

Opdracht 2 MEVA-Beleidsopties voor de Contourennota (deze kabinetsperiode)**Vragen om te komen tot beleidsopties****ARBEIDSMARKT/OPLEIDINGEN**

- A. Hoe kunnen we in deze kabinetsperiode bewerkstelligen dat:
- In de regio (nog) meer gezamenlijk het opleidings- en arbeidsmarktvraagstuk wordt opgepakt.
 - Er meer samenwerking komt tussen sectoren & branches (denk aan ziekenhuis en verpleeghuis) – er dus voor te zorgen dat iedereen vanaf het begin betrokken is?
- Bv:**
- Is aanpassing van bestaande financieringsregelingen (KIPZ, SectorPlanPlus) wenselijk en mogelijk in deze kabinetsperiode? De regelingen zijn nu per instelling, niet in een samenwerkingsverband. Is het een idee om de financiering alleen te geven aan samenwerkingsverbanden, niet per instelling? Of financiering op regioniveau?
 - En komt het geld vooral terecht daar waar de nood hoog is - is dat nu een probleem?
 - Helpt het benchmarken met andere regio's? Of gebeurt dit al?
 - Is inkoop (gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren) overal voldoende betrokken bij de RAAT's?
 - De huidige regeling is op landelijk niveau – willen we regelingen op regionaal niveau (volgend kabinet)?
- B. Hoe kunnen we in deze kabinetsperiode bewerkstelligen dat er meer aandacht komt voor het opleiden op de volgende thema's:
- Digitale vaardigheden, kennis van bestaande, bewezen innovaties die het zorgproces kunnen ondersteunen, kennis/vaardigheden om zorgprocessen aan te passen en veranderingen door te voeren.
 - Preventie, positieve gezondheid & gepast gebruik.
- Bv:**
- Kunnen en willen we focus aanbrengen in de financieringsregelingen (KIPZ, SectorPlanPlus) - bijvoorbeeld dat je alleen nog geld krijgt als je opleidt in bovenstaande thema's?
 - Of helpt benchmarken tussen regio's of zorgaanbieders?
 - Kan de commissie Werken in de Zorg (10)(2e) hierin helpen?
- C. Willen we meer taakherschikking? Als we dit willen: hoe kunnen we in deze kabinetsperiode bewerkstelligen dat taakherschikking meer gebruikt wordt?
- Bv:** Ter stimulering van het agenderen van taakherschikking: regio's moeten in het kader van JZOJP het gesprek met elkaar aangaan op basis van de RIVM regiobeelden. Mogelijk dat vanuit de arbeidsmarkt nog andere 'monitors' worden gebruikt. Kunnen we deze regiobeelden of monitors verrijken met de inschatting van de potentie van taakherschikking (Misschien niet haalbaar om afgerond te hebben in deze kabinetsperiode, maar de aanzet kan gemaakt worden)? Dan kan men daarmee rekening houden met het regionale opleidingsplan.
- D. De personeelsnorm verpleeghuizen¹ verhindert het gebruik van zorgprocesondersteunende technologie. En de kwaliteitsgelden worden merendeels ingezet voor personeel, terwijl het ook ingezet mag worden voor de implementatie van technologie. Zorgkantoren zijn hierin echter vasthoudend (85-15 regel). Wat kan in deze kabinetsperiode hierop nog gebeuren?
- NB:** dit is i.i.g. een LZ-thema. Welke mogelijkheden heeft MEVA om hierin te sturen, ondersteunen etc?
- Bv:** Kan het regioteam hierin wat betekenen (Management by speech?) Idem Actieleernetwerk.
- E. Hoe stimuleren we het gebruik van eHealth?
- Bv:** een deel van het onderwijs (m.n. HBO) is ver met het gebruik van eHealth. Voor afgestudeerden valt dan tegen wat er aan eHealth in de praktijk, op de werkvloer, wordt gebruikt. Het actieleernetwerk kan een verbindende rol zijn tussen onderwijs en werkgevers. HBO is minder vertegenwoordigd in het actieleernetwerk, WO nog minder. Uitbereiding van het actieleerwerk kan hier mogelijk bij helpen.
- NB:** AEB denkt na hoe je het gebruik van eHealth via bekostiging kunt bewerkstelligen.

¹ <https://www.zorginstuutnederland.nl/actueel/nieuws/2019/01/23/personeelsnorm-kwaliteitskader-verpleeghuiszorg-opgenomen-in-register-zorginstuut>

- F. Kunnen we nog iets aan de opleidingseisen doen: bij wisseling van sector (bv van gehandicaptenzorg naar ouderenzorg) moet men veelal een meerjarige opleiding volgen. Wie stelt die eisen (is niet de wet BIG). En is versoepeling mogelijk?
NB: tijdens de crisis zie je dat zorgprofessionals na een korte cursus of informatiebijeenkomst (of soms zelfs e-learning) al kunnen worden ingezet op een ander vakgebied. Kunnen we dit behouden?

Overig: kunnen we nog iets met:

- Verhogen productiviteit.
- Verlagen ziekteverzuim – m.n. door fysieke problematiek (kan technologie hierin meer betekenen en hoe krijgen we dat dan voor elkaar?)
- OVA (normatief hoog houden?)
- Flexibiliteit in roosters. Meer rekening houden met individuele wensen.
- Betere begeleiding bij start loopbaan.
- De rol die zorgverzekeraars hebben bij de contractering en afspraken maken over opleiden en personeelsbehoud (was (10)(2e) eerder mee bezig)

BEROEPEN

- G. Hoe kunnen we in deze kabinetsperiode bewerkstelligen dat we de niet-praktiserende artsen, verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers – met een verlopen BIG-registratie - die zich gemeld hebben en nu ingezet worden voor COVID 19 behouden voor de zorg?
BV door waar gewenst een versoepeling of op maat gemaakte herregistratieprocedure?
- H. Hoe kunnen we in deze kabinetsperiode de lijn van het RvS advies 'De B van Bekwaam' al enigszins vorm geven?
BV door het erkennen van de bekwaamheden die zorgpersoneel – naast of bovenop hun basis beroepskennis – opdoen door hun werk in deze crisis? En/of aantekening te doen in een persoonlijk portfolio van bekwaamheden?
- I. Hoe kunnen we stimuleren dat gemeenten hun rol pakken op preventie, specifiek waar het mondzorg bij jongeren betreft? BV door het te expliciteren dat zij daarin een verantwoordelijkheid hebben?
NB: dit kan misschien wel breder: gemeenten schijnen slechts een deel van het werkgebied en kunde van jeugdartsen te kennen²

OPLEIDINGEN

- J. Hoe kunnen we stimuleren (of meer afdwingen) dat preventie een wezenlijk onderdeel is van de opleiding en beroepsuitoefening? Wat is hiervoor nodig?

AEB (nog verder uitwerken)

- K. BTW: uitleen zorgpersoneel tegen vergoeding blijft buiten btw. Dit is nu geregeld tijdens de crisis (<https://www.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-22293.pdf>). Er is voor sommige uitleen tussen zorginstellingen al een vrijstelling, maar niet voor allemaal en zeker niet voor uitleen vanuit commerciële partijen (uitzendbureaus). Mn voor de onderlinge uitleen is deze tegemoetkoming een voordeel: men hoeft niet na te denken of er sprake is van een vrijstelling, men hoeft geen aangifte te doen en de belastingdienst hoeft niet te controleren. Bovendien scheelt het de zorg geld (btw is kosten voor zorginstellingen). Of de commerciële uitleen het als een voordeel ziet moet nog blijken: voorwaarde is uitleen zonder dat winst wordt behaald. Het is wel de vraag of het realistisch is om dit regulier (behouden na de crisis) te regelen is: de EC is waarschijnlijk niet akkoord.
- L. Hoe stimuleren we substitutie, taakherschikking, zorg op afstand? Deels in BMH.

Overig:

- Gebruik van klinische data voor onderzoek verbeteren/stimuleren/faciliteren

² <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-94-007-0020-8-5.pdf>

- GLI – meer varianten?
- ZIK – anderhalve lijns zorg stimuleren.
- Helpt het geven van richting, zoals het RIVM heeft gedaan voor preventie bij ouderen³ of positieve gezondheid⁴

³ <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/6127%20RIVM%20Clickable%20PDF%20Moeilijk%20bereikbare%20ouderen%20TG%20v7.pdf>

⁴ https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2020-01/Factsheet-brede_gezondheidsconcepten-RIVM_2019.pdf