

Vaste kameracie. VWS

Rondetafelgesprek arbeidsmarkt in de zorg d.d. 10 maart 2025

Bijdrage Edwin Maalderink – Bestuurder Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk

Tijdens mijn loopbaan tussen 1998 en nu heb ik zorgprofessionals leren kennen als flexibel, veerkrachtig en ontzettend hardwerkend. In de kern hebben ze gekozen voor de zorg om anderen te helpen; dát is hun primaire drijfveer! Alles dat dáár een appel op doet is in de goede richting. Twee opmerkingen vooraf:

1. Zorgaanbieders kunnen zélf heel veel doen, samen met hun zorgprofessionals. Zij kunnen ontzettend veel doen op het vlak van bijvoorbeeld werkplezier, werkdruk, inzetbaarheid, professioneel zeggenschap, in- en uitstroom, opleiden en strategische personeelsplaning. Dat allereerst!
2. Op dit moment werken zo'n 1,7 mln. mensen in de zorg = 17% van de beroepsbevolking (bijna 1 op 6). Mijn tweede punt vooraf is: het is niet in het belang van de zorg om de arbeidsmarkt te kannibaliseren. Er is in Nederland ook onderwijs nodig, voldoende woningen, veiligheid, etc.

Dat gezegd hebbende, er zijn natuurlijk ook zaken waar de overheid echt een handje mee kan helpen met het oog op de arbeidsmarkt. Met als doel de zorg in de context van de dubbele vergrijzing niet alleen in de stedelijke gebieden van Nederland toegankelijk te houden voor inwoners, maar juist ook in de regio. Waar ik dan aan denk?

- a. Allereerst: het moet evenwichtiger. Verpleegkundigen verdienen substantieel minder dan medewerkers met een vergelijkbaar opleidingsniveau bij bijvoorbeeld politie, onderwijs en spoorwegen, zie het daarover uitgebrachte rapport van de SER (*"Eindsalarissen zorg ten opzichte van de publieke sector"*). Natuurlijk, beloning en andere arbeidsvoorwaarden is primair iets voor werkgevers en bonden. Maar bij noodzaak tot structurele reparatie die de reguliere ruimte overstijgt, heeft ook u een verantwoordelijkheid. Ondanks de nivellering in de voorbije CAO's wijken de salarissen in de gezondheidszorg met name in de middenklasse (FWG 35-65) significant af van andere sectoren. In deze salarisschalen verdienen zorgprofessionals gemiddeld 9% minder dan vergelijkbare functies in het bedrijfsleven en 6% minder dan elders in de publieke sector. Hoewel niet het enige element, ook werkdruk en imago spelen een rol, maar dat zorgopleidingen intussen minder gevuld zijn dan andere opleidingen, is een even duidelijk als onheilspellend signaal met het oog op de toekomst en de aanstormende zorgkloof. Ik zou u derhalve op dit punt willen meegeven: het moet evenwichtiger, de toegankelijkheid van zorg is calling!
- b. Spoedzorg. Budgetbekostiging van spoedeisende ziekenhuiszorg zoals SEH, IC en acute verloskunde is een goed idee. Het geeft stabiliteit, rust en perspectief voor langere termijn voor zowel zorgprofessionals als het ziekenhuis. Daarnaast is uitbreiding van de huidige beschikbaarheidsvergoeding voor ziekenhuizen in kwetsbare verzorgingsgebieden, eveneens een goed idee. Ook dat geeft stabiliteit voor medewerkers, juist daar waar de toegankelijkheid van acute zorg onder druk staat.
- c. Passende zorg (JZOJP) zit veelal in samenwerking in de zorgketen (huisarts, ziekenhuis, ouderenzorg, thuiszorg, etc. en met informele zorg). Passende zorg betekent vaak van

meer betekenis zijn voor patiënt of cliënt en daarmee óók plezieriger werken. Het pad van passende zorg is dus goed. Overheid beschouw dat niet als een ‘pik in het is winter’ bezuinigingsknop, maar stimuleer met instrumentarium waar mogelijk. Voorzie passende zorg van meer mogelijkheden tot passende bekostiging. Op dit moment echt een groot probleem!

- d. Concentratie van complexe zorg is in basis een goed idee met het oog op kwaliteit van zorg. Als je iets vaker doet word je er beter in. Doe het geografisch en organisatorisch alleen wel op de juiste schaal, i.c. niet te groot en niet te klein. Kwaliteit zit immers niet alleen in “het kunstje” dat qua kennis en infrastructuur in een gespecialiseerde setting beter af is, maar juist ook in de ketensamenwerking tussen ziekenhuizen. Opletpunt: door de focus op concentratie van complexe zorg, dreigt het spreiden van laagcomplexe zorg het ondergeschoven kind te worden en dat introduceert onzekerheden voor zowel zorgprofessionals als hun werkgevers, veelal kleinere ziekenhuizen in de regio.
- e. Stimuleer zorgaanbieders op te leiden, in elke loopbaanfase, ook boven formatief
- f. Stimuleer onderwijsaanbieders op te leiden naar behoefte
- g. Stimuleer ketensamenwerking en keteninnovaties, bijvoorbeeld via ZonMw
- h. Stimuleer zeggenschap in de zorg
- i. Stimuleer het verlagen van de registratielast, een lastig en veelkoppig dossier, denk ook aan bevoegd- en bekwaamheden van zorgprofessionals, maar ook bijvoorbeeld mantelzorgers
- j. Stimuleer op landelijke schaal goede databeschikbaarheid, gegevensuitwisseling en andere technologische innovaties, bijvoorbeeld m.b.t. generatieve AI
- k. Zorg dat meer werken loont. Pas fiscale mogelijkheden toe om de deeltijdfactor (thans in de zorg 0,68 = 25 uur per week) opwaarts te beïnvloeden. En faciliteer onregelmatig werken, denk aan kinderopvang door zorgaanbieders en/of regelingen voor medewerkers
- l. Stimuleer informele zorg, bijvoorbeeld mantelzorg en bewonersinitiatieven
- m. Stimuleer werken na de pensioengerechtigde leeftijd
- n. Bewaak de solidariteit in het stelsel als het gaat om ZBC's en ziekenhuizen in relatie tot de arbeidsmarkt.

Tot slot. Opvallend is dat, ondanks hun relatieve kwetsbaarheid, veel wat kleinere ziekenhuizen in de regio hun zaakjes goed voor elkaar hebben. Ook in Winterswijk, met een laag verzuim, veel zeggenschap bij professionals, geen zzp'ers in de zorg, korte lijnen en uitermate hoge tevredenheid bij medewerkers, patiënten en huisartsen. Mijn oproep tot slot: koester dat en versterk het waar mogelijk! Hier zit een substantieel deel van de oplossing. Dus: investeer in infrastructuur in de regio, bereikbaarheid, wonen en voorzieningen!