en kennis over het toekomstige gemeentelijke beleid (n=594)

	<i>Uitbreiding</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Inkrimping</i>	<i>Onbekend</i>
Een generalistisch wijk-/buurtteam	17%	18%	60%	5%
Een meervoudig specialistisch wijk-/buurtteam	16%	22%	53%	10%
Zonder wijk-/buurtteam, alleen een centrale loketfunctie	26%	28%	39%	7%
Veel gemeenten zijn hier nog niet duidelijk over	17%	15%	60%	9%
Totaal	16%	21%	54%	9%

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

Werken in een wijk-/buurtteam

In hoofdstuk 2 bleek dat wanneer aanbieders verwachten dat gemeenten met wijk- en buurtteams gaan werken, een groot deel verwacht hier ook deel van uit te gaan maken. Het gaat hierbij zowel om generalistische als om meervoudig specialistische wijk- en buurtteams. De vraag is gegrond of aanbieders al actief aan het anticiperen zijn op een toekomstige taak in een wijk- of buurtteam. In deze paragraaf bekijken we daarom in hoeverre werkgelegenheidstoenames en -afnames samenhangen met de verwachte rol in het wijk- of buurtteam en of er nu reeds met opleidingen op deze nieuwe taken wordt geanticipeerd.

Uit Tabel 4.2 blijkt dat werkgevers die verwachten deel te nemen aan wijk- en buurtteams, relatief iets uitgesprokener zijn over de werkgelegenheidsontwikkeling. Zowel het aandeel werkgevers dat uitbreiding voorziet als het aandeel dat krimp voorziet, is iets groter dan bij de gehele populatie. De neutrale categorieën 'geen verandering' en 'onbekend' zijn iets kleiner. De deelname in wijk- en buurtteams lijkt dus gevolgen voor de werkgelegenheid te hebben. Dit kan zowel uitbreiding als inkrimping betekenen.

Tabel 4.2 Netto verandering in het personeelsbestand van aanbieders die in een wijk-/buurtteam willen deelnemen

	<i>Bij deelnemers wijk-/buurtteam (n=112)</i>	<i>Totaal (n=594)</i>
Uitbreiding	19%	16%
Geen verandering	16%	21%
Inkrimping	58%	54%
Onbekend	7%	9%

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

Naast effecten op de werkgelegenheid in absolute zin, kunnen er ook interne baanwisselingen plaatsvinden. Uit Tabel 4.3 blijkt echter dat er nauwelijks verschillen zijn tussen de interne baanwisselingen bij deelnemers in wijk- en buurtteams enerzijds en de totale populatie anderzijds. Deelname in wijk- en buurtteams lijkt dus niet (veel) meer interne baanwisselingen te veroorzaken.

Tabel 4.3 Gedwongen interne baanwisselingen bij aanbieders die in een wijk-/buurtteam willen deelnemen

	<i>Bij deelnemers wijk-/buurtteam</i> (n=112)	<i>Totaal</i> (n=606)
Veel interne baanwisselingen	6%	4%
Weinig interne baanwisselingen	24%	26%
Geen interne baanwisselingen	70%	70%

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

Naast de effecten op de omvang van het personeelsbestand, is er gekeken of er wellicht andere competenties gevraagd gaan worden van medewerkers bij organisaties die aangeven in wijk- of buurtteams te willen participeren. Daarvoor zijn de antwoorden op de vraag of men meer aan bijscholing doet vergeleken met de vraag naar de toekomstige rol (Tabel 4.4). Hieruit blijkt dat de organisaties die deelname aan een wijk- en buurtteam beogen, relatief vaker (veel) meer inzetten op het bijscholen van personeel dan gemiddeld.

Tabel 4.4 Bijscholing bij aanbieders die in een wijk-/buurtteam willen deelnemen

	<i>Bij deelnemers wijk-/buurtteam</i> (n=141)	<i>Totaal</i> (n=606)
(Veel) meer	53%	39%
(Ongeveer) evenveel	33%	54%
(Veel) minder	13%	13%
Onbekend	0%	1%

Bron: Panteia, 2014

De nieuwe competenties die werkgevers van belang vinden wanneer zij willen deelnemen in wijk- en buurtteams, liggen in lijn met vaardigheden die horen bij zelfsturende teams die dicht bij de burger staan. Er wordt (iets) meer dan gemiddeld aandacht besteed aan de begeleiding van mantelzorgers, preventie en zelfsturende teams. Daarnaast wordt er in de aanloop naar de nieuwe werkwijze ook meer ingezet op het werken met zwaardere doelgroepen en op commerciële vaardigheden.

Tabel 4.5 Belangrijkste nieuwe vaardigheden/competenties bij aanbieders die in een wijk-/buurtteam willen deelnemen

	<i>Bij deelnemers wijk-/buurtteam (n=141)</i>	<i>Totaal (n=606)</i>
Werken met zwaardere cliëntgroepen	16%	14%
Technologische vaardigheden (inclusief e-health/zorg op afstand)	9%	10%
Begeleiding mantelzorgers (en overige informele zorgverleners)	7%	4%
Preventie	10%	7%
Signalering/indicering	11%	11%
Commerciële vaardigheden (waaronder acquisitie)	8%	5%
Zelfsturende teams	12%	7%
Veiligheid (incl. EHBO/BHV)	16%	17%
Anders	84%	75%
Weet niet/geen mening	3%	6%

Bron: Panteia, 2014

Budget gemeenten versus personeelsbeleid

Los van de vraag hoe de gemeenten hun taken inhoudelijk gaan oppakken, staat het buiten kijf dat er de komende jaren minder financiële middelen beschikbaar zullen zijn voor de inkoop van langdurige zorg. Gemeenten kunnen hier verschillend mee om-springen.

In de WGE is gevraagd naar de verwachtingen die de aanbieders hebben ten aanzien van:

- de wijze waarop gemeenten hun budget zullen inzetten
- de wijze van inkoop
- de uitvoeringskosten.

In deze paragraaf zetten wij de verwachtingen van de organisaties af tegen de ingrepen die zij (in kwantitatieve zin) in het personeelsbestand doen.

Als eerste is getest of er een verband is tussen de verwachte wijze waarop gemeenten hun budget inzetten (of aanvullen) en de werkgelegenheidsontwikkeling. Er bleken echter geen logische verbanden te zijn. Wel bleek dat van de aanbieders die geen beeld hebben van hoe gemeenten met hun budgetten zullen omgaan, grotere aandelen aangeven dat ze (nog) geen concrete plannen hebben om veranderingen in het personeelsbestand door te voeren. Het is echter niet bekend welke gevolgen meer inzicht bij deze aanbieders zou hebben voor hun personeelsbestand.

Wanneer de verwachtingen over de wijze van inkoop door gemeenten wordt afgezet tegen het personeelsbeleid, zijn er beperkte verbanden te ontdekken. In Tabel 4.6 hieronder is te zien dat aanbieders die onderhandse aanbestedingen of subsidies aan (vooral) huidige aanbieders verwachten, een wisselend personeelsbeleid laten zien: zij breiden relatief vaak uit, maar krimpen ook juist relatief vaak in. Wellicht dat de uitbreiding of inkrimping afhankelijk is van het vertrouwen (of de kennis) dat zij uiteindelijk wel of niet als aanbieder zullen worden geselecteerd. Een duidelijk verband is te zien dat wanneer werkgevers verwachten dat gemeenten vooral subsidies aan nieuwe aanbieders gaan geven, zij relatief vaak inkrimpen in plaats van uitbreiden. Dit is logisch aangezien zij verwachten minder als aanbieder te worden geselecteerd.

Tabel 4.6 Verwachtingen ten aanzien van wijze van inkoop versus aanpassing in personeelsbestand (n=594)

	<i>Uitbreiding</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Inkrimping</i>	<i>Onbekend</i>
Open aanbestedingen	17%	19%	52%	11%
Onderhandse aanbestedingen	20%	12%	65%	4%
Subsidies aan (vooral) de huidige aanbieders	21%	15%	61%	2%
Subsidies aan nieuwe aanbieders	13%	27%	60%	0%
(Nog) anders	21%	21%	53%	5%
Weet (nog) niet	10%	25%	52%	12%
Geen mening	10%	24%	55%	10%
Totaal	16%	21%	54%	9%

Bron: Panteia, 2014

In de onderstaande Tabel 4.7 is een zeer duidelijk verband te zien tussen de mate van uitvoeringskosten voor gemeenten die de aanbieders verwachten en de kans dat zij ervoor kiezen hun personeelsbestand in te krimpen. Van de aanbieders die uitvoe-

ringskosten van minder dan 5% verwachten, krimpt 39% in, terwijl van de aanbieders die meer dan 20% uitvoeringskosten verwachten, 70% in personeel inkrimpt. Van de werkgevers die geen uitvoeringskosten verwachten, krimpt 58%. Dit is minder voor de hand liggend, aangezien de werkgevers die tot 10% uitvoeringskosten verwachten minder vaak personeelskrimp voorzien.

Tabel 4.7 Verwachtingen ten aanzien van uitvoeringskosten versus aanpassingen in personeelsbestand (n=594)

	<i>Uitbreiding</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Inkrimping</i>	<i>Onbekend</i>
0-5%	16%	35%	39%	9%
5-10%	23%	18%	52%	7%
10-15%	11%	14%	63%	12%
15-20%	26%	6%	68%	0%
> 20%	6%	21%	70%	3%
Geen uitvoeringskosten	19%	19%	58%	4%
Onbekend	17%	17%	55%	11%
Totaal	16%	21%	54%	9%

Bron: Panteia, 2014

Samenwerking en personeelsbeleid

Theoretisch kan intensievere samenwerking of afstemming met de gemeente van invloed zijn op het personeelsbeleid: door intensieve contacten met de gemeente kan beter worden ingeschat wat er in de toekomst van de aanbieders wordt verlangd. Op basis daarvan kan het personeelsbestand op realistische wijze worden aangepast en kunnen speculaties over grote afvloeiingen beperkt blijven. Ook zou men dan gericht het personeel kunnen opleiden voor nieuwe taken. Samenwerking met andere aanbieders zou er juist voor kunnen zorgen dat men efficiënter kan werken en dus met minder personeel, vooral in de overhead. Opleidingen zouden dan vooral nodig zijn om beter met andere systemen of bedrijfsculturen te kunnen werken.

Wanneer aanbieders intensiever met gemeenten samenwerken, lijkt dit nauwelijks een duidelijk gevolg te hebben voor de werkgelegenheid (zie Tabel 4.8). Aanbieders zonder plannen voor samenwerking krimpen bijna net zo vaak als aanbieders die reeds samenwerken. Dit zijn ook de twee categorieën waarin relatief meer aanbieders aangeven geen veranderingen in hun personeelsbestand door te voeren. Dit duidt erop dat zij zowel op het gebied van samenwerking als op het gebied van personeelsbeleid geen veranderingen doorvoeren. Er lijkt geen verband te zijn tussen samenwerking met gemeenten en het personeelsbeleid.

Tabel 4.8 Samenhang samenwerking met gemeenten en aanpassing in personeelsbestand (n=594)

	<i>Uitbreiding</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Inkrimping</i>	<i>Onbekend</i>
Geen plannen voor samenwerking	9%	31%	50%	10%
Plannen voor samenwerking	24%	11%	58%	7%
In gesprek over toekomstige samenwerking	14%	17%	60%	9%
Concrete afspraken over toekomstige samenwerking	18%	13%	58%	11%
Werkt reeds samen	19%	21%	52%	8%
Totaal	16%	20%	55%	9%

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

Ook samenwerking met andere aanbieders lijkt niet of nauwelijks een logisch verband te houden met de werkgelegenheids groei of -krimp (zie Tabel 4.9). Wel is wederom de stabiliteit te zien bij aanbieders die geen plannen hebben voor samenwerking of juist al samenwerken.

Tabel 4.9 Samenhang samenwerking met andere aanbieders en aanpassing in personeelsbestand (n=594)

	<i>Uitbreiding</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Inkrimping</i>	<i>Onbekend</i>
Geen plannen voor samenwerking	13%	27%	50%	10%
Plannen voor samenwerking	15%	15%	62%	8%
In gesprek over toekomstige samenwerking	17%	13%	61%	10%
Concrete afspraken over toekomstige samenwerking	22%	11%	53%	14%
Werkt reeds samen	17%	24%	54%	5%
Totaal	16%	20%	55%	9%

Gewogen naar aandeel in branche en werkgelegenheid

Bron: Panteia 2014

In tegenstelling tot het verband met de werkgelegenheidsontwikkeling, lijkt er op het eerste oog wel enig verband te zijn tussen samenwerking met gemeenten en het meer of minder opleiden van het personeel. In Tabel 4.10 is te zien dat naarmate de samenwerking met gemeenten concreter wordt, er ook meer aan bijscholing van het personeel wordt gedaan. Daarbij valt de groep die reeds samenwerkt met een of meer gemeenten iets uit de toon. Wellicht is een verdere nadruk op opleidingen niet meer nodig omdat er geen sprake is van een verdere intensivering van de samenwerking en er op dat gebied dus sprake is van continuïteit van handelingen.

Tabel 4.10 Samenhang samenwerking met gemeenten en aanpassing in opleidingsbeleid (bijscholing) (n=606)

	<i>(Veel) meer</i>	<i>(Ongeveer) evenveel</i>	<i>(Veel) minder</i>	<i>Onbekend</i>
Geen plannen voor samenwerking	27%	56%	12%	6%
Plannen voor samenwerking	35%	55%	10%	0%
In gesprek over toekomstige samenwerking	44%	42%	14%	0%
Concrete afspraken over toekomstige samenwerking	54%	36%	10%	0%
Werkt reeds samen	46%	42%	12%	0%
Totaal	39%	47%	12%	1%

Bron: Panteia, 2014

Het ogenschijnlijke verband tussen samenwerking met gemeenten en het meer opleiden van personeel is minder duidelijk terug te zien bij het verband tussen opleidingen en samenwerking met andere aanbieders. Wel lijkt de inzet op bijscholing toe te nemen, zodra men plant om te gaan samenwerken en hier nadrukkelijk stappen in zet. Daarbij springt het aandeel werkgevers dat meer inzet op bijscholing eruit bij organisaties die concrete afspraken aan het maken zijn over toekomstige samenwerking (Tabel 4.11).

Tabel 4.11 Samenhang samenwerking met andere aanbieders en aanpassing in opleidingsbeleid (bijscholing) (n=606)

	(Veel) meer	(Ongeveer) evenveel	(Veel) minder	Onbekend
Geen plannen voor samenwerking	37%	47%	15%	2%
Plannen voor samenwerking	34%	51%	12%	2%
In gesprek over toekomstige samenwerking	43%	36%	19%	2%
Concrete afspraken over toekomstige samenwerking	56%	39%	3%	2%
Werkt reeds samen	41%	49%	10%	0%
Totaal	39%	47%	12%	1%

Bron: Panteia, 2014

Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de verwachtingen van aanbieders (hoofdstuk 2) afgezet tegen de ontwikkelingen in werkgelegenheid en opleidingsbeleid. Daarbij is alleen gekeken naar aanbieders die nu al actief zijn (dus geen toekomstige nieuwe aanbieders) en zijn ook de eventuele verschuivingen van personeel richting de overheid niet meegenomen. De belangrijkste bevindingen in het hoofdstuk zijn de volgende:

- Een aantal verwachtingen ten aanzien van hoe gemeenten hun taken gaan oppakken en de eigen voorziene rol daarin, lijken verband te houden met de ontwikkelingen in de werkgelegenheid bij aanbieders en de mate waarin zij inzetten op bijscholing.
- Inkrimping van het personeelsbestand wordt vooral voorzien bij aanbieders die verwachten dat gemeenten met generalistische wijk- en buurtteams gaan werken en bij aanbieders die aangeven onvoldoende zicht te hebben op de plannen van de gemeenten.
- Aanbieders die aangeven zelf in wijk- en buurtteams te willen deelnemen, voeren relatief vaker een actief personeelsbeleid, waarbij zowel vaker sprake is van inkrimping als van uitbreiding. Ook zetten ze nadrukkelijker in op bijscholing van het personeel. Ten opzichte van het algemene beeld is daarbij relatief meer aandacht voor aan wijk- en buurtteam gebonden competenties: werken in zelfsturende teams, begeleiding van mantelzorgers en commerciële vaardigheden.
- De wijze waarop gemeenten hun budget inzetten en de wijze van inkoop heeft wisselende gevolgen voor de werkgelegenheid. De verwachtingen over de omvang van uitvoeringskosten bij gemeenten lijken wel van invloed te zijn op het personeelsbestand: hoe groter aanbieders de uitvoeringskosten inschatten, hoe vaker ze het personeelsbestand inkrimpen. Tussen de wijze van inkoop en personeelsontwikkeling lijkt weinig verband. Wel krimpen de aanbieders die onderhandse aanbestedingen verwachten iets vaker.
- Samenwerking met gemeenten of aanbieders lijkt weinig direct verband te houden met de personeelsomvang bij aanbieders. Wel zetten zij meer in op bijscholing naarmate samenwerkingsverbanden met gemeenten concreter worden.
- De aanbieders die bij vragen naar het toekomstige beleid van de gemeente aangeven hier geen beeld van te hebben (weet niet/geen mening) vormen een interessante groep om in het oog te houden. Zij moeten immers personeelsbeleid voeren, maar hebben weinig zicht op de parameters waarop ze dit beleid moeten baseren. Als zij nog geen beeld hebben van hoe de gemeenten hun taken gaan oppakken (wijk-/buurtteam of niet), krimpen zij relatief vaak hun personeelsbestand in. Op andere gebieden (wijze inkoop en gebruik budget) geven de aanbieders met weinig zicht op wat de gemeente gaat doen, relatief vaker aan geen plannen voor uitbreiding of inkrimping te hebben. Dit laatste geldt ook voor aanbieders die geen plannen voor samenwerking met gemeenten of andere aanbieders hebben. Het is niet bekend of zij aanpassingen in hun personeelsbe-

stand gaan doen (en zo ja, welke), zodra ze meer duidelijkheid over de toekomst hebben.

Bijlagen

Opzet en uitvoering van de Werkgeversenquête

Inhoud van de werkgeversenquête

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK is door het Ministerie van VWS, vijf sociale fondsen in zorg en WJK en Calibris ingericht om de arbeidsmarkt in de sector in kaart te brengen. Het programma wordt uitgevoerd door een consortium, bestaande uit Panteia, SEOR en Etil. Het programma bestaat uit de volgende onderdelen:

- Continue dataverzameling
- Werkgevers- en werknemersenquêtes
- Prognoses
- Integrerend rapport
- Regionaal tabellenboek
- Website azwinfo.nl
- Additioneel onderzoek
- Helpdeskfunctie.

De werkgeversenquête is een aanvulling op de continue dataverzameling. Deze vindt grotendeels vanuit bestaande bronnen plaats. Een aantal gegevens is echter niet uit bestaande bronnen te halen, maar moet worden verzameld bij enerzijds de werkgevers voor zorg en welzijn en anderzijds de werkenden zelf. Het gaat aan de ene kant om beschrijvende informatie en aan de andere kant om data die kunnen helpen om gegevens uit bestaande bronnen verder te duiden.

In de WGE 2013 stond de toekomst centraal. Het huidige regeringsbeleid heeft aanzienlijke arbeidsmarkteffecten. Daarom heeft de stuurgroep besloten om in de vragenlijst vooral vragen te stellen die betrekking hebben op de manieren waarop instellingen in zorg en WJK omgaan met de regeringsmaatregelen en de gevolgen daarvan voor het HR-beleid. In de vragenlijst is daarom sterk afgeweken van voorgaande metingen van de WGE.

In de voorgaande meting is een telefonische enquête gecombineerd met een internet-enquête. Deelnemende concerns werden aan het eind van de telefonische enquête gevraagd hieraan deel te nemen. Gezien het beschikbare budget voor het programma voor 2013 en de relatief lage respons op de internetenquête is dit keer gekozen voor een volledig telefonische enquête.

Populatie en steekproef

Het respondentenbestand voor de werkgeversenquête 2013 kende drie bronnen:

1. **Opbouw bestand van concerns.** We hebben een bestand opgebouwd met behulp van ledenlijsten van de verschillende brancheorganisaties in zorg en WJK (NVZ, ActiZ, BTN, GGZ Nederland, VGN, FCB). De meeste van deze ledenlijsten zijn openbaar (staan op internet). Door FCB is een eigen bestand opgeleverd.
2. **Aanvullen met concerns van voorgaande WGE's van 2011 en 2012, die hebben aangegeven ook in de toekomst te willen meewerken.** In voorgaande WGE's is steeds gevraagd naar het concern waar de betreffende vestiging onder viel. Van daaruit is een bestand met contacten bij concerns opgebouwd. De respons van voorgaande WGE's hebben we gebruikt om het bestand van de eerste stap te verrijken.

3. **De non-respons bij voorgaande WGE's.** Een klein deel van de concerns waar in de voorgaande WGE's naar is doorverwezen, hebben we destijds uiteindelijk niet bereikt. Ook is er soms vanwege tijdgebrek of afwezigheid van de juiste contactpersoon geen gesprek gerealiseerd. Benadering van deze zelfde concerns heeft in deze meting nog een beperkt aantal extra respondenten opgeleverd.

Deze benaderingswijze heeft geleid tot de opbouw van een bestand van concerns, dat wil zeggen zelfstandige organisaties die actief zijn in zorg en WJK. Daaronder vallen heel grote concerns met soms meer dan 10.000 medewerkers, maar ook heel kleine met slechts enkele werknemers.

Een deel van de concerns kwam, bijvoorbeeld omdat ze bij meer brancheorganisaties zijn aangesloten, dubbel in het bestand voor. Van andere waren geen bruikbare contactgegevens beschikbaar. Ook liep bij FCB parallel een ander onderzoek waarvoor concerns werden benaderd. Besloten is – behalve in de jeugdzorg – concerns niet voor beide onderzoeken te benaderen, dit geredeneerd vanuit het grote aantal concerns in WMD en kinderopvang.

In totaal hadden we na bewerking (ontdubbelen, verwijderen onvolledige adresgegevens, ontdubbelen met FCB-enquête) 2.271 geschikte adressen voor de uitvoering van het veldwerk.

Telefonische dataverzameling en respons

Het telefonische veldwerk heeft plaatsgevonden in de periode 2 tot 20 december 2013. De vraaggesprekken zijn afgenomen door ervaren en in onderzoek bij (arbeids)organisaties gespecialiseerde interviewers. Zij zijn kort voor aanvang van het veldwerk mondeling geïnstrueerd. Ook hebben zij een toelichting op schrift ontvangen.

Uiteindelijk zijn 1.902 van de 2.271 geschikte adressen telefonisch benaderd voor het onderzoek. Hiervan zijn 976 gesprekken gerealiseerd; dit komt neer op een respons van 51%.³ Gezien de hoogte van de respons en de relatief kleine wegingsfactor (zie paragraaf 1.4) bieden de uit deze enquête afkomstige data een valide basis voor verdere analyse.

Het is niet mogelijk de respons weer te geven naar grootteklasse, omdat ledenbestanden van brancheorganisaties geen gegevens bevatten over het aantal werknemers van de instellingen.

Ook de exacte responspercentages per branche zijn niet te geven vanwege dubbele lidmaatschappen van brancheorganisaties. Naar schatting bedraagt de respons 65% (ziekenhuizen), 47% (VVT), 48% (gehandicaptenzorg), 49% (GGZ), 37% (WMD), 53% (jeugdzorg) en 48% (kinderopvang).

Databewerking

Onderstaande tabel laat de aantallen responderende concerns naar grootteklasse en branche zien. De omvang van de concerns en de deelname aan het onderzoek binnen de verschillende branches is nagenoeg evenredig verdeeld; wij hebben in het onderzoek zowel kleine als grote concerns gesproken.

³ Er is veel geïnvesteerd in het bereiken van de juiste persoon. In de drukke decemberperiode leverde dat regelmatig problemen op vanwege afwezigheid of volle agenda's. De gemiddelde gesprekstijd bedroeg 21 minuten en 59 sec, inclusief het benaderen, 23 minuten en 54 sec.

Tabel B1 Respons per grootteklasse per branche

Grootteklasse	Ghz	GGZ	VV	Tz	WMD	Jz	Totaal
< 10 werknemers	0	4	4	13	30	7	53
10-99 werknemers	26	19	25	83	67	4	197
100-499 werknemers	15	22	85	79	33	14	178
500-4999 werknemers	39	31	88	79	11	27	188
5000+ werknemers	4	3	3	3	1	2	7
Totaal	84	79	205	257	142	54	623

Bron: Panteia 2014

De resultaten in deze rapportage zijn gewogen naar aandeel en branche en opgehoogd naar werkgelegenheid per branche. Deze weging is nodig om schattingen te kunnen maken over de gehele populatie.

Tabel B2 Concerns naar mate van activiteit in één of meer van de zes onderhavige branches

Actief in:	Ghz	GGZ	VV	Tz	WMD	Jz	Totaal	
1 branche	68	65	53	106	120	37	449	72%
2 branches	8	5	135	136	10	12	153	25%
3 branches	7	8	15	13	10	4	19	3%
4 branches	0	0	1	1	1	1	1	0,2%
5 branches	1	1	1	1	1	0	1	0,2%
Totaal	84	79	205	257	142	54	623	100%

Bron: Panteia 2014

Concerns kunnen onderdelen en werknemers hebben die in meerdere branches actief zijn. Binnen de AER is 28% van de concerns in meer dan één van de zes ondervraagde branches werkzaam, 3% hiervan is zelfs in meer dan twee branches actief. Allereerst is daarom gewogen naar het relatieve aandeel van het aantal medewerkers van een bepaald concern in de verschillende branches waarin dit concern actief is. Vervolgens is het totale aantal werknemers van de responderende concerns per branche berekend. In het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn wordt jaarlijks vastgesteld hoeveel werknemers de verschillende branches hebben. Door dit te relateren aan het totale aantal werknemers van de responderende concerns uit dezelfde branches, is het mogelijk per branche een weegfactor te berekenen (aantal werknemers in de branche/aantal werknemers in de geïnterviewde concerns uit die branche; zie Tabel B3). Door per branche waarin een concern actief is, het aandeel medewerkers te vermenigvuldigen met de weegfactor voor de omvang van het personeelsbestand, krijgt elk concern voor elke branche waarin het actief is een weegfactor.

Tabel B3 Weegfactoren

	<i>Omvang personeelsbestand in populatie</i>	<i>Omvang Personeelsbestand steekproef</i>	<i>Weegfactor</i>
Gehandicaptenzorg	173.700	76.014	2,285
Geestelijke gezondheidszorg	82.700	45.295	1,826
Verpleging en Verzorging	272.900	113.660	2,401
Thuiszorg	161.400	79.635	2,027
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	63.100	15.180	4,157
Jeugdzorg	32.600	24.051	1,355

Bron: Panteia 2014

Door deze werkwijze kunnen de uitkomsten afwijken van andere rapporten die deze zelfde gegevens presenteren. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer bij de weging geen rekening is gehouden met het relatieve aandeel van het aantal medewerkers van een bepaald concern in de verschillende branches.

Bijlage 5 Uitkomsten pilot casestudies

|





Pilot casestudies

Bijlage bij AER - fase II

Zoetermeer, september 2014

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

1	Opzet, aanpak en uitvoering pilots	5
1.1	Opzet	5
1.2	Aanpak	5
1.3	Uitvoering	5
2	Capelle aan den IJssel	7
2.1	Gemeentelijk beleid	7
2.2	Overleg en afstemming	7
2.3	Vorbereiding aanbieders	8
2.4	Arbeidsmarkteffecten	8
2.5	Kansen en risico's	9
3	Eindhoven	11
3.1	Gemeentelijk beleid	11
3.2	Overleg en afstemming	12
3.3	Vorbereiding aanbieders	12
3.4	Arbeidsmarkteffecten	13
3.5	Kansen en risico's	14
4	Enschede	15
4.1	Gemeentelijk Beleid	15
4.2	Overleg en afstemming	16
4.3	Vorbereiding aanbieders	17
4.4	Arbeidsmarkteffecten	18
4.5	Kansen en risico's	19
5	Rotterdam	21
5.1	Gemeentelijk beleid	21
5.2	Overleg en afstemming	21
5.3	Vorbereiding aanbieders	22
5.4	Arbeidsmarkteffecten	22
5.5	Kansen en risico's	23
6	Velsen	25
6.1	Gemeentelijk beleid	25
6.2	Overleg en afstemming	25
6.3	Vorbereiding aanbieders	26
6.4	Arbeidsmarkteffecten	27
6.5	Kansen en risico's	27
Bijlagen		29
Bijlage 1	Gesproken stakeholders	31





1 Opzet, aanpak en uitvoering pilots

1.1 Opzet

De pilots zijn opgezet als kwalitatieve aanvulling op de drie monitors van de kwartaalcijfers van PGGM, het gemeentelijk beleid en het anticiperend beleid door de aanbieders. Uit de monitors komt veel informatie over zowel de vraagzijde (gemeenten) als de aanbodzijde (aanbieders) op de toekomstige markt voor langdurige zorg en ondersteuning. Deze gegevens kunnen naast elkaar gelegd worden, om te zien of er een samenhang is tussen het beleid van gemeenten en de lijn waarop zij inzetten en de acties die aanbieders nemen om op het beleid te anticiperen.

De kwantitatieve uitkomsten zijn echter een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Het is dan ook riskant om zonder meer de uitkomsten uit de monitors een-op-een naast elkaar te leggen. Het consortium heeft daarom vijf pilots uitgevoerd om de informatie over vraag en aanbod beter te duiden op basis van kwalitatieve informatie uit interviews en deskonderzoek. Voor deze pilots zijn gesprekken gevoerd, per gemeente, met verschillende stakeholders in de periode april-juli 2014. In de bijlagen is meer informatie opgenomen over het aantal gesproken stakeholders.

1.2 Aanpak

De pilots zijn bij vijf gemeenten uitgevoerd, waarbij ook naar de grotere regio waarin de gemeente zich bevindt gekeken is. Aanbieders werken namelijk veelal in meer dan één gemeente. Voor iedere gemeente werd beoogd om met de gemeente zelf, minimaal acht aanbieders en één of twee aanvullende partijen te spreken (bijvoorbeeld het zorgkantoor en/of een onderwijsinstelling).

De pilots waren in de basis vooral gericht op *methodeontwikkeling*, rond de vraag "is het mogelijk om het beleid van gemeenten te koppelen aan beleid van aanbieders?". Hierbij is vooral gefocust op de kwalitatieve input, die illustratief werkte voor de andere onderdelen van de AER. Daarnaast bieden de pilots ook inzicht in de vragen die nog in het veld leven (bij zowel gemeenten als aanbieders).

De navolgende hoofdstukken zijn voor publicatie ter goedkeuring voorgelegd aan de betreffende gemeenten.

1.3 Uitvoering

De eerste stap was het vinden van vijf gemeenten die mee wilden doen aan de pilots. Deze gemeenten zijn gevonden door het eigen netwerk van Panteia en SEOR aan te schrijven. Vaak werden de onderzoekers via een contact intern naar een juiste persoon verwezen. In totaal zijn dertien gemeenten benaderd. Vier hiervan hebben toegezegd aan de pilot mee te werken. Een gemeente was wel bereid om de onderzoekers mee te laten kijken in het proces en een gesprek te voeren, maar wilde geen aanvullende inspanningen verrichten.

De medewerking van de gemeente bestond uit de volgende activiteiten:

- een interview van één tot anderhalf uur;
- een lijst aanleveren met aanbieders die voor de pilot geïnterviewd konden worden;
- het invullen van de gemeente-enquête;



- aanleveren van een recente uitdraai uit de monitor voortgang decentralisaties van het Transitiebureau Wmo;
- aanleveren van eventueel relevante beleidsstukken.

Omdat de gemeente-enquête later dan oorspronkelijk gepland is uitgevoerd, is aan de gemeenten gevraagd om een eerdere versie in te vullen en ook feedback op de vragen te leveren. Op basis van de vragen die wel en niet goed geïnterpreteerd werden door de gemeenten zijn wijzigingen doorgevoerd in de uiteindelijke grootschalige enquête onder gemeenten.

Oorspronkelijk was het idee om de aanbieders ook de WGE in te laten vullen. Om de medewerking van de aanbieders te garanderen, is ertoe besloten om alleen een diepte-interview te doen. In deze gesprekken zijn de meeste zaken uit de WGE ook behandeld, zonder de aanbieders om aanvullende inspanningen te vragen die meer tijd kosten en daarmee de deelname in gevaar zouden kunnen brengen.



2 Capelle aan den IJssel

2.1 Gemeentelijk beleid

Capelle werkt aan de vernieuwing van welzijn en zorg, waarbij wordt uitgegaan van de kracht en vraag van de samenleving. De visie hiervan bevat de uitgangspunten voor het gemeentelijke beleid op sociaal gebied. Deze visie is neergezet onder de term 'welzijn nieuwe stijl'. Dit welzijn nieuwe stijl gaat, wat de zorgverlening betreft, uit van twee lijnen van zorg: collectieve voorzieningen en individuele ondersteuning.

Er is in een vroeg stadium van beleidsontwikkeling gekeken naar mogelijke samenwerking met andere gemeenten ten aanzien van de decentralisaties, waarbij met name Krimpen aan den IJssel een mogelijke samenwerkingspartner is. Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel trekken vaker gezamenlijk op. Maar relatief snel is gebleken dat beide gemeenten een andere aanvliegroete hadden gekozen ten aanzien van de invulling van de decentralisaties, waardoor inhoudelijke samenwerking niet is voortgezet.

In 2012 is al een eerste basis gelegd voor de (gemeentelijke) visie op de ontwikkelingen binnen het sociale domein (het uiteindelijke 'welzijn nieuwe stijl'). Op basis daarvan zijn deelplannen gemaakt voor de verschillende onderdelen (oftewel de decentralisaties) binnen het sociale domein. Dit is gedaan omdat de verschillende decentralisaties binnen het sociale domein ieder een eigen tijdspad kennen. Door te werken met dergelijke deelplannen is het mogelijk om beter aan te sluiten op onder andere het daadwerkelijke tijdspad verbonden aan de decentralisatie.

Op het moment van interviewen waren de plannen al in een vergevorderd stadium. Een belangrijk punt waar nog over besloten moest worden, was de vorm van aanbesteden. Ten aanzien van de vorm van aanbesteden waren er twee mogelijkheden:¹

- het Stipter-model (in het kort: een digitaal regisseurs-, burger- en zorgverlenersportaal gebaseerd op individuele zorgvraag);
- bestuurlijk aanbesteden (in het kort: het afsluiten van een bestuurlijk raamcontract).

Voor de toegang tot de zorg zal er een centraal kantoor ingericht worden bij de gemeente zelf (naar verwachting bestaande uit 2,5 tot 3 fte). In de uitvoering van het beleid ligt een sterke focus op het aanbieden van zorg via wijkteams / -kantoren (zogenaamde satellieten van het centraal kantoor). De zorg, met name de collectieve zorg, wordt aangeboden op wijkniveau. Het centraal kantoor zal ingericht en bemand worden door werknemers in dienst van de gemeente. De wijkteams / -kantoren zullen bemenst worden door de verschillende zorgaanbieders actief in de wijk. Daarbij zal de frontoffice (het eerste contactpunt voor de cliënt) ook iemand zijn vanuit de zorgaanbieders.

2.2 Overleg en afstemming

In Capella aan den IJssel zijn ongeveer dertig zorgaanbieders actief, waarvan ongeveer tien betrokken zijn geweest bij de beleidsontwikkeling van de gemeente en de visieontwikkeling van de zorgaanbieders zelf.

¹ Uit recente informatie die is ontvangen van de gemeente blijkt dat er gekozen is voor bestuurlijk aanbesteden.



De zorgaanbieders zijn betrokken geweest bij de formulering van de visie van de gemeente, het eerder genoemde 'welzijn nieuwe stijl'. Hierbij hadden zij voornamelijk een rol als klankbordgroep: meedenken met de gemeente, maar de eindverantwoordelijkheid ligt bij de gemeente. Verder hebben de zorgaanbieders, in samenspraak met de gemeente, gezamenlijk ook een eigen visie opgesteld ten aanzien van de decentralisaties. Hierover hebben de zorgaanbieders een presentatie gegeven aan de gemeenteraad in februari 2014. Deze visie ligt ook goed in de lijn die is gekozen door de gemeente.

Zoals ook eerder aangegeven, is het de bedoeling dat de wijkkantoren (zogenaamde satellieten van het centrale kantoor) de zorg op wijkniveau zullen gaan organiseren. Deze wijkkantoren zullen bemenst worden door de zorgaanbieders zelf. Tijdens de interviews voor deze pilot was het nog niet duidelijk hoe groot deze wijkkantoren zullen zijn. Wel stond vast dat een brede bezetting qua disciplines wenselijk is. Op 1-1-2014 is een pilot gestart in een wijk om eerste ervaringen op te doen met een dergelijke wijkgerichte aanpak. De betrokken pilotpartners (gemeente en zorgaanbieders) dragen hierbij ieder hun eigen steentje bij in de inzet van personeel.

De zorgaanbieders verwachten de komende twee jaar geen grote wijzigingen in het zorgaanbod. Zij geven echter wel aan dat het lastig is om in te schatten: de wijze van financieren wordt anders, de doelgroep blijft hetzelfde. Er is nog veel onduidelijkheid over de exacte richting en inhoud van bijvoorbeeld de aanbestedingen (o.a. welke tarieven gehanteerd gaan worden).

2.3 Voorbereiding aanbieders

Wat de gemeente Capelle aan den IJssel betreft, zijn personeelsbeleid en de arbeidsmarkteffecten geen onderdeel van gesprek met de zorgaanbieders. Dit is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders zelf, maar de gemeente attendeert zorgaanbieders wel proactief om rekening te houden met de (nationale) kortingen in het budget.

Zorgaanbieders zijn bezig om in te schatten wat de gevolgen kunnen zijn, zowel wat betreft het zorgaanbod als de personele bezetting. Ze zijn aan het 'voorsorteren'. Een aantal organisaties is daarom al bezig met het flexibiliseren van het personeelsbestand en/of verkleinen van de organisatie. De meeste aanbieders zijn zeer proactief in de voorbereiding, ook in het zoeken van contacten met de gemeenten en andere aanbieders.

Zorgaanbieders zijn verder ook in de regio aan het kijken naar de samenwerkingsmogelijkheden met anderen, en een aantal is ook al gestart met het inrichten van pilots om deze samenwerking te verkennen (soms met en soms zonder de medewerking van de gemeente). Deze samenwerking wordt opgezocht, omdat men deze richting ziet in het beleid van de gemeente (ketensamenwerking), of omdat men denkt dat hier kansen liggen wat dienstverlening betreft.

2.4 Arbeidsmarkteffecten

Arbeidsmarkteffecten kunnen voor een deel voortkomen uit de wijze waarop de verwachte korting op het budget wordt gerealiseerd. Vanuit de gemeente wordt gekeken naar de mogelijkheden om de korting te realiseren door meer in te steken op algemene voorzieningen, waaronder meer groepsbegeleiding voor de lichtere vormen van zorg (dit gebeurt op wijkniveau). Ook wordt gekeken naar de mogelijkheden om de



dure zorg goedkoper te maken. Hierbij wordt bijvoorbeeld gezocht naar de mogelijkheden om psychologische zorg ook in te richten met de hulp van mantelzorg en hulp van burens. Hierbij is het de veronderstelling dat als het goed gaat met een individu, dat dan professionele zorg minder vaak of intensief nodig is. Verder is de gemeente bezig met een zogenaamde 'buurtcirkel'. Hierbij wordt gewerkt met vrijwilligers die in groepsverband gaan samenwerken met mensen met een beperking. Door niet te kijken naar de beperking maar naar wat een individu wel kan, kunnen de deelnemers elkaars beperkingen aanvullen. Hierbij wordt dus weer gekeken naar de kracht van een individu, waarbij de deelnemers elkaar mogelijk kunnen aanvullen.

De meeste aanbieders zien de korting al aankomen en bereiden zich daarop voor. Een aantal is er niet mee bezig. Alhoewel het budget nog niet is vastgesteld door de gemeente, probeert de gemeente wel de budgettaire korting te agenderen bij deze organisaties (maar het is, zoals ook eerder vermeld, uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf, niet van de gemeente).

De zorgaanbieders geven aan dat zij verwachten dat met de krimp van het budget ook het personeelsbestand zal krimpen. Algemeen gezien lijkt het de verwachting onder zorgaanbieders dat er minder behoefte zal ontstaan aan werkzaamheden die op het moment door lager geschoolden worden uitgevoerd (m.n. huishoudelijke hulp). Het is voor de zorgaanbieders echter nog niet duidelijk wat de daadwerkelijke impact zal zijn. Dit hangt uiteindelijk af van de tarieven en gunning van (nieuwe) contracten.

Vanwege deze onzekerheid zijn de zorgaanbieders bezig met het voorsorteren en flexibiliseren van het personeelsbestand. Het lijkt erop dat er weinig vaste contracten worden aangegaan met het personeel, en uitstroom wordt op het moment veelal gerealiseerd door het niet verlengen van tijdelijke contracten. Een enkele zorgaanbieder zit in een groter reorganisatieproces, waarbij wordt aangegeven dat dit deels komt vanuit komende kortingen, maar dat het ook deels een reorganisatie is die is gestart vanwege eerdere bezuinigingen in de zorg.

Verder geven zorgaanbieders aan dat de zorg breder zal (c.q. moet) worden ingericht. De focus komt meer te liggen op mensen in hun kracht zetten. Het netwerk om de mensen heen activeren vraagt om andere (begeleidende) competenties dan op het moment het geval is. Voor werknemers op hbo/wo-niveau is dit mogelijk een minder groot probleem dan voor mbo-geschoolden. Dergelijke competenties zijn minder sterk aanwezig in de mbo-opleidingen.

2.5 Kansen en risico's

Welzijn nieuwe stijl betekent onder andere voor lichtere gevallen dat er meer gewerkt gaat worden met ontmoetingsplekken met bijvoorbeeld een open inloop (georganiseerd op wijkniveau). Dit is waarom in een wijk in de gemeente een wijkcentrum is gestart als pilot op 1-1-2014. Er zijn veel partijen (en disciplines) werkzaam via een dergelijke locatie. Een belangrijke ervaring tot dusver is dat de inrichting van de frontoffice (het eerste contactpunt voor de cliënt) vraagt om iemand met een goed en breed zicht op de zorg, maar tot dusver is het lastiger om een dergelijke functie te vervullen dan verwacht.

Voor 2015 zal er vooralsnog niet veel veranderen. Er is door de gemeente een transitienota geschreven over hoe om te gaan met de oude instroom (mensen die nu al de zorg krijgen) en nieuwe instroom. In deze notitie wordt ook de tariefstelling nader



beschreven. Er zal voor 2015 geen nieuwe aanbesteding plaatsvinden. De wettelijke kaders stonden nog niet geheel vast, waardoor het niet mogelijk is om alles tijdig te organiseren. Er zullen daarom overgangsmaatregelen worden getroffen.

Vanuit de zorgaanbieders wordt aangegeven dat er in de toekomst ook mogelijk problemen gaan ontstaan in de materiele sfeer. Niet alle zorgaanbieders kunnen flexibel omgaan met hun ruimte, zowel qua omvang (aantal locaties, vanwege langlopende contracten) en de inrichting (aanwezigheid infrastructuur en inrichting, vanwege investeringskosten om een ander doel te geven aan een locatie).

Ten slotte een opmerking over het vinden van de juiste gesprekspartners vanuit de zorgaanbieders in Capelle aan den IJssel. Veel zorgaanbieders in deze regio zijn zowel actief in Capelle aan den IJssel als in Rotterdam. Voor de meeste zorgaanbieders was Rotterdam een belangrijker (m.n. omvangrijker) werkveld. Hierdoor lijkt het alsof er meer aandacht gaat naar Rotterdam dan naar Capelle aan den IJssel. Het aantal gesprekken is echter te beperkt om vast te stellen wat het effect hiervan is.



3 Eindhoven

Met de Gemeente Eindhoven heeft omwille van capaciteit en tijd geen diepte-interview kunnen plaatsvinden. Wel heeft eind februari een kort telefonisch gesprek over de hoofdlijnen van de beleidsvorming plaatsgevonden. De bevindingen over het gemeentelijk beleid zijn daarom grotendeels gebaseerd op openbare beleidsdocumenten en de input van de aanbieders.

3.1 Gemeentelijk beleid

In het sociaal domein in Eindhoven gaan grote veranderingen plaatsvinden. Op basis van de WIJ eindhoven-visie wordt een geheel nieuwe sociale uitvoeringspraktijk gerealiseerd. Uitgangspunt hiervan is een sterke sociale basis: de 'nulde lijn', met sociale basisvoorzieningen zoals sportverenigingen, cultuur, onderwijs, wonen, werk en de huisarts. Hierbij wordt voortgebouwd op de hechte sociale netwerken die er reeds zijn. Maatschappelijke initiatieven worden gesteund en vormen van informele zorg en ondersteuning worden gestimuleerd. Er wordt uitgegaan van een systeem waarbij iedereen die een ondersteuningsvraag heeft eerst op zoek gaat naar een oplossing binnen het netwerk van de sociale basis. Daarin staat de gemeente ook een vorm van wederkerigheid voor ogen: bij iedereen die hulp ontvangt, wordt gekeken of hij/zij (op welke manier dan ook) iets voor een ander zou kunnen betekenen (het is echter geen verplichting).

Voor burgers die meer ondersteuning nodig hebben dan de sociale basis kan bieden, wordt een nieuwe eerstelijnsorganisatie opgericht met generalistische professionals in wijkteams. Deze teams worden georganiseerd in de vorm van een onafhankelijke coöperatie (juridisch onafhankelijk van de gemeente; de gemeente is opdrachtgever). Deze teams nemen zo veel mogelijk generalistische taken van de huidige tweede lijn over. Indien er meer specialistische inzet nodig is, zetten de teams deze in via organisaties uit de tweede lijn. De daadwerkelijke inkoop loopt via de gemeente. Er wordt met 365 FTE en ter waarde van € 4,3 miljoen aan aanvullende ambulante ondersteuning ingezet op deze eerste lijn, die daarmee ten koste van de tweede lijn gaat. De medewerkers van de generalistentteams worden op dit moment 'om niet' geleverd door eerste- en tweedelijnsaanbieders. Vanaf 1 januari 2015 gaat het om een betaalde uitleenconstructie. Daarmee zijn er in de tweede lijn niet of nauwelijks nog generalisten, alleen specialistische zorg en ondersteuning. Voor de wijkteams loopt nu al een pilot met in elke wijk een team, waarbij het personeel 'met gesloten beurzen' door aanbieders gedetacheerd is.

In financiële zin verwacht de gemeente Eindhoven een opgave van 35-55 miljoen euro. Een bezuiniging van tien tot zeventien procent ten opzichte van 2012 (het is hierbij niet duidelijk hoe zich dit verhoudt tot de verwachte effecten van de bezuinigingsmaatregelen van het Rijk). Een groot deel hiervan zal ten koste gaan van arbeidsplaatsen. Het gaat dus, naast de verschuivingen van tweede naar eerste lijn, ook om aanzienlijke kwantitatieve arbeidsmarkteffecten. Eindhoven neemt daarbij geen verantwoordelijkheid voor de frictiekosten die met afvloeiingen of leegstaand vastgoed gepaard gaan, daar waar het landelijke decentralisaties en landelijke kortingen betreft. Dit is de verantwoordelijkheid van de aanbieders en de voormalige financier.



3.2 Overleg en afstemming

Eindhoven gaat uitdrukkelijk de dialoog aan met verschillende aanbieders. Begin 2014 waren er intensieve contacten met MEE en Bureau jeugdzorg. Maar ook met zorgaanbieders zelf wordt afgestemd. Met de veertien grootste instellingen is gesproken over hoe zij naar de toekomst (vanaf 2015) kijken met betrekking tot: positionering, personeelsbeleid, financieringspositie en frictiekosten. Ook zijn er regionale bijeenkomsten geweest met enkele grote jeugdzorgaanbieders. In de eerste helft van 2014 heeft de Gemeente Eindhoven veel informatie ingewonnen bij een grotere groep aanbieders als input voor het eigen beleid.

Vanuit de aanbieders zijn er wisselende verhalen over samenwerking en afstemming met de gemeente. Sommigen hebben goed contact en zitten goed in de netwerken. Anderen vinden dat de gemeente te weinig duidelijk of te weinig concreet is, de samenwerking wordt zelfs nu nog 'pril' genoemd. Ook de communicatie zou niet optimaal en niet consistent zijn. Zo wordt rond jeugdhulp opgemerkt dat Zuidoost-Brabant één van de regio's is waarvan het Regionaal Transitiearrangement (RTA) als onvoldoende beoordeeld werd. Daar is dus een achterstand die bij de aanbieders voor onduidelijkheid en onzekerheid zorgt.

De aanbieders zelf geven aan dat er met de gemeente vooral over WIJ Eindhoven gesproken is; over de organisatorische vorm van het generalistenteam en het personeel. Nu zijn daar werknemers van aanbieders 'met gesloten beurzen' uitgeleend. Dit moet vanaf volgend jaar een structurele vorm gaan krijgen, maar tot voor kort was nog niet bekend hoe. Zoals eerder aangegeven, zullen de generalistentteams georganiseerd worden in de vorm van een onafhankelijke coöperatie. Aanbieders kunnen zich daar nu voor inschrijven. In sommige gevallen betekent dit echter dat aanbieders vrijwel volledig 'uitgekleed' worden, omdat een groot deel van hun personeelsbestand mogelijk bij de onafhankelijke coöperatie zal gaan werken. Verder wordt door een aantal aanbieders met de gemeente gesproken over het budget voor 2015 en de continuïteit van de zorg.

Met het zorgkantoor (CZ) en de zorgverzekeraars (CZ en VGZ) wordt ook afgestemd. Daar is men sinds begin 2013 mee bezig. CZ informeert de gemeente over hoe inkoop door het zorgkantoor nu is ingericht. Daarbij geeft CZ telkens aan dat het kopiëren van de manier van werken van het zorgkantoor niet kan. Gezien de taakstelling moet het anders. Over hoe het anders moet, neemt CZ geen positie in. Wel wordt kennis uitgewisseld over de karakteristieken van doelgroepen: wie heeft wat voor zorg nodig en waar moet je rekening mee houden? De gemeente is zelf verantwoordelijk voor de aanpak.

Met VGZ is een convenant getekend waarin de samenwerking is bekrachtigd om samen zorg en welzijn in de wijken te organiseren. Deze wordt op dit moment in de praktijk gebracht door o.a. het organiseren kennismaking tussen huisartsen en generalistentteams.

3.3 Voorbereiding aanbieders

Er is een duidelijk onderscheid tussen enerzijds de aanbieders in de langdurige zorg en anderzijds de aanbieders in jeugdhulp en welzijn. Voor aanbieders in de VVT, GHZ en GGZ is er iets meer continuïteit van dienstverlening. Dat wil zeggen: er zal ook in te toekomst op hen een beroep als specialist in de tweede lijn worden gedaan. Jeugdhulp en welzijn worstelden ten tijde van de gesprekken nog met hun positie ten op-



zichte van de generalistentteams en hadden nog niet allemaal een even goed beeld van welke diensten er nog bij hen ingekocht worden.

De meeste aanbieders nemen hun dienstenaanbod onder de loep, sommige breiden diensten uit, andere stoten diensten af. De gemeente Eindhoven signaleerde dat een aantal instellingen heeft aangegeven zich te herpositioneren voor zwaardere doelgroepen. Sommige aanbieders die langdurige zorg bieden en vastgoed hebben, gaan zich richten op taken binnen de Wlz.

Sommige aanbieders zijn met elkaar in overleg over het gezamenlijk aanbieden van diensten. Scheiden van wonen en zorg is daarbij voor meerdere aanbieders een uitdaging, en dan vooral de vraag wat er met het vastgoed moet gebeuren. Er zijn ideeën om vastgoed voor buurtfuncties te exploiteren met aanbod voor meerdere doelgroepen. Deze ideeën zijn echter nog in ontwikkeling. Ook spreekt men over 'krachten bundelen in de wijk' bijvoorbeeld in het kader van zorgcirkels of nachtzorg/24-uurszorg.

Dagactiviteiten en hulp bij huishouden zijn voor sommige aanbieders vraagtekens: zetten ze dit voort, en zo ja hoe? Er zal veel meer met vrijwilligers gewerkt (moeten) worden. Twee geïnterviewde aanbieders willen nadrukkelijker op thuiszorg inzetten met een model van weinig overhead (à la Buurtzorg). Dit betekent ook dat de concurrentie op het gebied van thuiszorg groter zal worden.

3.4 Arbeidsmarkteffecten

Op personeelsgebied verwachten 7 van de 8 geïnterviewde aanbieders dat er (in meer of mindere mate) een afname zal zijn. De mate van personeelskrimp verschilt tussen aanbieders. Sommige vrezen door de komst van de generalistentteams voor hun eigen voortbestaan, maar verwachten wel dat hun personeel door andere partijen overgenomen zal worden. Hierop wordt in twee gevallen actief aangestuurd en werknemers worden aangespoord om te solliciteren. Drie van de acht gaan ervan uit dat ze (ongeveer) gelijk blijven in grootte. Twee aanbieders gaan een nieuw formatieplan opstellen en mensen boventallig verklaren. Een aanbieder heeft reeds van 10% van het personeel afscheid genomen. Dit percentage wordt door meer aanbieders als mogelijk beschouwd, maar het is lastig voor de respondenten om dit verder te duiden. Men probeert zo veel mogelijk in eerste instantie op te vangen via natuurlijk verloop, maar ontslagen zijn niet uitgesloten. Op één na zijn alle geïnterviewde aanbieders daarom bezig met het opbouwen of reeds afbouwen van de flexibele schil.

De twee categorieën personeel waarin aanbieders vooral gaan inkrimpen, zijn overhead en mbo 1-2. Er zijn bij sommige aanbieders nog vacatures, vooral op mbo 3-4 niveau. Bij de meerderheid is echter sprake van een vacaturestop. De krimp op de lagere mbo-niveaus en het behoud van werkgelegenheid op niveau 3-4 hangen samen met het feit dat men meer wijkgericht gaat werken en meer met netwerkpartners gaat samenwerken. Er is één uitzondering: één van de aanbieders geeft aan dat er juist ook mensen op lagere mbo-niveaus nodig zijn, omdat sommige taken niet door vrijwilligers gedaan kunnen worden (of zouden moeten worden).

In de timing van de afvloeiing tonen de aanbieders een wisselend beeld. Een aantal verwacht dat de effecten vooral dit jaar nog merkbaar zullen zijn. Zij willen klaar zijn voor 1 januari. Zij zijn bijvoorbeeld bezig met het opstellen van een bedrijfsbreed formatieplan, wat mogelijk tot een ontslagronde kan leiden. Anderen achten het niet



haalbaar om in zo'n korte tijd alles goed af te ronden en voorzien dat de effecten nog doorlopen tot in 2016.

3.5 Kansen en risico's

De Gemeente Eindhoven kiest ervoor om een geheel nieuwe aanpak te introduceren. Dit brengt kansen en risico's met zich mee. Indien de opzet slaagt zoals de gemeente deze voor ogen heeft kunnen er, zoals ook vanuit het Rijk wordt verondersteld, besparingen gerealiseerd worden, zonder dat het ten koste gaat van de kwaliteit van de dienstverlening en ondersteuning.

Er zijn echter nog wel een aantal vraagtekens bij de huidige aanbieders en de rol van hun huidige personeel hun rol in de eerste lijn. Het personeel zal deels in dienst treden bij de generalistentteams. Bij het opzetten van een generalistisch team wordt door aanbieders opgemerkt dat er een uitdaging ligt in het afstemmen van cao's en arbeidsvoorwaarden wanneer meerdere branches gaan samenwerken. Dit geldt overigens ook voor andere samenwerkingsverbanden tussen aanbieders uit verschillende branches.

Op arbeidsmarktgebied wordt vooral een risico gezien voor helpenden op de lagere mbo-niveaus. De generalisten in de eerste lijn zijn veelal hoger opgeleid en de lichtere zorg en ondersteuningstaken worden overgenomen door de sociale basis. In de tweede lijn blijft alleen nog de zwaardere specialistische zorg over. Voor de functies op de hogere mbo-niveaus en hogeropgeleiden kan op termijn de arbeidsmarktkrapte terugkeren. Het is op het moment niet mogelijk om hier een scherp beeld van te maken.



4 Enschede

4.1 Gemeentelijk Beleid

Voor de gemeente is een soepele overgang de eerste prioriteit. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met andere gemeenten, aanbieders, het zorgkantoor en andere partijen. Enschede vervult de koplopersrol voor alle veertien gemeenten in Twente, die gezamenlijk beleid inrichten en gezamenlijk inkopen. De gemeente steekt op het moment van het interview (mei 2014)² vooral veel energie in de praktische infrastructuur, maatwerkvoorzieningen en het inkooptraject.

Uitgangspunten zijn het inzetten op eigen kracht, het investeren in algemene voorzieningen, vroegtijdig signaleren en een integrale aanpak met één persoon/huishouden en één plan en één regisseur. De gemeente gaat uit van de volgorde: zelfredzaamheid, samenredzaamheid en professionele hulp. Samenredzaamheid wordt gestimuleerd via verbinding met sociale activiteiten in wijken en buurten. Vooral nog gaat de aandacht vooral naar het regelen van de overgang en zijn meer fundamentele veranderingen gericht op de lange termijn. Er zijn daarom geen beleidskeuzes gemaakt rond de allocatie van middelen aan doelgroepen en diensten.

De gemeente verwacht geen grote drama's bij de transitie. Uitgangspunt is een zachte landing in 2015 en volop vernieuwing vanaf 2016, waarin voor cliënten het nieuwe aanbod in zal gaan, dat is vastgesteld op basis van een gekanteld gesprek over ondersteuningsbehoefte. Voor de overgang zijn bestaande rechten leidend, waardoor fricties beperkt blijven. Het is mogelijk dat de gemeente incidentele middelen inzet om de overgang soepel te laten verlopen, maar dat staat nog niet vast. Ook voor de gemeente bestaat nog onzekerheid over het eigen budget. De financiële situatie in Enschede is op dit moment niet florissant. De gemeente gaat uit van een besparing van ongeveer 10-15% door middel van prijsreductie en volumereductie.

Om haar taken voor de nieuwe Wmo in te vullen wordt het bestaande zorgloket uitgebreid. Het deel uit de AWBZ is een extra taak, waarvoor extra capaciteit nodig is. Het zorgloket moet een loket zonder schotten worden, vormgegeven vanuit de klant, niet vanuit de logica van de zorg/financiering. Het zorgloket is regisseur en zorgt voor nadere afstemming. In eerste instantie is het zorgloket de partij die toegang regelt tot een Wmo-maatwerkvoorziening. Cliënten kunnen voor een aanvraag ondersteuning krijgen via cliëntondersteuners. In het coalitieakkoord is vastgelegd dat de wijkteams het voorportaal worden van alle zorg en welzijn. In de wijkteams zijn taken uit alle domeinen ondergebracht: jeugdhulp, participatie, welzijn, samengesteld uit partijen van zeven kernpartners, die zijn verbonden aan de gemeente. De wijkteams werken met generalisten en bevatten wijkcoaches voor complexe meervoudige problemen. Het wijkteam werkt vanuit het uitgangspunt: één regisseur, één plan, gericht op activering en participatie. De huisarts is een andere route. De gemeente werkt samen met de zorgverzekeraars om helder naar burgers te communiceren waar zij terecht kunnen. Het is nog onduidelijk hoe de verhouding wordt tussen het zorgloket en de wijkteams of eerste lijn. De verwachting bestaat dat de wijkteams veel naar zich toe zullen trekken in eerste instantie, maar de prikkel bestaat om zorg over te dragen naar de Zvw.

De gemeente regelt de inkoop via raamcontracten (regisseursmodel). De aanbesteding heeft recent (mei tot 1 juli) plaatsgevonden. Aanbieders die kunnen leveren voor een

² Vanwege gemeenteraadsverkiezingen was ten tijde van de interviews het beleid op hoofdlijnen bekend, maar waren wijzigingen nog mogelijk. Na de interviews is via deskresearch nagegaan of het beleid nog actueel is.



maximum tarief en voldoen aan de kwaliteitseisen, kunnen diensten aanbieden in de gemeente. Kwaliteitscriteria zijn onder andere opleidingsniveau en -richting van werknemers. Om schotten te voorkomen moeten aanbieders de gevraagde diensten voor alle doelgroepen kunnen aanbieden. Er is dus geen sprake van onderscheid naar doelgroepen in de aanbesteding, wel naar diensten.

Uitgangspunt is om aanbieders zo min mogelijk omzetgarantie te bieden, tenzij dit nodig is in het kader van de overgang (overgangsrechten van cliënten). Het is aan de cliënten om een zorgaanbieder te kiezen, waarmee de gemeente een raamwerkovereenkomst heeft. Deelname aan deze raamcontracten staat in principe open voor alle partijen. Toetreding van nieuwe partijen is een belangrijke doelstelling. Aangezien cliënten zelf mogen kiezen bij wie ze zorg willen afnemen, hebben bestaande partijen een voordeel. Vooral de aanbieders die dicht bij de burger staan of een goede naam hebben opgebouwd, hebben daarbij een voordeel.

In eerste instantie was populatiebekostiging het beoogde model. Het populatiemodel leverde wel enkele vragen op, zoals vragen over rechtsongelijkheid (wie krijgt welke zorg) en gedwongen winkelnering (cliënten hebben geen keuze voor aanbieder). Bovendien was onduidelijk hoe populatiebekostiging zou landen in de wijken. Er is in samenwerking met het zorgkantoor een pilot opgestart met populatiebekostiging. Bij populatiebekostiging krijgen zorgaanbieders een vast budget per inwoner in hun wijk (populatie). In dit budget zit een besparing. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor alle zorg in de wijk, de indicatiestelling en dragen het risico van budgetoverschrijdingen. Populatiebekostiging stimuleert daardoor doelmatig werken, en met name preventiegericht werken. Voor de pilot moeten deelnemende aanbieders consortia vormen om zorgtaken op zich te nemen. De consortia verschillen per wijk. De pilot loopt nog. Vanuit zorgaanbieders komen wel vragen naar voren of deelname voor hen zinvol is. Ook betekent de pilot en consortiavorming een belasting voor aanbieders.

4.2 Overleg en afstemming

De gemeente voert actief communicatiebeleid gericht op burgers, aanbieders en anderen (partners). Er zijn enkele themabijeenkomsten georganiseerd om wensen, ideeën en zorgen in kaart te brengen. Er is een expertgroep Wmo opgericht en er is regelmatig overleg met aanbieders. Er zijn een aantal sleutelspelers die elkaar weten te vinden. De gemeente betreft deze partijen actief, om kennis te delen, het beleid af te stemmen en te communiceren, zodat de aanbieders kunnen anticiperen.

Het korte tijdsbestek waarin de transitie moet worden vormgegeven, maakt dat de volgorde van implementatie niet altijd vanzelfsprekend is. De aanbesteding vindt immers plaats voordat het beleid definitief is. Ook zijn tarieven nog niet bekend. Voor enkele aanbieders begint de tijd te dringen, omdat ontslagprocedures ook tijd kosten, met als risico dat aanbieders strategisch gaan anticiperen (voorzichtigheidshalve ontslaan van meer personeel dan uiteindelijk noodzakelijk zal blijken). Overigens geldt dit met name voor aanbieders die ook te maken hebben met gemeenten die minder ver met de voorbereiding zijn dan Enschede.

De gemeente wil voorkomen dat grote schoksgewijze verschuivingen op de arbeidsmarkt plaatsvinden en dat de continuïteit van zorg, ondersteuning en professionaliteit zoveel mogelijk wordt gewaarborgd. Tegelijkertijd wil de gemeente zo min mogelijk omzetgarantie bieden, waardoor de gevolgen voor aanbieders kunnen verschillen. De gemeente heeft, buiten wat zij hoort van aanbieders, beperkt zicht op de arbeidsmarkteffecten. Wat betreft arbeidsmarkteffecten is de afstemming beperkt. Zodra de



inkoop is afgerond en de effecten beter bekend zijn, is het wel de bedoeling om meer zicht op de arbeidsmarkteffecten te krijgen en af te stemmen hoe met deze gevolgen wordt omgegaan. Volgens de gemeente is afstemming vooral van belang waar de gevolgen voor bepaalde partijen buitenproportioneel zijn en de mogelijkheid bestaat dat aanbieders omvallen.

Er zijn ongeveer 80 aanbieders in de regio. Aanbieders vinden dat Enschede de zaken goed oppakt. Al in een vroeg stadium is Enschede begonnen met marktconsultaties. Partijen die minder actief zijn in Enschede hebben een achterstand in Enschede. Hoewel de gemeente via raamwerkcontracten toetreders wil aanmoedigen om de markt te betreden, is dit in overlegstructuren minder het geval. Dat geldt ook voor bovenregionale zorg.

De gemeente heeft als koploper een belangrijk voordeel, omdat in de regio alleen Enschede vanuit het zorgkantoor mogelijkheden krijgt om innovatieprojecten uit te voeren, waaronder de pilot populatiebepoortstelling. Voor aanbieders die minder sterk in Enschede zijn vertegenwoordigd, maar wel in de regio Twente actief zijn, betekent het dat zij vrijwel buitengesloten zijn.

Daarnaast is er sprake van overleg met het zorgkantoor en gemeenten. Het zorgkantoor voert overleg met de gemeenten en aanbieders. Voor de gemeente levert het zorgkantoor expertise over de zorgvraag, inkoop en budgetten aan gemeenten. Andere onderwerpen zijn ondersteuning, of uitbesteding van de backofficeactiviteiten van gemeenten. De gemeente Enschede heeft een langlopende verbintenis met de zorgverzekeraar, tevens zorgkantoor, vastgelegd in een convenant en uitvoeringsprogramma. Daarin zijn bijvoorbeeld afspraken over de inzet van de wijkverpleegkundige, praktijkondersteuners huisarts (POH), huisartsen en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

Het zorgkantoor stemt regelmatig af met aanbieders over de inkoop van zorg in de komende periode. Arbeidsmarkteffecten zijn voor het zorgkantoor van secundair belang. De betaalbaarheid van de zorg is de eerste taak van het zorgkantoor/zorgverzekeraars.

4.3 Voorbereiding aanbieders

De gesproken aanbieders bereiden zich voor op aanstaande veranderingen. Aanbieders die actief bezig zijn, maken scenario's om de gevolgen in te schatten. Uit het oogpunt van voorzichtigheid wordt eerder uitgegaan van negatieve scenario's dan positieve scenario's. Een van de aanbieders die we hebben gesproken, heeft een afwachtende houding.

Inspelen op de aankomende veranderingen is lastig, omdat aanbieders geen zekerheid over de omzet hebben. Hoewel de aanbesteding is gestart, zijn tarieven nog niet bekend. Voor sommige partijen is het daarom nog niet duidelijk of zij voor de geëiste tarieven kunnen leveren en daarom is nog niet bekend of zij deelnemen. Daardoor kunnen sommige aanbieders de arbeidsmarkteffecten nog niet goed inschatten.

Aanbieders anticiperen door te reorganiseren en efficiënter te worden. Deels zijn organisaties daartoe al genoodzaakt, omdat de vraag al in 2013 is teruggelopen. Terugdringen van overhead en het aantal managementlagen, integrale dienstverlening en voorkomen van dubbel werk, decentraliseren en ontschotten van afdelingen en het



beperken van het aantal functieprofielen zijn veel genoemde veranderingen. In veel gevallen zijn deze veranderingen al eerder ingezet.

Uiteindelijk bepalen de cliënten welke zorgaanbieders zij kiezen. Dat kan betekenen dat aanbieders die sterk in de wijken actief zijn een voorkeur genieten bij cliënten. Dit zijn echter veelal organisaties die voor een groot deel van het budget afhankelijk zijn van diensten die overgaan naar de gemeente en die vanwege de kortingen relatief veel omzet kunnen verliezen. Juist bij deze aanbieders ontstaat veel onzekerheid.

Voor veel aanbieders geldt dat er geen fundamentele wijzigingen zijn in de diensten die ze in 2015 aanbieden. Dat heeft te maken met de aanbesteding en het feit dat de gemeente op dat vlak geen beleidskeuzes heeft gemaakt. Het is voor aanbieders wel noodzakelijk om hun dienstverlening open te stellen voor andere doelgroepen, waardoor schotten tussen groepen moeten verdwijnen. Aanbieders zien dat ook als kans om nieuwe markten te betreden.

Het is waarschijnlijk dat cliënten zullen kiezen voor partijen die nu al een goede naam hebben binnen de gemeente/regio. Aanbieders zullen dus meer gaan concurreren om cliënten naar zich toe te trekken. Hoe groot deze concurrentie in de praktijk zal worden, is afwachten. Er wordt ook meer samenwerking verwacht, vooral op het terrein van duurdere specialistische zorg (bijvoorbeeld nachtdiensten).

Aanbieders vinden dat de gemeente wat te rooskleurig denkt over de verminderde noodzaak van specialistische zorg. Zo verwacht de GGZ juist een toevlucht naar de specialistische zorg zodra blijkt dat het wijkteam het niet meer aan kan of cliënten buiten de boot vallen. Aangezien budgetten voor de Zvw ook onder druk staan, is het de vraag hoe dat opgelost kan worden.

In de regio is ook sprake van afstemming tussen aanbieders en onderwijs. Alle opleidingen in zorg en welzijn ondervinden gevolgen van de transitie. Er is vooral een gebrek aan stageplaatsen. Men probeert dit via creatieve oplossingen te verzachten. Vooralsnog krijgen leerlingen nog wel een baan in zorg en welzijn. Vanuit het werkveld wordt verbreding van opleidingen gevraagd. Ander aandachtspunt is techniek in de zorg.

4.4 Arbeidsmarkteffecten

Volgens de gemeente lopen verwachtingen van aanbieders over personeelsreducties uiteen van 25% tot 40% van het personeel bij directe doorgeleiding van de taakstellingen, al verwacht de gemeente kleinere effecten, omdat de gemeente de overgang soepel wil laten verlopen. Dat betekent wel dat de gemeente deze kosten later goed wil maken door meer te richten op zelfredzaamheid en preventie.

De organisaties verwachten allen een krimp van het personeelsbestand. Een deel van de krimp heeft al in 2013 plaatsgevonden en gaat verder in 2014. Volgens een aanbieder kopen inkopers minder in dan begroot en houden ze zo hun kruit droog. Gemiddeld genomen liggen de verwachtingen over resterend verlies aan werkgelegenheid tussen 10% tot 20%, waarbij sterke verschillen zijn tussen aanbieders. Genoemde percentages variëren van 5% tot 30%, afhankelijk van het scenario. Uitgaande van een zachte landing in 2015, kunnen extra besparingen na 2015 nodig zijn, waardoor in 2016 extra verlies aan werkgelegenheid op kan treden.



In een enkel geval was al zodanig ingespeeld op de aankomende veranderingen dat er nog nauwelijks gevolgen zijn voor de komende periode. Voor sommige aanbieders moet de grote klap nog komen en is vanwege de onzekerheid nog niet te zeggen hoe groot de precieze gevolgen zijn. Voor aanbieders van verzorging en verpleging wordt vanwege huisvestingproblematiek (leegstand) extra reductie van personeel verwacht ten opzichte van budgetreducties.

De gevolgen worden zoveel mogelijk opgevangen door natuurlijk verloop en door de flexibele schil op en af te bouwen. De flexibele schil bij de organisaties die we hebben gesproken, is gemiddeld rond de 12%. De vrijwillige arbeidsmobiliteit is op dit moment beperkt. Een deel van de aanbieders verwacht dat gedwongen ontslagen noodzakelijk zijn en bereidt zich daar ook op voor.

Voor organisaties die regionaal specialistische zorg leveren, zijn de gevolgen relatief beperkt. GGZ is een belangrijke partner van de wijkteams en huisartsenposten in de regio. Deze verwacht juist een toestroom wanneer cliënten tussen wal en schip dreigen te raken. Gezien afnemende budgetten voor GGZ kan dat leiden tot problemen.

Voor sterk specialistische bovenregionale (jeugd)zorg is er al enkele jaren sprake van grote krimp en de verwachting is dat deze krimp aanhoudt, omdat gemeenten deze zorg onvoldoende in het vizier hebben, wat overigens niet het geval is in Enschede.

Omdat persoonlijke verzorging niet meer naar gemeenten gaat, is het voor thuiszorg-aanbieders lastiger om met functies te schuiven, wanneer cliënten zowel huishoudelijke hulp, als persoonlijke verzorging krijgen. Dat betekent dat de korting voor huishoudelijke hulp alleen bij deze groep terecht komt, terwijl deze groep zich waarschijnlijk minder goed kan redden op de arbeidsmarkt. Huidige aanbieders in de thuiszorg hebben voor huishoudelijke hulp een nadeel ten opzichte van nieuwe aanbieders.

Ten slotte zijn arbeidsmarkteffecten ook relevant voor de gemeente en het zorgkantoor. De gemeente heeft extra personeel in dienst voor het zorgloket en heeft meer Wmo-consulenten aangetrokken. Het zorgkantoor moet nieuwe systemen inrichten en gedurende de transitie ook de huidige systemen in stand houden, waarvoor ook extra personeel nodig is.

Andere arbeidsmarkteffecten die werden genoemd:

- Er worden hogere kwalificaties gevraagd in contracten en aanbesteding.
- Bekostiging is gericht op meer complexe zorg en betekent hogere kwalificaties.
- Niveau 1 en 2 worden minder gevraagd. Vanuit kostenoverwegingen kan het desondanks toch aantrekkelijker worden om toch ook lagere niveaus in te schakelen.
- Aanbieders waar veel hogeropgeleiden werken (WMD/MO) willen minder complexe taken door lagere kwalificaties uit laten voeren.
- Autonomoos werken en zelfstandigheid worden belangrijker.
- Onbevooroordeeld luisteren naar cliënten wordt belangrijker als competentie, om er echt achter te komen wat mensen willen.

4.5 Kansen en risico's

De gemeente streeft naar een zachte landing. De echte transitie moet daardoor nog komen. Arbeidsmarkteffecten worden daardoor deels naar de toekomst verschoven. De voornaamste onzekerheid voor aanbieders is de vraag hoeveel en welke cliënten voor hen gaan kiezen. Omdat dit moeilijk te voorspellen is, blijft onzekerheid bestaan.





5 Rotterdam

5.1 Gemeentelijk beleid

In de gemeente Rotterdam is voor de eerste twee jaar ervoor gekozen om door te gaan met de aanbieders die nu in Rotterdam actief zijn. Er worden de eerste twee jaar dus geen nieuwe partijen gecontracteerd. Voor dit model is gekozen omdat er nog lopende afspraken zijn met aanbieders. Na afloop van de contractperiode worden deze opnieuw in de markt gezet. Wel wordt er gewerkt aan een model waarbij goed presterende aanbieders worden beloond en slecht presterende aanbieders niet in aanmerking komen voor een nieuw contract. De aanbesteding voor contractering is recentelijk in de markt gezet (via Commer-Hub). De aanbieders leggen de afspraken over tarieven en voorwaarden vast. Het is vervolgens aan de cliënt zelf om te bepalen met wie hij/zij in zee wil.

In samenspraak met verschillende partijen is de Gemeente Rotterdam tot een overeenkomst gekomen over de bewaking van de kwaliteit van zorg en medewerkers. Dit is vastgelegd in De Gouden Standaard, een zorgakkoord tussen gemeente, zorgwerkgevers en vakbonden over de kwaliteit van zorg en de werkgelegenheid. In dit akkoord zijn vier hoofdlijnen onderscheiden: kwaliteit van zorg, bedrijfsvoeringseffecten (efficiency, effectiviteit), social return en in- door- en uitstroom (arbeidsmobiliteit). De Gouden Standaard is tot stand gekomen via een transparant proces, waarbij verschillende partijen betrokken waren (zowel zorgaanbieders als vakbonden).

Evenals de meeste gemeenten in Nederland wil Rotterdam dat er meer informele zorg geleverd gaat worden. Alleen waar professionele zorg nodig is, wordt reguliere zorg ingeschakeld. Als aanbieders vrijwilligers inzetten in het kader van toeleiden naar betaald werk, kan dit onder social return vallen. Vrijwilligerswerk mag echter niet tot verdringing leiden: het is niet de bedoeling dat aanbieders vrijwilligers inzetten voor reguliere zorgactiviteiten. Vrijwilligers mogen alleen voor vrijwilligersfuncties ingezet worden (zoals koffieschenken).

5.2 Overleg en afstemming

De zorgaanbieders zijn betrokken geweest bij zowel de inhoudelijke richting van het gemeentelijk beleid als bij de ontwikkeling van de Gouden Standaard. De meerderheid van de zorgaanbieders is zeer positief over de samenwerking met de gemeente Rotterdam. De gemeente betreft de organisaties bij overleg, luistert, neemt inbreng serieus en probeert transparant te zijn.

In Rotterdam is een sterk bestuurlijk overleg te zien tussen de gemeente en de zorgaanbieders. In overleg met de zorgaanbieders is een visie opgesteld over de zorg. Aan de hand van deze visie is stapsgewijs verder gewerkt. Het beleid is nader gespecificeerd (per domein), wat uiteindelijk ook geresulteerd heeft in arrangementen met tariefafspraken.

Gedurende het bovenstaande proces over de transitie is ook gaandeweg het gesprek over de arbeidsmarkteffecten op gang gekomen, wat uiteindelijk dus geresulteerd heeft in de eerder genoemde Gouden Standaard. De Gouden Standaard is uiteindelijk tot stand gekomen tijdens twee 'snelkookpansessies', gehouden op twee achtereen-



volgende dagen. Hierbij waren naast de gemeente verschillende zorgaanbieders en bonden betrokken.

Wanneer de situatie in Rotterdam vergeleken wordt met andere gemeenten, wordt opgemerkt dat de meeste grote gemeenten hun best doen om een goede samenwerking te bewerkstelligen. Verschil met kleinere gemeenten is dat bij deze kleine gemeenten op dit moment meer onduidelijk is dan bij de grotere.

5.3 Voorbereiding aanbieders

Bij de zorgaanbieders is te zien dat zij hun flexibele schil aan het uitbreiden zijn (enkel tijdelijke contracten, weinig omzettingen van tijdelijke in vaste contracten). Daarnaast zijn de zorgaanbieders ook al bezig met het snijden in de overhead van de organisatie (o.a. management en facilitair). Een aantal organisaties is ook bezig met het opstellen van een sociaal plan voor wanneer bezuinigingen dusdanig zijn dat de flexibele schil dit niet meer kan opvangen.

Verder is te zien dat zorgaanbieders in Rotterdam ook al (soms individueel soms gezamenlijk) bezig zijn met het verkennen van het aanbieden van andere producten, zoeken naar andere doelgroepen, waarbij breder wordt gekeken dan alleen de gemeente Rotterdam.

Verder lijkt het er momenteel op dat zorgaanbieders die producten aanbieden die onder meerdere wetten vallen en/of in meerdere segmenten en gemeenten actief zijn, gemakkelijker met personeel kunnen schuiven en flexibilisering kunnen realiseren, dan zorgaanbieders die binnen één veld actief zijn. Met name organisaties binnen VV zijn zeer huiverig voor de toekomst. Daarbij blijft het ook onduidelijk of zij het deel AWBZ-financiering voor de gebouwen via de gemeente zullen krijgen. Zo niet, dan betekent dit mogelijk grote gevolgen voor de toekomst van deze organisaties (ontslagen dan wel faillissement).

5.4 Arbeidsmarkteffecten

De taakstelling in het sociale domein betekent dat er minder budget dan voorheen beschikbaar is. Aangezien het grootste deel van het budget aan personeelskosten opgaat, zal dit gevolgen voor de arbeidsmarkt hebben: er zal minder werkgelegenheid in de zorg zijn. De afname zal vooral op de lagere opleidingsniveaus zijn. Het is echter erg lastig om hier een exacte verwachting over uit te spreken, want organisaties zaten tijdens de gesprekken nog in de planningsfase, om voorbereid te zijn indien een personeelsreductie noodzakelijk is.

Dit is waarom er als onderdeel van De Gouden Standaard is afgesproken dat er een mobiliteitspool wordt opgezet. Deze verantwoordelijkheid ligt primair bij de zorgaanbieders, waarbij de gemeente ondersteunt. Er wordt gekeken naar waar de kansen liggen. Is het bijvoorbeeld mogelijk om mensen met mbo 1-2 verder op te leiden, zodat ze meer kans maken op de arbeidsmarkt? Maar ook: kan er een uitwisseling plaatsvinden tussen aanbieders waar meer en minder werk is?

Aangezien de werkgelegenheidsafname zich in de gehele langdurige zorg voordoet, is de gemeente ook alert op kansen en signalen van buiten de zorg (andere sectoren). Daarbij wordt gekeken of er met herscholing een uitkomst geboden kan worden. Intersectorale mobiliteit is echter lastig te realiseren. Het lijkt erop dat er in de zorg (op



korte termijn) overschotten komen, terwijl er bijvoorbeeld in de techniek tekorten zijn. Het is echter lastig om mensen vanuit de zorg in de techniek in te laten stromen. Sectoren die wel dichtbij de zorg liggen, zoals schoonmaak, maken ook zware tijden door. Daarnaast zal er een deel van de werkgelegenheid verschuiven naar de particuliere zorg.

De positie van mbo 1-2 is lastig. Het is vaak niet mogelijk om deze mensen verder op te leiden. Ze hebben niet de capaciteit en ook vaak geen tijd/gelegenheid om opleidingen te volgen.

5.5 Kansen en risico's

Volgens de aanbieders gaan er naar verwachting de komende twee jaar honderden banen verloren. De grootste klappen in de werkgelegenheid zullen pas in 2015 vallen. Er wordt wel voorgesorteerd, maar er zijn nog veel lopende contracten en afspraken. Het werk moet t/m 31-12-2014 nog uitgevoerd worden. Vanaf 1-1-2015 krijgen de veranderingen effect en zal de doorvertaling pas echt naar het personeelsbestand plaatsvinden. Om hoeveel arbeidsplaatsen en om welke functies het gaat, zal voor de aanbieders pas duidelijk worden als ze dit najaar de contracten hebben. Als ze dan personeel laten afvloeien, zijn de werknemers pas in de eerste helft van 2015 weg.

Over twee tot vijf jaar zal de vraag echter weer toenemen. Er zal dan weer meer geld beschikbaar zijn. Er moet dus ook een focus op zorgopleidingen blijven en er moeten voldoende stageplaatsen beschikbaar zijn.

Voor de Gemeente Rotterdam is het lastig dat ze aan de ene kant werkgelegenheid verloren ziet gaan, maar dat dit vrijwel niet anders kan omdat het binnen de zorgbudgetten niet te financieren is. En dat zij er aan de andere kant voor moet waken dat de mensen die er in de zorg uit moeten, niet (op den duur) via de andere deur voor een uitkering aankloppen.





6 Velsen

6.1 Gemeentelijk beleid

De gemeente beoogt voor 2015 een 'zachte landing' wat betreft het implementeren van de transitie. 2015 zal een overgangsjaar zijn, waarin men met de huidige aanbieders doorgaat. Aanbieders worden voor twee jaar gecontracteerd, met de mogelijkheid tot twee keer een verlenging van één jaar. Vanaf 2016 zal er ook ruimte zijn voor nieuwe toetreders. De taakstelling van het rijk wordt doorberekend aan de aanbieders. Op het gebied van begeleiding gaat men uit van een besparing van 25%.

Er worden middels onderhandse aanbestedingen raamcontracten afgesproken, zonder afnameverplichting. Voor een aantal onderdelen in het sociale domein (jeugdzorg, welzijn) wordt met subsidies gewerkt. Er zijn totaal vijftig tot zestig potentiële aanbieders. Maar de gemeente wil met minder dan zestig aanbieders werken. Er wordt bij voorkeur geen apart contract afgesloten met aanbieders met weinig cliënten. Begin september 2014 vindt de voorlopige gunning plaats. Vóór 1 oktober 2015 zullen de raamcontracten getekend zijn.

Velsen wil een duidelijke rol oppakken als regisseur. Als financier bepaalt de gemeente hoe de markt eruit komt te zien. Daarin wil de gemeente niet alleen faciliterend werken, maar ook duidelijk sturen, zodat de zorg efficiënt uitgevoerd wordt en er samenwerking is tussen de verschillende partijen. Er moet zo veel mogelijk op preventie en uitstroom gestuurd worden. In 2015 en in 2016 gaat Velsen sterk sturen op ontzorgen. Hiervoor zal de gemeente zelf haar rol nemen, maar ook de zorgaanbieders aanspreken op hun rol hierin. Ontzorgen is volgens de gemeente een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

De regio IJmond (Velsen, Beverwijk, Heemskerk en Uitgeest) heeft de vraagstukken gezamenlijk opgepakt. Beleidsvoorbereiding is in drie projectgroepen opgepakt, voor de kolommen AWBZ, Jeugdzorg en Participatie. Gezamenlijk hebben de gemeenten de beleidskaders voorbereid, het regionale transitiearrangement opgesteld, het uitvoeringskader re-integratie opgesteld en een verwervingsstrategie en -verordening vastgelegd. Deze kaders zijn vervolgens deels gemeentelijk en deels regionaal verder inhoudelijk uitgewerkt. Regionaal zijn randvoorwaardelijke zaken als ICT en de inkoop van specialistische diensten opgepakt. De aanbesteding en organisatie is lokaal gebeurd.

6.2 Overleg en afstemming

In de zomer en de herfst van 2013 zijn gesprekken gevoerd met de zestien grootste aanbieders in de langdurige zorg. Dit waren één-op-één gesprekken waarin besproken is hoe aanbieders de 25% korting op begeleiding kunnen opvangen, bijvoorbeeld door te besparen op overhead en administratieve lasten. Er is ook gesproken over hoe de veranderingen ingestoken kunnen worden gericht op transformatie. Aanbieders zeggen over de afstemming met de gemeente dat deze vooral ook inhoudelijk is. Er is gesproken over wat de doelgroepen zijn, welke zorg er nodig is, hoe verblijf en dagbesteding ingevuld zouden kunnen worden. Daarnaast is er gesproken over de inkoop en de zachte landing.



In de gemeente Velsen zal er gewerkt worden met wijkteams. De wijkteams zijn er gekomen op initiatief van de instellingen zelf: zij hebben een gezamenlijke visie bij de gemeente neergelegd. Op basis hiervan zijn in overleg met de gemeente twee pilots opgestart. Hiermee kan men proefondervindelijk vaststellen hoe dit werkt en waar men tegenaan loopt bij de samenwerking met aanbieders en het verdelen van taken en verantwoordelijkheden. De invulling van de wijkteams (en daarmee van de toegang) is aan de aanbieders, de gemeente gaat niet op de stoel van de instellingen zitten. De gemeente zal hierbij de expertise coördineren en faciliteren door te sturen op samenwerking, samenhang en effectiviteit. De disciplines in het wijkteam zijn afhankelijk van de behoefte in de wijk. De methoden volgens welke gewerkt wordt, worden wel standaard. Er komt 1 team per ongeveer 1.500 inwoners. In het team zullen in principe een opbouwwerker, een sociaal-maatschappelijk werker en (waarschijnlijk) de wijkverpleegkundige zitting nemen.

Arbeidsmarkteffecten zijn beperkt onderwerp van gesprek geweest. Er zijn wel signalen dat er frictiekosten zullen zijn (zowel op het gebied van personeel als voor gebouwen). Daarin heeft de gemeente een duidelijke lijn: frictiekosten zijn voor rekening van de aanbieders, die zal de gemeente niet op zich nemen. Aanbieders willen dat gemeenten daar een rol in gaan spelen. Velsen wil wel actief meedenken over frictiekosten, maar zal geen lasten op zich nemen. Een ander onderwerp dat (direct of indirect) de werkgelegenheid raakt, is de inzet van vrijwilligers. Hierover hebben aanbieders ook met de gemeente gesproken.

6.3 Voorbereiding aanbieders

De aanbieders zijn in verschillende mate proactief bezig in de aanloop naar de transitie. Sommige varen een duidelijke koers richting de transitie, ze hebben hiervoor een visie of een plan opgesteld. Vijf van de gesproken aanbieders hebben iemand intern verantwoordelijk gemaakt voor de contacten met de gemeente en/of het coördineren van de transitie. Dit kan iemand van binnen de organisatie zijn of zelfs speciaal daarvoor aangenomen. Anderen hebben een meer afwachtende houding, waarbij ze veel laten afhangen van wat de gemeente van hen zal vragen en welke percelen van de aanbesteding ze winnen.

Op het gebied van dienstverlening zijn aantal trends zijn duidelijk zichtbaar:

- meer inzetten op ambulante diensten;
- specialisatie op eigen diensten: zaken die voorheen 'erbij gedaan werden', als aanvullende diensten, of omdat men toch al in contact met de cliënt stond, worden niet meer gedaan: daarvoor is geen budget en kan door andere aanbieders of het eigen netwerk worden overgenomen;
- gezamenlijke dagbehandeling en dagbesteding aanbieden (dit is ook de wens van de gemeente);
- minder zelf behandelen/begeleiden en meer aansturen van het netwerk.

De zachte landing met budgetkorting betekent dat de huidige aanbieders op sommige terreinen toenadering tot elkaar zoeken om gezamenlijk diensten aan te bieden. Concurrentie wordt over het algemeen vrij beperkt gezien. Binnen de gemeente Velsen en de regio IJmond staan veel partijen reeds met elkaar in contact op het uitvoerende niveau. De intentie is er vanuit meerdere partijen om dagbehandeling en dagbesteding gezamenlijk (met verschillende branches) op te pakken. Er komen reeds initiatieven van de grond, maar deze zijn veelal nog in de aftastende fase. Het is vooral afwachten hoe de financiering hiervoor vanaf volgend jaar verloopt.



6.4 Arbeidsmarkteffecten

Over het algemeen wordt er wel krimp verwacht. In veel gevallen is dit een kwestie van natuurlijk verloop door het niet vervangen van uitstroom. Een enkeling houdt rekening met meer ontslagen (tot een derde van de personeelsomvang), maar het gaat in absolute zin om relatief beperkte aantallen (uit te drukken in tientallen). Wel houden meerdere aanbieders een slag om de arm met het oog op de uiteindelijke vraag van de gemeente.

Er wordt vooral over geleidelijkheid gesproken. Dit zal samenhangen met de zachte landing. De meeste aanbieders die nu al bezig zijn met outplacement, zullen dit voor 1 januari afronden. Alleen als ze erg achteruitgaan in omzet, zullen er grotere werkgelegenheidsafnames nodig zijn. Het proces van aanbesteding en afvloeiing als gevolg daarvan duurt een paar maanden, dus aanvullende personele maatregelen kunnen pas in 2015 afgerond worden.

De twee categorieën personeel waar het vaakst in gesneden wordt, zijn overhead (management) en mbo-niveau 1 (en in mindere mate 2). De lagere mbo-niveaus worden overbodig, doordat er meer met vrijwilligers gewerkt zal worden. Het aansturen en coördineren van vrijwilligers is iets dat beter door hogere mbo-niveaus en hbo'ers gedaan kan worden. Van uitbreiding is op dit moment niet of nauwelijks sprake. Er is wel een behoefte naar meer personeel op mbo-niveau 3-4 en hbo-niveau, maar er is budgettair/beleidsmatig geen ruimte voor vacatures.

Vrijwel niemand geeft nog vaste contracten. Hierin ligt een uitdaging als de wet verandert en werkgevers nog maar twee tijdelijke contracten mogen geven. Men is bezig geweest met het opbouwen van een flexibele schil of heeft deze inmiddels alweer afgebouwd.

6.5 Kansen en risico's

Zowel de gemeente als aanbieders koersen af op een zachte landing. De budgetkorting op begeleiding en dagbesteding wordt voorzien door aanbieders en ze staan open voor samenwerking met elkaar. Gemeente en (grote) aanbieders hebben (in meer of mindere mate) contact gehad in het voortraject. Omdat Velsen een relatief kleine gemeente is, kennen veel partijen elkaar persoonlijk en zijn verbanden snel gelegd. Ook zijn er in een aantal branches (zoals de V&V) maar een beperkt aantal aanbieders die een sterke positie in de markt en het maatschappelijk leven hebben. Zij zijn vrijwel verzekerd van continuïteit van dienstverlening.

Er is (c.q. was) echter nog veel onduidelijk voor aanbieders tot het moment van aanbesteding en gunning. De komende maanden zal meer duidelijk zijn wie welke taken op zich neemt. Dan zal blijken hoe zacht de landing voor de aanbieders in Velsen zal zijn. Meerdere aanbieders maken zich wel zorgen over het kennisniveau van de gemeente. Zij moeten zorg inkopen, maar kennen ze de doelgroep wel goed genoeg? Ook geven zowel gemeente als aanbieders aan dat er eigenlijk meer tijd nodig is. Na de definitieve vastlegging van alle wetten en regels zou eigenlijk een jaar nodig zijn om alles op orde te krijgen.





Bijlagen





Bijlage 1 **Gesproken stakeholders**

Voor deze pilots zijn gesprekken gevoerd, per gemeente, met verschillende stakeholders in de periode april-juli 2014. Totaal zijn 48 gesprekken gevoerd voor de pilots. Het gaat hier om betrokkenen vanuit de gemeenten en zorginstellingen, maar ook om betrokkenen vanuit het onderwijs en vanuit zorgkantoren. Hieronder is een overzicht opgenomen van de verdeling van het aantal gesprekken per groep van stakeholders. Om de anonimiteit te kunnen waarborgen worden alleen deze totalen gepresenteerd.

<i>Sector</i>	<i>Aantal gesproken organisaties</i>
Gehandicaptenzorg	6
Geestelijke Gezondheidszorg	5
Verpleeghuiszorg, Verzorgingshuiszorg en Thuiszorg	13
Jeugdzorg	6
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	7
Gemeente*	5
Onderwijs	3
Zorgkantoor	3
Totaal	48

** dit aantal is inclusief de gemeente Eindhoven. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 gaat het hier alleen om een kort telefonisch gesprek.*




|



Bijlage 6 Macroprognoses van de uitbreidingsvraag; een update

|





Macroprognoses van de uitbreidingsvraag; een update

Bijlage bij AER - fase II

Zoetermeer, september 2014

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Macroprognoses werkgelegenheid naar branche en wet	7
2.1	Belangrijkste wijzigingen sinds het Regeerakkoord 2012 en het zorgakkoord van april 2013	7
2.2	Macroprognoses werkgelegenheid naar branche	8
2.1	Macroprognoses werkgelegenheid per wet naar branche	10
	Bijlagen	13
Bijlage 1	Verantwoording	15





1 Inleiding

In het Regeerakkoord 2012 is een stelselwijziging van de AWBZ, Wmo en Jeugdzorg aangekondigd. Het uitgangspunt van de stelselwijziging is de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg dicht bij de burger te brengen. De stelselwijziging gaat gepaard met ombuigingen.

De sociale partners in zorg en welzijn ondersteunen veel uitgangspunten van de stelselwijzigingen. Zij zien kansen in bijvoorbeeld het benutten van de capaciteiten van medewerkers en de zelfregie van burgers. Er zijn echter ook zorgen over mogelijk kwaliteitsverlies en verlies van banen; de verplaatsing van het zwaartepunt van arbeidsplaatsen naar eerstelijns- en preventiesectoren; en de ervaring dat bij een stelselwijziging andere kwalitatieve eisen aan de professionaliteit van diverse medewerkers worden gesteld. De sociale partners hebben daarom de Staatssecretaris van VWS gevraagd om een ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) over de mogelijke gevolgen van de maatregelen voor de arbeidsmarkt in de diverse branches. VWS heeft vervolgens een consortium bestaande uit de bureaus Panteia, Etil en SEOR, opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren. De eerste fase van de AER is in oktober 2013 afgerond¹.

Sinds het verschijnen van dit rapport heeft VWS verschillende aanvullende maatregelen afgesproken met diverse partijen². Hiermee zijn extra financiële middelen beschikbaar gekomen voor de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg. Dit heeft tot gevolg dat de verwachte ontwikkeling van de werkgelegenheid uit de eerste fase van de AER op macroniveau bijgesteld dient te worden. Om die reden worden in dit rapport de geactualiseerde prognoses van de ontwikkeling van de werkgelegenheid op macroniveau gepresenteerd en kort toegelicht. De aanvullende maatregelen van juli 2014 konden nog niet worden meegenomen.

Aannames en afbakening

- In de prognoses van de werkgelegenheid zoals die in het rapport van de eerste fase van de arbeidsmarkt-effectrapportage zijn gepresenteerd is uitgegaan van 2012 als basisjaar. In de geüpdatete prognoses is 2013 het basisjaar.
- In de prognoses fase 1 werd voor de ziekenhuizen en GGZ uitgegaan van een jaarlijkse stijging van de arbeidsproductiviteit van 1%. Voor de overige branches werd uitgegaan van 0%. Hierbij werd aangenomen dat een stijging van de arbeidsproductiviteit leidt tot een evenredige afname van de werkgelegenheid. In dit geüpdatete prognoses is deze aanname niet gemaakt en hebben ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit geen invloed op de werkgelegenheid.
- In de prognoses van fase 1 zijn alfahulpen niet meegenomen (over alfahulpen wordt wel iets opgemerkt in de tekst). In de geüpdatete prognoses worden alfahulpen wel meegenomen.
- Er worden alleen prognoses gemaakt van alfahulpen en werknemers in loondienst bij instellingen. Uitzendkrachten, zelfstandigen en andere vormen van arbeid

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-259736.pdf>

² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/12/17/kamerbrief-over-zorg-en-maatschappelijke-ondersteuning-dichtbij.html> en <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/04/17/kamerbrief-over-uitkomst-begrotingsoverleg-hervorming-langdurige-zorg.html>.



worden niet meegenomen, omdat onvoldoende geschikte gegevens beschikbaar zijn.

- Een deel van de financiële middelen wordt overgeheveld naar gemeenten. Gemeenten hebben beleidsvrijheid waar het gaat om de besteding van deze middelen. Daarnaast kan sprake zijn van (hogere) uitvoeringskosten. Met de mogelijke effecten hiervan is in de prognoses geen rekening gehouden en wordt aangenomen dat gemeenten de overgehevelde budgetten één op één besteden aan de zorgtaken waarvoor deze zijn bestemd. Dit was overigens ook het geval voor de prognoses zoals die in het rapport van fase 1 zijn gepresenteerd.
- In de tabellen in dit rapport worden alleen cijfers over de totale werkgelegenheid gepresenteerd. In het prognosemodel wordt wel een uitsplitsing gemaakt naar kwalificaties. De effecten van verschuivingen tussen kwalificaties komen hierin tot uitdrukking in zoverre deze het gevolg zijn van verschuivingen in zorgvormen. Bijvoorbeeld: binnen de thuiszorg wordt bezuinigd op huishoudelijke hulp maar komen meer middelen beschikbaar voor extramurale verpleging, verzorging en begeleiding. De samenstelling van de werkgelegenheid in termen van kwalificaties verschilt tussen deze typen van zorg en dit effect is meegenomen in de prognoses.
- Andere vormen van uitvoering van de zorg kunnen ook verschuivingen in kwalificaties tot gevolg hebben. Deze verschuivingen zijn niet meegenomen, noch in de prognoses van fase 1, noch in de geüpdatete prognoses.
- Zowel de prognoses fase 1 als de geüpdatete prognoses geven alleen inzicht in het macroniveau en niet in de dynamiek op microniveau (ontslagen in instelling x , aannemen van personeel in instelling y).



2 Macroprognoses werkgelegenheid naar branche en wet

2.1 Belangrijkste wijzigingen sinds het Regeerakkoord 2012 en het zorgakkoord van april 2013³

In de eerste fase van de arbeidsmarkteffectrapportage zijn de budgettaire effecten van de maatregelen uit het Regeerakkoord 2012 en het zorgakkoord van april 2013 verwerkt. Sinds het verschijnen van deze akkoorden zijn er verschillende wijzigingen doorgevoerd die van invloed zijn op de verwachte ontwikkeling van de werkgelegenheid in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg.

Afspraken van het kabinet met de VNG in december 2013

Zorgvuldige overgang

Voor een zorgvuldige overgang van cliënten vanuit de AWBZ naar de WLZ, de Wmo en de ZVW worden extra middelen vrijgemaakt:

- Een deel van de zorg thuis met een indicatie verblijf blijft nog in de Wet Langdurige Zorg (Wlz) zonder korting. € 125 miljoen in 2015 aflopend tot € 65 miljoen in 2018
- Zorgvuldige overgang van AWBZ naar Wmo; € 200 miljoen in 2015
- Zorgvuldige overgang van AWBZ naar Zvw; € 100 miljoen in 2015

Vernieuwende zorg- en ondersteuningsarrangementen

- Vanaf 2016 wordt structureel € 200 miljoen toegevoegd voor vernieuwende zorg- en ondersteuningsarrangementen op het snijvlak van welzijn, werk en inkomen, wonen, jeugdzorg en onderwijs.

Financiële dekking

De uitgavengroei wordt beperkt tot het niveau van demografische groei. Hierdoor ontstaat financiële ruimte die wordt ingezet voor zorgvuldige overgang, vernieuwing in de Wmo en de nieuwe aanspraak op wijkverpleging.

Afspraken van het kabinet met D66, CU en de SGP in april 2014

Meer zekerheid in overgangsjaar

- Mensen met een AWBZ-indicatie die doorloopt na 1 januari 2015, blijven de daaraan verbonden rechten behouden. Voor mensen met een persoonsgebonden budget geldt een vergelijkbaar overgangsrecht. Hiervoor wordt een bedrag beschikbaar gesteld van € 195 miljoen in 2015.

³ De aanvullende maatregelen van juli 2014 konden nog niet worden meegenomen.



Extra middelen ondersteuning thuis

- Voor ouderen en verstandelijk gehandicapten voor wie het thuis wonen niet langer gaat, worden extra middelen beschikbaar gesteld om een plaats in een zorginstelling mogelijk te maken. Hiervoor worden middelen beschikbaar gesteld oplopend van € 5 miljoen in 2015 tot € 70 miljoen in 2019
- Ook voor mensen die in een instelling verblijven is dagbesteding en begeleiding belangrijk. Omdat meer mensen gebruik zullen maken van intramurale begeleiding dan oorspronkelijk geraamd komt er structureel € 100 miljoen meer beschikbaar voor begeleiding en dagbesteding.

2.2 Macroprognoses werkgelegenheid naar branche

De werkgelegenheid in de langdurige zorg en jeugd, gemeten in FTE, neemt in de komende jaren af (tabel 1). Naar verwachting is het aantal FTE in 2017 ruim 18 duizend lager dan in 2013. In de intramurale verpleging en verzorging neemt de werkgelegenheid het sterkst af en is het aantal FTE in 2017 ruim 20 duizend lager dan in 2013. Deze afname is in belangrijke mate het gevolg van de extramuralisering van de lagere ZZP's. Als gevolg van de extramuralisering neemt de werkgelegenheid in de extramurale verpleging en verzorging toe.

Ook in de huishoudelijke hulp neemt als gevolg van de bezuinigingen de werkgelegenheid sterk af. In de GZZ en in de gehandicaptenzorg neemt de werkgelegenheid per saldo licht toe.

Tabel 1 ontwikkeling van het aantal FTE van werknemers en alfa hulpen (x 1000)

	2013	2015	t.o.v. 2013	2016	t.o.v. 2013	2017	t.o.v. 2013
Geestelijke Gezondheidszorg	66,9	67,9	1,1	67,9	1,0	68,1	1,2
Gehandicaptenzorg	116,8	118,9	2,1	119,7	2,9	118,1	1,4
Verpleging en verzorging ¹	161,9	153,6	-8,2	146,6	-15,2	141,6	-20,3
Jeugdzorg	26,7	26,3	-0,3	25,1	-1,6	24,1	-2,6
Thuiszorg (incl. Alfa hulpen)	94,0	87,8	-6,3	90,1	-4,0	96,2	2,1
* Wv extramurale V&V	61,2	63,9	2,7	68,7	7,5	73,9	12,7
* Wv huishoudelijke hulp (HH)	18,2	13,2	-5,0	11,8	-6,4	12,3	-5,9
* Wv alfa hulpen	14,7	10,7	-4,0	9,6	-5,1	10,0	-4,7
Totaal AER	466,2	454,6	-11,7	449,4	-16,8	448,1	-18,1

¹ V&V exclusief geriatrie revalidatiezorg

Bron: Ministerie van VWS, 2014, CBS, PGGM, Werknemersenquête AZW

De ontwikkeling van de werkgelegenheid gemeten in het aantal personen wijkt af van het aantal FTE omdat de gemiddelde omvang van de werkweek verschilt tussen branches (tabel 2). Dit effect is goed zichtbaar in de thuiszorg. Voor de totale thuiszorg is de werkgelegenheid in 2017 circa 2 duizend fte hoger dan in 2013.



Gemeten in personen neemt de werkgelegenheid echter af. Dit wordt veroorzaakt door de gemiddeld kleine omvang van de werkweek van huishoudelijke hulpen (inclusief alpha-hulpen), een groep waarvoor de werkgelegenheid in fte ook sterk afneemt.

Tabel 2 ontwikkeling van het aantal werknemers en alfahulpen (x 1000)

	2013	2015	t.o.v. 2013	2016	t.o.v. 2013	2017	t.o.v. 2013
Geestelijke Gezondheidszorg	81,9	83,1	1,3	83,1	1,2	83,3	1,4
Gehandicaptenzorg	162,2	165,2	3,0	166,5	4,3	164,4	2,2
Verpleging en verzorging ¹	247,0	233,1	-13,9	221,4	-25,7	213,4	-33,7
Jeugdzorg	31,8	31,4	-0,4	30,0	-1,9	28,7	-3,1
Thuiszorg (incl. Alfahulpen)	190,6	170,3	-20,3	171,4	-19,1	182,3	-8,3
* Wv extramurale V&V	101,2	105,4	4,2	113,4	12,2	121,7	20,5
* Wv huishoudelijke hulp (HH)	45,3	32,9	-12,4	29,4	-15,9	30,7	-14,6
* Wv alfahulpen	44,1	32,0	-12,1	28,7	-15,4	29,9	-14,2
Totaal AER	713,5	683,2	-30,3	672,3	-41,2	672,1	-41,4

1 V&V exclusief geriatrische revalidatiezorg

Bron: Ministerie van VWS, 2014, CBS, PGGM, Werknemersenquête AZW



2.1 Macroprognoses werkgelegenheid per wet naar branche

Als gevolg van de maatregelen in het Regeerakkoord 2012 en de latere aanpassingen verschuiven middelen tussen de verschillende wetten op basis waarvan de langdurige zorg wordt gefinancierd. Van de 'oude' AWBZ blijft een kerndeel over onder de naam Wet langdurige zorg (Wlz). Het overige deel wordt overgeheveld naar Wmo, Jeugdwet en de Zvw. In tabel 3 is de toekomstige ontwikkeling van de werkgelegenheid (in FTE) uitgesplitst naar wet en branche.

Tabel 3 ontwikkeling van het aantal FTE van werknemers en alfa-hulpverleners per wet naar branche (x 1000)

	2013	2015	2015 t.o.v. 2013	2016	2016 t.o.v. 2013	2017	2017 t.o.v. 2013
Wmo							
Huishoudelijke hulp	32,9	23,9	-9,0	21,4	-11,5	22,3	-10,6
Thuiszorg	9,9	9,9	0,0	11,1	1,2	11,4	1,5
GGZ	16,0	16,2	0,1	16,3	0,3	16,5	0,4
GHZ	9,8	10,9	1,0	12,2	2,4	12,4	2,6
Totaal	68,6	60,8	-7,8	61,0	-7,6	62,5	-6,1
Jeugd							
Jeugd AWBZ	11,7	10,9	-0,7	10,3	-1,4	9,9	-1,8
wv GHZ	8,8	8,3	-0,5	7,8	-1,0	7,5	-1,3
wv GGZ	1,3	1,2	0,0	1,2	-0,1	1,1	-0,1
wv V&V	1,6	1,4	-0,2	1,3	-0,3	1,3	-0,3
Jeugd GGZ	9,0	9,1	0,1	9,1	0,1	9,1	0,1
Jeugdhulp smal	26,7	26,3	-0,3	25,1	-1,6	24,1	-2,6
Totaal	47,3	46,4	-0,9	44,5	-2,8	43,0	-4,3
Langdurige zorg naar de Zvw							
GGZ	35,6	36,0	0,4	36,1	0,5	36,1	0,5
GHZ	2,3	2,5	0,3	2,6	0,3	2,6	0,4
Thuiszorg	46,2	48,4	2,2	51,8	5,6	56,0	9,8
Totaal	84,1	87,0	2,9	90,5	6,4	94,8	10,7
Langdurige zorg in de Wlz							
GGZ	7,0	7,0	0,0	7,0	0,0	7,1	0,1
GHZ	93,9	95,6	1,6	95,4	1,5	93,9	0,0
V&V ¹	161,9	153,6	-8,2	146,6	-15,2	141,6	-20,3
Thuiszorg	3,4	4,2	0,7	4,5	1,0	5,2	1,8
Totaal	266,2	260,4	-5,8	253,5	-12,8	247,8	-18,4
Totaal wetten	466,2	454,6	-11,7	449,4	-16,8	448,1	-18,1

1 V&V exclusief geriatrische revalidatiezorg

Bron: Ministerie van VWS, 2014, CBS, PGGM, Werknemersenquête AZW



In tabel 4 is de ontwikkeling van de werkgelegenheid gemeten in personen uitgesplitst naar wet en branche. Bij de omrekening van het aantal FTE naar het aantal personen speelt de gemiddelde omvang van een baan een rol. Naarmate deze groter is (meer uren per week) neemt de verhouding personen/FTE af.

Tabel 4 ontwikkeling van het aantal werknemers en alfhulpen per wet naar branche (x 1000)

	2013	2015	2015 t.o.v. 2013	2016	2016 t.o.v. 2013	2017	2017 t.o.v. 2013
Wmo							
Huishoudelijke hulp	89,4	65,0	-24,4	58,1	-31,3	60,6	-28,8
Thuiszorg	16,4	16,3	-0,1	18,3	1,9	18,7	2,4
GGZ	19,7	19,9	0,2	20,1	0,3	20,3	0,5
GHZ	14,6	16,1	1,5	18,1	3,5	18,4	3,8
Totaal	140,1	117,2	-22,8	114,6	-25,5	118,0	-22,1
Jeugd							
Jeugd AWBZ	16,8	15,7	-1,1	14,8	-2,0	14,2	-2,6
wv GHZ	12,6	11,9	-0,7	11,2	-1,4	10,7	-1,9
wv GGZ	1,5	1,5	0,0	1,4	-0,1	1,4	-0,1
wv V&V	2,7	2,3	-0,4	2,2	-0,5	2,1	-0,6
Jeugd GGZ	10,9	11,3	0,4	10,8	0,0	10,3	-0,6
Jeugdhulp smal	31,8	31,4	-0,4	30,0	-1,9	28,7	-3,1
Totaal	59,6	58,4	-1,1	55,5	-4,0	53,3	-6,3
Langdurige zorg naar de Zvw							
GGZ	44,5	44,8	0,3	45,4	0,9	45,8	1,3
GHZ	2,8	3,1	0,3	3,2	0,4	3,2	0,4
Thuiszorg	76,5	79,9	3,4	85,5	9,0	92,3	15,8
Totaal	123,8	127,8	4,0	134,0	10,3	141,4	17,6
Langdurige zorg in de Wlz							
GGZ	8,6	8,7	0,1	8,6	0,0	8,8	0,2
GHZ	128,8	131,1	2,3	130,8	2,1	128,8	0,0
V&V ¹	247,0	233,1	-13,9	221,4	-25,7	213,4	-33,7
Thuiszorg	5,7	6,9	1,2	7,3	1,7	8,6	2,9
Totaal	390,1	379,7	-10,4	368,2	-21,9	359,5	-30,6
Totaal wetten	713,5	683,2	-30,3	672,3	-41,2	672,1	-41,4

1 V&V exclusief geriatrische revalidatiezorg

Bron: Ministerie van VWS, 2014, CBS, PGGM, Werknemersenquête AZW





Bijlagen





De ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorg en WJK wordt in belangrijke mate bepaald door de beschikbare financiële middelen. Daarom wordt in de prognoses van de werkgelegenheid verondersteld dat de ontwikkeling van de werkgelegenheid gelijk is aan de ontwikkeling in de financiële middelen.

De prognoses van de toekomstige werkgelegenheid bestaat uit de volgende stappen:

1 Bepaling standcijfers werkgelegenheid basisjaar

Het aantal FTE per branche in het basisjaar 2013 wordt bepaald op basis van cijfers over de werkgelegenheid van het CBS en PGGM. Op basis van cijfers van het CBS kan de werkgelegenheid per branche tot en met 2011 worden bepaald. Deze cijfers worden geëxtrapoleerd naar 2013 door ontwikkelingen in de werkgelegenheid zoals die worden waargenomen in gegevens van PGGM op de cijfers van 2011 te zetten.

2 bepaling financiële middelen

Op basis van gegevens van het Ministerie van VWS worden per branche de beschikbare financiële middelen bepaald.

3 bepaling aantal FTE

Uitgaande van de werkgelegenheid (FTE) in het basisjaar 2013 wordt de werkgelegenheid in de prognosejaren (2013-2017) bepaald door hierop ontwikkelingen in de financiële middelen (stap 2) te zetten.

4 bepaling aantal FTE uitgesplitst naar kwalificatie

Voor de uitsplitsing van de werkgelegenheid naar kwalificaties wordt gebruik gemaakt van de werknemersenquête die in het kader van het onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en WJK wordt gehouden. Voor de langdurige zorg wordt zoveel als mogelijk onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van zorg die door de betreffende branches wordt geleverd. Het aantal FTE per branche (stap 3) wordt zodanig uitgesplitst dat aansluiting bij het hierboven genoemde onderscheid in de werknemersenquête ontstaat. Door projectie van de samenstelling van de werkgelegenheid naar kwalificaties te projecteren op het aantal FTE wordt het aantal FTE naar branche en kwalificatie berekend.

5 Omrekening van FTE naar personen

Voor de omrekening van het aantal FTE naar personen wordt gebruik gemaakt van gegevens over de gemiddelde omvang van een baan uit de werknemersenquête 2011.

6 uitsplitsing naar zorgwet

Voor de arbeidsmarkteffectrapportage langdurige zorg en ondersteuning wordt een extra uitsplitsing naar zorgwet gemaakt. Een dergelijke uitsplitsing kan alleen worden gemaakt door uit te gaan van de financiële middelen. Hierbij wordt aangenomen dat de verdeling van de werkgelegenheid proportioneel is met de verdeling van de financiële middelen

