

Gepast betalen!

Eindrapport van de werkgroep

Beheersing arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector

Interdepartementaal Beleidsonderzoek

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1 – Inleiding	11
Hoofdstuk 2 - Huidig zorgstelsel	15
1.6 Inleiding	15
2.2 Overheidsinvloed op de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector	15
2.3 Huidig model van arbeidsvoorwaardenvorming en –financiering	16
2.4 OVA versus kosten, 1995-2001	17
1.6 Relatie met de krapte op de arbeidsmarkt	20
2.6 Omgevingsfactoren	20
2.7 Samenvatting en conclusie	21
Hoofdstuk 3 - Op weg naar een nieuw zorgstelsel	23
3.1 Inleiding	23
1.6 Nieuw zorgstelsel: de beoogde eindsituatie	23
1.7 De beoogde eindsituatie: risico's	24
3.4 De overgang naar het nieuwe stelsel: door een toezichtshouder gereguleerde maximum "output"prijzen	25
3.5 Nieuw zorgstelsel en de werking van "input"markten	27
3.6 Samenvatting en conclusie	29
Hoofdstuk 4 – Beleidsvarianten	31
1.6 Inleiding	31
1.7 Beleidsvarianten bestaande zorgstelsel	31
1.8 Toetsing oplossingsrichtingen huidig zorgstelsel, een schematische weergave	39
1.9 Oplossingsrichtingen nieuw zorgstelsel	41

Samenvatting

Inleiding

In Nederland worden de zorguitgaven grotendeels collectief gefinancierd. In het jaar 2002 is hiermee een budgettair beslag van circa €31,5 miljard gemoeid. De productie van zorg- en welzijnsvoorzieningen is relatief arbeidsintensief. Dit verklaart waarom de kosten van zorgproducenten gemiddeld voor circa 60% uit loonkosten bestaan. De totale loonsom bedraagt circa €20 miljard. Deze gegevens onderstrepen het belang van een verantwoorde loonkostenontwikkeling in de zorgsector.

De overheid verhoogt het loongevoelige deel van de budgetten in deze sector jaarlijks met de geraamde gemiddelde loonkostenstijging in de marktsector, de zogenaamde overheidsbijdrage aan de arbeidskosten (OVA). Zo kan het salaris van werkenden in de zorg ieder jaar in beginsel evenveel omhoog als het salaris van werkenden in de marktsector.

Na onderhandelingen sluiten werkgevers- en werknemersorganisaties CAO's af, zoals dat ook in de marktsector gebeurt. De overheid zit niet aan tafel. Werkgevers hebben de door de overheid vastgestelde marktconforme financiële ruimte ter beschikking om de kosten van de CAO te betalen.

Aanleiding voor een interdepartementaal beleidsonderzoek

De kosten van de zorg-CAO's voor het jaar 2001 vormden de directe aanleiding voor dit interdepartementaal onderzoek (IBO) naar de mogelijkheden om de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector beheerst te houden. De stijging van de lonen in deze CAO's kwam namelijk gemiddeld zo'n 2% hoger uit dan het gemiddelde in de marktsector.

Het gevolg hiervan is dat zorginstellingen gedwongen zijn eventuele financiële reserves aan te spreken, of de arbeidsproductiviteit te verhogen. Mocht dit niet lukken dan resteert voor instellingen bij gegeven budget slechts de mogelijkheid het zorgvolume of de kwaliteit van de geleverde zorg te verminderen. In dit geval wordt een boven marktconforme stijging van de loonkosten afgewenteld op de zorggebruikers. De vermindering van het zorgvolume (waardoor wachtlijsten kunnen ontstaan of bestaande wachtlijsten/wachttijden¹ langer worden) en/of de verlaging van de kwaliteit van de zorg kunnen voor de overheid vervolgens aanleiding vormen extra middelen voor de zorgsector beschikbaar te stellen. Het uiteindelijke resultaat is dat de kosten van de zorg sterker oplopen dan oorspronkelijk werd beoogd.

Kernpunt van de problematiek is dat de overheid wel verantwoordelijk is voor de financiering van de arbeidskosten in de zorg maar geen partij is in de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden.

Dit onderzoek onderzoekt welke mogelijkheden er bestaan om de loonkosten in de zorgsector meer in de pas te laten lopen met die in de marktsector. Daarbij is het bestaande zorgstelsel het vertrekpunt. Verder wordt een doorkijk gegeven naar het nieuwe zorgstelsel. Het kabinet wil meer concurrentie introduceren op de markten voor zorgproducten en zorgverzekeringen. De zorgvraag van verzekerden moet veel sterker de doorslag gaan geven (vraagsturing). Daarmee kan de huidige aanbodsturing door de overheid in belangrijke mate vervallen. Geanalyseerd

¹ In de rest van dit onderzoek wordt slechts gesproken over wachtlijsten. In voorkomende gevallen wordt hiermee wachttijden bedoeld.

wordt welke rol de loonkosten in dat nieuwe stelsel spelen en of er voor de overheid nog aanleiding en mogelijkheden bestaan deze te beheersen.

Huidig arbeidsvoorwaardenmodel zorgsector

Een analyse voor de periode 1995-2001 in hoofdstuk 2 van dit rapport laat zien dat de loonkosten in de zorgsector sinds 1998 uitstijgen boven de daarvoor beschikbaar gestelde marktconforme middelen; zie tabel 1. Cumulatief was er voor de periode 1995-2001 sprake van een overschrijding van 2,2% (circa 440 miljoen euro in prijzen 2001). Naar alle waarschijnlijkheid heeft deze overschrijding van circa 440 miljoen euro geleid tot een verminderd voorzieningenniveau (kwantitatief en/of kwalitatief), mede gezien het feit dat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector in die jaren cumulatief is gedaald met circa 6%. Overigens kunnen bij dit laatste cijfer de nodige kanttekeningen worden geplaatst. De achterliggende redenering is dat, als er te weinig geld is voor de loonkosten, er geen financiële reserves bestaan en de arbeidsproductiviteit niet meestijgt, instellingen wat zij tekort komen wel moeten financieren door minder (goede) zorg te produceren.

Tabel 1. Arbeidsvoorwaardenruimte versus loonkostenontwikkeling zorgsector, 1995-2001 (% per uur)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1. Arbeidsvoorwaardenruimte per uur	0,95	2,17	2,63	3,66	4,06	4,03	6,02
2. Arbeidskostenontwikkeling zorg per uur	-0,10	2,20	1,93	4,86	4,89	4,14	7,80
3. Saldo arbeidskostenontwikkeling	1,05	-0,03	0,70	-1,20	-0,83	-0,11	-1,78

Bron: regel 1: VWS, regel 2: CPB (stand CEP2002), CBS

De gesignaleerde loonkostenontwikkeling kan in theorie diverse oorzaken hebben. Krapte op de arbeidsmarkt kan een rol gespeeld hebben bij de boven marktconforme loonkostenstijging in de zorgsector, hoewel voor de hele periode 1995-2001 moeilijk een eenduidig verband tussen verschillende indicatoren voor arbeidsmarktkrapte en de loonkostenstijging te leggen is. Naast de krapte op de arbeidsmarkt kunnen ook andere factoren opwaartse druk op de lonen zetten. Te denken valt aan toenemende druk om de arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector te verbeteren (denk aan de gewekte verwachtingen vanaf medio 2000 in het kader van de commissie Van Rijn), aan de verminderde consensus over de noodzaak de collectieve uitgaven te beperken en aan de forse werkgelegenheidsgroei in de zorg.

Het huidige model voor de arbeidsvoorwaardenvorming in de zorg blijkt kwetsbaar te zijn voor diverse omgevingsfactoren. Er bestaat potentieel risico voor een onbeheersbare (boven marktconforme) ontwikkeling van de loonkosten. Deze boven marktconforme loonkostenontwikkeling kan ten koste gaan van het gewenste zorgvolume of de gewenste zorgkwaliteit.

Beleidsalternatieven huidig zorgstelsel

Gegeven de wenselijkheid dat de ontwikkeling van de loonkosten in de zorgsector in de pas loopt met die in de marktsector zodat het gewenste zorgvolume en de gewenste zorgkwaliteit niet in het gedrang komt, zijn drie alternatieven bezien:

1. invoering van een periodiek overlegmodel in de zorg;
2. invoering van systeemprykkels, waarbij vier modaliteiten zijn onderscheiden;

3. overgaan op een sterker sturende rol voor de centrale overheid, eveneens met vier modaliteiten.

Ad. 1 Periodiek overlegmodel in de zorg

Een geïnstitutionaliseerd overleg tussen de overheid, de werkgeversorganisaties en mogelijk de werknemersorganisaties in de zorg kan bijdragen aan meer draagvlak voor een parallelle ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden in zorgsector en marktsector. In dit overleg zal de hoogte van de OVA geen bespreekpunt moeten zijn maar zal de overheid het belang van een OVA-conforme loonontwikkeling krachtig moeten bepleiten.

Ad. 2 Systeemprikkels

Mocht een CAO uiteindelijk duurder uitvallen dan strookt met de OVA-middelen, dan is het denkbaar de OVA in het daaropvolgende jaar te korten of geen middelen beschikbaar te stellen voor het wegwerken van de wachtlijsten, voorzover die het gevolg zijn van overschrijdingen van de OVA-ruimte (malusmechanismen).

De overheid kan ook CAO's die de OVA-ruimte te buiten gaan in periodiek overleg met de sector expliciet aan de orde stellen. In dit overleg wordt getoetst of de sector zich houdt aan expliciete afspraken over zorgvolume en zorgkwaliteit.

Ook bestaat de mogelijkheid van positieve prikkels per sector, per instelling of voor bestuurders als beloning voor bijvoorbeeld een beheerste loonkostenontwikkeling, hogere productie, laag ziekteverzuim, of extra stijgingen van de arbeidsproductiviteit. Deze bonus zou dan moeten worden gefinancierd door de OVA jaarlijks wat lager vast te stellen zodat een 'bonuspotje' ontstaat.

Versnelde invoering van outputfinanciering, met vaste vergoeding per geleverd zorgproduct, geeft tenslotte een goede stimulans op instellingsniveau om de arbeidskostenontwikkeling beheerst te houden en afwenteling op het zorgvolume te voorkomen.

Ad. 3. Sterkere rol centrale overheid

In theorie is het mogelijk alle zorginstellingen onderdeel van de overheidsorganisatie te maken en werknemers de status van ambtenaren te geven.

Een alternatief is dat de overheid bij een overschrijding van de OVA-ruimte de salarisparagraaf in de desbetreffende CAO onverbindend of niet algemeen verbindend verklaart. Bij onverbindend verklaren wordt de CAO in feite afgekeurd en zullen arbeidsvoorwaarden op individueel niveau bepaald moeten worden. Bij de optie van niet algemeen verbindend verklaren valt 1,3% van de werknemers in de zorgsector niet meer automatisch onder de CAO's.

Tenslotte kan de overheid met 'waarnemers' aanwezig zijn bij het CAO-overleg. De waarnemer heeft slechts een signaalfunctie. Zijn aanwezigheid moet voorkomen dat de uiteindelijke stijging van de arbeidskosten boven een bepaald mandaat (de OVA-ruimte) uitkomt.

De werkgroep concludeert dat het overlegmodel (alternatief 1), een bijdrage kan leveren om te komen tot meer draagvlak voor een passende ontwikkeling van de arbeidskosten in de zorgsector. Dit model heeft geen zelfstandige betekenis, maar biedt een aanvulling op de alternatieven 'systeemprikkels' en 'sterkere rol centrale overheid'.

De bedoelde alternatieven zijn beoordeeld op basis van vier criteria. Hoofdcriterium voor de beoordeling is de mate waarin de alternatieven bijdragen aan de beheersing van de loonkostenontwikkeling en daarmee samenhangend de beperking van de mogelijkheid tot afwenteling van hoge loonstijgingen op het volume en/of de kwaliteit van zorgvoorzieningen. Tabel 2 zet de beleidsvarianten en hun beoordeling in een schema. De variant 'overlegmodel' wordt niet in het schema aan een beoordeling onderworpen omdat het geen zelfstandige optie

is. Voor een uitgebreide beschrijving van de varianten en hun beoordeling wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

Tabel 2. Beoordeling beleidsalternatieven huidig zorgstelsel, een schematische weergave

		Hoofdcriterium				Nevencriteria			
		Beheersing Arbeidskostenontwikkeling & beperking afwenteling	Normale arbeidsverhoudingen in lijnen met internationale verdragen	Realisatie voorop kortere termijnen	Geen belasting merende werkkin- g invoering nieuwe zorgstelsel				
2 Systeem prikkels	2.1 Malus mechanisme	+/-	+	+	+/-				
	2.2 Relatie met afspraken volume/kwaliteit	+/-	+	+/-	+/-				
	2.3 Bonus mechanisme	+	+	+	+/-				
	2.4 Versnelde invoering outputfinanciering	+	+	-	+				
3 Sterkere rol centrale Overheid	3.1 Personeel zorgsector in overheidsdienst	+	+	-	-				
	3.2 CAO's onverbindend verklaren	+	-	-	+/-				
	3.3 Niet AVV-en CAO's	-	-	-	+/-				
	3.4 Overheidswaarnemers	+/-	+/-	+	+/-				

Een "+" in de tabel geeft aan dat aan het desbetreffende toetsingscriterium is voldaan en een "-" dat daaraan niet wordt voldaan. Met een "+/-" aanduiding wordt bedoeld dat er sprake is van een genuanceerd beeld of dat de werkgroep op voorhand niet kan concluderen of een variant aan het criterium voldoet (mede afhankelijk van moeilijk in te schatten gedragseffecten).

Bij de beoordeling blijkt dat vier varianten effectief voldoen aan het hoofdcriterium:

- ✓ Bonus mechanisme (optie 2.3)
- ✓ Versnelde invoering outputfinanciering (optie 2.4)
- ✓ Personeel zorgsector in overheidsdienst (optie 3.1)
- ✓ CAO's onverbindend verklaren (optie 3.2)

Bij alle vier de varianten die aan het hoofdcriterium voldoen komen bij de toetsing aan de nevenscriteria enkele kanttekeningen naar voren.

Het invoeren van bonussen per instelling of per persoon (optie 2.3), gefinancierd door een generieke korting van de OVA, kan op een aantal uitvoeringstechnische problemen stuiten, afhankelijk van de indicator waarop de bonus is gebaseerd. Dit kan echter in eerste instantie worden voorkomen door te starten met een bonus per sector of CAO-gebied. In de tussentijd kan worden gewerkt aan een administratief systeem dat het mogelijk maakt op termijn te groeien naar een bonus per instelling of eventueel op bestuursniveau.

De versnelde invoering van outputfinanciering (optie 2.4) heeft als belangrijkste beperking dat dit op korte termijn wellicht tot het overhaasten van een gecompliceerd lopend proces (zoals de DBC-vorming en de outputdefiniëring) zal leiden. Overgaan op outputfinanciering vergt voor instellingen, de hele sector en de overheid een gedegen voorbereiding.

De optie personeel in de zorgsector in overheidsdienst (optie 3.1), waarbij de overheid overgaat tot het onteigenen van zorginstellingen, staat haaks op het nieuwe zorgstelsel met gereguleerde concurrentie en is daarnaast een zeer ingrijpende operatie die op korte termijn juridisch en budgettair niet haalbaar is. Gegeven de beperkingen kan deze optie als niet realistisch worden beschouwd.

De optie om bepalingen in CAO's door de overheid onverbindend te laten verklaren (optie 3.2) zal gezien de komst van een nieuw zorgstelsel in ieder geval moeten worden vormgegeven als een tijdelijke maatregel, tot de invoering van het nieuwe stelsel. Van belang is dat de mogelijkheid van een tijdelijke maatregel in het licht van de internationale en nationale wetgeving moet worden gezien. Omdat deze optie neer komt op een specifieke aanpassing van het instrumentarium ten behoeve van één specifieke sector komen de 'normale' arbeidsverhoudingen in het geding. Er moet worden onderzocht of kan worden voldaan aan de voorwaarden die de ILO en artikel 10 van de Wet op de loonvorming aan een tijdelijke maatregel stellen. Dit kan leiden tot een zeer moeizaam proces en het is te betwijfelen of de hiervoor benodigde wetswijzigingen op korte termijn realiseerbaar zijn.

De voor- en nadelen van de bovenstaande vier varianten, die positief zijn bevonden op het hoofdcriterium, zullen tegen elkaar moeten worden afgewogen. De werkgroep concludeert dat de optie bonusmechanisme, gefinancierd door een generieke korting van de OVA, relatief het meest positief uit de afweging naar voren komt.

Op weg naar een nieuw zorgstelsel

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe in de beoogde eindsituatie na de herziening van het bestaande zorgstelsel, in principe niet langer een beheersingsmechanisme voor de loonkosten in deze sector nodig is. Tijdens de overgangsfase naar de beoogde eindsituatie zal zeer waarschijnlijk een stelsel van door een toezichtshouder gereguleerde maximumprijzen voor zorgproducten nodig blijven omdat zorgmarkten (nog) onvoldoende efficiënt werken. De werkgroep concludeert dat het niet voor de hand ligt daarnaast, als component van de maximumprijzen, de loonkosten afzonderlijk te maximeren. Omdat maximumprijzen feitelijk outputprijzen zijn voor zorgproducten, ligt het niet in de rede de kosten van een of meer inputfactoren (arbeid, kapitaal, intermediaire goederen) afzonderlijk te indexeren dan wel te maximeren. Zodra we zo'n systeem van maximumprijzen hebben is het huidige model van budgettering van loonkosten dus overbodig geworden. Zorgaanbieders zullen, gegeven de prijzen die zij ten hoogste voor hun producten kunnen vragen, streven naar een bedrijfseconomisch inpasbare ontwikkeling van hun loonkosten.

Het is denkbaar dat het nieuwe zorgstelsel voorlopig nog niet volgens de beschreven verwachtingen kan functioneren. Zo lang de bestaande budgetteringssystematiek nog een rol

speelt in de zorgsector, en de maximumprijzen nog niet de beoogde rol spelen, kan ter beheersing van de loonkostenontwikkeling worden onderzocht of de beleidsvarianten voor het huidige stelsel uitkomst bieden.

De werkgroep signaleert dat er risico's bestaan – vooral op de markten voor inputs – die een goede werking van markten voor zorgproducten kunnen bedreigen. In het bijzonder een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel kan leiden tot knelpunten op de arbeidsmarkt en daarmee tot knelpunten bij de zorgproductie. De zorgsector heeft, in samenwerking met de overheid, reeds een groot aantal maatregelen genomen om deze risico's te verkleinen. In dit verband valt de uitbreiding van de opleidingscapaciteit te noemen. Ook kan de werking van domeinmonopolies leiden tot een minder flexibele arbeidsmarkt. Het is van belang deze monopolies zoveel mogelijk te beperken ten behoeve van een flexibele arbeidsmarkt met in achtname van wat uit hoofde van de kwaliteit van de zorg noodzakelijk blijft.

Vraagstukken bieden geen garantie dat er géén wachtlijsten meer zullen zijn. In voorkomende gevallen blijven er (frictie)wachtlijsten bestaan en zullen er kwaliteitsverschillen optreden. Daarnaast zullen er door marktwerking financiële risico's voor zorgproducenten ontstaan. Zou de overheid in dergelijke gevallen zwichten voor aandrang om extra budgettaire middelen te verschaffen, dan verstoort dit het voortdurende zoekproces van de zorgmarkt naar nieuwe evenwichten. Enerzijds kan dergelijk overheidsingrijpen efficiëncyprikkels dempen en leiden tot suboptimale uitkomsten. Anderzijds dient de overheid er wel op toe te zien dat het systeem als zodanig voldoende zorg van goede kwaliteit tegen aanvaardbare kosten oplevert. Hier is sprake van een permanent spanningsveld.

Verder constateert de werkgroep dat een flexibele inzet van personeel binnen zorginstellingen en de mogelijkheid om desgewenst instellingsspecifiek arbeidsvoorwaardenbeleid te voeren van groot belang zijn voor een beheerste en passende loonkostenontwikkeling. Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers samen om in de bestaande CAO's, of in nieuw te vormen ondernemings CAO's, verdergaande flexibiliteit voor werknemers én werkgevers bij de inzet en beloning van personeel mogelijk te maken en haar vervolgens in de praktijk toe te passen.

Hoofdstuk 1 Inleiding

De kostenstijging van de zorg CAO's voor het jaar 2001 vormde de directe aanleiding voor dit Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) naar de mogelijkheden om de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector beheerst te houden. De loonstijgingen in de zorg-CAO's kwamen namelijk gemiddeld zo'n 2% hoger uit dan het gemiddelde in de marktsector. De hogere loonkosten van werknemers in de zorgsector moeten grotendeels worden opgebracht door ziektekostenpremiebetalers, kortom bijna iedereen.

In Nederland worden de zorguitgaven grotendeels collectief gefinancierd. Het gaat in 2002 om € 31,5 miljard. Dit bedrag bestaat voor circa 60 % uit loonkosten van werkenden in de zorg. Het zal duidelijk zijn dat een loonkostenstijging in de zorgsector die maar iets uitgaat boven wat gemiddeld in de marktsector is overeengekomen kan leiden tot aanzienlijk hogere collectief gefinancierde zorguitgaven. De overheid rekent het zich tot taak de zorguitgaven te beheersen en de premiebetalers af te schermen tegen forse premiestijgingen.

Het loongevoelige deel van de budgetten van instellingen in de zorgsector wordt jaarlijks verhoogd met de geraamde gemiddelde arbeidskostenstijging in marktsector, de zogenaamde Overheidsbijdrage aan Arbeidskosten (OVA). Op die manier kan het salaris van werkenden in de zorg elk jaar evenveel worden verhoogd als het salaris van werkenden in de marktsector. De rol van de overheid met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden gaat echter niet verder dan het ruimte bieden voor de financiering van de zorg. Na onderhandelingen sluiten werkgevers- en werknemersorganisaties CAO's af, zoals dat ook in de marktsector gebeurt. De overheid zit niet aan tafel. Werkgevers hebben daarbij de door de overheid vastgestelde marktconforme financiële ruimte (OVA) ter beschikking om de CAO te betalen. In het geval van 2001 was de werkelijke kostenstijging beduidend groter dan de daarvoor beschikbare ruimte, ook als rekening wordt gehouden met de extra financiële middelen die beschikbaar kwamen als uitvloeisel van de commissie Van Rijn.

Het gevolg hiervan is dat zorginstellingen bij gegeven budget gedwongen worden hetzij financiële middelen elders uit de organisatie te onttrekken door eventuele financiële reserves aan te spreken hetzij de arbeidsproductiviteit te verhogen. Mocht dit niet lukken dan resteert slechts de mogelijkheid voor instellingen het zorgvolume of de kwaliteit van de verleende zorg te verminderen. In dit geval wordt de niet door de OVA-ruimte gedekte loonkostenstijging afgewenteld op de zorggebruikers. Deze verlaging van het zorgvolume (waardoor wachtlijsten kunnen ontstaan en al bestaande wachtlijsten/wachttijden langer worden) en/of vermindering van de kwaliteit van verleende zorg vormt vervolgens voor de overheid een mogelijke aanleiding om extra middelen voor de zorg beschikbaar te stellen. Indirect worden de boven marktconforme loonkostenstijgingen dus toch gefinancierd en niet beheerst.

Kernpunt is dat de overheid wel verantwoordelijk is voor de financiering van de arbeidskosten in de zorg maar dat zij geen partij is bij de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden.

Een tweede aanleiding voor dit IBO betreft de voorgenomen grondige herziening van het huidige zorgstelsel in de komende jaren. Het tweede Kabinet Kok heeft zijn visie hieromtrent neergezet in de nota "Vraag aan Bod". Het huidige stelsel met aanbodsturing en -financiering wordt stapsgewijs vervangen door een meer vraaggestuurd systeem. In dat nieuwe zorgstelsel wordt de zorgmarkt ingericht met gereguleerde concurrentie. Er zal marktwerking moeten ontstaan tussen de verschillende verzekeraars onderling. Ook de zorgaanbieders zullen onderling om de gunst van de verzekeraars moeten gaan concurreren. De overheid zal in dit stelsel in mindere

mate betrokken zijn bij de totstandkoming van het aanbod en heeft minder directe mogelijkheden voor kostenbeheersing. De kostenbeheersing wordt dan in principe geregeld via concurrentie. Het tweede onderdeel van dit onderzoek gaat in op de beheersing van de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in dit nieuwe zorgstelsel.

Taakopdracht

De hierboven geschetste aanleidingen zijn verwoord in de taakopdracht (zie bijlage 1), evenals in de centrale vraag die de werkgroep dient te beantwoorden. Die vraag luidt te onderzoeken onder welke institutionele voorwaarden er, zowel in het huidige als in het nieuwe zorgstelsel, sprake is van (voldoende) prikkels voor een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling. De taakopdracht omvat verder nog twee subvragen. Ten eerste of bestudering van de arbeidsvoorwaardenvorming bij andere 'sheltered' sectoren in de markt nog bruikbare elementen oplevert voor een nieuw zorgstelsel. 'Sheltered' sectoren staan niet bloot aan internationale concurrentie. Ten tweede of bestudering van arbeidsvoorwaardenontwikkeling in zorgsectoren in andere landen nog bruikbare elementen oplevert voor een nieuw zorgstelsel. Het onderzoek naar deze beide subvragen is uitbesteed.

Afbakening

Waar gesproken wordt over de beheersing van loonkostenontwikkeling richt dit onderzoek zich uitsluitend op werknemers die onder een CAO vallen. De vrije beroepsbeoefenaren vallen buiten het bereik van dit onderzoek. Bijlage 5, par. 2 geeft de kerncijfers van de CAO's in de sectoren welzijn en zorg waarop dit IBO betrekking heeft.

Onder een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling wordt in dit onderzoek verstaan: een marktconforme ontwikkeling van de loonkosten. Dus niet meer maar ook niet minder dan wat in de marktsector is overeengekomen. Deze definitie sluit ook aan bij de vergoeding (OVA) die aan de sector wordt gegeven.

Behalve in de zorg werkt de OVA door in de sectoren welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening (valt deels onder het ministerie van justitie). De werkgroep heeft besloten hier in de analyse van te abstraheren, maar wel de uitwerking van de gekozen beleidsalternatieven in deze sectoren in het kort te behandelen (zie voornamelijk bijlage 6).

Opbouw

Het onderliggende onderzoek begint in hoofdstuk 2 met de arbeidsvoorwaardenvorming in het huidige aanbodgestuurde zorgstelsel. Er wordt onderzocht in hoeverre er vanaf 1995 sprake is geweest van loonkostenstijgingen die de marktconforme OVA-ruimte overschrijden. Ook wordt geïnventariseerd wat de mogelijke oorzaken van dergelijke overschrijdingen zijn geweest.

Hoe de arbeidsvoorwaardenvorming er in het nieuwe stelsel uit gaat zien is bepalend voor hoe en of de arbeidskosten dan nog kunnen worden beheerst. Hoofdstuk 3 van dit onderzoek bevat een beknopte beschrijving van het nieuwe zorgstelsel en geeft aan of er voor de overheid nog aanleiding en mogelijkheden bestaan deze te beheersen.

Tot slot wordt in hoofdstuk 4 een scala van beleidsopties geschetst voor het bestaande en het nieuwe zorgstelsel. Deze worden vervolgens ter beoordeling aan vier criteria getoetst. Ieder hoofdstuk kent één of twee bijlagen.

Werkwijze

Het IBO "Beheersing arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector" is gestart in oktober 2001. De werkwijze van de werkgroep (zie bijlage 2 voor de samenstelling van de werkgroep) bestond voornamelijk uit het maandelijks bediscussiëren van diverse bijdragen van het

secretariaat en van deelnemers. Hierbij is veelvuldig geput uit de expertise van instellingen als het CPB, CBS en de Arbeidsinspectie. In februari 2002 zijn bovendien op informele wijze de koepels van de werkgevers in de zorgsector tijdens een expertmeeting gehoord over hun ideeën. Daarnaast is een aantal gesprekken gevoerd met overige deskundigen en onderzoekers. De hieruit voortvloeiende informatie is, voor zover relevant en gedragen door de werkgroep, op diverse plaatsen in het eindrapport verwerkt. Opvallend is dat literatuuronderzoek weinig relevante informatie heeft opgeleverd, wat waarschijnlijk te verklaren valt door het specifieke karakter van de problematiek.

Tenslotte zijn twee onderzoeken uitbesteed aan externe onderzoeksbureaus. De onderzoeken zijn meegezonden als bijlagen 7 en 8. Allereerst heeft het EIM onderzocht hoe de arbeidsvoorwaardenvorming plaats vindt in andere 'sheltered' sectoren in Nederland. Het tweede onderzoek is een internationale vergelijking door APE naar de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector in andere landen (Duitsland, België, Frankrijk, Californië en Stockholm).

Voor zover er opmerkelijke aanknopingspunten waren zijn deze opgenomen in de tekst.

Hoofdstuk 2 Huidig zorgstelsel

2.1 Inleiding

In Nederland worden de zorguitgaven grotendeels collectief gefinancierd. Het gaat om circa 86% van de uitgaven die vallen onder het budgettair kader zorg (BKZ), te weten de uitgaven krachtens de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ, 1^e compartiment), de Ziekenfondswet (ZFW, het grootste deel van het 2^e compartiment) en de zorguitgaven die rechtstreeks ten laste van de rijksbegroting komen. In het jaar 2002 is met deze regelingen een budgettair beslag van circa € 31,5 miljard gemoeid². Het basispakket van de particuliere ziektekostenverzekering (circa € 5,1 miljard, restant van het 2^e compartiment) en de aanvullende particuliere verzekeringen (ruim € 1 miljard, 3^e compartiment) vallen buiten de collectief gefinancierde zorguitgaven.

De productie van zorg- en welzijnsvoorzieningen is relatief arbeidsintensief. De kosten van zorgproducenten bestaan daarom voor het grootste deel uit loonkosten. Afhankelijk van de aard van het geleverde product bedraagt de loongevoeligheid van de kosten circa 50% (ziekenhuiszorg) tot wel 95% (thuiszorg).

De zorgsector vormt de grootste banenmachine binnen de quartaire sector. In de periode 1998-2001 zijn er 80.000 banen bijgekomen in de sector Zorg en welzijn en in 2001 vond 30% van de totale banengroei in Nederland plaats in deze sector. Het personeelsbestand van de talrijke werkgevers varieert van één tot duizenden medewerkers. In de zorgsector werken inmiddels meer dan 1 miljoen werknemers, in dienst van instellingen of van uitzendbureaus. Daarnaast zijn in de sector ruim 35.000 zelfstandige beroepsbeoefenaren werkzaam, zoals artsen, apothekers en fysiotherapeuten. Al met al verschaft de zorgsector emplooi aan circa 12% van de totale Nederlandse beroepsbevolking.

De totale loonsom bedraagt circa € 20 miljard, dat is ongeveer 60% van de totale zorguitgaven. Dit onderstreept het belang van een verantwoorde loonkostenontwikkeling.

De paragrafen 2.2 en 2.3 gaan over de manier waarop de arbeidsvoorwaarden in de zorg- en welzijnssector in het verleden tot stand kwamen en hoe dit op dit moment gebeurt. De invloed van de overheid op dit proces staat hierbij centraal. Paragraaf 2.4 schetst in welke mate de loonkostenstijgingen sinds 1995 binnen de beschikbare ruimte zijn gebleven. In de paragrafen 2.5 en 2.6 wordt getracht het saldo van de loonkostenontwikkeling en de OVA-ruimte te verklaren. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie in paragraaf 2.7.

2.2 Overheidsinvloed op de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector

Voor de financiering van de arbeidskosten in de zorgsector zijn tot op heden verschillende modellen gehanteerd. Bijlage 3 bevat daarvan een uitgebreid overzicht.

Tot 1979 werd een afgeleid beleid gevoerd. De private werkgevers in de zorgsector sloten collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's) af met de vakbonden, onder toezicht van de rijksoverheid. Daarbij was het uitgangspunt dat de sector "vrijwillig" de arbeidsvoorwaardenontwikkeling van de rijksambtenaren zou volgen. Op hun beurt volgden de ambtenaren voor hun loonsverhoging de marktsector. Vandaar de naam "trendvolgers" voor ambtenaren en werkenden in de gepremieerde en gesubsidieerde (G&G) sectoren.

² Miljoenennota 2002.

Van 1979 tot 1994 kende elk van de opeenvolgende modellen voor de jaarlijkse herziening van de arbeidsvoorwaarden een bepaling die het de overheid mogelijk maakte direct in te grijpen in de uitkomsten van CAO-onderhandelingen in de G&G-sectoren. Al deze mechanismen kregen kritiek van de ILO (de Internationale Arbeidsorganisatie). In de door Nederland ondertekende ILO-conventies (nr. 87 en nr. 98) staat dat private werkgevers en werknemers onderhandelingsvrijheid moeten hebben en dat selectieve ingrepen in de arbeidsvoorwaarden van sommige economische sectoren niet geoorloofd zijn. Dit betekent dat de overheid niet mag ingrijpen in de tussen werkgevers en werknemers afgesloten CAO.

Vanaf 1995 tot op heden is het zogeheten post-WAGGS model van kracht. Hierbij kan de overheid niet direct ingrijpen in de uitkomsten van het CAO-overleg. Wel is het mogelijk om vooraf budgettair te sturen, via de vaststelling van de beschikbare ruimte voor arbeidsvoorwaardenverbetering. De door de rijksoverheid toegekende verhoging van het budget van zorgproducenten omvatte namelijk aanvankelijk naast een objectieverbaar "marktconform" deel ook een "beleidsmatig" deel. Het kabinet kon na overleg met de werkgevers tot beleidsmatige kortingen en/of intensiveringen besluiten. De besluitvorming over dit beleidsmatige deel heeft in de zorgsector tot veel onrust geleid.

Sinds 1999 is de beleidsmatige correctie op de marktconforme verhoging van het budget voor arbeidsvoorwaardenverbetering vervallen. Dit is geregeld in een convenant tussen de minister van VWS en de betrokken werkgevers.

2.3 Huidig model van arbeidsvoorwaardenvorming en -financiering

De prijzen en tarieven in de zorgsector worden centraal vastgesteld krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). De macro loonkostenontwikkeling in de marktsector wordt in prijzen, instellingsbudgetten en tarieven van zorgproducenten verwerkt via de overheidsbijdrage aan de arbeidskosten (OVA).

De OVA wordt bepaald op basis van ramingen van de gemiddelde arbeidskostenontwikkeling in de marktsector uit het Centraal Economisch Plan dat elk jaar in april verschijnt. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) indexeert, in opdracht van de minister van VWS, het loongevoelige deel van de instellingsbudgetten met dit percentage. Het vormt een raamwerk bij de arbeidsvoorwaardenontwikkeling, waarmee de zorgwerkgevers tijdens de CAO-onderhandelingen in zee gaan. Bij CAO-overleg in de zorgsector is sprake van de ook in de marktsector gebruikelijke vorm van onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden.

De zorgsector bestaat van oudsher uit private instellingen. Deze instellingen vervullen de rol van werkgever en sluiten CAO's af met de werknemers (vaak in de vorm van bedrijfstak-CAO's). De minister van VWS zit niet aan tafel bij deze onderhandelingen en heeft dus geen directe mogelijkheden tot beheersing van de loonkosten. De overheid draagt echter wel de uiteindelijke budgettaire verantwoordelijkheid voor het grootste deel van de zorguitgaven (via het Budgettair Kader Zorg).

Deze positie is bijvoorbeeld anders bij overheidswerknemers in de sectoren defensie, politie, Rijk, rechterlijke macht en onderwijs (primair en voortgezet onderwijs en tot 2003 ook beroepsonderwijs- en volwasseneneducatie). Daar is de centrale overheid zelf werkgever en sluit de minister een CAO af met de vakbonden. De werkgever is in dat geval ook degene die financiert én die de uiteindelijke budgettaire verantwoordelijkheid draagt voor de totale kosten. Zo kan de overheid directer sturen in de arbeidsvoorwaarden- en de loonkostenontwikkeling van de desbetreffende sector.

Binnen de sector onderwijs is sprake van enkele doorgedecentraliseerde sectoren (hoger- en wetenschappelijk onderwijs), waar de decentrale werkgevers zelf over de arbeidsvoorwaarden onderhandelen, zonder dat de minister van OC&W aan tafel zit.

Bij de gemeenten en provincies is het gemeentē/provinciebestuur de werkgever. Hier ligt het werkgeverschap op decentraal niveau. Het overgrote deel van de financiering (via het gemeente- en provinciefonds en specifieke uitkeringen van het Rijk) ligt uiteindelijk echter bij de centrale overheid omdat deze financiering binnen de drie budgettaire kaders valt.

Een kanttekening bij het voorafgaande is dat gemeenten, provincies en het wetenschappelijk onderwijs naast de reguliere financiering vanuit de centrale overheid ook over andere financieringsbronnen beschikken, zoals gemeentebelastingen en de derde geldstroom. Daarnaast hebben de gemeenten en provincies een eigen politieke verantwoordingsstructuur. Hier speelt dus in mindere mate het probleem van een centrale overheid die direct voor de totale kosten verantwoordelijk is, maar die niet zelf aan tafel zit bij (kostenverhogende) onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden.

2.4 OVA versus kosten, 1995-2001

Om te bezien of de overheidsbijdrage aan de arbeidskosten (OVA) in de afgelopen jaren in de praktijk daadwerkelijk als kostenbeheersingsmechanisme heeft gewerkt, vergelijkt deze paragraaf de beschikbaar gestelde OVA (plus eventueel extra beschikbaar gestelde middelen) met de feitelijke loonkostenontwikkeling. Tabel 1 geeft deze vergelijking voor de jaren 1995-2001, dat is de gehele periode waarin het post-WAGGS-model van toepassing is geweest.

Tabel 1. Arbeidsvoorwaardenruimte versus loonkostenontwikkeling zorgsector, 1995-2001 (% per uur)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1. Arbeidsvoorwaardenruimte per uur	0,95	2,17	2,63	3,66	4,06	4,03	6,02
2. Arbeidskostenontwikkeling zorg per uur	-0,10	2,20	1,93	4,86	4,89	4,14	7,80
3. Saldo arbeidskostenontwikkeling	1,05	-0,03	0,70	-1,20	-0,83	-0,11	-1,78

Bron: regel 1: VWS, regel 2: CPB (stand CEP2002), CBS

De eerste regel van tabel 1 geeft de ruimte voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden als *percentage per uur*. Met dit percentage worden de tarieven/budgetten opgehoogd ter financiering van de loonkostenontwikkeling. Regel 2 presenteert de gerealiseerde mutatie van de loonkosten als *percentage per uur*. Het gaat hier om de ontwikkeling van de arbeidskosten per arbeidsjaar, gecorrigeerd voor de ontwikkeling van de contractuele arbeidsduur. Bijlage 4 bevat een uitgebreide technische onderbouwing van tabel 1.

In 1995 en 1997 was het voor loonkostenontwikkeling beschikbaar gestelde budget ruimer dan nodig was voor de werkelijke ontwikkeling van de loonkosten³. Per saldo bleef dus geld over. In de jaren 1996 en 2000 stegen de loonkosten ongeveer evenveel als de beschikbare ruimte. In de jaren 1998, 1999 en 2001 lag de werkelijke stijging van de loonkosten daarentegen hoger dan de beschikbaar gestelde vergoeding. Als een hogere arbeidsproductiviteit (zie box Arbeidsproductiviteit) niet genoeg bijkomende loonruimte oplevert en er geen alternatieve financieringsbronnen voor handen zijn, ligt bij gegeven budgetten voor de instellingen afwenteling van de gestegen kosten op het voorzieningenniveau in de rede.

³ In 1994/1995 is expliciet afgesproken om de "nullijn" te hanteren ten gunste van meer handen aan het bed.

Bij de overschrijding van de OVA in de latere jaren van de beschouwde periode was wellicht sprake van een "inhaaleffect", als reactie op de onderschrijding van de OVA in de eerste jaren⁴. Cumulatief gezien is vanaf 1995 echter sprake van een overschrijding van de OVA van per saldo 2,2% (circa 440 miljoen euro in prijzen 2001). Ook is het denkbaar dat de inhaalbeweging betrekking had op achterstanden opgelopen in de eerste helft van de jaren negentig. Tabel 2 duidt hierop, maar laat tevens zien dat de stijging van de contractionen per uur⁵ in de zorgsector – bezien over de gehele periode 1991-2001 – cumulatief 4,8% hoger uitpakt dan die in de marktsector.

Tabel 2. Contractloonstijging per uur zorgsector versus marktsector, 1991-2001 (% per uur)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 t.o.v. 1990
Contractloon zorgsector	3,5	3,7	4,9	0,2	0,3	1,7	2,8	5,1	4,4	3,4	6,0	42,1
<u>Contractloon marktsector</u>	<u>3,7</u>	<u>4,4</u>	<u>3,1</u>	<u>1,8</u>	<u>1,3</u>	<u>1,9</u>	<u>2,6</u>	<u>3,2</u>	<u>2,8</u>	<u>3,3</u>	<u>4,1</u>	37,3
Verschil (zorg -/ markt)	-0,2	-0,8	1,8	-1,6	-1,0	-0,2	0,1	1,9	1,6	0,1	1,9	4,8

Bron: contractloonstijging volgens CPB (stand CEP2002), gecorrigeerd voor contractuele arbeidsduur volgens CBS.

Het Centraal Planbureau (CPB) raamt voor de zorgsector voor de jaren 1995-2001 een daling van de arbeidsproductiviteit (zie box Arbeidsproductiviteit voor de cijfers en de nuanceringen). Dit betekent dat de arbeidsproductiviteit geen ruimte bood voor de financiering van het tekort bij de loonkosten.

Box Arbeidsproductiviteit

Arbeidsproductiviteitsontwikkeling in procenten

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Arbeidsproductiviteitsontwikkeling (per arbeidsjaar)	-3,0	-0,5	-2,8	-2,9	-1,1	0,3	0,0
<u>Arbeidsproductiviteitsontwikkeling (per uur)</u>	<u>-2,6</u>	<u>-0,7</u>	<u>-2,4</u>	<u>0,2</u>	<u>-0,7</u>	<u>0,2</u>	<u>0,0</u>

Bron: CPB (stand CEP2002)

De jaren 1995, 1997 en 1998 laten een forse daling van de arbeidsproductiviteit per arbeidsjaar zien. Voor de jaren 1997 en 1998 wordt dit mede veroorzaakt door arbeidsduurverkorting. Bij een verkorting van de werkweek wordt immers de definitie van een arbeidsjaar aangepast. Er gaan dan minder uren in één arbeidsjaar. Bij herbezetting van de arbeidsduurverkorting stijgt het aantal arbeidsjaren maar de productie blijft constant; een daling van de arbeidsproductiviteit. Voor een confrontatie met het saldo in tabel 1 is de tweede reeks, te weten de arbeidsproductiviteit (per uur), van belang. De arbeidsproductiviteit per uur is cumulatief met ongeveer 6% gedaald bij een overschrijding van de OVA met cumulatief

⁴ Dit zou overigens wel betekenen dat de onderschrijding bekend was en dat een expliciete "nullijn" in 1994/1995 later weer wordt ingehaald.

⁵ Tabel 2 geeft in tegenstelling tot figuur 1 alleen de contractloonstijging per uur weer. Om te bezien of er sprake is van een inhaaleffect is de contractloonstijging namelijk de meest relevante factor. Sociale lasten en de incidentele loonontwikkeling (die wel zijn opgenomen in tabel 1) komen in de onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers minder ter sprake omdat het factoren zijn die grotendeels buiten de invloed van de sociale partners liggen. Tabel 2 wijkt af van tabel 2 in bijlage 4, omdat tabel 2 in de hoofdttekst uitsluitend realisatiecijfers bevat en in tabel 2 in bijlage 4 de ruimte (gebaseerd op ramingen voor de marktsector) wordt afgezet tegen de realisatie in de zorgsector.

ongeveer 2,2%. Het valt op dat in een aantal jaren waarin zich een productiviteitsstijging voordeed juist sprake was van een overschrijding van de OVA, wat kan duiden op het aanwenden van productiviteitswinsten ter financiering van deze overschrijding. De arbeidsproductiviteit is een economisch begrip dat idealiter de productie per eenheid arbeid of per gewerkt uur weerspiegelt. Met name voor arbeidsintensieve dienstverlenende sectoren zoals de zorgsector is dit een lastig begrip. Het product kent hier namelijk niet alleen een kwantitatieve dimensie (aantal bezette bedden, aantal operaties enzovoort) maar ook een niet (of moeilijk) meetbare kwalitatieve dimensie. De productie wordt gemeten aan de hand van intermediaire output en niet aan de hand van finale output. Als patiënten sneller naar huis worden gestuurd, stijgt de zorgwaarde maar bij meting van het aantal ligdagen blijft de productiviteit constant. Als een zorgaanbieder besluit tot het werven van extra werknemers in het kader van "meer handen aan het bed" ter verbetering van de zorgkwaliteit, zal de gemeten productiviteit afnemen, omdat hetzelfde productievolume wordt geleverd met meer werknemers. De toename van de zorgkwaliteit komt niet altijd goed tot uitdrukking in de arbeidsproductiviteitscijfers. Anderzijds kan een accentverschuiving van "overhead" naar "meer handen aan het bed" met in totaal hetzelfde aantal werknemers in een productiviteitsstijging resulteren (indien tevens sprake is van meer volume en geen hogere kwaliteit). Het is altijd de vraag of extra werknemers worden ingezet ter verbetering van de kwaliteit óf als een volume-impuls.

In de periode 1995-1997 stond tegenover de afname van de gemeten arbeidsproductiviteit per uur dat de arbeidsvoorwaardenruimte niet geheel werd benut. Via de CAO is dus meebetaald aan de oorzaken van deze afname van de productiviteit (onder meer kwaliteitsverbetering in de vorm van 'meer handen aan het bed'). In de periode 1998-2001 is de arbeidsproductiviteit grosso modo gelijk gebleven maar trad tevens een overschrijding van de OVA-ruimte op. Per saldo zijn de instellingsbudgetten over de gehele periode 1995-2001 voor een groter deel dan in de bedoeling lag opgesoupeerd door loonkosten per werknemer. Hierdoor kon bij gegeven budget minder zorgaanbod worden geleverd⁶. Een lager zorgaanbod (kwalitatief en/of kwantitatief) en langere wachtlijsten zijn in dat geval het gevolg van de hoger dan beoogde loonkosten⁷. Voor het bestrijden van het probleem van de wachtlijsten wordt vervolgens in voorkomende gevallen via de overheid meer geld beschikbaar gesteld⁸. De hogere loonkostenontwikkeling wordt zo indirect toch (grotendeels) gefinancierd. Het feit dat de hogere loonkosten indirect alsnog door de overheid worden toegestaan (in de vorm van verhoogde ziektekostenpremies), voedt bij sommigen de gedachte dat de "vasthoudendheid" van zorgwerkgevers bij CAO-onderhandelingen wel eens geringer zou kunnen zijn dan het geval is in de marktsector. In de marktsector hebben ondernemers immers geen redelijke zekerheid dat duur uitgevallen verbeteringen van de arbeidsvoorwaarden zullen worden gecompenseerd door extra inkomsten.

⁶ In de praktijk komt het ook regelmatig voor dat individuele zorginstellingen nadat de CAO is afgesloten aan de koepelorganisaties (in afschrift aan het ministerie van VWS) laten weten dat ze de afgesproken loonstijging niet kunnen betalen. Enerzijds plaatst dit vraagtekens bij de procedure van mandaatgeving binnen werkgeverskring maar anderzijds betekent dit dat instellingen (zij het te laat) druk uitoefenen op de koepel (en de overheid).

⁷ Wachtlijsten kennen diverse oorzaken. Bestaande wachtlijsten duiden niet per definitie op afwenteling. Ook kan de zorgvraag onvoorzien sneller zijn gestegen.

⁸ Het gaat hier niet om een automatische maar om een jaarlijkse afweging van het kabinet voor eventuele extra middelen voor de zorg. De overheid heeft sinds 2000 expliciet extra financieringsruimte beschikbaar gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten.

2.5 Relatie met de krapte op de arbeidsmarkt

Opvallend in tabel 1 is de omslag in de cijfers vanaf 1998. De overschrijdingen nadien kunnen te maken hebben met de toegenomen krapte op de arbeidsmarkt. Voor de jaren 1995, 1998, 2000 en 2001, geeft tabel 3 het aantal vacatures en het aantal moeilijk vervulbare vacatures als percentage van het aantal banen van werknemers.

Tabel 3. Vacatures, moeilijk vervulbare vacatures en saldo loonkosten zorg

	Zorg en Welzijn				Nederland				Zorg en Welzijn			
	1995	1998	2000	2001	1995	1998	2000	2001	1995	1998	2000	2001
	% banen werknemers								als % van Nederland			
Vacatures	0,9%	1,4%	2,0%	2,3%	1,0%	1,9%	2,6%	2,3%	90%	74%	77%	100%
M.v.v.*	0,1%	0,5%	0,9%	-	0,3%	0,8%	1,3%	-	33%	63%	69%	-
	% loonsom											
Saldo loonkosten	1,05%	-1,20%	-0,11%	-1,78%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: Zorgnota 2002, 2001: CBS

*Moeilijk vervulbare vacatures

Bij een vergelijking tussen 1995 en 2001 blijkt de krapte op de arbeidsmarkt fors te zijn toegenomen.

Zowel voor Nederland als geheel als voor de sector Zorg en welzijn geldt dat het percentage vacatures in die periode per saldo is toegenomen van circa 1% tot 2,3%. Gegeven de ongeveer gelijke stijging van het vacaturepercentage in Zorg en welzijn en in Nederland als geheel, is er voor de periode 1995-2001 geen aanleiding voor een hoger dan marktconforme loonkostenontwikkeling in de sector Zorg en welzijn. Wel is in het jaar van de grootste overschrijding van de OVA, 2001, het percentage vacatures in Zorg en welzijn gestegen met 0,3 procentpunt, terwijl het in Nederland is gedaald met 0,3 procentpunt.

In de periode 1995-2000 is het percentage moeilijk vervulbare vacatures in Zorg en Welzijn gestegen met 0,8 procentpunt en in Nederland met 1,0 procentpunt. Het aandeel moeilijk vervulbare vacatures in Zorg en welzijn is in 2000 lager dan in Nederland als geheel, maar relatief gezien is er sprake van een inhaal.

Krapte op de arbeidsmarkt kan dus met name in 2001 een rol hebben gespeeld bij de overschrijding van de OVA, maar de verschillende indicatoren voor krapte op de arbeidsmarkt geven voor de gehele periode 1995-2001 geen eenduidig beeld. Hierbij past de kanttekening dat de effecten van personeelstekorten in de zorg anders zijn dan die van personeelstekorten in de marktsector. De wachtlijsten in de zorg worden maatschappelijk zwaarder ervaren dan bijvoorbeeld wachttijden bij aannemers/bouwbedrijven.

2.6 Omgevingsfactoren

Naast de situatie op de arbeidsmarkt kunnen andere elementen een rol spelen bij de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden.

Ten eerste speelt het politieke klimaat een rol. In 2000 ontstond bijvoorbeeld relatief grote druk om de arbeidsmarktpositie van de collectieve sector te versterken. Hieraan was het voortraject en het verschijnen van het rapport van de commissie-Van Rijn niet vreemd. Het EIM-onderzoek (zie bijlage 8) leert dat de relatieve tevredenheid van de werknemers met het bestaande pakket arbeidsvoorwaarden een belangrijke rol speelt bij de onderhandelingen. Wellicht hebben (te)

hoge verwachtingen hun beslag gekregen in de afgesloten CAO's, al vóórdat het kabinet in het voorjaar 2001 tot uitgavenverhogingen besloot.

Ten tweede was in het begin van de jaren 90 nog sprake van een relatief brede consensus over de noodzaak tot een zo beperkt mogelijke groei van de collectieve uitgaven. Mede door de aanhoudende economische groei was deze consensus aan het eind van de jaren 90 beduidend geringer. Deze omslag in het denken kan, gevoegd bij het effect van het steeds zelfbewuster optreden van de werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg, de druk op de onderhandelingen hebben verhoogd met een hogere loonkostenontwikkeling als resultaat. Gezondheidszorg blijft hoog op het prioriteitenlijstje van de samenleving staan. Alle verkiezingsprogramma's laten zien dat zorg (naast onderwijs en veiligheid) tot de topprioriteiten van de politieke partijen hoort. Onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden zullen hierdoor de komende jaren onder druk blijven staan.

Ten slotte is in de zorgsector in de tweede helft van de jaren 90 sprake geweest van een forse groei van de werkgelegenheid. Het aantal vacatures zoals beschreven in paragraaf 2.5 geeft het uiteindelijke saldo van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt weer als indicator voor arbeidsmarktcrapte. Naast dit saldo geeft ook de ontwikkeling van de werkgelegenheid een indicatie voor het absolute beroep op de arbeidsmarkt. Sectoren met een grotere werkgelegenheidsgroei doen een groter beroep op de arbeidsmarkt hoewel het aantal vacatures gelijk kan zijn aan dat in andere sectoren. In 2001 vond 30% van de banengroei in Nederland plaats in de sector Zorg en welzijn. Dit kan hebben bijgedragen aan een klimaat waarin de gedachte ontstond dat "alles" uit de kast moest worden gehaald om voldoende personeel aan te trekken.

2.7 Samenvatting en conclusie

Dit hoofdstuk analyseert voor de periode 1995-2001 of het huidige arbeidsvoorwaardenmodel in de zorgsector heeft geleid tot een situatie waarin de loonkosten uitstijgen boven de daarvoor beschikbaar gestelde middelen. In de jaren 1995 en 1997 is de OVA-ruimte onderschreden. Deels hangt dit samen met de voor 1994 en 1995 afgesproken nullijn. In de jaren 1996 en 2000 was er ongeveer evenwicht tussen kostenstijgingen en beschikbare ruimte. In de jaren 1998, 1999 en 2001 heeft een overschrijding van de ruimte plaatsgevonden. Cumulatief was er voor de periode 1995-2001 sprake van een overschrijding van 2,2% (circa 440 miljoen euro in prijzen 2001). Naar alle waarschijnlijkheid heeft deze overschrijding van circa 440 miljoen euro geleid tot een verminderd voorzieningenniveau (kwantitatief en/of kwalitatief), mede gezien het feit dat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector in die jaren cumulatief is gedaald met circa 6% (met alle nuanceringen die bij dit getal zijn te plaatsen).

De gesignaleerde loonkostenontwikkeling kan in theorie diverse oorzaken hebben. Krapte op de arbeidsmarkt kan een rol gespeeld hebben bij de boven marktconforme loonkostenstijging in de zorgsector, hoewel een eenduidig verband tussen verschillende indicatoren voor arbeidsmarktcrapte en de loonkostenstijging moeilijk te leggen is.

Naast de krapte op de arbeidsmarkt kunnen ook andere factoren opwaartse druk op de lonen zetten. Te denken valt aan toenemende druk om de arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector te verbeteren (denk aan de gewekte verwachtingen vanaf medio 2000 in het kader van de commissie Van Rijn), aan de verminderde consensus over de noodzaak de collectieve uitgaven te beperken en aan de forse werkgelegenheidsgroei in de zorg.

Het huidige model voor de arbeidsvoorwaardenvorming in de zorg is kwetsbaar voor diverse omgevingsfactoren. Het betekent een potentieel risico voor een onbeheersbare ontwikkeling van de loonkosten. Het kernpunt is dat de OVA geen dwingende maximum begrenzing van de

loonkostenontwikkeling vormt maar slechts een financieringsnorm en richtlijn voor werkgevers. Om de loonkostenontwikkeling in de zorgsector beter in de pas te laten lopen met de beweging van de loonkosten in de marktsector, schetst hoofdstuk 4 een aantal beleidsvarianten. Deze worden vervolgens getoetst aan een aantal beoordelingscriteria.

Hoofdstuk 3 Op weg naar een nieuw zorgstelsel

3.1 Inleiding

Het kabinet koerst naar een nieuw zorgstelsel, dat wordt gekenmerkt door gereguleerde concurrentie. Hierbij bepalen – veel meer dan nu het geval is – vraag en aanbod (het prijsmechanisme) hoeveel zorg tegen welke prijzen wordt geproduceerd. De overheid probeert niet langer volume en prijs van de zorg te sturen. De totale kosten van de zorg liggen dus niet langer op voorhand vast. Wel stelt de overheid een grens aan de middelen die beschikbaar zijn voor collectieve financiering van zorgvoorzieningen.

Om zorg (“output”) te kunnen produceren schakelen instellingen en beroepsbeoefenaren kapitaal, arbeid en intermediaire goederen in (“inputs”). Deze productiemiddelen zijn ten dele onderling uitwisselbaar. Door bijvoorbeeld extra kapitaal in te zetten kan een zorgproducent op arbeid besparen. De overgang naar een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie op de afzetmarkt van zorgproducenten heeft gevolgen voor de manier waarop zij productiemiddelen inzetten. Dit hoofdstuk analyseert de wisselwerking tussen goed functionerende markten voor zorgproducten en een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten.

Paragraaf 3.2 schetst de beoogde⁹ eindsituatie van het uiteindelijke zorgstelsel. Paragraaf 3.3 geeft aan waar in het nieuwe stelsel nog risico's bestaan voor een onvoldoende beheerste loonkostenontwikkeling. Paragraaf 3.4 gaat in op de overgangssituatie op weg naar een nieuw zorgstelsel. Vervolgens komt in paragraaf 3.5 aan de orde dat flexibiliteit op de inputmarkten gewenst is met het oog op de nagestreefde werking van de outputmarkt. Dit geldt zowel voor de beoogde eindsituatie als voor de overgangssituatie.

3.2 Nieuw zorgstelsel: de beoogde eindsituatie

In het nieuwe stelsel oefenen zorgverzekeraars namens hun verzekerden vraag naar zorg uit. Als zorginkopers onderhandelen zij met de zorgaanbieders – beroepsbeoefenaren, instellingen – over de hoeveelheid en prijs van te leveren zorg. De zorgverzekeraars kunnen in de beoogde eindsituatie kiezen uit een divers aanbod van verschillende zorgaanbieders. Deze aanbieders concurreren om de gunst van de verzekeraars. Een belangrijke prikkel voor de zorgaanbieders gaat uit van het winstoogmerk.¹⁰ In *Vraag aan bod* wordt als voorwaarde voor het toestaan van het winstoogmerk bij zorginstellingen genoemd het contractueel kunnen normeren en controleren van kwaliteit, opdat geen ongewenste afruil plaatsvindt tussen kwaliteitseisen en winststreven.

De zorginkoop van de verzekeraars is toegesneden op waar de verzekerden om vragen. Het nieuwe stelsel beoogt een gezonde concurrentie tussen verzekeraars te bewerkstelligen. Als risicodragende instellingen – soms met winstoogmerk¹¹ – streven zij, bij gegeven volume/kwaliteit van de gecontracteerde zorg, naar zo laag mogelijke kosten. Heeft dit streven succes dan kunnen zij, gegeven de kwaliteit van de geleverde zorg, een aantrekkelijke premie

⁹ In dit hoofdstuk wordt met de beoogde eindsituatie van “Vraag aan bod” bedoeld op de eindsituatie voor sectoren met marktwerking. In dit hoofdstuk wordt met de beoogde eindsituatie dus niet geduid op die deelsectoren waarin ook op langere termijn geen marktwerking wordt voorzien.

¹⁰ *Vraag aan Bod*, p. 32.

¹¹ Zie *Vraag aan Bod*, p. 49. Momenteel worden de juridische aspecten hiervan bezien (Europese Schaderichtlijn, ILO verdragen 24 en 25).

vaststellen. Valt de premie te hoog uit, dan dreigen verzekerden naar een andere verzekeraar over te stappen.

Het prijsmechanisme brengt vraag naar en aanbod van zorg met elkaar in evenwicht. Een eventueel vraagoverschot ("zorgkloof") stuwt de prijs op, wat extra zorgaanbod uitlokt. Zolang dit loont, zullen zorgaanbieders extra personeel aantrekken, zo nodig door betere arbeidsvoorwaarden te bieden. Wellicht blijft sprake van een zekere krapte op markten voor zorgproducten en op de arbeidsmarkt, maar het prijsmechanisme en marktconforme loonvorming zullen de krapte binnen door marktpartijen aanvaarde grenzen houden. Mogelijk zal (op bepaalde deelmarkten) ook buitenlandse concurrentie, voorshands naar het zich laat aanzien overigens in bescheiden mate, het aanbod verruimen.

In de beoogde eindsituatie waar verzekeraars en zorgaanbieders naar behoren concurreren, bestaat niet langer aanleiding voor gedetailleerd overheidsingrijpen in volume en prijs van zorgvoorzieningen. Voorzover de zorg collectief wordt gefinancierd let de overheid uiteraard wel op de gevolgen voor collectievelastendruk en begrotingsaldo. Waar nodig kan de overheid invloed uitoefenen op het niveau van de totale zorgkosten door te variëren met de omvang van het verplicht verzekerde pakket, de hoogte van eigen betalingen en eventueel door aanpassing van het zorgstelsel zelf. Er bestaat dan niet langer aanleiding om de loonkosten in de zorgsector partieel te beheersen.

3.3 De beoogde eindsituatie: risico's

Zelfs bij de geschetste beoogde eindsituatie op de markt voor zorgproducten bestaan risico's die een efficiënte marktwerking kunnen dwarsbomen. Deze paragraaf benoemt drie van zulke risico's:

1. De reikwijdte van CAO's
2. Opleidingscapaciteit en institutionele belemmeringen
3. De rol van de overheid.

In de beoogde eindsituatie uit de nota "Vraag aan bod" is een beheerste loonkostenontwikkeling niet gegarandeerd. Bij onvoldoende aanbod van arbeid, bedrijfstakbrede, uniforme arbeidsvoorwaarden en onvoldoende doorwerking van de arbeidskosten in de concurrentiepositie zijn er risico's voor de arbeidskostenontwikkeling.

Ad 1. Reikwijdte CAO's

Uniforme, bedrijfstakbrede standaard-CAO's beperken de mogelijkheden om de arbeidsvoorwaarden te gebruiken om op de outputmarkt te concurreren. Bij een overkoepelende bedrijfstak-CAO hebben afzonderlijke zorginstellingen (als werkgever) minder mogelijkheden om een eigen pakket arbeidsvoorwaarden te ontwikkelen, dan wanneer de zorginstelling een eigen CAO afsluit. Het is denkbaar dat zorginstellingen de bedrijfstak-CAO willen verlaten om over te gaan op een ondernemings-CAO. Langs deze weg kunnen zij proberen met andere instellingen meer op arbeidsvoorwaarden te concurreren. Overigens bieden bedrijfstak-CAO's, ook die in de zorg- en welzijnssector, steeds meer mogelijkheden om flexibiliteit en maatwerk te realiseren (zie bijlage 5). Hierbij past wel de kanttekening dat deze bestaande flexibiliteit veelal is gericht op keuzevrijheden voor werknemers. De beoogde flexibiliteit in het kader van dit onderzoek is voornamelijk die voor de werkgevers, om werknemers in te kunnen zetten waar zij dat nodig achten en tegen de beloning die de werkgevers gepast achten.

In beginsel kan elke instelling een "eigen" CAO afsluiten met de vakbond(en). Aan deze optie kleven echter aanzienlijke (transactie)kosten, zowel voor de werkgever als voor de vakbond. In de praktijk belemmert dit het totstandkomen van ondernemings-CAO's. Overigens is het

onduidelijk of bij een eventuele overstap op een ondernemings-CAO de loonkosten lager of juist hoger zullen uitvallen; zie verder voor dit onderwerp paragraaf 3.5 en bijlage 5.

Ad 2. Opleidingscapaciteit en institutionele belemmeringen

Een beperkte opleidingscapaciteit voor een aantal beroepsgroepen is een door de overheid geschapen institutie die het goed functioneren van arbeidsmarkten belemmert. Hierdoor is er onvoldoende aanbod van gekwalificeerd personeel. Dit hindert aanpassingsprocessen naar markevenwicht.

Op een perfecte arbeidsmarkt, onder andere zonder bovenstaande regulering, zorgt de loonvorming voor evenwicht tussen vraag en aanbod.

Sinds jaar en dag zorgen tal van institutionele belemmeringen er voor dat arbeidsmarkten niet perfect zijn. Denk bijvoorbeeld aan de beperkte arbeidsmobiliteit, de veelal gebruikelijke beloning naar anciënniteit in plaats van naar productiviteit, het feit dat dezelfde functie in grote arbeidsorganisaties vaak beter beloond wordt dan in kleinere organisaties, en aan de vertraagde reactie van het aanbod op de vraag, gegeven de opleidingsduur.

Ad 3. Rol van de overheid

In de nota *Vraag aan bod* kiest het kabinet voor meer marktwerking en vraagsturing. Verzekeraars en zorgaanbieders krijgen binnen het door de overheid gestelde raamwerk meer beslissingsvrijheid om te komen tot een zorgaanbod dat is afgestemd op de vraag. Als verzekeraars en zorgaanbieders opereren binnen het gestelde kader zal de overheid zich in principe niet moeten inlaten met keuzen die deze partijen maken.

Vraagsturing biedt geen garantie dat er géén wachtlijsten meer zullen zijn. In voorkomende gevallen blijven er (frictie)wachtlijsten bestaan (op het moment dat het aanbod zich nog niet aan de vraag heeft aangepast) en zullen er kwaliteitsverschillen optreden (hoewel de overheid ook in een vraaggestuurd systeem een basiskwaliteitsniveau borgt). Daarnaast zullen er door marktwerking financiële risico's voor zorgproducenten ontstaan.

Zou de overheid in dergelijke gevallen zwichten voor aandrang om extra budgettaire middelen te verschaffen, dan verstoort dit het voortdurende zoekproces van de zorgmarkt naar nieuwe evenwichten. Enerzijds kan overheidsingrijpen efficiëncyprikkels dempen en leiden tot suboptimale uitkomsten. Anderzijds dient de overheid er wel op toe te zien dat het systeem als zodanig voldoende zorg van goede kwaliteit tegen aanvaardbare kosten oplevert. Hier is sprake van een permanent spanningsveld.

3.4 De overgang naar het nieuwe stelsel: door een toezichtshouder gereguleerde maximum “output”prijzen

Markten voor zorgproducten voldoen thans niet aan het geschetste ideaalbeeld. Drie aspecten vragen hierbij aandacht.

4. De kapitaallasten van veel instellingen staan niet in verhouding tot de waarde van hun vastgoed. Vereist is dat instellingen met reële kapitaallasten kunnen toetreden tot markten voor zorgvoorzieningen.
5. Er dient sprake te zijn van voldoende capaciteit aan zorgvoorzieningen en zorgverleners. Immers, een beperkte capaciteit leidt tot onvoldoende concurrentie en te hoge prijzen.
6. Zorgproducten dienen transparant te zijn afgebakend en ook het aanbod van die producten moet transparant zijn (mensen moeten weten waar ze terecht kunnen en met welke wachttijden, tegen welke prijs en welke kwaliteit).

De gang van zaken op de afzetmarkten van zorgaanbieders en die op de markten waar zij hun "inputs" kopen beïnvloeden elkaar wederzijds. Valt het perspectief op een min of meer gegarandeerde afzet weg, bijvoorbeeld doordat verzekeraars niet langer met alle instellingen hoeven te contracteren, dan zullen kapitaalverschaffers strengere solvabiliteitseisen stellen. Wanneer zorgaanbieders, door tekortkomingen van de markt voor hun producten, de tarieven ongestraft kunnen opschroeven, ontstaat onder andere ruimte voor een royale verbetering van de arbeidsvoorwaarden. Dit kan uitstralen naar de loonontwikkeling in andere sectoren en leiden tot een loon-prijsspiraal met negatieve macro-economische gevolgen. Bij te lage afzetprijzen, door tekortkomingen van de markt, zullen instellingen anderzijds moeilijk personeel kunnen werven en vasthouden, omdat de exploitatie te weinig ruimte laat voor arbeidsmarktconforme arbeidsvoorwaarden.

In de overgangsfase naar het uiteindelijk beoogde zorgstelsel werken markten voor zorgproducten nog niet voldoende effectief. Zolang blijft het soms nodig dat de overheid probeert bij te sturen.

De nota "*Vraag aan Bod*" stelt: "Waar de markt dat mogelijk maakt (voldoende aanbod en transparantie) zullen de prijzen [...] worden vrijgelaten. Waar de markt dat (nog) niet mogelijk maakt, zal prijsregulering in stand blijven via landelijk vastgestelde maximumtarieven."

Er bestaan verschillende mogelijkheden om door een toezichtshouder gereguleerde maximumprijzen vorm te geven¹². Bij alle methoden moet de kwaliteit van de dienstverlening worden bewaakt, omdat het risico bestaat dat de aanbieder op de kwaliteit van de geleverde diensten bekijkt wanneer uitsluitend naar de kosten wordt gekeken. Bij alle vormen van maximumprijzen rijst in het kader van dit beleidsonderzoek de vraag of de marktmeester specifiek dient te kijken naar de loonkosten, of slechts naar de integrale kosten. Dit laatste ligt het meest voor de hand, aangezien de overheid zich tot doel stelt te komen tot een evenwichtige ontwikkeling van de totale zorgkosten.

Te overwegen valt om bij de vaststelling van het maximum-aanvangstarief een specifieke component voor de loonkosten in aanmerking te nemen. In feite wordt dan in het eerste jaar een kostprijs bepaald van de zorgproducten waar het om gaat. Voor eventuele latere jaren waarin prijsregulering als noodzakelijk wordt gezien kan deze prijs worden aangepast voor de algemene ontwikkeling van de prijzen, eventueel onder toepassing van een kortingspercentage (ter bevordering van de efficiency)¹³. Bij het hanteren van een algemeen prijsindexcijfer wordt bijvoorbeeld verondersteld dat alle zorginstellingen jaarlijks dezelfde efficiencywinst zouden kunnen boeken als gemiddeld in andere bedrijven haalbaar is.

¹² Op deelmarkten waar reëel uitzicht bestaat op concurrentie, maar waar deze nog niet genoeg van de grond is gekomen, kunnen ter voorkoming van machtsmisbruik tijdelijk maximumprijzen op basis van de "cost-plus" of de "price-cap methode" gewenst zijn. Op deelmarkten waar concurrentie niet mogelijk wordt geacht, kan ter bepaling van maximumprijzen de "yardstick"-benadering ofwel maatstafconcurrentie worden toegepast.

¹³ Overigens mag helder zijn dat, als gevolg van onder meer technologische ontwikkelingen en veranderende zorgvraag, de beschrijving van zorgproducten aan frequent onderhoud onderhevig is. In die zin is er sprake van een dynamisch systeem dat ook continu invloed heeft op de vast te stellen kostprijzen.

In de algemene prijsindex zit een loon- en een kapitaalcomponent verwerkt. Door deze index te gebruiken wordt impliciet rekening gehouden met de gemiddelde loonkostenontwikkeling in Nederland.

Een andere mogelijkheid is twee indexcijfers te hanteren:

7. voor het loongevoelige deel van de kosten een loonindex (OVA);
8. voor het kapitaalgevoelige deel van de kosten bijvoorbeeld een rente-index.

Het gebruik van een specifieke loonindex zal echter geen *extra* bijdrage leveren aan de beheersing van de loonkosten. Hiervoor is de inzet van maximumprijzen voldoende.

3.5 Nieuw zorgstelsel en de werking van “input”markten

Efficiënte prijzen van zorgproducten (“output”) kunnen worden afgedwongen door concurrentie tussen aanbieders (in de eindsituatie) of via regelgeving (in de overgangperiode). In beide gevallen is het gewenst dat instellingen worden geprikkeld om tegen een gunstiger prijs/kwaliteitverhouding te produceren. Dit betekent dat ze in de gelegenheid zijn de productiemiddelen – arbeid, kapitaal en intermediaire goederen – zo optimaal mogelijk in te zetten. Dit veronderstelt dat de arbeidsmarkt en de kapitaalmarkt goed werken en dat arbeid en kapitaal flexibel inzetbaar zijn. Eventuele belemmeringen voor die flexibiliteit dienen, zo mogelijk, te worden weggenomen.

Flexibiliteit op de kapitaalmarkt blijft in dit rapport buiten beschouwing. Voornamelijk de flexibele inzet van arbeid speelt bij de gedachtevorming over de loonkostenontwikkeling in de toekomst een belangrijke rol. Flexibele en efficiënte inzet van personeel vraagt:

1. voldoende en goed/passend opgeleid personeel;
2. CAO's die ruimte bieden voor een passend personeelsbeleid;
3. beperking van wet- en regelgeving die de flexibele inzet van personeel belemmert.

Deze drie voorwaarden krijgen hieronder kort aandacht.

Ad 1. Voldoende en goed/passend opgeleid personeel

Ter beperking van tekorten op delen van de arbeidsmarkt voor verplegend en verzorgend personeel wordt op dit moment gewerkt volgens een viersporenaanpak:

- het aantrekkelijk maken van een loopbaan in de zorg- en welzijnssector;
- voorwaarden scheppen voor een langere gemiddelde werktijd;
- stimuleren van de instroom;
- tegengaan van de uitstroom.

Voor het verkrijgen en behouden van voldoende en goed/passend opgeleid personeel is het navolgende van belang.

- Bij opleidingen waarvan de capaciteit te beperkt is, dient de toelating te worden verruimd. Met ingang van het komende studiejaar wordt de instroom in de opleiding tot arts dan ook (versneld) uitgebreid. Naar aanleiding van het MDW -rapport Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen (artsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten) “*Nooit meer wachten*” wordt een aantal belemmeringen in de opleidingen geslecht. Zo mogen universiteiten op termijn zelf hun opleidingscapaciteit bepalen, komen er waarschijnlijk twee medische opleidingen bij, komt er een onderzoek naar de relatieve kosten van de geneeskundeopleiding en komt er meer differentiatie in het aanbod van opleidingen. Naast de bestaande behoefte van het Capaciteitsorgaan zal een “second opinion” over de gewenste opleidingscapaciteit worden gevraagd aan een combinatie van externe bureaus. In een nieuw MDW -onderzoek worden momenteel de (toetredings)belemmeringen geïnventariseerd voor de

ziekenhuisopleidingen voor helpenden, verzorgenden, (gespecialiseerd) verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies.

- Voor opleidingen waar niet de capaciteit, maar het aanbod van leerlingen beperkt is, proberen de sector en de overheid meer belangstelling bij de doelgroep te kweken, bijvoorbeeld via het voeren van imagocampagnes. Ook lopen er acties om te zorgen dat voldoende stageplaatsen beschikbaar zijn (stimuleringsregelingen, stagebureaus) en dat praktijk- en werkbegeleiding worden versterkt.
- Opleiden wordt beloofd. Momenteel wordt nagedacht over een nieuwe financiering van (interne) opleidingen. Reeds in 2002 zal hiermee een aanvang worden gemaakt voor vijf specifieke ziekenhuisopleidingen, in 2003 volgt de rest.
- Studenten in de BOL-opleidingen (beroepsopleidende, theoretische leerweg) zullen een stagevergoeding krijgen. Dit is inmiddels in de CAO's geregeld.
- Gevarieerd werk, ontplooiingsmogelijkheden, betrokkenheid bij de patiënt, geen overmatige werkdruk, flexibele arbeidstijden en redelijke beloning zijn van belang om werken in de sector aantrekkelijk te maken. Voor dit soort aspecten zijn de Van Rijnmiddelen beschikbaar gekomen (450 mln euro structureel), worden afspraken gemaakt in CAO's en stimuleren de sectorfondsen vernieuwingen. Herintreders worden actief geworven. Voor hen zijn flexibele arbeidstijden, voldoende kinderopvang en maatwerk in scholing van belang. De sectorfondsen Zorg en Welzijn subsidiëren projecten in dit kader. Voor het vasthouden van voldoende personeel is het voorts van belang dat een zodanig personeelsbeleid wordt gevoerd dat ziekteverzuim en uitstroom (uit de sector) worden beperkt. Op dit front zijn de sectorfondsen Zorg en Welzijn eveneens actief.

Ad 2. CAO's die ruimte bieden voor een passend personeelsbeleid

Komen op de arbeidsmarkt, bedrijfstakbreed, hoge loonstijgingen tot stand, dan zullen de prijzen van zorgproducten stijgen in de beoogde eindsituatie van "Vraag aan bod". Als gevolg daarvan zal bij begrensde premies de productie dalen (maatschappelijk ongewenst) of de ziektekostenpremie's zullen stijgen (met doorwerking in de lonen en de prijzen). Komen, bedrijfstakbreed, te lage loonstijgingen tot stand, dan zal de zorgproductie krimpen door gebrek aan voldoende personeel. Bij meer gedifferentieerde loonstijgingen zal wellicht gemakkelijker evenwicht op productmarkten en op relevante deelmarkten van de arbeidsmarkt ontstaan.

Voor de beheersing van de arbeidskostenontwikkeling is in eerste instantie de bekostiging relevant. Daarvan moeten voldoende prikkels uitgaan voor een marktconforme ontwikkeling van de loonkosten. Daarnaast staat te bezien of differentiatie tussen en binnen CAO's kan bijdragen aan een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten door:

- A. het bevorderen van de mogelijkheid tot concurrentie op arbeidskosten, met name door over te stappen van een bedrijfstak-CAO op ondernemings-CAO's of door meer (gebruik maken van) differentiatiemogelijkheden in bedrijfstak-CAO's;
- B. een flexibele inzet van personeel met een daarbij passende beloning.

Bijlage 5 bij dit hoofdstuk beschrijft wat er op dit moment in de zorg- en welzijnssector gebeurt op het gebied van ondernemings-CAO's en differentiatie binnen bedrijfstak-CAO's en waartoe dat in de praktijk leidt. Deze bijlage geeft een genuanceerd beeld over de zorg- en welzijnssector:

1. de differentiatiemogelijkheden binnen de bestaande bedrijfstak-CAO's nemen toe;
2. enkele brede bedrijfstak-CAO's zijn uiteengevallen in bedrijfstak-CAO's met een geringer bereik;
3. het aantal ondernemings-CAO's neemt nog niet toe.

Bestaande differentiatiemogelijkheden lijken nog niet optimaal te worden benut. Anderzijds wordt in de gepresenteerde cijfers niet alle dynamiek zichtbaar. De sector zorg en welzijn wijkt in dit opzicht niet sterk af van de rest van de economie. De toenemende concurrentie in de zorg, eventuele ketenvorming van zorgaanbieders, het groeiend belang van persoonsgebonden budgetten en de overgang naar functiegerichte aanspraken zouden elk voor zich kunnen leiden tot wijzigingen in de reikwijdte en de inhoud van CAO's. Misschien ontstaan er per saldo als gevolg van al deze ontwikkelingen meer ondernemingscao's, misschien worden CAO's samengevoegd of ontstaan er CAO's ingedeeld naar functies of beroepsgroepen. Hoewel differentiatie in arbeidsvoorwaarden zorginstellingen beter in staat stelt zich van elkaar te onderscheiden binnen een systeem van gereguleerde concurrentie, kan differentiatie ook onrust in de organisatie veroorzaken.

Op basis van het voorafgaande acht de IBO-werkgroep het, met het oog op het nieuwe zorgstelsel dat wordt gekenmerkt door grotere concurrentie, wenselijk dat instellingen de al bestaande beleidsvrijheid bij het inzetten en belonen van personeel in de praktijk daadwerkelijk gebruiken en dat sociale partners in het CAO-overleg waar nodig en wenselijk die beleidsvrijheid uitbreiden. Een meer flexibele inzet van arbeid en grotere speelruimte bij de arbeidsvoorwaarden voor werknemers én voor werkgevers is wenselijk.

Ad 3. Wet- en regelgeving die de flexibele inzet van personeel belemmert

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de werking van domeinmonopolies. Beroepsgroepen kunnen, met het oog op de kwaliteit van de zorg, bepaalde handelingen aan hun eigen beroepsgroep voorbehouden. Het is van belang deze monopolies zoveel mogelijk te beperken ten behoeve van een flexibele arbeidsmarkt met in achtneming van wat uit hoofde van de kwaliteit van de zorg noodzakelijk blijft.

3.6 Samenvatting en conclusie

Dit hoofdstuk beschrijft hoe in de beoogde eindsituatie na de herziening van het bestaande zorgstelsel, in principe niet langer een beheersingsmechanisme voor de loonkosten in deze sector nodig is. Tijdens de overgangsfase naar de beoogde eindsituatie zal zeer waarschijnlijk een stelsel van door een toezichtshouder gereguleerde maximumprijzen voor zorgproducten nodig blijven omdat zorgmarkten (nog) onvoldoende efficiënt werken. De werkgroep concludeert dat het niet voor de hand ligt daarnaast, als component van de maximumprijzen, de loonkosten afzonderlijk te maximeren. Omdat maximumprijzen feitelijk outputprijzen zijn voor zorgproducten, ligt het niet in de rede de kosten van een of meer inputfactoren (arbeid, kapitaal, intermediaire goederen) afzonderlijk te indexeren dan wel te maximeren. Zodra we zo'n systeem van maximumprijzen hebben is het huidige model van budgettering van loonkosten dus overbodig geworden. Zorgaanbieders zullen, gegeven de prijzen die zij ten hoogste voor hun producten kunnen vragen, streven naar een bedrijfseconomisch inpasbare ontwikkeling van hun loonkosten.

Het is denkbaar dat het nieuwe zorgstelsel voorlopig nog niet volgens de beschreven verwachtingen kan functioneren. Zo lang de bestaande budgetteringssystematiek nog een rol speelt in de zorgsector, en de maximumprijzen nog niet de beoogde rol spelen, kan ter beheersing van de loonkostenontwikkeling worden onderzocht of de beleidsvarianten voor het huidige stelsel uitkomst bieden.

De werkgroep signaleert dat er risico's bestaan – vooral op de markten voor inputs – die een goede werking van markten voor zorgproducten kunnen bedreigen. In het bijzonder een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel kan leiden tot knelpunten op de arbeidsmarkt en daarmee tot knelpunten bij de zorgproductie. De zorgsector heeft, in samenwerking met de overheid, reeds een groot aantal maatregelen genomen om deze risico's te verkleinen. In dit verband valt de uitbreiding van de opleidingscapaciteit te noemen. Ook kan de werking van domeinmonopolies leiden tot een minder flexibele arbeidsmarkt. Het is van belang deze monopolies zoveel mogelijk te beperken ten behoeve van een flexibele arbeidsmarkt met in achtname van wat uit hoofde van de kwaliteit van de zorg noodzakelijk blijft.

Vraagstukken bieden geen garantie dat er géén wachtlijsten meer zullen zijn. In voorkomende gevallen blijven er (frictie)wachtlijsten bestaan en zullen er kwaliteitsverschillen optreden. Daarnaast zullen er door marktwerking financiële risico's voor zorgproducenten ontstaan. Zou de overheid in dergelijke gevallen zwichten voor aandrang om extra budgettaire middelen te verschaffen, dan verstoort dit het voortdurende zoekproces van de zorgmarkt naar nieuwe evenwichten. Enerzijds kan dergelijk overheidsingrijpen efficiencyprikkel dempen en leiden tot suboptimale uitkomsten. Anderzijds dient de overheid er wel op toe te zien dat het systeem als zodanig voldoende zorg van goede kwaliteit tegen aanvaardbare kosten oplevert. Hier is sprake van een permanent spanningsveld.

Verder constateert de werkgroep dat een flexibele inzet van personeel binnen zorginstellingen en de mogelijkheid om desgewenst instellingsspecifiek arbeidsvoorwaardenbeleid te voeren van groot belang zijn voor een beheerste en passende loonkostenontwikkeling. Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers samen om in de bestaande CAO's, of in nieuw te vormen ondernemings CAO's, verdergaande flexibiliteit voor werknemers én werkgevers bij de inzet en beloning van personeel mogelijk te maken en haar vervolgens in de praktijk toe te passen.

Hoofdstuk 4 **Beleidsvarianten**

4.1 **Inleiding**

Het huidige arbeidsvoorwaardenmodel in de zorgsector heeft vanaf 1998 geleid tot een situatie waarin de loonkosten uitstijgen boven de daarvoor beschikbaar gestelde middelen, zo bleek in hoofdstuk 2. Naar alle waarschijnlijkheid heeft dit geleid tot een verminderd voorzieningenniveau (kwantitatief en/of kwalitatief). Het kernpunt is dat de Overheidsbijdrage aan de arbeidskosten (OVA) geen dwingende maximum begrenzing aan de loonkostenontwikkeling stelt maar slechts een financieringsnorm en richtlijn voor werkgevers vormt.

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe in de beoogde eindsituatie, die ontstaat na de herziening van het bestaande zorgstelsel, in principe geen beheersingsmechanisme voor de loonkosten meer nodig is.

Dit hoofdstuk schetst drie denkrichtingen, met in totaal tien beleidsvarianten voor de totstandkoming van arbeidsvoorwaarden in de zorgsector, dit alles uitgaande van het bestaande zorgstelsel (paragraaf 4.2). Acht beleidsvarianten worden in paragraaf 4.3 aan vier criteria getoetst (twee beleidsvarianten zijn geen zelfstandige opties). Ten slotte wordt ingegaan op beleidsvarianten die stroken met het nieuwe zorgstelsel (paragraaf 4.4).

4.2 **Beleidsvarianten bestaande zorgstelsel**

Het huidige model voor de arbeidsvoorwaardenvorming in de zorg is kwetsbaar voor diverse omgevingsfactoren. Het betekent een potentieel risico voor een onbeheersbare ontwikkeling van de loonkosten. Deze onbeheerste, boven marktconforme, loonkostenontwikkeling kan ten koste gaan van het gewenste zorgvolume of de gewenste zorgkwaliteit.

Het onderzoek van de werkgroep richt zich op prikkels in het *model* dat voor de ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden wordt gehanteerd.

Om de loonkostenontwikkeling in de zorgsector beter in de pas te laten lopen met de beweging van de arbeidskosten in de marktsector, staan drie denkrichtingen open:

1. periodiek overlegmodel in de zorg;
2. invoering van systeemprykkels;
3. sterkere rol van de centrale overheid.

Elk van deze denkrichtingen wordt hierna uitgewerkt en getoetst aan vier criteria. De toetsingscriteria zijn onderverdeeld in een hoofdcriterium, conform de taakopdracht van het onderzoek, en drie nevenscriteria.

Hoofdcriterium (conform taakopdracht)

- Beheersing van de loonkostenontwikkeling en beperking afwenteling op volume/kwaliteit van zorg.

Nevenscriteria

- “Normale” arbeidsverhoudingen in lijn met internationale verdragen.
- Realiseerbaar en uitvoeringstechnisch haalbaar op korte termijn.
- Geen belemmerende werking voor invoering nieuw zorgstelsel.

De criteria behoeven geen nadere toelichting afgezien van “Normale” arbeidsverhoudingen in lijn met internationale verdragen. In de G&G-sector (waaronder de zorgsector) wordt zoveel mogelijk gestreefd naar ‘normale arbeidsverhoudingen’, vergelijkbaar met die in de marktsector. In de door Nederland geratificeerde ILO-conventies 87 en 98 staat dat onderhandelingsvrijheid van private werkgevers en werknemers in principe gerespecteerd moet worden en dat selectieve ingrepen in de arbeidsvoorwaarden (selectief in de zin van betrekking hebbend op een gedeelte van de economische sectoren) niet zijn toegestaan. De beleidsvarianten worden expliciet beoordeeld op dit criterium.

Ad 1. Periodiek overlegmodel in de zorg

In eerste instantie valt te denken aan twee vormen van periodiek overleg in de zorgsector:

- 1.1 bipartiet overleg werkgevers en overheid;
- 1.2 tripartiet overleg werkgevers, werknemers en overheid.

1.1 Bipartiet overleg werkgevers en overheid

Geïstitutioniseerd periodiek overleg tussen de overheid en de werkgeversorganisaties in de zorg kan bijdragen aan een parallelle ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden in zorgsector en marktsector. Ná de vaststelling van de overheidsbijdrage aan de arbeidskosten (OVA), maar vóórdat de CAO-onderhandelingen van start gaan, kunnen werkgevers en de overheid wederzijdse belangen met elkaar bespreken. De overheid kan de werkgeversorganisaties tijdens dit overleg toelichten wat het (macro-economische) belang is van een CAO die zoveel mogelijk aansluit bij de OVA. Daarnaast kan de overheid de eventueel gekozen beleidslijnen voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector (zoals de beleidsopties “systeemprikkels” en “sterkere rol overheid”) aan de werkgevers toelichten.

In het verleden is een soortgelijk overleg (zij het in een eerder stadium) met de werkgevers juist komen te vervallen, omdat moeilijk tot overeenstemming viel te komen. Om dit te voorkomen zal de hoogte van de OVA geen bespreekpunt moeten zijn maar zal de overheid het belang van een OVA-conforme loonontwikkeling krachtig moeten bepleiten.

Bij de concrete vormgeving van het overleg is het van belang ervoor te waken dat dit geen jaarlijks ritueel zonder concrete inhoud wordt. Dit kan een negatieve uitstraling tot gevolg hebben.

1.2 Tripartiet overleg werkgevers, werknemers en overheid

Ook een periodiek tripartiet overleg met werkgevers, werknemers en de overheid hoort tot de mogelijkheden. Het gaat om overleg waarin de overheid het belang van een OVA-conforme loonontwikkeling toelicht. In deze bredere samenstelling kan het draagvlak voor beleid aanzienlijk groter zijn. Wellicht kan dit leiden tot een sociaal contract. In deze vorm bestaat het risico van een averechtse reactie van sociale partners. Om dit te voorkomen zal de hoogte van de OVA geen bespreekpunt moeten zijn maar zal de overheid het belang van een OVA-conforme loonontwikkeling krachtig moeten bepleiten.

Bovenstaande overlegmodellen zijn geen zelfstandige beleidsopties omdat ze op zichzelf onvoldoende krachtig zijn voor een kans op succes. Mocht één van de navolgende beleidsopties (“systeemprikkels” en “sterkere rol overheid”) geschikt worden bevonden en geïmplementeerd, kan het overlegmodel aanvullend worden gebruikt en zal in ieder geval een bipartiet overleg nuttig zijn.

Ad 2. Systeemprikkels

In tweede instantie valt te denken aan vier *ex ante* systeemprikkels:

- 2.1 malus mechanisme;
- 2.2 relatie met expliciete afspraken over zorgvolume en zorgkwaliteit;
- 2.3 bonus mechanisme;
- 2.4 versnelde invoering van outputfinanciering.

2.1 *Malus mechanisme*

Mocht een CAO uiteindelijk duurder blijken te zijn dan de OVA-middelen toelaten, dan is het denkbaar de OVA in het daaropvolgende jaar te korten met het aantal procentpunten van de overschrijding. Bij een onderschrijding van de OVA-ruimte kan de sector de vrijvallende middelen gebruiken voor een groter zorgvolume of kwaliteitsverbetering van de zorg. In het geval van een overschrijding is het risico uiteraard aanwezig dat de “gekorte” OVA het jaar daarna wederom wordt overschreden. De OVA stelt immers geen dwingende maximumgrens aan de loonkostenontwikkeling maar vormt slechts een financieringsnorm en richtlijn voor werkgevers. Afwenteling op het volume en de kwaliteit van de zorg blijft alsdan een mogelijkheid. Lastig is ook hoe om te gaan met alternatieve financieringsbronnen per zorginstelling. De expliciete keuze voor een hogere loonstijging, gefinancierd via een stijging van de arbeidsproductiviteit is in dit geval namelijk onmogelijk. Op zichzelf is het mogelijk om het beloop van de loonkosten te confronteren met de OVA-ruimte plus de bijkomende ruimte door factoren als de extra arbeidsproductiviteitswinsten. Nadeel is dat deze confrontatie pas in een laat stadium gemaakt kan worden afhankelijk van de beschikbaarheid van realisatiecijfers.

Een stapje verder gaat het model waarbij wordt afgesproken dat geen geld beschikbaar wordt gesteld voor het wegwerken van wachtlijsten die zijn ontstaan als gevolg van overschrijdingen van de OVA-ruimte in de desbetreffende sector. Bij de verdeling van de wachtlijstmiddelen die jaarlijks beschikbaar komen kan het kabinet bijvoorbeeld besluiten om de desbetreffende sector niet te bedienen maar zich juist te richten op het wegwerken van wachtlijsten in sectoren met wél een OVA-conforme loonkostenontwikkeling. Dit maakt patiënten expliciet de dupe van boven-marktconforme CAO's. De overheid zou via een proces van “naming and blaming” kunnen aangeven waarom voor het wegwerken van bepaalde wachtlijsten geen extra middelen beschikbaar worden gesteld.

De malussen kunnen alleen op sectorniveau (niet per instelling) worden toegepast, omdat de CAO's momenteel op sectorniveau worden afgesloten. De overschrijding van de OVA kan dus alleen per sector worden bepaald.

Al met al valt niet op voorhand te zeggen of en in welke mate de loonkosten worden beheerst en afwenteling op het zorgvolume wordt voorkomen met bovenstaande malussen. De mechanismen zijn wel relatief eenvoudig te implementeren en daarmee op korte termijn technisch realiseerbaar¹⁴. De malussen zijn geen denkbare optie in het nieuwe zorgstelsel waar sturing op inputfactoren vervalt maar evenmin vormen zij een belemmering voor de invoering van het nieuwe stelsel, omdat de malus tegen die tijd zou kunnen vervallen.

Een zwak element in de malusmechanismen is dat de overheid uiteindelijk de expliciete keuze moet maken dat een geringer zorgvolume (wachtlijst) of een verminderde zorgkwaliteit worden geaccepteerd, voor zover zij het gevolg zijn van een te hoge loonkostenontwikkeling. De bovenmarktconforme loonstijging heeft op zichzelf al een verlaagd voorzieningenniveau tot gevolg. Als dit wordt aangevuld met een malus kan de aantasting van het voorzieningenniveau nog eens worden versterkt. In de samenleving zal toepassing van dit mechanisme op veel

¹⁴ In het kader van de modernisering van de AWBZ en de overgang naar functiegerichte aanspraken zal de indeling in sectoren verdwijnen. Dit zal dus gevolgen hebben voor maatregelen gebaseerd op sectoren.

weerstand stuiten. Zorgdragen voor een kwantitatief en kwalitatief goed voorzieningsniveau behoort immers tot de verantwoordelijkheden van de overheid.

2.2 *Relatie met expliciete afspraken over zorgvolume en zorgkwaliteit*

Bij dit denkmodel wordt een relatie gelegd met vooraf gemaakte afspraken over volume en kwaliteit van de te leveren zorg. De overheid zal CAO's die de OVA-ruimte te buiten gaan, met mogelijk een lager zorgvolume tot gevolg, in periodiek overleg met de sector expliciet aan de orde stellen. Daarbij wordt *ex ante* gekeken in hoeverre de sector zich houdt aan meerjarenafspraken wat betreft het volume (zoals overigens reeds is afgesproken in het OVA-convenant). Mocht een wachtlijst zijn ontstaan en is er tevens een dure CAO afgesloten, dan worden werkgevers ter verantwoording geroepen.

Op voorhand is onduidelijk of bij deze beleids optie zonder sancties de loonkosten worden beheerst en afwenteling op het volume wordt voorkomen. Het op centraal niveau maken van meerjarenafspraken over volume gaat in tegen de decentrale sturingsfilosofie die aan het nieuwe zorgstelsel ten grondslag ligt. In het nieuwe stelsel maken decentrale partijen (zorgaanbieders, verzekeraars) afspraken over volume. Meerjarenafspraken kunnen daarom slechts als een tijdelijk middel fungeren. Los hiervan is het de vraag of er voldoende meetinstrumenten zijn om volume-afspraken te kunnen maken, en of het mogelijk is het ontstaan of langer worden van wachtlijsten causaal te relateren aan een overschrijding van de OVA-ruimte.

2.3 *Bonus mechanisme*

Naast de beschreven malussen uit optie 2.1 kan ook worden gedacht aan positieve prikkels *per sector/instelling*. De OVA kan elk jaar enkele tienden van een procentpunt lager worden vastgesteld dan de maatgevende ontwikkeling van de loonkosten in de marktsector mogelijk maakt. Daarmee ontstaat financiële ruimte die wordt ingezet ter financiering van diverse positieve prikkels. Sectoren of individuele instellingen die zich vastleggen op meetbare output zoals in het DBC-traject¹⁵ kunnen hiervoor via het model worden beloond. Ook sectoren/instellingen die een bepaalde extra stijging van de arbeidsproductiviteit of daling van het ziekteverzuim weten te realiseren, waardoor de productie stijgt bij een gelijk budget, of sectoren/instellingen die de loonkostenontwikkeling beneden de gekorte-OVA houden zonder productieverlies, kunnen voor deze bonus in aanmerking komen. Ook hier kan de overheid gebruik maken van "naming and shaming", door publicatie van de instellingen en sectoren die het best en het slechtst worden geleid.

Bij een nog verdergaand alternatief krijgen de *verantwoordelijke personen binnen de sectoren een financiële prikkel*. Gedacht kan worden aan een soort bonus-regeling voor besturen van de zorginstellingen. Bij een loonkostenontwikkeling die binnen de gekorte-OVA blijft krijgen bestuurders een bonus. Een bonus toekennen is altijd mogelijk, al moet hier een aparte subsidieregeling voor worden opgezet. De uitstraling van dit model kan echter averechts zijn: "bestuur van instelling krijgt forse bonus ten koste van salaris zorgwerknemers". Als alternatief kunnen bestuurders beloond worden voor hun prestaties op het gebied van bijvoorbeeld extra productie, extra arbeidsproductiviteitswinsten of het terugdringen van ziekteverzuim. Over het algemeen concludeert de werkgroep dat een systeem van bonussen, gefinancierd met een generieke korting van de OVA, een goede kans van slagen heeft om te komen tot een beheerste loonkostenontwikkeling. Het invoeren van bonussen per instelling of per persoon kan op een aantal uitvoeringstechnische problemen stuiten, afhankelijk van de indicator waarop de

¹⁵ DBC = Diagnose Behandeling Combinatie. Het lopende DBC-traject is erop gericht te komen tot realistische kostprijzen voor behandelingen in ziekenhuizen.

bonus is gebaseerd. Dit kan echter in eerste instantie worden voorkomen door te starten met een bonus per sector of CAO-gebied. In de tussentijd kan worden gewerkt aan een administratief systeem wat het mogelijk maakt op termijn te groeien naar een bonus per instelling of eventueel op bestuursniveau.

In het kader van de modernisering van de AWBZ en de overgang naar functiegerichte aanspraken zal de indeling in sectoren verdwijnen. Dit zal gevolgen hebben voor maatregelen gebaseerd op sectoren.

2.4 Versnelde invoering van outputfinanciering (waar mogelijk)

Ook zou het voor een aantal sectoren in de zorg al mogelijk zijn om een begin te maken met outputfinanciering. In deze vaste vergoeding per geleverd zorgproduct zit een marktconforme looncomponent en deze wordt jaarlijks met de OVA geïndexeerd. Mocht een instelling de kosten van een boven-marktconforme CAO willen afwentelen op het productievolume, dan zal het verdiende budget krimpen. Minder productie betekent immers een geringer budget. Wel bestaat er de mogelijkheid dat instellingen het volume aan zorg per produkt (DBC) verminderen; verminderen van de zorgkwaliteit.

Over het algemeen concludeert de werkgroep dat versnelde invoering van outputfinanciering een goede stimulans geeft op instellingsniveau om de loonkostenontwikkeling beheerst te houden en afwenteling op het volume te voorkomen. Te hoge loonstijgingen die worden afgewenteld op het volume hebben immers een geringer budget tot gevolg.

Het valt te betwijfelen of versnelde invoering van outputfinanciering voor de bedoelde sectoren daadwerkelijk op korte termijn realiseerbaar is zonder dat trajecten in de richting van een nieuw zorgstelsel overhaast op de rails worden gezet.

Ad 3. Sterkere rol centrale overheid

Bij alle bovenstaande oplossingsrichtingen blijft het probleem bestaan dat de overheid geen directe invloed heeft op de uitkomsten van de CAO-onderhandelingen. De OVA stelt immers geen dwingende maximumgrens aan de loonkostenontwikkeling maar vormt slechts een financieringsnorm en richtlijn voor werkgevers. De overheid zou kunnen besluiten meer directe invloed uit te oefenen op de inhoud en op het tot stand komen van zorg-CAO's. Vier opties zijn nader bekeken:

- 3.1 personeel in de zorgsector komt in overheidsdienst;
- 3.2 bepalingen in te duur geoordeelde CAO's onverbindend verklaren;
- 3.3 bepalingen in te duur geoordeelde CAO's niet algemeen verbindend verklaren;
- 3.4 overheidswaarnemer bij CAO-overleg.

3.1 Personeel zorgsector in overheidsdienst

Dit is in principe mogelijk door alle zorginstellingen onderdeel van de overheidsorganisatie te maken en werknemers in de zorgsector de status van ambtenaren te geven. Dit is juridisch, budgettair en maatschappelijk een zeer ingrijpende operatie. De overheid zou op korte termijn moeten overgaan tot het onteigenen van alle individuele zorginstellingen. Deze aanpak is effectief in de beheersing van de arbeidskosten en bij het voorkomen van afwenteling maar hij is zeker niet gewenst in het licht van het toekomstige vraaggerichte zorgstelsel (gereguleerde concurrentie) en bovendien niet op korte termijn realiseerbaar.

Met betrekking tot de normalisering van de arbeidsverhoudingen in de collectieve sectoren zet het Kabinet (staand beleid) in op een proces dat staat voor een beweging van de arbeidsverhoudingen (zoveel mogelijk) richting de arbeidsverhoudingen in de marktsectoren. In het geval dat alle werknemers ambtenaren zouden worden in de zorgsector, zal de vormgeving zo moeten worden gekozen zodat zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan het kabinetsbeleid

van normale arbeidsverhoudingen. Er zou slechts een formele verandering van werkgevers moeten plaatsvinden; van instellingsbestuur naar overheid.

3.2 *Bepalingen in te duur geoordeelde CAO's onverbindend verklaren*

Een alternatief is dat de overheid bij een overschrijding van de OVA-ruimte de salarisparagraaf in de desbetreffende CAO onverbindend verklaart. Bij het onverbindend verklaren van een CAO-bepaling is de bepaling niet meer bindend voor de bij het CAO-overleg betrokken partijen. Materieel komt het er op neer dat de desbetreffende CAO-afspraken niet hoeft te worden uitgevoerd door de partijen.

Hiervoor zijn wel wetswijzigingen noodzakelijk, omdat de overheid momenteel alleen CAO-bepalingen onverbindend kan verklaren die strijdig zijn met het algemeen belang. Te hoge loonstijgingen in de zorgsector zijn immers niet zonder meer te bestempelen als zijnde 'strijdig' met het algemeen belang. Deze optie komt neer op een specifieke aanpassing van het instrumentarium ten behoeve van één specifieke sector.

Verder staat dit instrument feitelijk op gespannen voet met de al eerder gememoreerde ILO-conventies en daarmee met de doelstelling 'normale arbeidsverhoudingen' (zie bijlage 3).

Wat is de rol van de overheden in andere landen bij de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden in de zorg? De internationale vergelijking van arbeidsvoorwaardenvorming in de zorg in verschillende landen (onderzoek van APE, januari 2002, bijlage 7) laat zien dat de overheid in Frankrijk wel degelijk betrokken is bij de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden:

"In de praktijk worden de onderhandelingen in de private sectoren afgestemd met de overheid. De overheid wordt geconsulteerd alvorens een onderhandelingsuitkomst tot stand komt. De achtergrond hiervan is dat vanwege de budgettaire gevolgen van een stijging van de arbeidskosten, instemming van de overheid een vereiste is om een onderhandelingsakkoord te kunnen sluiten. De overheid moet dus instemming verlenen. Tegen deze werkwijze van de overheid heeft de Franse vakbeweging geen bezwaar gemaakt bij de ILO. Wellicht speelt hierbij een rol dat de vakbond bij de loononderhandelingen voor de publieke sector reeds rechtstreeks in onderhandeling is met de overheid. Daarmee is de vakbond al min of meer gebonden aan een akkoord met de overheid over vergelijkbare werkzaamheden. Belangrijker is evenwel dat het in Frankrijk maatschappelijk geaccepteerd is dat de overheid zich mengt in de CAO-onderhandelingen van de private sectoren voor de gezondheidszorg. Men vindt overheidsbetrokkenheid begrijpelijk, omdat het bij de zorg uiteindelijk gaat om de besteding van publieke middelen."

Ook voor Duitsland beschrijft APE dat de overheid (in vergelijking met Nederland) de wettelijke mogelijkheid heeft om te hoge loonstijgingen in de private (zorg)sector als "niet-economisch" te bestempelen:

"In Duitsland is de overheid veel directer betrokken bij de loonvorming in de zorgsector, omdat een deel van de zorgsector publiek is. De overheid voert de loononderhandelingen voor haar eigen sector in het kader van het BAT, het Bundesangestelltentariff..... De invloed van het BAT op de private not for profit sector is groot.....De instellingen van deze sector zijn er niet bij gebaat lagere loonstijgingen af te spreken, omdat daarmee hun concurrentiepositie op de arbeidsmarkt in gevaar komt. Afwijkingen ten gunste van de werknemer komen zelden voor. Dat wordt vermoedelijk mede beïnvloed doordat de wetgever in een groot aantal wetten als norm heeft vastgelegd dat de ondernemer gehouden is

'wirtschaftlich' te opereren. Het hanteren door werkgevers van boven-BAT normen zou als 'unwirtschaftlich' kunnen worden beschouwd."

APE maakt hierbij wel de opmerking dat de Duitse overheid in de praktijk geen beroep doet op de wettelijke bepaling over de "wirtschaftlichkeit". Er is namelijk in de private sectoren ten principale sprake van vrije collectieve loonvorming; aangeduid als 'Tarifautonomie'. Dat is zelfs grondwettelijk vastgelegd.

Het zorgaanbod in Frankrijk en in Duitsland is niet helemaal te vergelijken met Nederland. In beide landen bestaat het zorgaanbod voor een groot deel uit publieke instellingen met daarnaast enkele private instellingen. In Nederland bestaat het zorgaanbod louter uit private instellingen. Bovenstaande passages haken aan bij de houding van de Franse en de Duitse overheid ten opzichte van het private deel van het zorgaanbod en is in die zin vergelijkbaar met de Nederlandse situatie.

De beschreven beleidsoptie is effectief in de beheersing van de arbeidskostenontwikkeling omdat hiermee te hoge collectief verbindende loonkostenstijgingen kunnen worden voorkomen. Kanttekening is wel dat het onverbindend verklaren van CAO-bepalingen niet kan voorkomen dat een aantal werkgevers toch op individuele basis de overeengekomen loonstijging doorvoeren (onverbindend verklaren is immers geen 'verbod' op de afgesproken loonstijging). Deze extra loonsverbeteringen zullen dan als de incidentele loonontwikkeling worden waargenomen in plaats van als CAO-loon. Ex-ante gaat wel een disciplinerende werking uit van de *mogelijkheid* tot onverbindend verklaren. Zelfs ex-post kan er een disciplinerende werking uitgaan nadat dat er één keer onverbindend is verklaard.

Het is de vraag of deze maatregel past in een nieuw zorgstelsel. In het licht van het komende zorgstelsel zou wel kunnen worden gezien of het mogelijk is onverbindend verklaren bij overschrijding van de OVA-ruimte vorm te geven als een tijdelijke wet/voorziening. De overheid hoeft alleen voor de overgangsfase het recht tot onverbindend verklaren van CAO-bepalingen te introduceren. In het uiteindelijke nieuwe zorgstelsel zal dit niet langer nodig en/of wenselijk zijn vanwege de geregleerde concurrentie tussen zorgaanbieders (zie hoofdstuk 3)¹⁶. Van belang is dat de mogelijkheid van een tijdelijke maatregel in het licht van de internationale en nationale wetgeving moet worden gezien.

Omdat deze optie neer komt op een specifieke aanpassing van het instrumentarium ten behoeve van één specifieke sector komen de 'normale' arbeidsverhoudingen in het geding. Er moet worden onderzocht of kan worden voldaan aan de voorwaarden die de ILO en artikel 10 van de Wet op de loonvorming aan een tijdelijke maatregel stellen¹⁷.

¹⁶ In een aantal deelsectoren binnen de zorg zal de eindsituatie van het nieuwe zorgstelsel langer op zich laten wachten. In die sectoren zal de tijdelijke maatregel dus langer doorwerken.

¹⁷ De commissie van deskundigen van de ILO stelt dat beperkingen van het principe van vrije collectieve onderhandelingen zijn toegestaan indien deze voldoen aan de volgende criteria:

- zij moeten uitzonderlijk zijn;
- zij moeten noodzakelijk zijn in het licht van het beleid voor een stabiele economie;
- zij moeten een redelijke periode beslaan;
- zij moeten worden gekoppeld aan een garantie voor de bescherming van de levensomstandigheden voor werknemers.

In Nederland zijn de bovenstaande criteria als volgt nader gespecificeerd en opgenomen in artikel 10 van de Wet op de loonvorming:

Tenslotte verdient deze optie de opmerking dat goed moet worden gezien in hoeverre er sprake is van een heldere verantwoordelijkheidsstructuur binnen de overheid. De arbeidskosten in de zorgsector (VWS) zouden in dit geval namelijk worden beheerst met behulp van het beleidsinstrumentarium van SZW. Er zal dan bijvoorbeeld een afspraak moeten worden gemaakt dat daadwerkelijk onverbindend verklaren pas mogelijk is indien de ministerraad hiervoor, op voorspraak van de minister van VWS, aanleiding ziet.

3.3 *Bepalingen in CAO's niet-algemeen-verbindend verklaren*

Bepalingen in zorg-CAO's die de OVA-ruimte overschrijden niet langer algemeen verbindend verklaren vergt wetwijziging omdat de overheid momenteel alleen kan overgaan tot het niet AVV-en van CAO-bepalingen 'indien het algemeen belang zulks vereist' (zie bijlage 5). Te hoge loonstijgingen in één sector zijn niet zonder meer te bestempelen als zijnde 'strijdig' met het algemeen belang. Deze optie komt dus neer op een specifieke aanpassing van het instrumentarium ten behoeve van één specifieke sector. De 'normale' arbeidsverhoudingen komen hier in het geding en de bedoelde wetwijziging staat mogelijkerwijs op gespannen voet met de ILO-conventies 87 en 98. Het is ook de vraag of een dergelijke maatregel past binnen het nieuwe zorgstelsel.

In Frankrijk is de overheid ook indirect betrokken, omdat CAO's van private sectoren, die naar haar mening tot te grote kostenstijgingen leiden, niet algemeen-verbindend worden verklaard (zie bijlage 7). Materieel heeft het AVV-instrument in de zorgsector in Nederland weinig betekenis. Het overgrote deel (98,7%) van de werknemers in de zorg valt direct onder de CAO's en slechts 1,3% van de werknemers valt door AVV onder de CAO's.

Net als bij de voorgaande optie moet ook hier goed worden gezien in hoeverre er sprake is van een heldere verantwoordelijkheidsstructuur binnen de overheid. De arbeidskosten in de zorgsector (VWS) zouden in dit geval namelijk worden beheerst met behulp van het beleidsinstrumentarium van SZW. Er zal dan bijvoorbeeld een afspraak moeten worden gemaakt dat daadwerkelijk niet algemeen verbindend verklaren pas mogelijk is indien de ministerraad hiervoor, op voorspraak van de minister van VWS, aanleiding ziet.

-
1. 1. De minister van SZW kan, indien naar zijn oordeel een zich plotseling voordoende noodsituatie van de nationale economie, veroorzaakt door één of meer schoksgewijze optredende externe factoren, het nemen van maatregelen ten aanzien van het peil van de loonkosten vereist, algemene regelen vaststellen betreffende lonen en andere op geld waardeerbare arbeidsvoorwaarden.
 2. 2. Een regeling op grond van het eerste lid dient gepaard te gaan met de aankondiging van andere maatregelen welke in verband met het zich voordoen van de aldaar bedoelde noodsituatie vereist zijn. Voorts dient, indien een regeling op grond van het eerste lid wordt vastgesteld, voorzien te worden in een adequate bescherming van de levensstandaard van de werknemers.
 3. 3. Het tijdvak waarvoor een krachtens het eerste lid genomen besluit geldt omvat een bij het besluit vast te stellen periode die niet langer is dan zes maanden. Deze periode kan één maal worden verlengd met een termijn van ten hoogste zes maanden.
 4. 4. De minister van SZW kan vrijstelling, of, op verzoek, ontheffing verlenen van de krachtens het eerste lid gestelde regelen. Een vrijstelling of ontheffing kan onder beperkingen worden verleend en daaraan kunnen voorschriften worden verbonden.
 5. 5. Het is de werkgever verboden te handelen in strijd met krachtens het eerste en vierde lid gestelde regelen en voorschriften.

3.4 Overheidswaarnemer bij CAO-overleg

Ten slotte valt te overwegen dat de overheid met 'waarnemers' aanwezig is bij het CAO-overleg in de zorg. De aanwezigheid van de waarnemer moet dan voorkomen dat de uiteindelijke stijging van de arbeidskosten boven een bepaald mandaat (de OVA-ruimte) uitkomt. Zo'n waarnemer heeft echter slechts een symbolische/signalerende functie. De aanwezigheid van een waarnemer kan de overige betrokken partijen meer bewust maken van het mandaat. Mocht desondanks een overschrijding van de OVA dreigen, dan heeft de waarnemer formeel geen veto.

In België is de overheid ook direct betrokken, omdat zij voorzitter is bij de totstandkoming van de arbeidsvoorwaarden van de private, niet op winstgerichte zorgsectoren (zie bijlage 7). Formeel heeft de Belgische overheid slechts een onpartijdige rol in dit overleg die is gericht op verzoening bij conflicten. In de praktijk blijkt echter dat de Belgische overheid al vanaf het voorstadium van de onderhandelingen een invloedrijke rol speelt.

De waarnemersfunctie zal bij wet moeten worden geregeld. De werkgroep concludeert dat op voorhand onduidelijk is of de arbeidskosten zo beter worden beheerst en afwenteling op het zorgvolume wordt voorkomen. Risico van een louter onpartijdige waarnemer is dat er na het afsluiten van een eventueel te dure CAO instemming vanuit de overheid is uitgestraald; wie zwijgt stemt immers toe. Het is de vraag of een dergelijke maatregel past binnen het nieuwe zorgstelsel. Het instellen van een waarnemer is niet in strijd met de ILO-conventies 87 en 98, maar kan wel worden betiteld als strijdig met de 'normale' arbeidsverhoudingen omdat de overheid in de marktsector ook geen waarnemers naar het CAO-overleg afvaardigt. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het begrip normale arbeidsverhoudingen in de collectief gefinancierde sector wel anders kan worden opgevat dan in andere sectoren.

4.3 Toetsing oplossingsrichtingen huidig zorgstelsel, een schematische weergave

In dit onderdeel worden de beschreven beleidsopties, of oplossingsrichtingen, getoetst aan het hoofdcriterium en de drie nevencriteria. De resultaten van de toetsing staan samengevat in tabel 4. Een "+" in de tabel geeft aan dat aan het desbetreffende toetsingscriterium is voldaan en een "-" dat daaraan niet wordt voldaan. De "+/-" aanduiding geeft aan dat er sprake is van een genuanceerd beeld of dat de werkgroep op voorhand niet kan concluderen of een variant aan het criterium voldoet (mede afhankelijk van moeilijk in te schatten gedragseffecten). Voor een toelichting wordt verwezen naar de beschrijving van de verschillende opties in paragraaf 4.2.

Tabel 4. Beoordeling beleidsalternatieven huidig zorgstelsel, een schematische weergave

		Hoofdcriterium	Nevencriteria		
			Nor	Re	Ge
		Beheersing Arbeidskostenontwikkeling & beperking afwenteling	mal e arb eid sve rho udi nge n in lijn met inte mat ion ale ver dra gen	alis eer baa r op kort e ter mij n	en bel em mer end e wer kin g invo erin g nie uw zorg stels el
2 Systeem prikkels	2.1 Malus mechanisme	+/-	+	+	+/-
	2.2 Relatie met afspraken volume/kwaliteit	+/-	+	+/-	+/-
	2.3 Bonus mechanisme	+	+	+	+/-
	2.4 Versnelde invoering outputfinanciering	+	+	-	+
3 Sterkere rol centrale Overheid	3.1 Personeel zorgsector in overheidsdienst	+	+	-	-
	3.2 CAO's onverbindend verklaren	+	-	-	+/-
	3.3 Niet AVV-en CAO's	-	-	-	+/-
	3.4 Overheidswaarnemers	+/-	+/-	+	+/-

Bij de beoordeling blijkt dat vier varianten effectief voldoen aan het hoofdcriterium:

- ✓ Bonus mechanisme (optie 2.3)
- ✓ Versnelde invoering outputfinanciering (optie 2.4)
- ✓ Personeel zorgsector in overheidsdienst (optie 3.1)
- ✓ CAO's onverbindend verklaren (optie 3.2)

Bij alle vier de varianten die aan het hoofdcriterium voldoen komen bij de toetsing aan de nevenscriteria enkele kanttekeningen naar voren.

Het invoeren van bonussen per instelling of per persoon (optie 2.3), gefinancierd door een generieke korting van de OVA, kan op een aantal uitvoeringstechnische problemen stuiten, afhankelijk van de indicator waarop de bonus is gebaseerd. Dit kan echter in eerste instantie worden voorkomen door te starten met een bonus per sector of CAO-gebied. In de tussentijd kan worden gewerkt aan een administratief systeem dat het mogelijk maakt op termijn te groeien naar een bonus per instelling of eventueel op bestuursniveau.

De versnelde invoering van outputfinanciering (optie 2.4) heeft als belangrijkste beperking dat dit op korte termijn wellicht tot het overhaasten van een gecompliceerd lopend proces (zoals de DBC-vorming en de outputdefiniëring) zal leiden. Overgaan op outputfinanciering vergt voor instellingen, de hele sector en de overheid een gedegen voorbereiding.

De optie personeel in de zorgsector in overheidsdienst (optie 3.1), waarbij de overheid overgaat tot het onteigenen van zorginstellingen, staat haaks op het nieuwe zorgstelsel met geregleerde concurrentie en is daarnaast een zeer ingrijpende operatie die op korte termijn juridisch en budgettair niet haalbaar is. Gegeven de beperkingen kan deze optie als niet realistisch worden beschouwd.

De optie om bepalingen in CAO's door de overheid onverbindend te laten verklaren (optie 3.2) zal gezien de komst van een nieuw zorgstelsel in ieder geval moeten worden vormgegeven als een tijdelijke maatregel, tot de invoering van het nieuwe stelsel. Van belang is dat de mogelijkheid van een tijdelijke maatregel in het licht van de internationale en nationale wetgeving moet worden bezien. Omdat deze optie neer komt op een specifieke aanpassing van het instrumentarium ten behoeve van één specifieke sector komen de 'normale' arbeidsverhoudingen in het geding. Er moet worden onderzocht of kan worden voldaan aan de voorwaarden die de ILO en artikel 10 van de Wet op de loonvorming aan een tijdelijke maatregel stellen. Dit kan leiden tot een zeer moeizaam proces en het is te betwijfelen of de hiervoor benodigde wetswijzigingen op korte termijn realiseerbaar zijn.

De voor- en nadelen van de bovenstaande vier varianten, die positief zijn bevonden op het hoofdcriterium, zullen tegen elkaar moeten worden afgewogen. De werkgroep concludeert dat de optie bonusmechanisme, gefinancierd door een generieke korting van de OVA, relatief het meest positief uit de afweging naar voren komt.

De beleidsopties in dit hoofdstuk hebben voor welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang vergelijkbare voor- en nadelen als voor de zorgsector. Met name voor de welzijnssector geldt echter dat de OVA slechts van toepassing is voor een zeer beperkt deel van de welzijnsuitgaven en dat toeslagen of kortingen op de OVA waarschijnlijk een verwaarloosbaar effect hebben op de loonkostenstijging in de sector. In mindere mate geldt dit ook voor de kinderopvang. In bijlage 6 wordt uitgebreid ingegaan op de gevolgen van de beleidsopties uit dit hoofdstuk voor de sectoren welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang.

4.4 Oplossingsrichtingen nieuw zorgstelsel

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe in de beoogde eindsituatie na de herziening van het bestaande zorgstelsel, in principe niet langer een beheersingsmechanisme voor de loonkosten in deze sector nodig is. Tijdens de overgangsfase naar de beoogde eindsituatie zal zeer waarschijnlijk een stelsel van door een toezichtshouder gereguleerde maximumprijzen voor zorgproducten nodig blijven omdat zorgmarkten (nog) onvoldoende efficiënt werken. De werkgroep concludeert dat het niet voor de hand ligt daarnaast, als component van de maximumprijzen, de loonkosten afzonderlijk te maximeren. Omdat maximumprijzen feitelijk outputprijzen zijn voor zorgproducten, ligt het niet in de rede de kosten van een of meer inputfactoren (arbeid, kapitaal, intermediaire goederen) afzonderlijk te indexeren dan wel te maximeren. Zodra we zo'n systeem van maximumprijzen hebben is het huidige model van budgettering van loonkosten dus overbodig geworden. Zorgaanbieders zullen, gegeven de prijzen die zij ten hoogste voor hun producten kunnen vragen, streven naar een bedrijfseconomisch inpasbare ontwikkeling van hun loonkosten.

Het is denkbaar dat het nieuwe zorgstelsel voorlopig nog niet volgens de beschreven verwachtingen kan functioneren. Zo lang de bestaande budgetteringssystematiek nog een rol speelt in de zorgsector, en de maximumprijzen nog niet de beoogde rol spelen, kan ter beheersing van de loonkostenontwikkeling worden onderzocht of de beleidsvarianten voor het huidige stelsel uitkomst bieden.

De werkgroep signaleert dat er risico's bestaan – vooral op de markten voor inputs – die een goede werking van markten voor zorgproducten kunnen bedreigen. In het bijzonder een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel kan leiden tot knelpunten op de arbeidsmarkt en daarmee tot knelpunten bij de zorgproductie. De zorgsector heeft, in samenwerking met de overheid, reeds een groot aantal maatregelen genomen om deze risico's te verkleinen. In dit verband valt de uitbreiding van de opleidingscapaciteit te noemen. Ook kan de werking van domeinmonopolies leiden tot een minder flexibele arbeidsmarkt. Het is van belang deze monopolies zoveel mogelijk te beperken ten behoeve van een flexibele arbeidsmarkt met in achtname van wat uit hoofde van de kwaliteit van de zorg noodzakelijk blijft.

Vraagstukking biedt geen garantie dat er géén wachtlijsten meer zullen zijn. In voorkomende gevallen blijven er (frictie)wachtlijsten bestaan en zullen er kwaliteitsverschillen optreden. Daarnaast zullen er door marktwerking financiële risico's voor zorgproducenten ontstaan. Zou de overheid in dergelijke gevallen zwichten voor aandrang om extra budgettaire middelen te verschaffen, dan verstoort dit het voortdurende zoekproces van de zorgmarkt naar nieuwe evenwichten. Enerzijds kan dergelijk overheidsingrijpen efficiencyprikkel dempen en leiden tot suboptimale uitkomsten. Anderzijds dient de overheid er wel op toe te zien dat het systeem als zodanig voldoende zorg van goede kwaliteit tegen aanvaardbare kosten oplevert. Hier is sprake van een permanent spanningsveld.

Verder constateert de werkgroep dat een flexibele inzet van personeel binnen zorginstellingen en de mogelijkheid om desgewenst instellingsspecifiek arbeidsvoorwaardenbeleid te voeren van groot belang zijn voor een beheerste en passende loonkostenontwikkeling. Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers samen om in de bestaande CAO's, of in nieuw te vormen ondernemings CAO's, verdergaande flexibiliteit voor werknemers én werkgevers bij de inzet en beloning van personeel mogelijk te maken en haar vervolgens in de praktijk toe te passen.

BIJLAGEN

INHOUDSOPGAVE

<u>1</u>	<u>Taakopdracht IBO VWS.....</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>Samenstelling werkgroep</u>	<u>5</u>
<u>3</u>	<u>Historisch overzicht arbeidsvoorwaardenvorming in G&G-sectoren.....</u>	<u>7</u>
<u>4</u>	<u>Toelichting bij tabellen.....</u>	<u>11</u>
<u>5</u>	<u>Differentiatie tussen en binnen CAO's.....</u>	<u>17</u>
<u>6</u>	<u>Gevolgen van de beleidsopties voor welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening.....</u>	<u>25</u>
7	Beheersing van de arbeidskosten in de zorgsector in internationaal perspectief (APE)	
8	Beheersing van arbeidsvoorwaarden (EIM)	

BIJLAGE 1

1 Taakopdracht IBO VWS

Beheersing arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector
Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 854, nr. 1, p. 10

Aanleiding

De volgende factoren hebben een rol gespeeld bij de keuze van het onderwerp:

- De discussie over de introductie van een nieuw en vraaggericht zorgstelsel in Nederland;
- Loonkosten zijn de belangrijkste kostencomponent van zorginstellingen (ruim de helft);
- De zorgsector is een zgn 'sheltered sector'; er is nauwelijks sprake van concurrentie met buitenlandse aanbieders;
- Binnen de sector hebben de verschillende aanbieders (van vergelijkbare) producten (vooralsnog) vergelijkbare kostenstructuren. Leveranciers van substitueerbare producten vallen over het algemeen onder dezelfde CAO;
- In een nieuw zorgstelsel verdwijnt naar verwachting de prikkel van de ova (overheidsbijdrage voor arbeidsvoorwaarden) als maximale vergoeding voor de loonkostenontwikkeling;
- Van de vraagzijde zijn weinig prikkels voor een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling te verwachten doordat de verzekerde zorgvragers weinig prijsgevoelig zijn, en de verzekeraars als inkopers (met zorgplicht) niet om het collectief van aanbieders heen kunnen.

Doelstelling

Het onderzoek richt zich op de vraag onder welke institutionele voorwaarden er in zowel het huidige als in een nieuw en vraaggericht zorgstelsel sprake is van (voldoende) prikkels voor een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling.

Onderzoeksvragen

- Hoe kan het arbeidsvoorwaardenmodel (i.c. de wijze waarop het proces is vormgegeven) in het *huidige zorgstelsel* zo worden vormgegeven dat prikkels voor een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorg in voldoende mate aanwezig zijn?
- Hoe kan het arbeidsvoorwaardenmodel (i.c. de wijze waarop het proces is vormgegeven) in het *nieuwe zorgstelsel* zo worden vormgegeven dat prikkels voor een beheerste arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorg in voldoende mate aanwezig zijn?
- Hoe is de arbeidsvoorwaardenvorming bij andere 'sheltered' sectoren in de markt? Welke kenmerken in andere 'sheltered' sectoren maken dat het in deze sectoren wel of niet goed werkt? Is er een 'best practice'? Levert dit bruikbare elementen voor een nieuw zorgstelsel?
- Hoe vindt de arbeidsvoorwaardenontwikkeling bij zorgsectoren in andere landen plaats? Is er een 'best practice'? Levert dit bruikbare elementen voor een nieuw zorgstelsel?

Deelnemende departementen

Fin, VWS, AZ, EZ, BZK, SZW, Justitie en eventueel 1 of 2 externe deskundigen.

BIJLAGE 2

2 Samenstelling werkgroep

Voorzitter:

Dr N. van Hulst (EZ)

Leden:

Drs B. Akkerboom (BZK, plaatsvervanger: S.H. Korver)

Drs E.A. Bolhuis (VWS, plaatsvervanger: drs J.J.A. Teeuwisse)

Drs M. van Bolhuis (SZW, vanaf 1 januari 2002)

Drs P.G. van der Graaff (EZ, plaatsvervanger: drs F.A. Hoogendijk)

Drs P.H.A.M. Huijts (AZ)

Prof. mr dr C.A. de Kam (Rijksuniversiteit Groningen)

Mr. drs J.P.H.M. Schellart (SZW, tot 1 januari 2002)

Prof. dr F.T. Schut (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Mr. P.A.J. Sieverding (Justitie, plaatsvervanger: R. Ammeraal)

Drs J.M.C. Smallenbroek (Financiën, plaatsvervanger: drs J.A.M.H. Leenders)

Secretariaat:

Drs M.A.J. de Rooij (Financiën)

Drs A.M. Vervaet (VWS)

Drs E.K.C. van der Weij (Financiën)

BIJLAGE 3 (bij hoofdstuk 2)

3 Historisch overzicht arbeidsvoorwaardenvorming in G&G-sectoren

3.1 Tot 1979: Trendsysteematiek

Tot 1979 werd een afgeleid beleid gevoerd ten aanzien van de loonontwikkeling in de zorgsector. Op instigatie van de overheid ontstonden geleidelijk aan steeds meer CAO's en werd hun werkingssfeer steeds verder uitgebreid. De private werkgevers in de zorgsector sloten weliswaar CAO's af met de werknemers, maar wel onder toezicht van de overheid. Soms gebeurde dit na voorafgaand overleg tussen overheid en werkgevers, of na tripartiet overleg overheid-werkgevers-werknemers. De overheid ging ervan uit dat de sector daarbij "vrijwillig" de loon- en arbeidsvoorwaardenontwikkeling van de rijksambtenaren zou volgen. Op hun beurt volgden de ambtenaren voor hun loonsverhoging de marktsector conform een daartoe ontworpen trendsysteematiek die onder de verantwoordelijkheid van de minister van Binnenlandse Zaken viel. Vandaar de naam "trendvolgers" voor ambtenaren en werkenden in de G&G-sectoren.

3.2 1979-1986: TWACS

In 1979 werd de TWACS (Tijdelijke Wet Arbeidsvoorwaarden Collectieve Sector) van kracht, die de minister van SZW als beleidsverantwoordelijke minister aanwees. De kern van de TWACS was dat de overheid de bevoegdheid kreeg om de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector zodanig te regelen dat de arbeidsvoorwaardenontwikkeling voor de werknemers zoveel mogelijk gelijk zou zijn aan die van de rijksambtenaren. Er waren wel CAO-onderhandelingen tussen sociale partners, maar onderdelen in de CAO's die niet in overeenstemming waren met de ministeriële regels werden door de overheid nietig verklaard alvorens de rest formeel van kracht kon worden.

3.3 1986-1994: WAGGS

Op de TWACS kwam veel kritiek van de ILO (Internationale arbeidsorganisatie). ILO conventie nr. 98 en de daar mede op gebaseerde Wet op de Loonvorming staan selectieve ingrepen in de arbeidsvoorwaarden (selectief in de zin van betrekking hebbend op een gedeelte van de economische sectoren) in de weg. ILO conventie nr. 87 houdt in dat de onderhandelingsvrijheid van private werkgevers en werknemers in principe gerespecteerd moet worden. Nederland heeft deze ILO-verdragen ondertekend. De minister mocht dus volgens deze verdragen en de Wet op de Loonvorming de CAO's die in de zorgsector worden afgesloten niet afkeuren. Dit betekende dat het TWACS-model juridisch niet langer houdbaar was. Daarom is het WAGGS-model ontwikkeld.

Onder de WAGGS kon de overheid niet langer delen van de CAO nietig verklaren. Wel bevatte de WAGGS een ultimum remedium; dat wil zeggen dat de overheid als ultiem beheersingsinstrument de gehele arbeidsvoorwaardenontwikkeling in (een deelsector van) de zorg kon bevriezen op het niveau van de laatst overeengekomen CAO, totdat de hogere arbeidskosten ten laste van nieuwe financiële ruimte wél volledig konden worden gedekt. Binnen het WAGGS-model bleef de minister van SZW de beleidsverantwoordelijke minister voor het arbeidsvoorwaardenbeleid in de G&G-sector.

3.4 1995-1998: Post WAGGS

In 1992 kwam het ultimatum remedium in het WAGGS-model onder druk te staan (omdat dit nog steeds strijdig zou zijn met het ILO-verdrag, waarin vrije onderhandelingsruimte tussen werkgevers en werknemers is voorzien). Daarop is in overleg met het veld het post-WAGGS-model ontwikkeld. Bij het intrekken van de WAGGS kwam er geen nieuwe wet meer, maar werd een overlegmodel van kracht dat de minister van SZW eerder aan de Kamer als alternatief beheersingsinstrument had gepresenteerd. In het hierbij behorende SER-advies werd er op gewezen dat een outputmodel eigenlijk beter in staat is om de verantwoordelijkheden en rechten van sociale partners te respecteren dan een inputmodel. De verantwoordelijkheid voor toepassing van het instrument ging over van de minister van SZW naar de betrokken vakministers. Dit vanuit de gedachtegang dat arbeidskostenontwikkeling en voorzieningenniveau met elkaar te maken hebben en dus ook integraal moesten worden gezien.

De doelstellingen van het post-WAGGS-model zijn:

1. normale arbeidsverhoudingen
2. beheersing van de kostenontwikkeling
3. handhaven van het beoogde voorzieningenniveau (de ontwikkeling van de arbeidskosten mag niet ten koste van het beoogde voorzieningenniveau gaan).

In hoofdlijnen kwam het model op het volgende neer. De overheid verleent een Overheidsbijdrage aan de Arbeidskosten (OVA) aan de zorgsectoren. Anders gezegd, de overheid past een loonkostenindexering op de instellingsbudgetten toe. De hoogte van de OVA werd in een aantal stappen bepaald:

- Objectiveerbaar deel; op basis van het *referentiemodel* wordt berekend wat het CPB verwacht inzake de loonkostenontwikkelingen in de marktsector .
- Beleidsmatig deel; de zogenaamde *beleidsmatige fase*; dit is het overleg tussen overheid en werkgevers over de hoogte van de OVA. De overheid en werkgevers konden in dit overleg naast het objectiveerbare deel ook beleidsmatige aanpassingen vaststellen. Het verdisconteren door de overheid van genormeerde efficiencyvoordelen (in de instellingsbudgetten) vond in deze fase plaats. Hierdoor vormde de gestelde efficiencyverbetering expliciet een financieringsbron voor de arbeidskostenontwikkeling.
- Indien geen overeenstemming over de hoogte van de OVA kon worden bereikt, werd de onafhankelijke adviescommissie (Van Voorden) ingeschakeld. De uitspraak van deze commissie was formeel niet bindend, maar in de politieke praktijk bleek deze altijd te worden opgevolgd.

3.5 1999-heden: Frisse blik leidt tot OVA-convenant

Na drie jaar bleek ook het post-WAGGS-model niet helemaal te voldoen. Dit leidde ieder jaar tot een gang naar de adviescommissie. Via de publiciteit en arbeidsonrust werd de totstandkoming van de OVA ieder jaar onder druk gezet. Naar aanleiding van de moeizame totstandkoming van de OVA 97 voor de Zorgsector is eind 1997 door minister Borst en de zorgwerkgevers afgesproken dat een onafhankelijke deskundige (Albeda) met een "Frisse blik" naar het Post-WAGGS model zou kijken.

De belangrijkste constatering was dat in het bijzonder de beleidsmatige afweging voor veel onrust zorgde, omdat de belangen groot en tegenstrijdig zijn en deze elementen hierbinnen moeilijk eenduidig te bepalen zijn. In de tweede helft van 1998 is het proces van

vernieuwing/verbetering van het post WAGGS-model afgerond. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een OVA-convenant dat in september 1999 werd ondertekend door de bewindspersonen van VWS en het merendeel van de werkgeversorganisaties. De werkvelden (onder VWS) van wie de vertegenwoordigers niet hadden getekend worden vanaf dat moment via het gelijkheidsbeginsel op dezelfde wijze behandeld als de werkvelden die zich wel hebben gecommitteerd.

De redenen voor aanpassing van het oorspronkelijke post WAGGS-model waren:

- Beide overlegpartners bleken niet goed in staat om de inbreng in de beleidsmatige fase te effectueren waardoor overleg nooit tot overeenstemming leidde.
- Bovendien waren de onderhandelingen over de hoogte van de OVA 98 niet zo goed verlopen: vlak voor de verkiezingen ontstonden stakingen in de zorg, al vóórdat de CAO-onderhandelingen waren begonnen. Om uit de impasse te komen, werd – op aandringen van de Kamer – de adviescommissie-Van Voorden ingeschakeld. Het advies had onvoldoende draagvlak bij de overheid, omdat het afweek van de bestaande systematiek en al vooruitgreep op wat in het kader van het OVA-convenant nog moest worden overeengekomen (i.c. het niet langer verdisconteren van efficiencyverbeteringen). Gezien de grote politieke druk was men echter toch genooddaakt om de OVA te verhogen. Ondertussen waren de relaties tussen werkgevers en overheid aanzienlijk verslechterd.
- De rol van de werkgevers vormde in het post-WAGGS model eveneens een probleem. Aan de ene kant moesten de werkgevers met de overheid onderhandelen over de OVA-ruimte – waarbij zij in de rol optraden van het maximale te willen vragen – en aan de andere kant moesten zij met het OVA-bod van het kabinet op zak bij de CAO-onderhandelingen uitdragen dat de vakbonden overvroegen. Vaak belandde de discussie tussen werkgevers en overheid in de beleidsmatige fase in de pers (al dan niet geregisseerd), waardoor de werkgevers niet meer in staat waren hun eigen inzet tijdens de CAO-onderhandelingen goed te verdedigen richting bonden. Het feit dat in 1998 al tijdens de beleidsmatige fase (dus vóór de start van de CAO-onderhandelingen) werd gestaakt, geeft aan dat de werkgevers eerder geneigd waren om gezamenlijk met de bonden de overheid onder druk te zetten dan als werkgever een harde vuist tegenover de bonden te maken.
- Tot slot wilden ook de werkgevers de adviescommissie-Van Voorden graag afschaffen, omdat deze adviescommissie hen ieder jaar, met uitzondering van 1998, in het ongelijk stelde.

De belangrijkste onderdelen van het OVA-convenant zijn:

1. Afschaffen beleidsmatige fase en afschaffen commissie-Van Voorden.
 2. De OVA wordt alleen bepaald op basis van het referentiemodel.
 3. De trendmatige productiviteitsontwikkeling vormt geen onderdeel meer van het referentiemodel.
 4. De instelling van een onafhankelijke rekencommissie voor het element Mutatie werkgeverslasten sociale zekerheid en pensioenen.
 5. De vergoeding voor incidenteel ging (conform het regeerakkoord) van 0,75% in 1999 naar 0,6% in 2002.
 6. Het integrale beeld, zowel de nominale als de reële kant, zou worden betrokken bij de meerjarenaafspraken tussen overheid en zorginstellingen.
 7. Na twee jaar zou het nieuwe overlegmodel eventueel worden geëvalueerd (door een externe commissie).
 8. Het convenant blijft van kracht totdat andere afspraken zijn overeengekomen.
- Enkele van deze onderdelen (1, 4 en 6) worden hierna uitvoeriger belicht.

Afschaffen beleidsmatige fase

Het afschaffen van de beleidsmatige fase betekent dat de OVA zonder overleg kan worden vastgesteld als technische uitkomst van het referentiemodel. Hiermee kan de door de overheid beschikbaar gestelde arbeidsvoorwaardenruimte in de zorg gaan afwijken van de ontwikkeling in de andere collectieve sectoren.

Op basis van de nieuwe aanpak voor de bepaling van de OVA voor het VWS-veld kan het kabinet bij de ophoging van de instellingsbudgetten, prijzen en tarieven dus niet afwijken van de uitkomst van het referentiemodel (objectiveerbaar deel). Het convenant is door het kabinet aanvaard. De mogelijkheid voor het kabinet om voor de loonbijstelling voor het begrotingsgefinancierde deel van het VWS-veld beleidsmatig af te wijken van de OVA ligt dan ook niet voor de hand.

Alleen een uitspraak van de rekencommissie kan hierin nog iets veranderen (zie hierna). Daarmee was de commissie-Van Voorden overbodig geworden. Zij moest immers advies geven indien partijen in de beleidsmatige fase niet tot overeenstemming konden komen.

Instelling van een rekencommissie

Er komt een onafhankelijke rekencommissie die jaarlijks kijkt naar de cijfermatige invulling van het referentiekader met CPB-cijfers. Het betreft alleen de mutatie van de werkgeverslasten. Deze rekencommissie adviseert over de verwerking van de gevolgen van wijzigingen in de fiscale sfeer en op het terrein van sociale zekerheid en pensioenen in het referentiemodel voor de OVA. De commissie doet dus geen uitspraken, zoals Van Voorden, over alle onderdelen van de OVA. De uitspraken van de rekencommissie zijn – evenals dat het geval was bij de commissie-Van Voorden – formeel niet bindend, maar zij wegen zwaar. De adviezen van de commissie gelden alleen voor de zorgsector.

Relatie met meerjarenafspraken

Bij de bespreking over de meerjarenafspraken dient “het integrale beeld” op tafel te komen, zowel nominaal als reëel. Dit betekent dat zowel de ontwikkeling van het zorgvolume als die van de arbeidsvoorwaarden aan de orde komen. Wanneer de werkgevers dure CAO's hebben afgesloten, zullen zij hier bij de meerjarenafspraken verantwoording over moeten afleggen en moeten aangeven hoe deze worden gefinancierd. Wanneer zij de volumes uit de meerjarenafspraken niet realiseren, zullen de werkgevers moeten aangeven hoe dat komt en of zij niet zelf daaraan debet zijn doordat zij bijvoorbeeld te dure CAO's hebben afgesloten. Aan eventuele conclusies kan de politiek dan consequenties verbinden.

BIJLAGE 4 (bij hoofdstuk 2)

4 Toelichting bij tabellen

4.1 Arbeidskostenontwikkeling versus Arbeidsvoorwaardenruimte (OVA)

Deze paragraaf geeft een onderbouwing van tabel 1 in hoofdstuk 2. Per afzonderlijke regel wordt – waar dat nodig is – enige technische toelichting gegeven.

Volledige tabel

Tabel 4.1 Arbeidsvoorwaardenruimte versus arbeidskostenontwikkeling zorgsector 1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<u>Beschikbare ruimte voor arbeidsvoorwaarden</u>	<i>Percentage per uur</i>						
1. Vergoeding contractloon	0,00	2,00	2,50	3,00	2,75	3,25	4,00
2. Vergoeding ADV	0,00	0,44	0,30	0,15	0,06	0,04	0,00
3. Vergoeding incidenteel (gebudgetteerd)	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,70	0,65
4. Vergoeding sociale werkgeverslasten	0,20	-0,62	-0,35	-0,41	0,50	0,04	-0,03
<u>5. Overig</u>	<u>0,00</u>	<u>-0,40</u>	<u>-0,57</u>	<u>0,17</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>
6. OVA zorgsector (1+2+3+4+5)	0,95	2,17	2,63	3,66	4,06	4,03	4,62
<u>7. Uitgavenintensiveringen t.b.v. lonen zorg</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>1,40</u>
8. Totaal arbeidsvoorwaardenruimte per uur	0,95	2,17	2,63	3,66	4,06	4,03	6,02
<u>Gerealiseerde arbeidskostenontwikkeling</u>	<i>Percentage per arbeidsjaar</i>						
9. Contractloon zorg	0,80	1,60	0,30	2,50	3,30	3,00	6,00
<u>10. Incidenteel zorg</u>	<u>2,20</u>	<u>1,00</u>	<u>-0,80</u>	<u>0,40</u>	<u>0,00</u>	<u>0,60</u>	<u>3,80</u>
11. Brutoloon zorg	3,00	2,60	-0,50	2,90	3,30	3,60	9,80
<u>12. Sociale werkgeverslasten zorg</u>	<u>-2,60</u>	<u>-0,50</u>	<u>0,00</u>	<u>-0,60</u>	<u>0,50</u>	<u>0,10</u>	<u>-2,00</u>
13. Loonvoet zorg per arbeidsjaar	0,40	2,10	-0,50	2,30	3,80	3,70	7,80
	<i>Mutatie arbeidsjaren a.g.v. ontwikkeling arbeidsduur</i>						
<u>14. Ontwikkeling contractuele arbeidsduur zorg</u>	<u>0,50</u>	<u>-0,10</u>	<u>-2,39</u>	<u>-2,44</u>	<u>-1,04</u>	<u>-0,42</u>	<u>0,00</u>
15. Totaal arbeidskostenontwikkeling zorg per uur (13/14)*	-0,10	2,20	1,93	4,86	4,89	4,14	7,80
16. Saldo arbeidskostenontwikkeling (8-15)	1,05	-0,03	0,70	-1,20	-0,83	-0,11	-1,78

* $[(\text{Loonvoet per arbeidsjaar}/100 + 1) / (\text{ontwikkeling contractuele arbeidsduur}/100 + 1) - 1]$ *
100

Bronnen: 1 t/m 8: VWS, 9 t/m 13: CPB, 14: CBS

De regels 1-8 geven een onderbouwing van de arbeidsvoorwaardenruimte als *percentage per uur* in de zorgsector. Met dit percentage worden de tarieven/budgetten opgehoogd ter financiering van de arbeidskostenontwikkeling. De regels 9-13 geven de opbouw van de

loonvoet *per arbeidsjaar* in de zorgsector. Deze is defenitietechnisch niet vergelijkbaar met de arbeidsvoorwaardenruime als percentage per uur. In de jaren 1997 en 1998 is bijvoorbeeld sprake van een substantiële verkorting van de contractuele arbeidsduur in de zorgsector. Veelal is de arbeidsduur verkort bij een gelijkblijvend maandsalaris, wat resulteert in een verhoging van het uurloon. Regel 14 corrigeert de arbeidskosten per arbeidsjaar voor de ontwikkeling in de contractuele arbeidsduur.

Vergoeding ADV (regel 2)

Dit is de mutatie in de contractuele arbeidsduur in de marktsector. Het betreft geen raming van het CPB, maar de stand CEP, waarin is verwerkt wat er op dat moment aan afspraken ligt in reeds afgesloten CAO's. In dit cijfer zit geen veronderstelling met betrekking tot herbezetting van de vrijvallende uren formatie.

Sociale werkgeverslasten (regel 4 en 12)

Er zijn twee verschillen tussen regel 4 en regel 12:

Regel 4 is een CPB-raming ten tijde van het CEP in het desbetreffende jaar en bevat cijfers voor bedrijven¹. Regel 12 bevat realisatiecijfers voor de sector zorg en welzijn. Verschillen tussen de regels 4 en 12 kunnen dus veroorzaakt worden door verschillen tussen de CEP-raming en de realisatie voor bedrijven, dan wel door verschillen tussen bedrijven en de zorgsector.

- Met name in 1995 is het verschil tussen sociale werkgeverslasten in de OVA en realisatie in de zorgsector groot. Dit verschil wordt veroorzaakt door verschillen tussen de marktsector en de zorgsector en werkt in het voordeel van de zorgsector.
- Regel 4 bevat in 2001 een verlaging van de werkgeverslasten van 1,7% als gevolg van het wegvallen van de overhevelingstoelage en een even grote vergoeding aan werkgevers wegens de daarmee samenhangende brutering van de salarissen. In de onderste helft van de tabel staat de verlaging van de werkgeverslasten van 1,7 % in regel 12 en de loonkostenstijging van 1,7% als gevolg van de brutering in regel 10.

Overig (regel 5)

Regel 5 is inclusief gemiddelde productiviteitskortingen en beleidsmatige ophogingen in 1996 en 1997 en exclusief IBA-korting 1997 (volumekorting).

Van Rijnmiddelen (regel 7 en 10)

In regel 7 (uitgavenintensiveringen) en in regel 10 (incidenteel), zit voor 2001 1,4% verwerkt voor de Van Rijn-middelen. Het CPB heeft hierbij verondersteld dat alle Van Rijn-middelen (605 mln gulden in 2001) terechtkomen in het incidenteel.

Contractloon zorg (regel 9)

Is gebaseerd op de cijfers van de Arbeidsinspectie (AI). Binnenkort gaat het CPB over op cijfers van het CBS. Het verschil is dat de AI weegt met het aantal werknemers, en het CBS met de loonsom. Wegen met aantal werknemers is goed met het oog op de koopkracht die de loonstijging oplevert, maar niet uit het oogpunt van loonkosten. Daarom stapt het CPB binnenkort over op cijfers van het CBS.

De stijging van het brutoloon blijft gelijk, ook bij de nieuwe weging. Er zal dus een verschuiving tussen contractloon en incidenteel kunnen plaatsvinden.

¹ Cijfers voor de markt waren niet beschikbaar ten tijde van het opstellen van het referentiemodel en er is besloten om voor de sociale lasten uit te gaan van de gemiddelde sociale lastenontwikkeling bedrijven.

Incidenteel zorg (regel 10)

De regels 9, 11, 12 en 13 worden gemeten, regel 10 niet, dat is een afgeleide.

Brutoloon per arbeidsjaar minus contractloonmutatie van de Arbeidsinspectie is het incidenteel, zoals het CPB dat berekent.

Het CBS heeft een andere definitie van incidenteel dan het CPB. Het CBS gebruikt voor het brutoloon de enquête werkgelegenheid en lonen. Dit levert informatie op uit de administratie van werkgevers. Zij betreft alleen het brutoloon zoals vermeld op het loonstrookje, excl. eindejaarsuitkeringen. Het CPB gebruikt ter bepaling van het brutoloon de Nationale Rekeningen en komt zo tot een brutoloon waar van alles in zit, ook lease auto's, bijdrage van werkgevers in ziektekosten en kosten van scholing en kinderopvang. Mede door de verschillen in definitie van het brutoloon zijn er ook (grote) verschillen in de incidenteel-cijfers. Het niveau van de cijfers in regel 10 laat zich niet goed verklaren.

Loonvoet (regel 13)

Het CPB gebruikt de tabellen van het CBS met macrogegevens inzake brutoloon, sociale werkgeverslasten en loonvoet. De waarde van deze grootheden per arbeidsjaar wordt bepaald met de CBS-tabel voor het arbeidsvolume. Overigens rekent het CBS de overhevelingstoelage tot het brutoloon en neemt het CPB deze toeslag mee bij de sociale werkgeverslasten. De gegevens over het brutoloon komen uit productiestatistieken. De gegevens over het arbeidsvolume zijn ontleend aan de EBB/EBL-enquête. De confrontatie van beide gegevens is lastig. De negatieve loonvoet in 1997 zou misschien veroorzaakt kunnen zijn door een onderschatting van de macro loonkosten of door een overschatting van het arbeidsvolume.

Arbeidsduur zorg (regel 14)

Regel 14 is afkomstig uit de Sociaal economische maandstatistiek van het CBS en heeft, net als de cijfers op regels 9 t/m 13, betrekking op bedrijven met SBI-code 85. De definitie is dezelfde als voor regel 2. Verschillen met regel 2 zijn:

- "CEP-raming" versus realisatie
- Markt versus zorg.

De verschillen tussen regel 2 en 14 worden verklaard door de veel grotere arbeidsduurverkortings in de zorgsector. Overigens lijken de cijfers in regel 14 voor 1997 en 1998 nogal hoog. In 1997 en 1998 is de werkweek in de zorg van 38 naar 36 uur gegaan, een vermindering van 5,26%. Deze vermindering van de werkweek is deels gefinancierd doordat vakantiedagen nog maar voor 7,2 uur tellen en door het inleveren van vrije dagen. Volgens de tabel bedroeg de adv in zorg en welzijn in 1997 en 1998 samen 4,8%. Dit is hoger dan verwacht zou kunnen worden op basis van de vermindering van de werkweek en de financiering daarvan.

4.2 Onderhandelingsruimte en beslag daarop

In de praktijk wordt onderhandeld over de ruimte voor contractloonstijging en arbeidsduurverkorting. De overige elementen uit de arbeidskosten, zoals incidenteel en sociale lasten, zijn minder beïnvloedbaar. In onderstaande tabel worden die onderhandelingsruimte en het beslag erop tegen elkaar afgezet.

Tabel 4.2 Onderhandelingsruimte en beslag daarop

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Beschikbare ruimte voor onderhandeling	<i>Percentage per uur</i>						
1. Vergoeding contractloon	0,00	2,00	2,50	3,00	2,75	3,25	4,00
2. Vergoeding ADV	<u>0,00</u>	<u>0,44</u>	<u>0,30</u>	<u>0,15</u>	<u>0,06</u>	<u>0,04</u>	<u>0,00</u>
3. Totaal	0,00	2,44	2,8	3,15	2,81	3,29	4,00
Gerealiseerde ontwikkeling	<i>Percentage per arbeidsjaar</i>						
4. Contractloon zorg	0,80	1,60	0,30	2,50	3,30	3,00	6,00
	<i>Mutatie arbeidsjaren a.g.v. ontwikkeling arbeidsduur</i>						
5. Ontwikkeling contractuele arbeidsduur zorg	<u>0,50</u>	<u>-0,10</u>	<u>-2,39</u>	<u>-2,44</u>	<u>-1,04</u>	<u>-0,42</u>	<u>0,00</u>
6. Totaal (4/5)*	0,30	1,70	2,76	5,06	4,39	3,43	6,00
7. Saldo (3-6)	-0,30	0,74	0,04	-1,91	-1,58	-0,14	-2,00

* $[(\text{contractloon per arbeidsjaar}/100 + 1) / (\text{ontwikkeling contractuele arbeidsduur}/100 + 1) - 1] \cdot 100$

4.3 Arbeidsproductiviteit

Onderstaande tabel geeft de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de bedrijfstak Zorg op basis van CBS (Nationale Rekeningen) gegevens weer.

Tabel 4.3 Arbeidsproductiviteit in de bedrijfstak Zorg (SBI 85)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Arbeidsproductiviteit per arbeidsjaar ¹	-3,0	-0,5	-2,8	-2,9	-1,1	0,3	0,0	0,2
Arbeidsproductiviteit per uur ²	-2,6	-0,7	-2,4	0,2	-0,7	0,2	0,0	0,2

Bron: CPB

¹ Arbeidsvolume o.b.v. arbeidsjaren.

² Arbeidsvolume is gecorrigeerd voor veranderingen in contractuele arbeidsduur.

³ Voor de jaren 2001 en 2002 zijn ramingen van het CPB gebruikt.

Het is moeilijk om de arbeidsproductiviteit in de zorg goed te meten, zoals het CPB zelf ook aangeeft. Dit komt omdat er geen goede maat is voor de werkelijke productie van de zorgsector. Efficiency- en kwaliteitsverbetering komen daarom niet altijd goed tot uitdrukking in de cijfers.

Daarnaast sluiten de jaren 1994 en 1995 niet geheel aan bij de jaren 1996 en verder vanwege revisiebreuken.

Een vermindering van de contractuele arbeidsduur betekent dat het aantal vrije dagen/uren (adv en/of ander verlof) per contract toeneemt. Anders gezegd, die extra vrije dagen/uren vormen een verbetering van de arbeidsvoorwaarden. Zij komt niet tot uitdrukking in de cijfers indien wordt gekozen voor de arbeidsproductiviteit, gecorrigeerd voor de contractuele arbeidsduurverandering. De gecorrigeerde arbeidsproductiviteit splitst namelijk die verbetering van de arbeidsvoorwaarden af. Door te kiezen voor de arbeidsproductiviteit op basis van arbeidsjaren worden de hierboven genoemde arbeidsvoorwaardenverbeteringen impliciet wel meegenomen.

BIJLAGE 5 (bij hoofdstuk 3)

5 Differentiatie tussen en binnen CAO's

5.1 Arbeidsvoorwaardenvorming in Nederland

Bedrijfstak- en ondernemings-CAO's

Van het totale aantal werknemers in Nederland valt in 2001

- 53% onder een bedrijfstak-CAO
- 7% onder een bedrijfstak-CAO na algemeen verbindend verklaren
- 12% onder een ondernemings-CAO
- 12% onder een overheids-“CAO”
- 16% onder geen enkele CAO.

(Bron: Sociale Nota 2002, p. 178)

Ten opzichte van 1994 is het aantal bedrijfstak-CAO's in 2001 met 11% afgenomen en is het aantal ondernemings-CAO's met 1% toegenomen. Er is echter geen sprake van een constant dalende of stijgende lijn.

In de periode 1994-2001 is het aantal werknemers dat onder een CAO valt toegenomen met 30%. Het aantal werknemers dat onder een ondernemings-CAO valt is iets sterker gestegen: met 36%.

98,6% van de werknemers die onder een bedrijfstak-CAO vallen, valt onder een CAO voor meer dan 3000 werknemers. Gemiddeld vallen 38.000 werknemers onder de CAO's met meer dan 3000 werknemers. Van 83 onderzochte CAO's met meer dan 10.000 werknemers, hebben er 14 betrekking op meer dan 100.000 werknemers.

In het algemeen geldt dat in sectoren met bedrijfstak-CAO's geen of nauwelijks ondernemings-CAO's voorkomen.

In de periode 1993-2001 zijn de contractlonen volgens bedrijfstak-CAO's evenveel gestegen als de contractlonen in ondernemingscao's: met 25%. Dit blijkt uit cijfers van een steekproef van de Arbeidsinspectie. Het ene jaar is de contractloonstijging in bedrijfstak-CAO's iets hoger, in het andere jaar die in ondernemings-CAO's.

De contractloonmutatie loopt op niveaubasis in de periode 1993-2000 voor de bedrijfstak-CAO's uiteen van 11,3% tot 26,6%. Voor de ondernemingscao's ligt deze spreiding tussen 17,0% en 27,7%.

In die zin is de spreiding bij de bedrijfstak-CAO's groter. Zo'n 73% van de werknemers onder een ondernemings-CAO heeft in de periode 1993-2000 een loonstijging gehad tussen cumulatief 17,5 en 20%. Bij bedrijfstak-CAO's is de spreiding duidelijk groter.

De geringe spreiding bij de ondernemings-CAO's zou er overigens mee te maken kunnen hebben dat 15 van de 18 in de vergelijking betrokken ondernemings-CAO's² in de sectoren industrie en vervoer vallen. Blijkbaar is de spreiding van de contractloonmutaties in een sector met veel ondernemings-CAO's (en veel concurrentie) dus niet groot.

Algemeen verbindend verklaren (AVV)

De achtergrond van het algemeen verbindend verklaren van CAO's is het voorkómen van concurrentie op arbeidsvoorwaarden door onderbieding door niet-gebonden werkgevers en werknemers. Collectieve afspraken bevorderen evenwichtige arbeidsverhoudingen en daarmee een positieve sociaal-economische ontwikkeling (Toetsingskader AVV, *Staatscourant* 7 september 2001).

CAO-bepalingen komen alleen voor AVV in aanmerking als ze reeds betrekking hebben op een belangrijke meerderheid van de werknemers in dienst van door de CAO gebonden werkgevers. Sommige bepalingen komen niet in aanmerking voor AVV (zie ook de bijlage bij het rapport van het EIM). Voorts komen bepalingen niet in aanmerking voor AVV als ze in strijd zijn met het recht, in strijd zijn met het algemeen belang (bijvoorbeeld de sociaal-economische ontwikkeling) of een te grote benadeling van de rechtmatige belangen van derden inhouden (bijvoorbeeld als direct of indirect de toegang tot de markt voor bonafide ondernemingen ernstig wordt beperkt).

Bij het algemeen verbindend verklaren van een bedrijfstak-CAO worden ondernemings-CAO's in de desbetreffende bedrijfstak uitgezonderd. Als werkgevers een vakbond bereid vinden om een ondernemings-CAO af te sluiten, krijgen ze dispensatie van de bedrijfstak-CAO. In die zin zijn er dus geen belemmeringen om tot het afsluiten van een ondernemings-CAO over te gaan³. Transactiekosten, zowel aan werkgevers- als aan werknemerskant, kunnen wel belemmerend werken voor het totstandkomen van ondernemings-CAO's.

Onderhandelaars

Werkgevers- en werknemersorganisaties moeten in hun statuten hebben staan dat ze CAO's mogen afsluiten. Ondernemingsraden kunnen geen CAO's afsluiten want deze raden zijn geen werknemersverenigingen.

In meer dan 95% van de gevallen zijn het van werknemerszijde mensen die in dienst zijn van de vakbond of kaderleden van de vakbond die onderhandelen over de CAO en dus niet de werknemers uit de bedrijfstak of het bedrijf.

Van werkgeverszijde onderhandelen bij bedrijfstak-CAO's bestuurders van werkgeversorganisaties en bij ondernemings-CAO's directeuren en bestuurders.

Voor zowel werkgevers als werknemers geldt dat zij hun achterban raadplegen over het bereikte principe-akkoord.

² In de vergelijking zijn slechts 18 van de 770 ondernemingscao's betrokken. Voor de vergelijking is de steekproef van de Arbeidsinspectie gebruikt en deze bevat alleen de grotere cao's, waardoor veel ondernemingscao's niet in de steekproef zijn opgenomen.

5.2 Cao's in de zorg- en welzijnssector

Kerngegevens CAO's zorg en welzijn

Onderstaande CAO's behoren tot de sectoren welzijn en zorg:

Tabel 1 Kerngegevens CAO's zorg en welzijn

CAO	<i>Aantal werknemers</i>	<i>Normatieve loonsom in 2001 (in mrd euro's)</i>
OVA (gedeeltelijk) van toepassing		
Verpleeg- en verzorgingshuizen	200.000	4,2
Ziekenhuizen	155.000	4,2
Academische ziekenhuizen	50.000	1,1
Geestelijke gezondheidszorg	60.000	2,0
Gehandicaptenzorg	90.000	2,4
Thuiszorg	125.000	2,0
Welzijn	63.500	0,4
Jeugdhulpverlening	15.000	0,4
Ambulancezorg	2.000	0,2
Schippersinternaten	800	0,02
Gezondheidscentra	1350	0,02
Tandartsassisterenden	7000	0,1
Apotheken	15.000	0,3
Huisartsenzorg	10.500	0,2
OVA niet van toepassing		
Zorgverzekeraars	10.000	
Kinderopvang	35.000	

Een groot deel van de zorg- en welzijns-CAO's zijn relatief grote bedrijfstak-CAO's.

De in de tabel 1 genoemde loonsommen zijn de normatieve loonsommen waarop de OVA van toepassing is.

De welzijns-CAO heeft een veel bredere toepassing dan de hierboven genoemde loonsom. De in tabel 1 genoemde loonsom staat op de begroting van het ministerie van VWS. Welzijnswerk wordt grotendeels door de gemeenten gefinancierd. De OVA heeft alleen betrekking op dat deel van het welzijnswerk dat via de begroting van VWS wordt gefinancierd.

De CAO's voor zorgverzekeraars en kinderopvang worden wel gerekend tot de zorg- en welzijnssector, maar de overheid verschaft voor de financiering van deze CAO's geen kabinetsbijdrage. De loonafspraken die tot stand komen hebben via de premies en de bijdragen aan de kinderopvang wel budgettaire consequenties voor de collectieve sector.

Algemeen verbindend verklaren speelt in de sectoren gezondheidszorg en welzijn geen rol van betekenis. Slechts 1,3% van de werknemers in deze sectoren valt via algemeen verbindend verklaren onder een CAO.

Momenteel zijn er geen ondernemings-CAO's in de sectoren zorg en welzijn van kracht. In het verleden zijn drie ondernemings-CAO's van zorginstellingen aangemeld bij de Arbeidsinspectie. In alle drie de gevallen was sprake van specifieke omstandigheden, die deels te maken hadden met overgangssituaties. Alle drie instellingen vallen nu onder de CAO voor de academische resp. de algemene ziekenhuizen.

In 1992 schreef de Commissie de Beer in haar rapport *Op zoek naar een passende prijs* te verwachten dat naarmate er meer dynamiek komt in de structuur van de zorgsector, dynamiek met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden niet kan uitblijven. De Commissie verwachtte het einde van de standaard-CAO en de intrede van raam-CAO's en ondernemings-CAO's in de zorg (p. 24). Overigens was in 1992 de arbeidsmarkt niet zo krap als nu het geval is. Raam-CAO's en ondernemings-CAO's zijn tot op heden niet afgesloten, er is wel sprake van meer differentiatie binnen en tussen CAO's.

5.3 Differentiatie in cao's en in de praktijk

De volgende informatie over decentralisatie, deconcentratie en differentiatie in en tussen CAO's is beschikbaar:

- CAO's laten steeds meer ruimte voor differentiatie op verschillende niveaus. CAO's hebben doorgaans het karakter van een minimumregeling in die zin dat afspraken die boven de cao-afspraken uitgaan niet zijn verboden. Een deel van de CAO's biedt op onderdelen keuzemogelijkheden voor individuele werknemers. Voorts zijn er CAO's waarin voor sommige arbeidsvoorwaarden verschillende regelingen zijn opgenomen voor verschillende delen van de bedrijfstak. Recent is in de Metalectro-CAO vastgelegd dat met betrekking tot aangegeven onderdelen (een belangrijk deel van het totaal) afwijkende afspraken kunnen worden gemaakt. De CAO's voor de bouw, de grafische sector en de metaalnijverheid bieden veel ruimte voor differentiatie. Het aantal raam-CAO's (CAO's die binnen een gegeven raamwerk mogelijkheden bieden voor CAO's voor subsectoren of afspraken per bedrijf) is nog steeds beperkt. Voorbeelden zijn de NS, de grafische sector en de energie- en nutsbedrijven. Ook zijn er (meer) CAO's met à la carte regelingen die werknemers binnen grenzen een zekere keuzevrijheid bieden. Voorbeelden hiervan zijn de CAO's voor de academische ziekenhuizen, voor de verpleeg- en verzorgingshuizen en voor de welzijnssector. In de CAO's voor de kinderopvang en de zorgverzekeraars is een studie opgenomen naar een à la carte regeling (zie ook p. 179 en 180 Sociale Nota 2002).
- In 1999 waren in 113 van de 132 grootste CAO's afspraken opgenomen met betrekking tot motiverend beloningsbeleid (*Najaarsrapportage CAO-afspraken 1999*, Arbeidsinspectie).
- In de praktijk geldt dat naarmate de contractlonen hoger zijn, de individuele beloning dat ook is. Er is dus geen uitruil tussen collectieve en individuele loonstijging (*Research Memorandum 160 CPB*, stand 1997).
- Individuele beloning is in bedrijfstak-CAO's 12% lager dan gemiddeld, in ondernemings-CAO's 9% lager dan gemiddeld, en in bedrijven zonder CAO 23% hoger dan gemiddeld. Het verschil in dit opzicht tussen bedrijfstak- en ondernemings-CAO's is dus marginaal (*Research Memorandum 160 CPB*, cijfers 1997).

- Flexibele beloning zoals persoonlijke toelagen, tarief en provisie, winstuitkeringen en andere, niet-winstgerelateerde uitkeringen maakten in 1999 ongeveer 4% van de totale loonsom uit (*Centraal Economisch Plan 2001*, p. 69).
- Het NEI heeft een index gemaakt voor de mate van decentralisatie en deconcentratie van CAO's. Deze index is toegepast op gegevens van de Arbeidsinspectie. Het NEI komt tot de conclusie dat de mate van decentralisatie en deconcentratie in de CAO-afspraken niet van belang is voor het aandeel van de incidentele (individuele) loonstijging in de totale loonstijging. Deze conclusie is gebaseerd op cijfers over 1998. Het NEI vermoedt dat het onderzoek misschien te vroeg komt en dat in de toekomst wel een relatie wordt gevonden tussen cao-afspraken en incidentele beloning (*ESB 26-10-01*).
- De cijfers over aantallen bedrijfstak- en ondernemings-CAO's laten niet zien dat
 - eind jaren negentig de CAO Ziekenhuiswezen, die alle intramurale instellingen omvatte, uiteen is gevallen in aparte CAO's voor ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingstehuizen;
 - medio 2000 de CAO Kinderopvang is afgescheiden van de CAO Welzijn.
- Ook elders doen zich incidenteel afsplitsingen of opsplitsingen van CAO's voor. Meestal wordt dit veroorzaakt door ontwikkelingen in de sector. Zo hebben de grote verschillen tussen bedrijven binnen de horecasector (strandtenten en luxe hotels) geleid tot een afsplitsing en hebben de tankstations zich afgescheiden van de metaalnijverheid. Wanneer bedrijfstak-CAO's als knellend worden ervaren, kunnen nieuwe CAO's ontstaan, ofwel kleinere bedrijfstak-CAO's of ondernemings-CAO's zoals in de bankensector. Het ontstaan van ondernemings-CAO's in de bankensector hangt samen met de integratie met de verzekeringsbranche.
- Afsplitsingen en opsplitsingen zijn tot nu toe per saldo incidenten. Het totale aantal CAO's is in 2001 slechts 0,7% hoger dan in 1993. Achter het saldo kan wel meer dynamiek schuil gaan.
- J. Visser, wetenschappelijk directeur AIAS/UvA, verwacht dat "via het proces van transnationale decentralisatie mogelijk een nieuw Europees "insider"-model ontstaat, gebaseerd op de beter verdienende werknemers in de multinationale sector, terwijl de werknemers in achterblijvende regio's en sectoren zijn aangewezen op nationale solidariteitsbouwwerken waaruit de sterkste stenen worden losgewrikt." (*ESB 5-10-2001*)
- In 1996 heeft de arbeidsinspectie (toen I-SZW) drie onderzoeken gedaan naar flexibilisering in CAO's en in de praktijk. Dit waren momentopnamen. Uit de onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat CAO's in het algemeen geen belemmeringen bevatten voor flexibele invulling van de wekelijkse arbeidsduur, maar dat deze ruimte in het merendeel van de gevallen niet wordt gebruikt voor differentiatie van arbeidsduurpatronen.
- Volgens Fruytier (*Werknemersmacht in de arbeidsorganisatie: voorwaarde voor het poldermodel*, OSA-publicatie A 164, 1998) hebben werkgevers en werknemers belang bij collectieve arbeidsovereenkomsten in verband met de stabiliteit die CAO's bewerkstelligen. Het collectieve karakter van arbeidsovereenkomsten blijft dan ook overeind. Wel wordt de uniformiteit tot op detailniveau beperkt. De decentralisering van CAO's in Nederland heeft op drie manieren vorm gekregen:
 - Gedetailleerde regels zijn vervangen door globale afspraken;
 - Delegatie van regelgeving naar ondernemingsniveau in een raam-CAO;
 - Overdracht van afspraken naar het individuele overleg tussen werkgever en werknemer (CAO à la carte).

De decentralisatie van afspraken over arbeidsvoorwaarden heeft tot doel personeel flexibeler te kunnen inzetten en passend te belonen. Naar de mening van Fruytier (p. 29) wordt van alle vormen van personele flexibiliteit (flexibiliteit m.b.t. arbeidsomvang, arbeidsduur en de brede inzetbaarheid van personeel) in ruime mate gebruik gemaakt.

5.4 Differentiatie tussen en binnen cao's in zorg en welzijn

Voorbeelden van verschillen tussen en binnen CAO's in zorg en welzijn

De uiteindelijke kosten op jaarbasis van de zorg-CAO's voor 2001 lopen uiteen van 4,0% (academische ziekenhuizen) tot 7,4% (gehandicaptenzorg). Er is dus zeker sprake van spreiding in de loonkostenontwikkeling in één jaar. Overigens is een goed oordeel pas mogelijk op basis van een langjarige vergelijking. De CAO Academische ziekenhuizen kost in 2002 6,6%.

De CAO's in zorg en welzijn zijn overwegend standaard-CAO's. Op onderdelen is het tegenwoordig wel mogelijk af te wijken van de standaard. Zo kennen de meeste CAO's de mogelijkheid van een meerkeuzesysteem van arbeidsvoorwaarden (IKAP; à la carte regeling). Gekozen kan worden voor meer pensioen, kinderopvang, scholing of verlof ten laste van bijvoorbeeld eindejaarsuitkering, bijzondere beloning, verlof, overuren of onregelmatigheidstoeslag (niet elke CAO biedt alle mogelijkheden).

In de CAO Verpleeg- en verzorgingshuizen is 0,5%-punt van de toename van de eindejaarsuitkering met maximaal 2,1% afhankelijk van prestaties op het gebied van arbo/ziekteverzuim. De CAO Thuiszorg en de CAO Ziekenhuizen bieden de mogelijkheid voor de werkgever met instemming van de ondernemingsraad positieve en negatieve (arbeidsvoorwaardelijke) prikkels in te voeren in het kader van bestrijding van ziekteverzuim.

Alle sectoren zijn actief op het gebied van functiedifferentiatie/ herziening loonfunctiegebouw. Op dit gebied is sprake van uniformering, hetgeen duidelijkheid biedt en mobiliteit kan bevorderen. Anderzijds is sprake van een zekere starheid. De praktijk biedt echter mogelijkheden om flexibel om te gaan met de uniforme structuur.

De sectoren thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen kennen de mogelijkheid van arbeidsmarkttoeslagen en "positieve beloningsaccenten".

De CAO Welzijn biedt de mogelijkheid tot het maken van afspraken over diverse vergoedingen op instellingsniveau.

Overigens is niet bekend hoe in de praktijk met deze bepalingen wordt omgegaan.

Relatieve beleidsvrijheid zorginstellingen

Uitgangspunt van de IBO-werkgroep is dat bij grotere beleidsvrijheid op instellingsniveau inzake arbeidsvoorwaarden en de inzet van personeel, maatwerk kan worden geleverd en optimaal kan worden ingespeeld op de lokale/regionale vraag naar zorg en het lokale/regionale aanbod van personeel. De vraag is in hoeverre (bedrijfstaking-)CAO's daarvoor belemmerend werken. Met de Arbeidsinspectie heeft overleg plaats gehad over een eventueel onderzoek naar het effect van CAO's op de beleidsvrijheid van instellingen in de zorg- en welzijnssector en elders. Wordt er in zorg- en welzijns-CAO's meer "dichtgeregeld" dan in andere CAO's? Een dergelijk onderzoek bleek niet goed mogelijk. De volgende elementen spelen hierbij een rol:

- Regelgeving in de CAO zegt niets over de praktijk. Zeker in tijden van krapte op de arbeidsmarkt is het altijd mogelijk op één of andere manier iets extra's te doen. Soms biedt de CAO expliciet die mogelijkheid, soms is er niets geregeld en gebeurt het ook. Starre regels kunnen worden omzeild, flexibele regels hoeven niet te worden gebruikt.
- Het aantal regels zegt niets over de mogelijke flexibiliteit. Nieuwe regels kunnen de flexibiliteit bevorderen. Het is lastig toetsingscriteria voor beleidsvrijheid/flexibiliteit te formuleren.
- Regels staan niet alleen in CAO's, maar ook in wetten en andere regelgeving.
- Of iets wel of niet geregeld is hangt erg af van de situatie: wordt er al dan niet in roosters gewerkt, werken er veel of weinig vrouwen in de sector, is er veel of weinig schaarste aan personeel. In die zin zijn CAO's moeilijk te vergelijken.
- Een vergelijking van CAO's wordt ook bemoeilijkt door de verschillende momenten van afsluiten van CAO's. Nieuwe ontwikkelingen zijn in de ene CAO misschien net nog niet en in de ander net al wel verwerkt.
- Enerzijds is het moeilijk om integrale CAO's met elkaar te vergelijken op regeldichtheid/flexibiliteit/beleidsvrijheid op instellingsniveau, anderzijds heeft het vergelijken van deelonderwerpen geen zin omdat dan samenhangen uit het oog worden verloren.

Maatwerk op instellingsniveau bevordert dat de juiste persoon op de juiste plaats wordt ingezet met een passende beloning. Dit stimuleert de arbeidssatisfactie en behoud van personeel voor de sector. Tevens maakt het een efficiënte inzet van mensen mogelijk. Anderzijds heeft maatwerk in een situatie van schaarste op de arbeidsmarkt het risico van haasje-over: instellingen kopen personeel bij elkaar weg. In het nieuwe zorgstelsel met adequate concurrentie is deze mogelijkheid in principe beperkter dan in het huidige stelsel. Differentiatie en maatwerk kunnen ook leiden tot onduidelijkheid en daarmee de arbeidsmobiliteit tussen sectoren en instellingen remmen. Door het uniforme functiewaarderingsgebouw in de zorg (dat in de praktijk overigens flexibel wordt gehanteerd), weten mensen beter waar ze bij een overstap aan toe zijn. Differentiatie kan ook onrust en verzuim in de organisatie veroorzaken.

BIJLAGE 6 (bij hoofdstuk 4)

6 Gevolgen van de beleidsopties voor welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening

De beleidsopties die betrekking hebben op meer overheidsinvloed bij het tot standkomen van cao's (de opties onder 3) en het overlegmodel⁴ (optie 1), kunnen ook worden toegepast op de cao's voor welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening en hebben voor deze sectoren vergelijkbare voor- en nadelen. Op de gevolgen van de beleidsopties met betrekking tot de compenserende mechanismen bij de OVA (de opties onder 2) voor deze sectoren wordt hieronder ingegaan.

6.1 Welzijn

De welzijnssector is grotendeels gedecentraliseerd. De relevante loonsom op de begroting van VWS die met de OVA wordt geïndexeerd, is zeer gering. De Welzijnscao heeft een veel ruimer bereik dan de mensen die worden betaald uit de begroting van VWS. De normerende werking die van de OVA uitgaat naar de Welzijnscao is te verwaarlozen. De voorgestelde beleidsopties zijn dan ook niet van groot belang voor deze sector.

- Een korting op de OVA zou kunnen worden toegepast, maar zal weinig of geen effect hebben op de kostenstijging in de CAO. Omdat slechts een gering deel van het welzijnsbudget op de rijksbegroting staat, zal een eventuele korting op andere middelen waarschijnlijk ook niet veel effect hebben op de CAO-afspraken;
- Het is aan gemeenten om te bepalen of het afleggen van verantwoording door werkgevers over de relatie tussen de arbeidskosten en de geleverde diensten (zoals geschetst onder 2.2) een relevante optie is;
- Bonus-mechanismen liggen niet in de rede gezien het geringe belang van de OVA;
- Outputfinanciering is bij welzijn niet aan de orde.

6.2 Kinderopvang

De OVA is momenteel van toepassing op de Regeling uitbreiding kinderopvang en buitenschoolse opvang. Beleid en geld met betrekking tot kinderopvang zijn momenteel in belangrijke mate gedecentraliseerd naar gemeenten. In 2004 zal naar verwachting de Wet Basisvoorziening Kinderopvang (WBK) in werking treden. In die nieuwe wet is voorzien in een gemeenschappelijke financiering van kinderopvang door ouders, werkgevers en rijksoverheid. De bijdrage van de rijksoverheid zal worden gefinancierd uit de begroting van VWS en via de Belastingdienst uitgevoerd worden. Deze bijdrage zal dus op enige wijze geïndexeerd moeten worden. Voor zover de OVA van toepassing zal zijn, is dit hooguit als indexatie van de overheidsbijdrage en geldt dit niet voor de ouder- en werkgeversbijdrage. De OVA heeft dus een zeer beperkte betekenis voor de normering voor de arbeidskosten in deze marktsector.

- Een korting op de OVA (of meer in het algemeen op de middelen voor kinderopvang op de rijksbegroting) zou in de nieuwe situatie van de WBK kunnen worden toegepast uit

⁴ Vraag is wel welke overheid (rijk, provincies, gemeenten) in overleg zou moeten/kunnen treden met werkgeversorganisaties.

budgettaire overwegingen. Omdat de rijksoverheid slechts één van de financiers is van de kinderopvang, heeft dit waarschijnlijk weinig effect op de CAO.

- Wellicht is er een koppeling te leggen tussen de stijging van de arbeidskosten in de kinderopvang en afspraken over het volume en de kwaliteit van de opvang.
- Eventueel zou een bonus op brancheniveau kunnen worden gekoppeld aan de OVA, maar de effectiviteit hiervan zal beperkt zijn. Prikkels op instellingsniveau passen niet in de WBK. De sector kinderopvang wordt een marktsector, waarbij de overheid zich niet bemoeit met de bedrijfsvoering.
- In de WBK vindt financiering plaats op basis van output. Met de WBK wordt gestreefd naar meer concurrentie tussen aanbieders van kinderopvang omdat de vestiging van een centrum voor kinderopvang minder gereguleerd wordt. Dit moet de prijzen voor kinderopvang drukken.

6.3 Jeugdhulpverlening

De jeugdhulpverlening wordt gefinancierd uit een specifieke uitkering van het rijk, VWS en Justitie, aan de provincies. Financiering vindt sinds 2002 volledig plaats uit de begroting van VWS (ca. € 635 miljoen). Voor het loongevoelige deel vindt indexatie plaats met de OVA. Daarnaast wordt vanuit de begroting van Justitie de gezinsvoogdij gefinancierd, waarop de normale loonbijstelling van toepassing is (ca. € 125 miljoen). Ook worden vanuit de begroting van Justitie de particuliere jeugdinrichtingen gefinancierd (eveneens ca. EUR 125 miljoen), waarop de OVA-bijstelling van toepassing is.

In het kader van de nieuwe Wet op de jeugdzorg vindt bij de jeugdzorg een modernisering plaats à la de AWBZ. Er komt een aanspraak op jeugdzorg, provincies krijgen zorgplicht, er komt een onafhankelijk indicatieorgaan (de bureaus voor de jeugdzorg) en er komt outputfinanciering op basis van functies. Het Rijk bepaalt normprijzen voor de functies, op basis waarvan de provincies worden gefinancierd. De provincies gaan onderhandelen met de zorgaanbieders over de feitelijk te betalen prijs. De indexatie van de normprijzen is nog open. In een systeem van outputfinanciering ligt het echter niet in de rede de OVA als norm voor de ontwikkeling van de arbeidskosten te gebruiken.

De bureaus jeugdzorg (één per provincie) zullen in het nieuwe stelsel samen met de gezinsvoogdij gefinancierd worden uit één nieuwe doeluitkering. Bij deze doeluitkering zal concurrentie geen rol spelen. Indexatie van het loongevoelige deel van deze doeluitkering met de OVA is een mogelijkheid.

- De korting op de OVA (of op middelen voor jeugdhulpverlening in het algemeen) zou met vergelijkbare voor- en nadelen als in de zorg, voor de jeugdzorg kunnen worden toegepast. Met betrekking tot de gezinsvoogdij geldt dat, gelet op de wettelijke taken, geen uitstel of wachtlijst mogelijk is. Afwenteling op productievolume is dan ook lastig. Een korting kan wel ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.
- Een verband leggen tussen de stijging van de arbeidskosten en de afspraken over volume en kwaliteit van de dienstverlening zou van toepassing kunnen zijn voor de bureaus jeugdzorg, maar past niet in het systeem van outputfinanciering richting aanbieders van zorg.
- Bonus-mechanismen zouden kunnen worden toegepast, maar passen meer bij de financiering van de bureaus jeugdzorg dan bij die van het aanbod van jeugdzorg.
- Outputfinanciering geldt voor het zorgaanbod en zoveel mogelijk voor de bureaus jeugdzorg.