

PERIODIEKE RAPPORTAGE ARBEIDSMARKT- EN OPLEIDINGSBELEID

2016-2024

EINDRAPPORT

seo • economisch onderzoek

AUTEURS

REMCO VAN EIJKEL, JOERI ATHMER, MARILOU VLAANDEREN, CARL KOOPMANS

IN OPDRACHT VAN

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

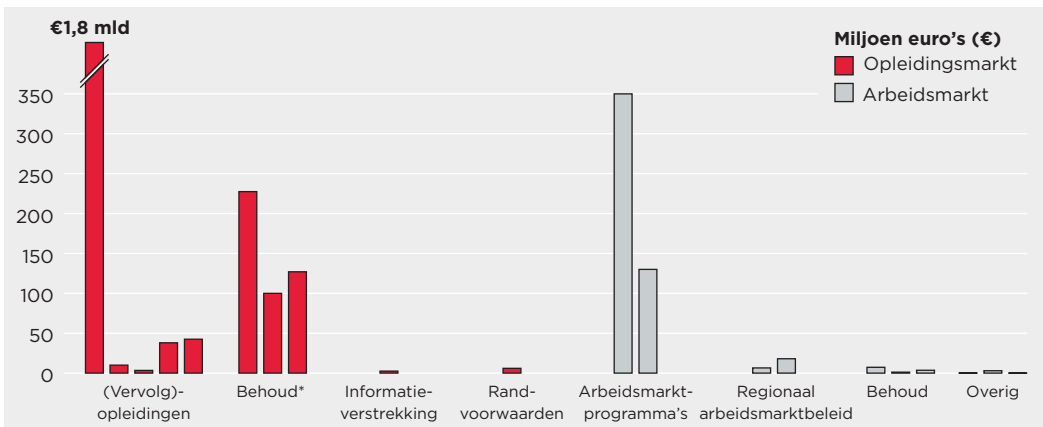
AMSTERDAM, SEPTEMBER 2025

Evaluatie van arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg

In de periode 2016-2024 heeft het ministerie van VWS diverse beleidsinstrumenten ingezet om de structurele krapte op de zorgarbeidsmarkt te verlichten en het opleidingsstelsel te versterken. De beleidstheorie gaat uit van structureel markt-, gedrags- en systeemfalen, met name een risico op onderinvestering in scholing. VWS greep hier vooral op in met subsidieregelingen. Tot 2020 lag de nadruk op het vergroten van het aanbod, waarna de aandacht verschoof naar vraagbeperking en samenwerking.

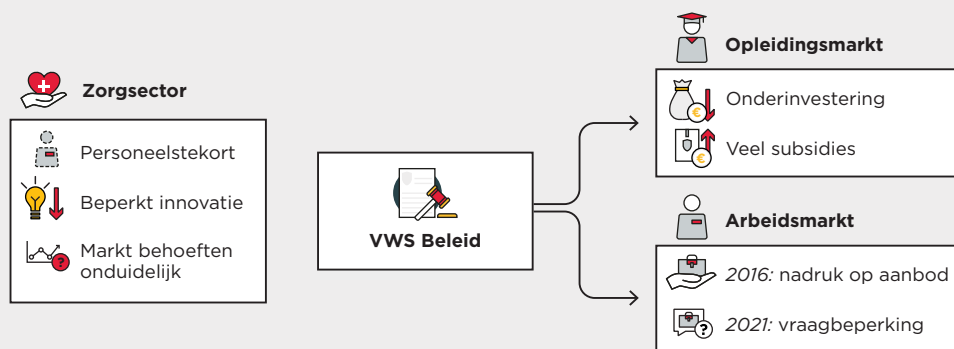
De evaluatie laat zien dat veel opleidingsregelingen mogelijk doeltreffend zijn, maar harde effectmetingen ontbreken en doelmatigheid vaak beperkt is door risico's op overcompensatie en hoge administratieve lasten. Voor arbeidsmarktregelingen ontbreekt systematische evaluatie, waardoor conclusies nauwelijks te trekken zijn. Aanbevolen wordt om alternatieven naast subsidies te benutten, sterker te investeren in randvoorwaarden zoals begeleidingscapaciteit, samenwerking en informatievoorziening, en beleid te voorzien van meetbare doelen en systematisch effectonderzoek.

Jaarlijkse budget per categorie regeling



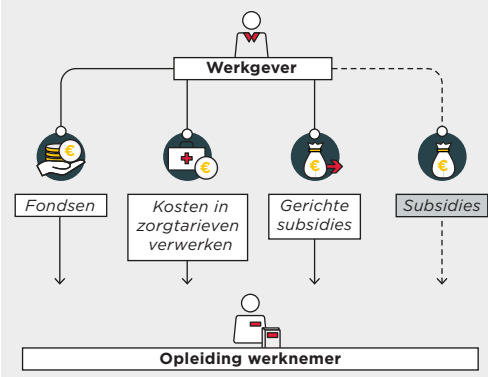
Beleidstheorie van de VWS

DE ZORGSECTOR KAMPT MET MARKTFALEN, GEDRAGSFALEN EN SYSTEEMFALEN

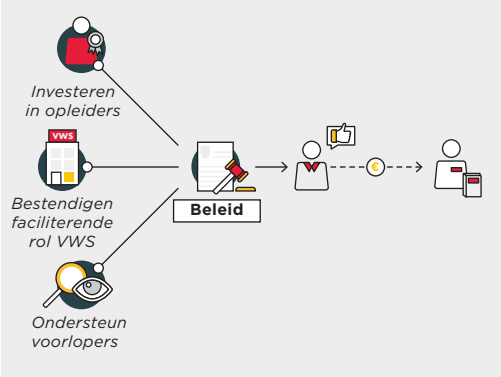


Aanbevelingen

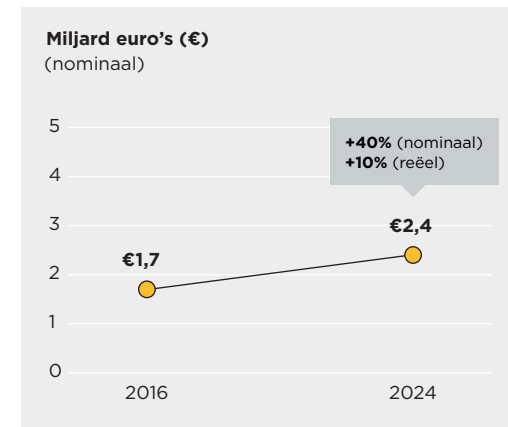
1 OVERWEEG ALTERNATIEVEN NAAST SUBSIDIES



2 ZORG VOOR JUISTE RANDVOORWAARDEN



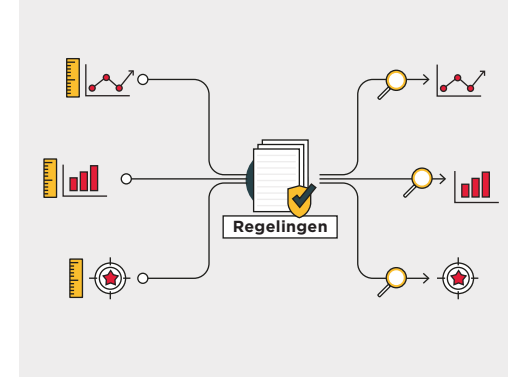
Totale budget per evaluatiejaar



Conclusies

- Opleidingsmarkt**
 - Vaak potentieel doeltreffend, maar gebrek aan harde metingen
 - Doelmatigheid beperkt (overcompensatie, verdringing van private investeringen)
- Arbeidsmarkt**
 - Onvoldoende geëvalueerd: geen oordeel mogelijk
 - Gebrek aan samenhang en systematische evaluatie

3 VERBETER EVALUATIES MET MEETBARE DOELEN



Samenvatting

Afbakening Periodieke rapportage

Beschrijving SEA thema	Om de structurele krapte op de arbeidsmarkt in de zorg te verlichten en de algehele werking van de zorgarbeidsmarkt te verbeteren, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) door de jaren heen een breed scala aan beleidsinstrumenten ingezet. Deze instrumenten vallen onder Artikel 4.2 van de begroting van het ministerie van VWS, aangevuld met de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen en overige ziekenhuisopleidingen.												
De periode die geëvalueerd wordt	2016-2024 (tot en met kabinet-Rutte IV)												
Naam en jaar van publieke van de vorige PR/ beleidsdoorlichting	Ecorys & SEOR (2016). Beleidsdoorlichting Artikel 4.2 VWS. Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt https://archief.rijksbegroting.nl/system/files/251/16xvi01-vws-beleidsdoorlichting-artikel-4-2-opleidingen-beroepenstructuur-en-arbeidsmarkt.pdf												
Hoofdvragen van de PR	Op welke wijze kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid worden vergroot, rekening houdend met de rol die het ministerie van VWS hierin kan en hoort te spelen?												
Begrotingsartikelen	Artikel 4.2 van de begroting van het ministerie van VWS, aangevuld met de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen en overige ziekenhuisopleidingen.												
Budgettaire tabel	<table><tr><th></th><th>2016</th><th>2024</th></tr><tr><td>Art. 4.2</td><td>€ 0,4 mld.</td><td>€ 0,6 mld.</td></tr><tr><td>Beschikbaarheidsbijdrage</td><td>€ 1,3 mld.</td><td>€ 1,8 mld.</td></tr><tr><td>Totaal</td><td>€ 1,7 mld.</td><td>€ 2,4 mld.</td></tr></table> N.B. Het betreft hier nominale bedragen, dus niet gecorrigeerd voor inflatie.		2016	2024	Art. 4.2	€ 0,4 mld.	€ 0,6 mld.	Beschikbaarheidsbijdrage	€ 1,3 mld.	€ 1,8 mld.	Totaal	€ 1,7 mld.	€ 2,4 mld.
	2016	2024											
Art. 4.2	€ 0,4 mld.	€ 0,6 mld.											
Beschikbaarheidsbijdrage	€ 1,3 mld.	€ 1,8 mld.											
Totaal	€ 1,7 mld.	€ 2,4 mld.											

De beleidstheorie

De beleidstheorie achter het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid van VWS is gestoeld op het idee dat de zorgsector te maken heeft met structurele vormen van marktfalen, gedragfalen en systeemfalen die een optimale werking van de arbeids- en opleidingenmarkt verhinderen. Deze Periodieke Rapportage maakt een onderscheid tussen de beleidstheorie voor het opleidingsbeleid en de beleidstheorie voor het arbeidsmarktbeleid.

Opleidingsmarkt

Scholing in de zorg kent zowel investeringen in generiek menselijk kapitaal (breed toepasbare kennis en vaardigheden) als investeringen in bedrijfsspecifiek kapitaal (vaardigheden die alleen binnen één organisatie renderen). Vanwege de mogelijkheid dat medewerkers overstappen en de baten elders terechtkomen (free-riderprobleem), is er het risico dat *werkgevers* relatief weinig investeren in generieke scholing. Door kredietbeperkingen, myopie (kortzichtigheid) of onvoldoende beloning voor scholing is er daarnaast het risico dat *werknemers* te weinig investeren. Dit creëert een risico op structurele onderinvestering in scholing, met mogelijk personeelstekorten als gevolg. Deze arbeidsmarktkrapte zien we dan ook sinds lang terug in de zorg, hoewel dit niet alleen te wijten valt aan het achterblijvende aanbod. Bij de huidige toename in de zorgvraag (zowel in kwantiteit als complexiteit) valt niet te verwachten dat het aanbod zich adequaat kan aanpassen aan de vraag.

Volgens de (wetenschappelijke) theorie zijn er verschillende beleidsinstrumenten voorhanden om onderinvestering in scholing en verdere ontwikkeling van personeel tegen te gaan. Te denken valt aan subsidies, verwerking van een vergoeding van de opleidingskosten in de zorgtarieven en het opzetten van een werkgeversfonds. In het tijdvak 2016-2024 leunde het ministerie van VWS vooral op subsidieregelingen, zoals het Stagefonds, SectorplanPlus en de regeling Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen (KiPZ).

Arbeidsmarkt

De zorgarbeidsmarkt functioneert niet zoals een klassieke markt: lonen stijgen niet automatisch bij tekorten, omdat tarieven grotendeels gereguleerd zijn en mogelijk ook door marktmacht van (sommige) werkgevers. Naast financiële factoren spelen niet-financiële factoren zoals werkdruk en -plezier, autonomie en maatschappelijke betrokkenheid een rol. Ook systeemfalen speelt een belangrijke rol op de arbeidsmarkt in de zorg. Zo is de informatie over toekomstige vraag en aanbod versnipperd, is er een risico op onvoldoende regionale en landelijke coördinatie en kunnen er varkenscycli in de opleidingsinstroom bestaan.

Het arbeidsmarktbeleid van het ministerie van VWS heeft in de periode 2016-2024 belangrijke verschuivingen doorgemaakt. In de eerste helft van de periode – tot aan het begin van de coronacrisis – lag de nadruk op aanbodvergroting. De overheid stimuleerde een hogere instroom in zorgberoepen en probeerde het aantal gewerkte uren per zorgprofessional te verhogen. Vanaf 2021 werd de heersende filosofie dat het geen duurzame oplossing is om het aanbod van personeel telkens evenredig te laten meegroeien met de stijgende zorgvraag. Bij onveranderd beleid zou in 2030 één op de vijf werkenden in de zorg moeten werken, en in 2040 zelfs één op de vier. Dit drukt op het arbeidsaanbod in andere sectoren. Het resultaat was dat vanaf 2022 nadruk kwam te liggen op het terugdringen van de vraag. Ook richtte het beleid zich meer op het ondersteunen van samenwerking en het versterken van het eigen initiatief van zorg- en welzijnsorganisaties. De nadruk lag daarbij op het verhelpen van systeemfalen in de vorm van gebrekkige coördinatie tussen verschillende sectorpartijen.

Conclusies (voorwaarden voor) doeltreffendheid en doelmatigheid

Conclusie	
Conclusie 1	Voor wat betreft de opleidingsregelingen concluderen we dat de meeste regelingen potentieel dan wel waarschijnlijk doeltreffend zijn. Het gaat dan om de beschikbaarheidsbijdrage, SectorplanPlus, de subsidie opleidingen tot ANP en PA, de vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B en de subsidie opleidingen in een jeugd-ggz-instelling. Toch kunnen we geen heel vergaande conclusies trekken over de doeltreffendheid van deze regelingen, omdat in vrijwel alle gevallen een 'harde' effectevaluatie ontbreekt.
Conclusie 2	Voor het Stagefonds en de Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan is een dergelijk onderzoek wel beschikbaar. Op basis hiervan concluderen we dat het Stagefonds zeer waarschijnlijk niet doeltreffend is: deze regeling heeft vermoedelijk niet geleid tot het bieden van meer stages dan het geval was geweest zonder de subsidie. De belangrijkste belemmering hierbij is een gebrek aan begeleidingscapaciteit. De instellingssubsidie Capaciteitsorgaan is zeer waarschijnlijk doeltreffend .
Conclusie 3	Verder concluderen we dat de meeste subsidieregelingen voor het opleiden potentieel dan wel waarschijnlijk niet of matig doelmatig zijn. Subsidies zijn doorgaans eenvoudig uitvoerbaar en hebben draagvlak, maar leiden tot risico's op overcompensatie of verdringing van private investeringen en dus ondoelmatig

Conclusie 4	gebruik van publieke middelen. De doelmatigheid van deze instrumenten wordt verder beperkt door hoge administratieve lasten (bijvoorbeeld in het geval van SectorplanPlus, KIPZ). De beschikbaarheidsbijdrage beoordelen we als potentieel dan wel waarschijnlijk matig doelmatig. Het instrument geeft zorgaanbieders vooraf financiële zekerheid en is daardoor een aantrekkelijke regeling. Tegelijkertijd zijn de prikkels vanuit de inkoop voor efficiëntie en innovatie klein. Ook bestaan er risico's op ongewenste neveneffecten door beperkte differentiatie in de subsidiehoogte, terwijl er grote variatie in de kosten en baten zijn. Tevens zijn de daadwerkelijke kosten van een opleiding moeilijk te meten.
Conclusie 5	Over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de arbeidsmarktregelingen kunnen we geen oordeel vellen: er zijn geen systematische effectevaluaties beschikbaar die hier duidelijkheid over verschaffen. In sommige gevallen komt dit doordat aan de voorkant geen heldere beleidstheorie is ontwikkeld en concrete, meetbare doelen ontbreken.
Conclusie 6	De analyse van de afzonderlijke regelingen laat ook zien dat het vrijwel onmogelijk is om de effectiviteit en doelmatigheid van het instrumentarium in zijn geheel te beoordelen. Dit komt enerzijds doordat de meeste regelingen niet systematisch zijn geëvalueerd, anderzijds doordat er nauwelijks zicht is op de samenhang tussen de verschillende maatregelen. Het is daardoor onduidelijk of instrumenten elkaar versterken, overlappen of zelfs tegenwerken.

Belangrijkste aanbevelingen

Aanbeveling	
Aanbeveling 1	Overweeg alternatieve instrumenten naast subsidies om de verantwoordelijkheid van het opleiden en goed werkgeverschap (deels) bij het veld zelf neer te leggen: 1. <i>Werkgeversfondsen.</i> Voordelen van een werkgeversfonds zijn dat ze, net zoals subsidies, het risico op onderinvestering in opleiden mitigeren en, in tegenstelling tot subsidies, meer gericht zijn op doelmatigheid. Werkgevers dragen immers zelf bij, zodat slechts een deel van de opleidingskosten met publieke middelen worden bekostigd (en alleen in het geval van cofinanciering). Een nuancering hierbij is dat de meeste subsidieregelingen ook een vorm van cofinanciering/eigen bijdrage kennen, waardoor werkgevers ook bijdragen. Werkgeversfondsen gaan doorgaans wel gepaard met relatief hoge administratieve lasten en een risico op lobby-activiteiten en lijkt minder geschikt als er binnen het veld geen draagvlak voor is of het niet binnen de institutionele context past. Dat laatste is mogelijk het geval voor de financiering van medische vervolgoopleidingen. 2. <i>Verwerken van opleidingskosten in zorgtarieven.</i> Hierdoor ontstaat er een directe koppeling tussen opleiden en zorgproductie. Zeker in delen van de zorg waar tarieven gereguleerd zijn, kunnen werkgevers hierdoor de opbrengsten van de investering beter naar zich toehalen. Het vergoeden van opleidingskosten via

zorgtarieven kan geormerkt of ongeormerkt. Alleen bij geormerkte tarieven kan worden gedifferentieerd in tariefhoogte naar opleidingsinspanning, wat de prikkel voor werkgevers versterkt om personeel verder op te leiden. Daarentegen is bij geormerkte tarieven de potentiële doelmatigheidswinst minder groot dan bij ongeormerkte tarieven, omdat er op het deel van het tarief dat bestemd is voor het opleiden voor zorgverzekeraars beperkt of helemaal geen onderhandelingsruimte zit.

3. *Subsidies gericht op het scheppen van de juiste randvoorwaarden* (zie ook Aanbeveling 2). Conform de afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) dienen deze subsidies vooral gericht te zijn om deelsectoren, beroepen en regio's met de grootste tekorten. Indien opleidingssubsidies worden gehandhaafd – bijvoorbeeld omdat het opleiden door werkgevers zelf in bepaalde delen van de zorg onvoldoende van de grond komt of omdat het past bij de institutionele context – kan de doelmatigheid worden vergroot met een partiële dekking van kosten of differentiatie naar opleidingskosten.

Aanbeveling 2

Richt het beleid primair op het scheppen van de **juiste randvoorwaarden** om de arbeidsmarkt en het opleidingsstelsel binnen de zorg goed te laten functioneren. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het vergroten van de begeleidingscapaciteit door te investeren in het verbeteren van de begeleidingsinfrastructuur binnen de sector, bijvoorbeeld door samenwerking tussen zorgaanbieders bij het begeleiden van leerling-werknemers begeleiden financieel te ondersteunen. Of om het stimuleren van het terugdringen van verzuim, zoals bijvoorbeeld gebeurt met de vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B.

Aanbeveling 3

Verder dient het aanbeveling om de **faciliterende rol** die het ministerie de laatste jaren ten aanzien van de arbeidsmarkt heeft aangenomen, **te bestendigen**. Te denken valt dan aan het versterken van regionale samenwerking, het stimuleren van overlegstructuren en het realiseren van betere informatievoorziening. Daarbij moet voorkomen worden dat er geen concrete doelen worden geformuleerd en het gevoerde beleid en daaruit volgende acties te vrijblijvend zijn.

Aanbeveling 4

Ondersteun voorlopers bij de toepassing van technologie en nieuwe werkvormen om zo een cultuuromslag richting meer innovatie binnen de sector te realiseren.

Aanbeveling 5

Het gebrek aan systematische effectevaluaties maakt het onmogelijk om heel vergaande uitspraken te doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de afzonderlijke regelingen, laat staan voor het instrumentarium als geheel. Het ontbreken van heldere, meetbare doelen bij de invoering van diverse regelingen is hier mede debet aan. Wij pleiten er dan ook voor om bij toekomstig te ontwikkelen beleid **concrete, meetbare doelstellingen** te formuleren die voortkomen uit een **expliciete beleidstheorie**. Vervolgens dient aan de voorkant helder te worden gemaakt *hoe* het nieuwe beleid wordt **geëvalueerd**. Dit geldt ook voor beleid dat vooral breed en procesmatig is ingestoken en waarvoor het lastiger is om met eenduidige indicatoren resultaten te meten. Mogelijk dient voor een systematische evaluatie van dergelijk beleid een nieuw evaluatie-instrumentarium ontwikkeld te worden. Dit zien wij als een interessant thema voor mogelijk vervolgonderzoek.

Aanbeveling 6

Daar waar resultaten van beleid wel met min of meer eenduidige indicatoren te vatten zijn, zou het streven moeten zijn om het instrument (of samenhang van instrumenten) door een onafhankelijke partij **te evalueren middels een (quasi-experimenteel) effectonderzoek** (zoals een verschil-in-verschilanalyse) in plaats van alleen op basis van kwalitatieve percepties van partijen die baat hebben bij de betreffende regeling. Daarbij kunnen tussentijdse evaluaties en periodieke toetsing worden ingezet om beleid te intensiveren, af te schalen of bij te sturen.

Beleidsopties

Beleidsopties

Beleidsoptie 1

Het (laten) uitvoeren van **nader effectonderzoek** naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verschillende opleidings- en arbeidsmarktregelingen. Het wegnemen van de 'witte vlekken' die er momenteel zijn met betrekking tot de werking van het beleid vergroot de mogelijkheden voor het ministerie van VWS om doeltreffend en doelmatig beleid op dit domein te voeren. Immers, pas dan wordt volledig duidelijk welke regelingen dienen te worden geïntensiveerd dan wel afgeschaft of anders te worden vormgegeven. Bij dit nader onderzoek dient het streven zijn om een onderzoeksmethodiek toe te passen die hoog scoort op de effectladder (minimaal trede 4). Hiermee wordt het voor het ministerie van VWS beter mogelijk om te sturen op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid.

Beleidsoptie 2

Het (laten) uitvoeren **van onderzoek naar** de doeltreffendheid en doelmatigheid van het **instrumentarium als geheel**, waarbij expliciet rekening wordt gehouden met mogelijke synergie, samenhang en overlap tussen de verschillende instrumenten. Ook hierbij zou weer het streven moeten zijn om zo hoog als mogelijk uit te komen op de effectladder.

Beleidsoptie 3

Het besparen op de uitgaven van VWS door een **deel van de subsidieregelingen op termijn af te bouwen** en te vervangen door bijvoorbeeld werkgeversfondsen, eventueel gefinancierd door de overheid. Te verwachten valt dat werkgevers dan een groter deel van de opleidingskosten zelf gaan dragen. De middelen hiervoor volgen dan uit de opbrengsten van het primaire proces van zorgaanbieders, waarover zij onderhandelen met zorginkopers. Dit kan tot meer doelmatigheid leiden. Dit is met name een kansrijke optie wanneer het subsidieregelingen betreft waarvan de effectiviteit (nog) niet is aangetoond of waarvoor het aannemelijk is dat ze niet bijdragen aan het oplossen van de structurele problemen binnen het opleidingsstelsel.

Beleidsoptie 4

Het besparen op de collectieve zorguitgaven door **de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage te verlagen**, bijvoorbeeld door alleen de directe (personele) kosten van het opleiden te vergoeden. Het besparen op de collectieve zorguitgaven door de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage te verlagen, bijvoorbeeld door alleen de directe (personele) kosten van het opleiden te vergoeden. Een (groter) deel van de opleidingskosten komt dan voor rekening van werkgevers, die dit weer financieren met opbrengsten waarover onderhandeld wordt met zorginkopers.

Beleidsoptie 5

Op termijn is differentiatie van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage naar opleidingskosten mogelijk ook een optie, als er meer onderzoek wordt gedaan naar de kosten (en opbrengsten) van het aanbieden van medische vervolgopleidingen.

Inhoudsopgave

Infographic	2
Samenvatting	3
1 Inleiding	10
2 Schets van de zorgarbeidsmarkt	13
2.1 Het stelsel van opleiden en arbeidsmarkt	13
2.2 Stand anno 2016	15
2.3 Ontwikkelingen sinds 2016	17
2.4 Wat zien we terug aan knelpunten?	22
3 Theoretische verklaringen voor knelpunten?	28
3.1 Belemmeringen op de Opleidingenmarkt	28
3.2 Belemmeringen op de arbeidsmarkt	36
3.3 Beleidsopties: de mogelijkheden voor VWS	41
3.4 Mogelijk overheidsfalen bij overheidsingrijpen	44
4 Opleidingsregelingen	45
4.1 Overzicht instrumentarium	45
4.2 Focus van het opleidingsbeleid	46
4.3 Beleidstheorie	47
5 Beleidstheorie arbeidsmarktregelingen	52
5.1 Overzicht instrumentarium	52
5.1 Focus van arbeidsmarktbeleid	53
5.2 Beleidstheorie	54
6 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de regelingen	61
6.1 Taxatie van de empirische evidentie	61
6.2 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de opleidingsregelingen	64
6.3 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de arbeidsmarktregelingen	71
6.4 Doeltreffendheid en doelmatigheid van het instrumentarium als geheel	77
7 Beleidsaanbevelingen	80
7.1 Welke rol past het ministerie van VWS?	80
7.2 Mogelijke besparingsvariant	90
7.3 Hoe kan het instrumentarium in de toekomst worden geëvalueerd?	91
Referenties	92
Bijlage A Beschrijving instrumenten	96

Bijlage A.1	Opleidingsregelingen	96
Bijlage A.2	Arbeidsmarktregelingen	97
Bijlage B	Scores effectladder	99

1 Inleiding

SEO Economisch Onderzoek heeft in opdracht van het ministerie van VWS het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg geëvalueerd. In totaal zijn 21 regelingen beoordeeld op hun doeltreffendheid en doelmatigheid. Deze beleidsevaluatie heeft de vorm van een Periodieke Rapportage en maakt deel uit van de Strategisch Evaluatie Agenda van VWS.

Om de structurele krapte op de arbeidsmarkt in de zorg te verlichten, heeft het ministerie van VWS door de jaren heen een breed scala aan beleidsinstrumenten ingevoerd. Deze variëren van subsidies voor praktijkleren, zoals SectorplanPlus en het Stagefonds Zorg, tot structurele bekostiging van vervolgopleidingen, zoals de beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen. Ook zijn er niet-financiële maatregelen getroffen ter ondersteuning van zorgprofessionals of gericht op informatievoorziening aan de sector.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft SEO Economisch Onderzoek gevraagd een syntheseonderzoek uit te voeren naar het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg. Dit syntheseonderzoek heeft de vorm van een Periodieke Rapportage (PR) en maakt deel uit van de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) van het ministerie van VWS. In deze PR worden 21 arbeidsmarkt- en opleidingsregelingen in de zorg beoordeeld op hun doeltreffendheid en doelmatigheid. Bijlage A bevat een beschrijving van deze regelingen. Het te evalueren tijdvak betreft de periode 2016-2024 (tot en met kabinet-Rutte IV). De afbakening van de evaluatie wordt gevormd door de regelingen die vallen onder Artikel 4.2 van de begroting van het ministerie van VWS, plus de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen en overige ziekenhuisopleidingen. De budgettaire omvang van deze regelingen bedroeg in 2024 €2,4 mld.¹

Conform de vereisten van een PR beoordelen we in dit rapport de verschillende regelingen op hun doeltreffendheid en doelmatigheid. Onder *doeltreffendheid* verstaan we de mate waarin de gewenste prestaties en de beoogde maatschappelijke effecten of gestelde doelen van het beleid ook daadwerkelijk worden behaald. *Doelmatigheid* betekent het realiseren van bepaalde prestaties met een zo beperkt mogelijke inzet van middelen en zo min mogelijk ongewenste neveneffecten. Hoewel sommige van deze regelingen min of meer vergelijkbare evenknieën kennen in andere sectoren, beperkt dit rapport zich tot een evaluatie van opleidings- en arbeidsmarktinstrumenten binnen het zorgdomein. Daarnaast analyseren we enkel de rol van het ministerie van VWS binnen de zorgarbeids- en opleidingsmarkt en niet die van andere departementen (zoals bijvoorbeeld OCW) of andere overheidsorganen. Tot slot beantwoorden we met deze evaluatie niet de vraag of de overheid moet inzetten op sectorspecifieke sturing van de arbeids- en opleidingsmarkt of juist meer generiek beleid moet voeren. Bij laatstgenoemde kan gedacht worden aan generiek Leven Lang Ontwikkelen (LLO)-beleid, zoals individuele leerrekeningen. Vervolgonderzoek zou deze vraag mogelijk kunnen beantwoorden.

Uit de eerdere beleidsdoorlichting op dit thema² is gebleken dat er naast de beoordeling van de afzonderlijke regelingen ook behoefte bestaat aan een samenhangende beoordeling van deze instrumenten: doet het instrumentarium als geheel wat het moet doen en bestaat er synergie en overlap tussen de instrumenten? Beantwoording van deze vraag maakt deel uit van een Periodieke Rapportage. Het doel van deze beleidsevaluatie

¹ Vanwege de overlap van TAZ met enkele andere regelingen is dit bedrag exclusief de middelen voor TAZ.

² Ecorys & SEOR, 2016.

is dan ook om, naast de taxatie op doeltreffendheid en doelmatigheid van de regelingen afzonderlijk, de economische onderbouwing van het ingezette arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in zijn totaliteit te analyseren. Hierbij ligt de nadruk op de vraag in hoeverre de verschillende instrumenten inspelen op vormen van marktfalen op de opleidings- en arbeidsmarkt in de zorg, en waar nog lacunes ('witte vlekken') bestaan. Uiteindelijk dient het eindrapport antwoord te geven op de volgende hoofdonderzoeksvraag:

Op welke wijze kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid worden vergroot, rekening houdend met de rol die het ministerie van VWS hierin kan en hoort te spelen?

Onderzoeksverantwoording

Om bovenstaande (hoofd)onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we verschillende onderzoeksmethoden ingezet. Ten eerste hebben we een theoretisch kader uitgewerkt dat vanuit de wetenschappelijke theorie mogelijke belemmeringen voor het goed functioneren van de zorgarbeids- en opleidingsmarkt identificeert. Hiermee toont het kader ook de rationale voor actief overheidsbeleid op dit domein en laat het zien op welke manieren de overheid *in theorie* effectief kan sturen. Ten tweede hebben we voor verschillende clusters van regelingen beleidstheorieën gereconstrueerd. Hierbij zijn we nagegaan in hoeverre de oorspronkelijke gedachte achter de invoering van de betreffende instrumenten in lijn is met wat de wetenschappelijke theorie voorschrijft. Ten derde hebben we bestaande evaluaties van de verschillende regelingen bestudeerd en op basis daarvan conclusies getrokken over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten. Voor veel van de te evalueren instrumenten was een syntheseonderzoek niet mogelijk, omdat er vaak per instrument maar één evaluatie beschikbaar was en de meeste evaluaties geen causaal effectonderzoek betroffen. Tot slot hebben we een aantal (online) gesprekken gevoerd met veldpartijen, om zo meer gevoel te krijgen voor hoe de sector zelf de werking van de betreffende regelingen ervaart. Hoewel we de opbrengsten van de gesprekken niet zozeer hebben meegewogen in de beoordeling van het instrumentarium, hebben deze wel meer inzicht gegeven in waarom bepaalde instrumenten in de praktijk goed werken of juist niet.

Onderscheid tussen opleidingenmarkt en arbeidsmarkt

Een belangrijk onderdeel in deze beleidsevaluatie als onderdeel van de SEA is beantwoording van de vraag wat de rationale van overheidsingrijpen op de zorgopleidingen- en arbeidsmarkt is en op welke manieren de overheid dit kan vormgeven. Zoals hierboven vermeld hebben we hiertoe een theoretisch kader uitgewerkt dat gebaseerd is op gangbare wetenschappelijke theorieën over marktfalen, gedrags-, overheids- en systeemfalen. Daarbij maken we onderscheid tussen twee domeinen:

- **De opleidingenmarkt**, waarin scholingsbeslissingen centraal staan: werknemers en werkgevers besluiten al dan niet te investeren in (verdere) scholing en ontwikkeling;
- **De arbeidsmarkt**, waarin het draait om het tot stand komen van duurzame matches tussen zorginstellingen en personeel, inclusief vraagstukken rondom behoud. Echter, in het geval met verdere scholing behoud van personeel wordt beoogd, valt dit in ons kader onder de opleidingenmarkt.

Het is evident dat deze twee markten in elkaars verlengde liggen: het beter opleiden van zorgpersoneel vergroot immers de kans op een succesvolle match op de arbeidsmarkt. Sterker, in veel gevallen wordt de investering in (verdere) scholing van de werknemer gedaan door de eigen werkgever, waardoor er per definitie al sprake is van een 'match'. Ook is niet altijd duidelijk waar de grens tussen de opleidingenmarkt en de arbeidsmarkt ligt en in sommige gevallen grijpt een regeling zowel aan op de opleidingsbeslissing als op de totstandkoming van een match tussen werkgever en werknemer. Toch zien we meerwaarde in het onderscheid aanbrengen tussen bovengenoemde markten, omdat de knelpunten die zich op de opleidingenmarkt kunnen voordoen over het algemeen een wezenlijk ander karakter hebben dan de mogelijke belemmeringen op de arbeidsmarkt.

De afbakening binnen deze evaluatie sluit aan bij de directe beleidsverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Instrumenten die onder de verantwoordelijkheid van andere ministeries vallen – zoals het initieel onderwijs – of die zijn gericht op private contractuele afspraken – zoals studiekostenbedingen – blijven buiten beschouwing. Een uitzondering hierop zijn de activiteiten van het Capaciteitsorgaan, dat ook raamt voor de initiële opleidingen geneeskunde en tandheelkunde. Wanneer in dit rapport wordt gesproken over ‘opleidingen’ of ‘scholing’, gaat het dus om **post-initieel onderwijs gericht op de zorgpraktijk**. Binnen deze categorie kunnen we nog verder onderscheid maken tussen vervolgopleidingen (bijv. een opleidingsplek in een ziekenhuis tot medisch specialist) of het verder opleiden van een individuele zorgmedewerker (bijv. het volgen van een training of cursus). Toch zullen we, daar waar relevant, ook een aantal keer de relatie tussen het initiële onderwijs en (de effectiviteit van) het door het ministerie van VWS ingezette instrumentarium bespreken. De instroom binnen, en kwaliteit van, het initieel zorgonderwijs hebben logischerwijs gevolgen voor de effectiviteit van het instrumentarium dat het ministerie van VWS op dit domein inzet.

Leeswijzer

De indeling van dit rapport is als volgt. Het volgende hoofdstuk bevat een schets van de opleidings- en arbeidsmarkt in de zorg. We staan stil bij de stand van zaken aan het begin van onze evaluatieperiode (wat waren destijds de grootste knelpunten?) en bespreken de belangrijkste ontwikkelingen tijdens het tijdvak 2016-2024 (zijn de knelpunten verlicht en/of zijn er nieuwe knelpunten bijgekomen?). In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens na of de waargenomen knelpunten op de zorgopleidings- en arbeidsmarkt te verklaren zijn vanuit de wetenschappelijke theorie over markt-, gedrags-, overheids- en systeemfalen. Specifiek zetten we aan de hand van een theoretisch kader uiteen hoe financiële en niet-financiële prikkels het gedrag van werkgevers en werknemers beïnvloeden, welke vormen van marktfalen, gedrags- of systeemfalen zich kunnen voordoen en wat de rationale is voor overheidsinterventie. Dit hoofdstuk behandelt ook de, op de theorie gestoelde, opties die de overheid in beginsel heeft om knelpunten op de zorgopleidingen- of arbeidsmarkt aan te pakken.

In hoofdstuk 4, 5 en 6 koppelen we dit theoretisch kader aan de praktijk. In hoofdstuk 4 bespreken we het instrumentarium dat het ministerie in het tijdvak 2016-2024 heeft ingezet om de voornaamste knelpunten het hoofd te bieden. Vervolgens reconstrueren we in Hoofdstukken 5 en 6 de beleidstheorieën die onderliggend zijn aan deze arbeidsmarkt- en opleidingsregelingen in de zorg. Hierbij beschrijven we hoe deze instrumenten geacht werden (of nog steeds worden) in te spelen op de gesignaleerde problemen en maken we expliciet de link met het theoretisch kader. Omdat het arbeidsmarktbeleid in deze periode belangrijke verschuivingen heeft doorgemaakt, maken we hierbij voor wat betreft de arbeidsmarktregelingen onderscheid tussen twee tijdvakken: het eerste loopt van 2016 tot en met 2021 (onder het programma Werken in de Zorg), het tweede bestrijkt de periode vanaf 2022 (onder het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn). In hoofdstuk 7 beoordelen we eerst, op basis van de bestaande empirische evidentie, de doeltreffendheid en doelmatigheid van de afzonderlijke regelingen. Daarna taxeren we in hetzelfde hoofdstuk de effectiviteit van het beleidsinstrumentarium als geheel. Het rapport eindigt met een hoofdstuk met een aantal beleidsaanbevelingen die volgen uit deze evaluatie.

2 Schets van de zorgarbeidsmarkt

De zorgarbeidsmarkt is voortdurend in beweging. We schetsen eerst het stelsel van opleiden en arbeidsmarkt, vervolgens het beeld in 2016 en laten ten slotte zien hoe vraag, aanbod en opleidingsinstroom zich in de jaren 2016-2024 hebben ontwikkeld. Voornamelijk knelpunten zijn het tekort aan stageplaatsen en praktijkleerplekken, een oplopend personeelstekort en een relatief lage arbeidsproductiviteit.

2.1 Het stelsel van opleiden en arbeidsmarkt

Voor een goede beoordeling van het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg is het nodig om de dynamiek van de zorgarbeidsmarkt in kaart te brengen. Deze arbeidsmarkt verandert voortdurend. De vraag naar personeel groeit al jaren door de vergrijzing en een toenemende zorgvraag. Tegelijk is het aanbod van personeel beperkt, onder meer door uitstroom naar andere sectoren, deeltijdwerk en pensionering. Opleidingen bepalen in belangrijke mate de instroom van nieuwe medewerkers en de mogelijkheden voor doorstroom en specialisatie. Tegelijkertijd blijft de instroom vanuit opleidingen achter bij de groeiende vraag, waardoor de kloof tussen vraag en aanbod groter wordt.

Deze bewegingen hebben direct gevolgen voor het effect van beleidsinstrumenten. Een subsidie of regeling die in een periode met voldoende instroom goed werkt, kan in een periode van structurele tekorten minder effect hebben. Ook regionale verschillen spelen een rol: in sommige gebieden zijn de tekorten groter dan in andere.

Het doel van deze paragraaf is om de dynamiek van de zorgarbeidsmarkt inzichtelijk te maken. Deze schets vormt zo het vertrekpunt voor de verdere analyse van knelpunten en instrumenten in de volgende hoofdstukken.

Vraag en aanbod van arbeid

De zorgarbeidsmarkt werkt zoals elke arbeidsmarkt door het samenspel van vraag en aanbod. Aan de vraagkant staat de behoefte aan zorgprofessionals van zorgorganisaties. Deze behoefte wordt bepaald door hoeveel zorg nodig is en om welke soorten zorg het gaat, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, de ouderenzorg of de geestelijke gezondheidszorg.

Aan de aanbodkant staat de beroepsbevolking in de zorg. Dit gaat om de mensen die een zorgopleiding hebben afgerond en beschikbaar zijn om in de sector te werken. De omvang en samenstelling van dit aanbod hangen sterk af van de instroom uit opleidingen, zij-instroom vanuit andere sectoren en van hoeveel mensen in de zorg actief blijven.

Aanwas: opleidingen en instroom

Opleidingen vormen de toegangspoort tot de zorgarbeidsmarkt. Studenten die een zorgopleiding volgen, stromen na hun diploma door naar functies in bijvoorbeeld verpleging, medische beroepen of de gehandicaptenzorg. De opleidingscapaciteit en de keuze van studenten bepalen dus hoeveel nieuwe zorgmedewerkers er beschikbaar komen.

Uitstroom en doorstroom

Naast instroom speelt uitstroom een rol. Medewerkers verlaten de zorgarbeidsmarkt bijvoorbeeld door pensioen, door te kiezen voor een andere sector of door (structurele) uitval. Ook de doorstroom is belangrijk: medewerkers die een vervolgopleiding doen of zich specialiseren, kunnen andere functies gaan vervullen. Zo verandert de samenstelling van het aanbod voortdurend.

Regionale organisatie

De zorgarbeidsmarkt is sterk regionaal georganiseerd. Zorg wordt lokaal geleverd en de beschikbaarheid van personeel verschilt per regio. Hierdoor bestaan er regionale arbeidsmarkten waarin werkgevers, werknemers en onderwijsinstellingen elkaar treffen.

Beleid: de rol van VWS

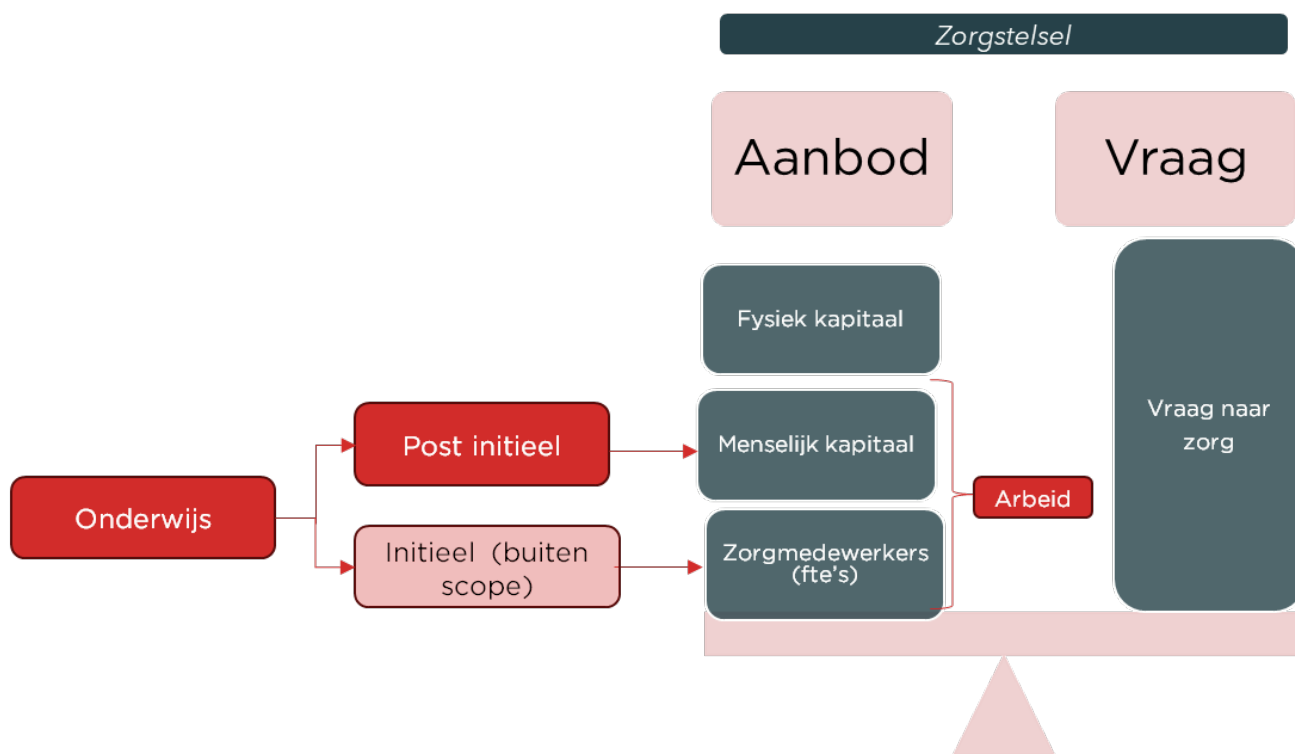
Een goed functionerende arbeidsmarkt in de zorg is van groot maatschappelijk belang. Burgers moeten kunnen rekenen op toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg. Daarvoor is het nodig dat er voldoende, goed opgeleide zorgprofessionals beschikbaar zijn. Vanuit deze verantwoordelijkheid is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beleidsmatig actief op dit terrein. In het bijzonder vloeit deze verantwoordelijkheid voort uit artikel 4.2 van de Rijksbegroting van VWS, waarin staat dat de overheid randvoorwaarden moet scheppen om het zorgstelsel goed te laten functioneren – waaronder een arbeidsmarkt die voorziet in voldoende en geschikt zorgpersoneel. Een goed werkende arbeidsmarkt begint bij een goed functionerend opleidingsstelsel. Scholing en arbeidsmarkt zijn in die zin onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wanneer sprake is van marktimperfecties, is overheidsingrijpen in beginsel te rechtvaardigen.

Het samenspel van arbeid, onderwijs en beleid

Figuur 2.1 laat zien hoe het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid bijdraagt aan het realiseren van het overheidsdoel zoals vastgelegd in Artikel 4.2 van de Rijksbegroting van VWS: een zorgstelsel dat zó functioneert dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor burgers zijn gewaarborgd. Binnen het zorgstelsel komt zorg tot stand via het samenspel van vraag en aanbod. Aan de aanbodkant is arbeid – oftewel het aantal beschikbare zorgmedewerkers (fte's) – een van de productiefactoren, naast fysiek kapitaal en menselijk kapitaal. Waar fte's de kwantiteit van arbeid uitdrukken, verwijst menselijk kapitaal naar de kwaliteit van zorgmedewerkers: hun kennis, vaardigheden en competenties. Dit omvat zowel het vak leren en bijblijven, als het vermogen om te vernieuwen en zo de productiviteit van de zorg te verhogen. De omvang en samenstelling van het arbeidsaanbod wordt in belangrijke mate bepaald door het onderwijs: opleidingen leiden mensen op tot zorgprofessionals en beïnvloeden zo de instroom in de sector.

Figuur 2.1 De rol van onderwijs en arbeidsmarkt in een goed functionerend zorgstelsel

Verantwoordelijkheid VWS (Artikel 4.2): "Het scheppen van randvoorwaarden om het zorgstelsel verder te optimaliseren zodat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de burger gewaarborgd blijft."



Bron: SEO Economisch Onderzoek.

Beleidsmaatregelen op het gebied van opleidingen en arbeidsmarkt grijpen dus rechtstreeks aan op de balans tussen vraag en aanbod in de zorg. Door te investeren in (generiek) menselijk kapitaal, het vergroten van de instroom, het behoud van personeel en het stimuleren van leven lang ontwikkelen, tracht de overheid een duurzaam en evenwichtig zorgaanbod te realiseren dat aansluit op de groeiende en veranderende zorgvraag.

2.2 Stand anno 2016

2.2.1 De arbeidsmarkt in 2016 in cijfers

In 2016 – het begin van het tijdvak waarop deze PR zicht richt – was de zorg met ruim 1,2 miljoen werknemers goed voor circa 15% van de totale werkgelegenheid.³ Toch stond de zorgarbeidsmarkt destijds al onder druk door een combinatie van oplopende tekorten, hoge uitstroom en een achterblijvende productiviteitsontwikkeling.

Vrouwelijke vertegenwoordiging en deeltijd

Het CBS classificeerde in 2016 de zorg als 'vrouwenberoep', met ongeveer vier vrouwen op de vijf zorgmedewerkers (80%). De hoge vrouwelijke vertegenwoordiging heeft gevolgen voor de gemiddelde omvang van het

³ CBS (2016). De Arbeidsmarkt in cijfers. Den Haag: CBS.

dienstverband. Zo werkte in 2016 ongeveer driekwart van de vrouwelijke zorgmedewerkers in deeltijd (Eurostat, 2016).

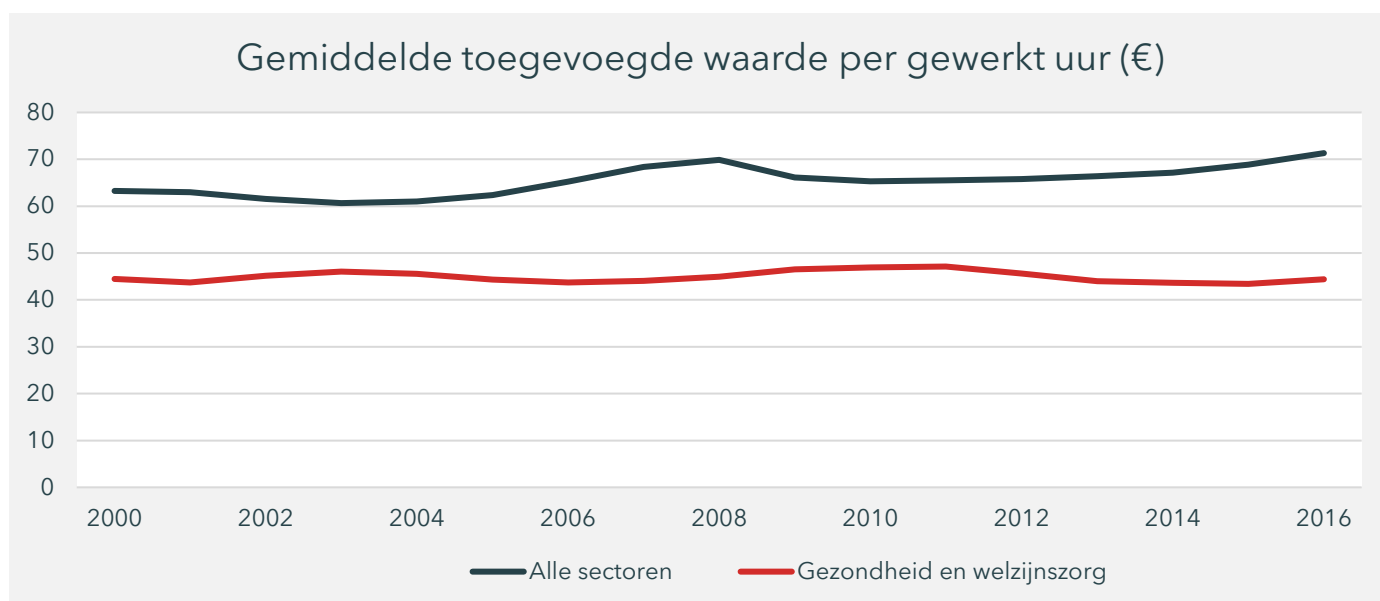
Tekorten en werkgelegenheid

In 2016 waren tekorten zichtbaar in cruciale beroepen. Vooral verzorgenden, verpleegkundigen (mbo en hbo), psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde waren schaars. Ook aan huisartsen dreigden een tekort, met name in krimpregio's. Prognoses wezen op een oplopend tekort van 100.000 tot 125.000 medewerkers in 2022 als er niet zou worden ingegrepen (VWS, 2018).

Productiviteit

Uit een analyse van het CPB blijkt dat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector sinds de jaren tachtig structureel achterblijft bij de rest van de economie (Wouterse & ter Rele, 2016). Hier kwam met de komst van het nieuwe decennium geen verandering in. Tussen 2000 en 2016 bleef de arbeidsproductiviteit – gemeten in de gemiddelde toegevoegde waarde per gewerkt uur – in de zorg grofweg gelijk, terwijl de gemiddelde arbeidsproductiviteit voor de economie als geheel in deze periode met 12 procent toenam (Figuur 2.2). Als gevolg hiervan kwam de arbeidsproductiviteit in de zorg nog verder op afstand te staan ten opzichte van andere sectoren.

Figuur 2.2 In tegenstelling tot andere sectoren, werd arbeid in de zorg tussen 2000 en 2016 niet productiever



Bron: CBS Statline/ TNO.

De productiviteitsgroei in met name de VVT-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg) bleef achter bij die van de rest van de economie, waar zij zeer beperkt of zelfs negatief was (Blank, Van Heezik & Niaounakis, 2016). Dit hangt samen met de sterk arbeidsintensieve aard van het werk: niet alle taken zijn door technologie te vervangen zonder kwaliteitsverlies. Alleen in ziekenhuizen droegen medische innovaties bij aan productiviteitsgroei, terwijl deze in de langdurige zorgsectoren grotendeels uitbleef. Beleidskeuzes en maatschappelijke verwachtingen legden bovendien de nadruk op kwaliteit en veiligheid, wat vaak extra administratieve lasten met zich meebracht. Dit drukt de productiviteit: in dit geval de hoeveelheid zorg die iemand kan verlenen per gewerkt uur.

Werkdruk en uitstroom

De ervaren werkdruk nam in de jaren rond 2016 toe: in 2017 vond bijna de helft van de zorgmedewerkers de werkdruk (te) hoog, waar dit in 2013 nog aanzienlijk lager lag. Het ziekteverzuim lag structureel boven het sectorgemiddelde van de Nederlandse economie. Tegelijkertijd nam de tevredenheid over het werk af: in 2009 was ruim 80% (zeer) tevreden, in 2017 nog slechts 65%. Dit ging gepaard met een jaarlijkse uitstroom van circa 180.000 medewerkers, waarvan ongeveer 80.000 de sector definitief verlieten (VWS, 2018).

2.2.2 Beleidsdoorlichting 2016

Tegen deze achtergrond voerden Ecorys & SEOR in 2016 de vorige beleidsdoorlichting van artikel 4.2 uit. Zij concludeerden dat het beleid vaak een duidelijke rationale had – zoals het tegengaan van varkenscycli en het waarborgen van patiëntveiligheid – maar dat de effectiviteit en doelmatigheid slechts beperkt zichtbaar was. Van zeven van de zestien instrumenten kon de doelmatigheid niet worden vastgesteld. Instrumenten voor informatievoorziening en randvoorwaarden voor kwaliteit werden positief beoordeeld, maar maatregelen gericht op trendmatig opleiden, duurzame inzetbaarheid en toekomstbestendige beroepen leverden weinig aantoonbare resultaten op.

Ecorys en SEOR adviseerden daarom om te investeren in een betere en integrale informatievoorziening, experimenten systematischer te toetsen en vooraf toetsbare hypothesen te formuleren. Daarnaast werd aanbevolen om beoordelingskaders voor rolverdeling tussen Rijk en sector te verduidelijken en subsidies sterker te richten op additionaliteit.⁴ Tot slot wezen Ecorys en SEOR op de noodzaak van structurele monitoring en evaluatie, zodat bij de volgende doorlichting wel robuuste effectinformatie beschikbaar zou zijn.

2.3 Ontwikkelingen sinds 2016

2.3.1 Instroom vanuit onderwijs

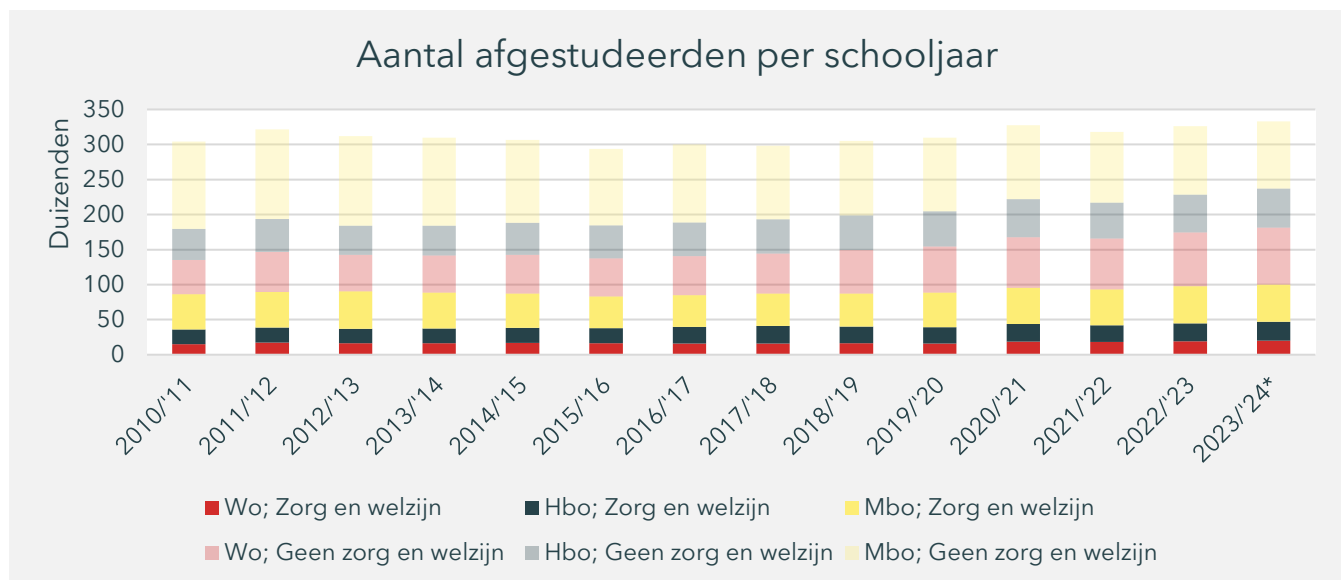
Hoewel we ons in deze evaluatie beperken tot beleid gericht op post-initiële opleidingen, is het voor de duiding van arbeidsmarktkrapte in de zorg relevant om op te merken dat het aantal studenten dat kiest voor een mbo-zorgopleiding al jaren op rij daalt. Zo halveerde het aantal eerstejaars mbo-studenten verzorgende IG tussen 2019 en 2024, terwijl ook de instroom bij verpleegkunde terugliep (MBO Raad). Minder instroom in zorgopleidingen resulteert uiteindelijk in een personeelstekort (zie ook de volgende paragraaf). De instroomcijfers betreffen absolute aantallen. Wanneer we naar het aandeel afgestudeerde mbo-studenten in de richting zorg en welzijn ten opzichte van het totaal aantal studenten kijken, zien we namelijk een stijging in de laatste jaren; zie ook Figuur 2.4.

De instroom op de arbeidsmarkt bestaat uit het aantal mensen dat na het afronden van een zorgopleiding op zoek gaat naar een (eerste) baan in de zorg. Wanneer we alle studenten die een zorgopleiding hebben afgerond (mbo, hbo en wo) samen nemen, zien we dat dit aantal is gestegen van ruim 86 duizend in het schooljaar 2010/2011 naar afgerond 100 duizend in het schooljaar 2023/2024 (Figuur 2.3). Hiermee nam het aantal afgestudeerden in de zorg meer toe dan het totaal afgestudeerden.

⁴ Additionaliteit betekent hier dat subsidies leiden tot extra activiteiten of investeringen die zonder deze ondersteuning niet zouden plaatsvinden.

De grootste groep komt nog altijd van het mbo. Daar bleef het aantal afgestudeerden lange tijd rond de 45 tot 50 duizend per jaar, maar de laatste jaren is er weer groei en in 2023/'24 ligt het aantal boven de 53 duizend. Bij de hbo- en wo-opleidingen is de stijging sterker. Het hbo groeide van ruim 21 duizend afgestudeerden in 2010/'11 naar bijna 27 duizend in 2023/'24. Bij het wo liep het aantal in diezelfde periode op van ruim 15 duizend naar ruim 20 duizend.

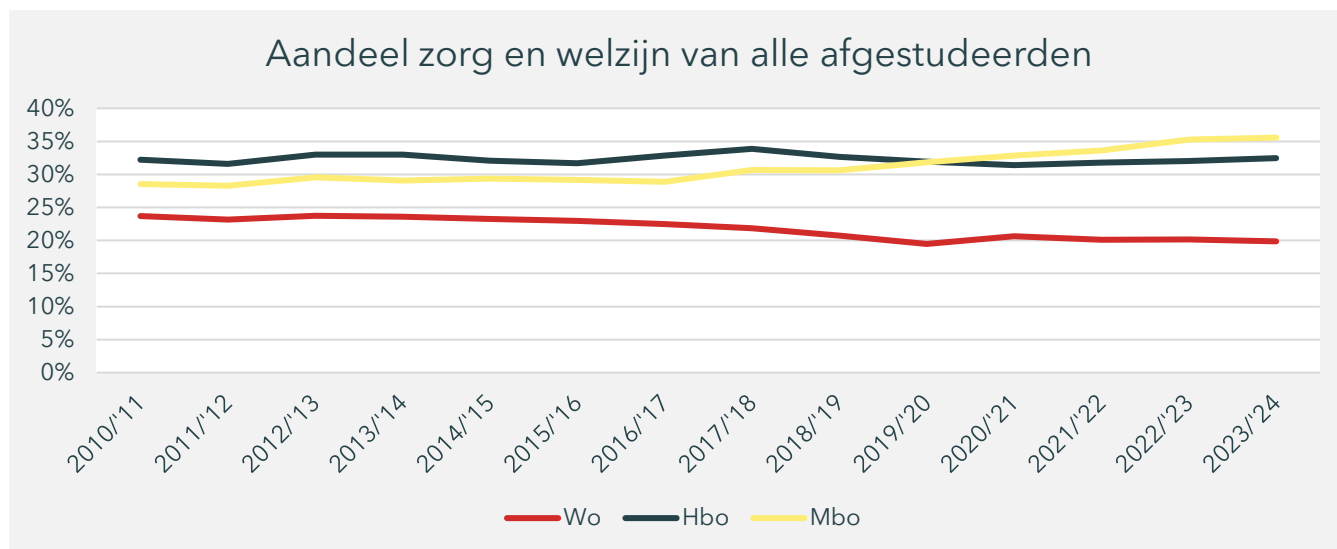
Figuur 2.3 Van 86 naar 100 duizend afgestudeerden in de zorg per schooljaar



Bron: AZW. bewerking: SEO.

De ontwikkelingen per opleidingsniveau kunnen niet los worden gezien van de bredere trends in onderwijs. Specifiek neemt het gemiddelde opleidingsniveau toe: meer mensen kiezen voor een hoger opleidingsniveau, waardoor de groep praktisch geschoolden (mbo) afnam met 15 procent: van grofweg 175.000 in 2010/2011 naar 150.000 mbo-afgestudeerden in 2023/2024. Binnen deze groep kiest wel een groter deel voor een zorgopleiding: 29 in 2010/2011 vs. 36 procent in 2023/2024 (Figuur 2.4). Voor hbo en wo geldt het tegenovergestelde: de totale hoeveelheid afgestudeerden nam toe, maar binnen deze groepen nam het deel dat koos voor een zorgopleiding, af.

Figuur 2.4 Meer mbo-afgestudeerden met een achtergrond in zorg en welzijn, minder op wo-niveau



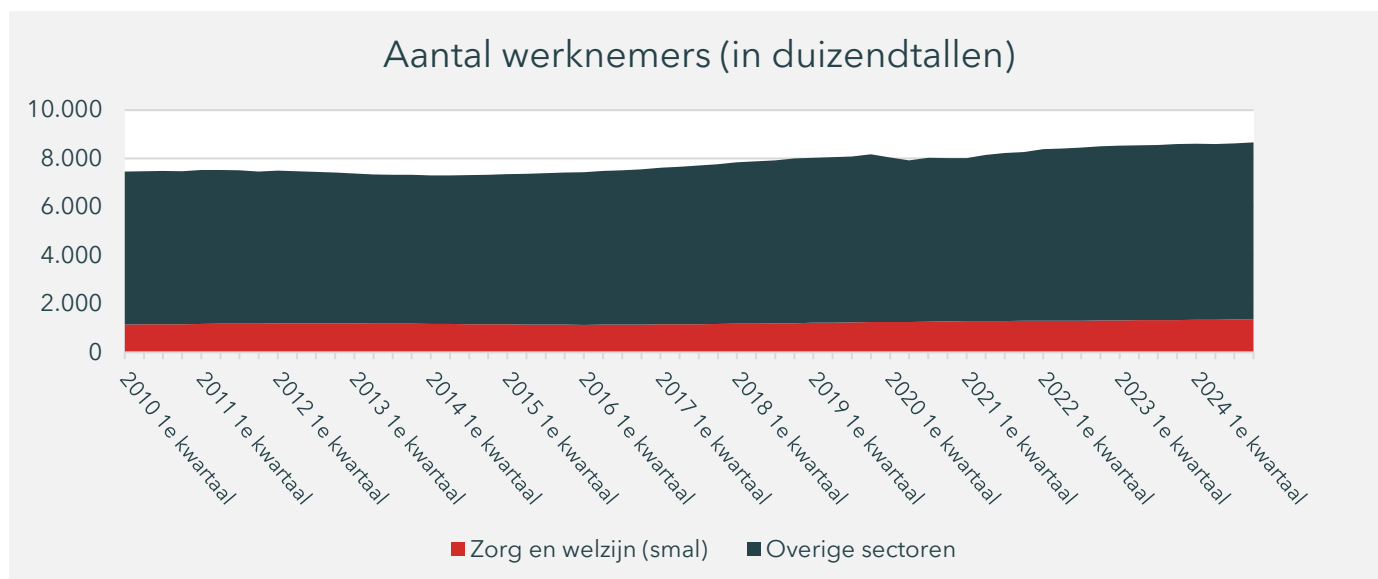
Bron: AZW. bewerking: SEO.

Ondanks deze bredere verschuivingen in het initiële onderwijs, is daarmee de omvang van de totale instroom min of meer constant gebleven. Ook zien we dat de terugloop in het aantal mbo-afgestudeerden, zich tot dusver niet heeft vertaald in minder mbo-geschoolde instroom.

2.3.2 Aantal zorgmedewerkers

Deze patronen zien we terug op de arbeidsmarkt. Ook al is in absolute zin het aantal zorgmedewerkers toegenomen; afgezet tegen de totale beroepsbevolking is hun aandeel grofweg gelijk gebleven. Net als in 2010, werkte in 2024 grofweg 1 op 6 van alle medewerkers in de zorg (Figuur 2.5). In het eerste kwartaal van 2024 betrof dit 1,36 miljoen werknemers.

Figuur 2.5 Ruim 1 op 6 medewerkers werkt in de zorg: aandeel onveranderd.



Bron: AZW. bewerking: SEO.

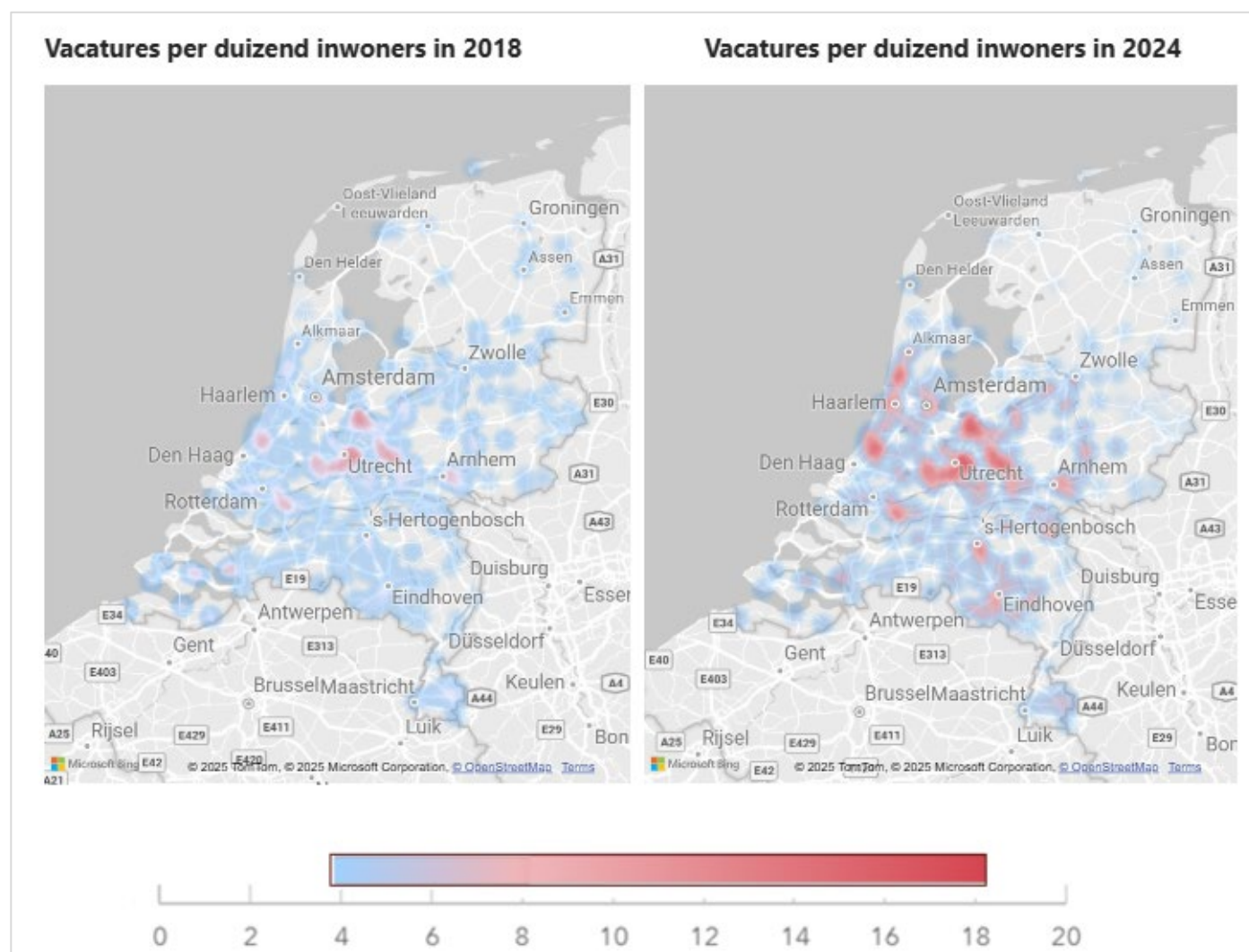
2.3.3 Regionale verschillen

Nieuwe vacatures

Nieuwe vacatures zijn een graadmeter voor de vraag naar zorgmedewerkers. Dit kan twee oorzaken hebben: ten eerste een stijgende zorgvraag, bijvoorbeeld door demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing, toename van chronische ziekten of een kwaliteitsimpuls zoals in de verpleeghuiszorg. Ten tweede kan het gaan om vervangingsvraag doordat medewerkers de sector verlaten, bijvoorbeeld door pensionering, uitstroom naar andere sectoren of ziekteverzuim.

Een sterke toename van het aantal vacatures binnen één regio of gebied maakt het moeilijk om iedere vacature tijdig te vervullen. Zij 'vissen namelijk uit dezelfde vijver' en dat vergroot de concurrentie tussen zorgorganisaties. Dit kan leiden tot langere openstelling van vacatures, hogere werkdruk voor het zittende personeel en in sommige gevallen tot verminderde continuïteit van de zorg. Wanneer meerdere organisaties tegelijk op zoek zijn naar hetzelfde type zorgmedewerker, wordt het bovendien aantrekkelijker voor personeel om over te stappen, waardoor de instabiliteit op de arbeidsmarkt verder toeneemt.

Figuur 2.6 Sterke toename nieuwe vacatures per inwoner: van Randstad naar landelijk probleem



Bron: AZW. Bewerking: SEO.

Figuur 2.6 laat zien dat het aantal nieuwe vacatures per duizend inwoners tussen 2018 en 2024 fors is toegenomen. In 2018 lagen de hoogste waarden vooral in Utrecht en Amsterdam, met ongeveer 13 vacatures per duizend inwoners. Ook in de Gooi- en Vechtstreek en Amersfoort lag het niveau toen al hoog (rond de 12), terwijl in veel andere regio's, zoals Groningen, Fryslân en Twente, het aantal vacatures rond de 6 per duizend inwoners lag.

In 2024 is het beeld veel roder gekleurd. Utrecht en omgeving telt dan bijna 18 vacatures per duizend inwoners, de Gooi- en Vechtstreek en Amersfoort ongeveer 17, en Amsterdam 16. Wat vooral opvalt, is dat de groei in vacatures zich niet beperkt tot de Randstad: regio's die in 2018 nog laag scoorden, zoals Noord-Holland Noord en de Zaanstreek, zitten inmiddels rond de 11 à 12 vacatures per duizend inwoners. Ook in Gelderland en Brabant is het aantal duidelijk gestegen, met waarden tussen de 12 en 14.

Gemiddeld is het aantal nieuwe vacatures per regio toegenomen van 8 per duizend inwoners in 2018 naar 12 in 2024 – een stijging van 50 procent. Omdat deze cijfers zijn gecorrigeerd voor het aantal inwoners, laat dit zien dat de vacaturedruk per hoofd van de bevolking vrijwel overal groter is geworden en dat de krapte zich van enkele stedelijke regio's heeft verspreid naar het hele land. Een kanttekening hierbij is dat Figuur 2.6 de openstaande vacatures zorgbreed toont. Voor specifieke deelsectoren of beroepen kan het tekort in niet-stedelijke gebieden juist groter zijn dan in stedelijke gebieden (denk bijvoorbeeld aan artsen).

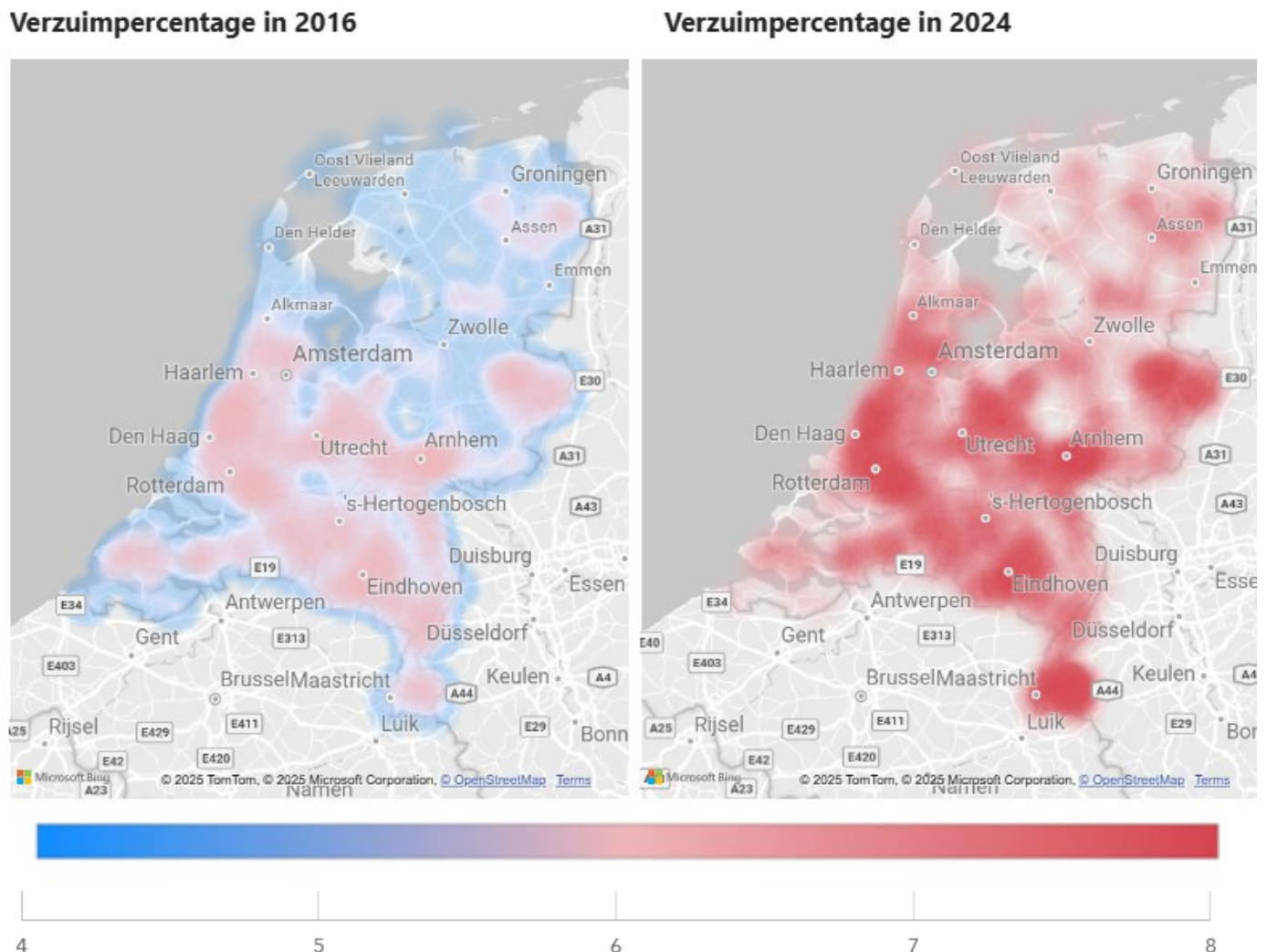
Verzuimpercentages

Tussen 2016 en 2024 is het ziekteverzuim in de zorg overal in Nederland toegenomen, maar de mate van stijging verschilt sterk per regio (Figuur 2.7). In 2016 lag het verzuim in de meeste regio's rond de 5%. Opvallend laag waren toen de Gooi- en Vechtstreek (4,2%), regio Zwolle (4,3%), Noord-Holland Noord (4,5%) en Fryslân (4,6%), terwijl in regio's als Twente (5,6%), Flevoland (5,6%) en Noord- en Midden-Limburg (5,8%) de percentages hoger lagen.

In 2024 is het verzuim overal gestegen naar niveaus van gemiddeld 7%. De sterkste toename zien we in Zuid-Limburg, waar het percentage opliep van 4,8% naar 7,6% (+58%). Ook in Rijnmond (+51%), Noord-Holland Noord (+49%) en regio Zwolle (+49%) nam het verzuim fors toe. Daartegenover staan regio's waar de stijging beperkter was, zoals Zeeland (+21%) en Noord- en Midden-Limburg (+22%).

Kortom: overal is het verzuim duidelijk toegenomen, maar de grootste knelpunten liggen in het zuiden en delen van het westen en noorden, waar de percentages boven de 7,5% zijn uitgekomen. Tegelijkertijd blijft het verzuim in enkele stedelijke regio's relatief beperkt, ondanks de stijgende trend.

Figuur 2.7 Met name in Midden- en Zuid-Nederland loopt verzuim (verder) op



Bron: AZW. Bewerking: SEO.

2.4 Wat zien we terug aan knelpunten?

In de periode 2016-2024 deed zich een aantal belangrijke knelpunten voor op zowel de opleidingsmarkt als de arbeidsmarkt, die erop duiden dat het stelsel als geheel niet optimaal functioneerde. Hieronder lopen we deze knelpunten één voor één langs. Voor de knelpunten op de arbeidsmarkt hebben we veelal de beschikking over cijfermatige informatie, terwijl de taxatie van knelpunten op de opleidingsmarkt grotendeels rust op kwalitatieve gegevens.

2.4.1 Opleidingen

Stageplaatsen en opleidingscapaciteit

Een groot knelpunt op de opleidingsmarkt is het tekort aan stageplaatsen en praktijkleerplekken. Studenten in zorgopleidingen vinden niet altijd een geschikte stage, of stages voldoen niet aan de verwachtingen. Beleidsbrieven

benadrukten dat iedere student recht moet hebben op een stageplek⁵. Het gebrek aan stageplaatsen belemmert de instroom van nieuwe krachten en de aansluiting tussen onderwijs en praktijk. Hier kunnen financiële prikkels een rol spelen (o.a. het *free rider effect* ontmoedigt werkgevers te stimuleren in stageplekken), maar ook niet-financiële vormen van systeemfalen (bijv. een gebrek aan voldoende begeleiders op de werkvloer).

Een evaluatie van het Stagefonds (Subsidieregeling Stageplaatsen Zorg II, 2016-2019) toonde bijvoorbeeld dat de regeling niet heeft geleid tot méér stageplekken, al is de kwaliteit van de stagebegeleiding wel verbeterd. Het netto-effect van die subsidie bleek onduidelijk, wat suggereert dat opleidingsinstellingen en zorgorganisaties ook andere knelpunten ervaren (zoals capaciteit van werkbegeleiders). Daarnaast gold voor een aantal gespecialiseerde opleidingen (zoals verpleegkundig specialisten, artsen in opleiding) een numerus fixus, waardoor de opleidingscapaciteit niet eenvoudig kon worden opgeschaald.

Regulering beroepen en arbeidsmarkt

Om de arbeidsmarkt flexibel te houden is het wenselijk om zo min mogelijk te reguleren, waarbij de patiëntveiligheid altijd blijft geborgd. Uitgangspunt van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de zogenoemde 'nee, tenzij systematiek': alleen reguleren als dit vanuit patiëntveiligheid strikt noodzakelijk is.

Om de Wet BIG toekomstbestendig te maken is de Gezondheidsraad (hierna: GR) in juni 2023 gevraagd om advies uit te brengen over een aantal onderdelen van de Wet BIG. Meer specifiek gaat het om toepassing van regels over voorbehouden handelingen en het lichte en zware regime van de titelbescherming. Op 6 juni 2025 heeft de GR haar advies uitgebracht, getiteld 'De Wet BIG; toetsingskader voor beroepen en voorbehouden handelingen herzien'.⁶ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 juni 2025 aan de Tweede Kamer laten weten dat in het najaar van 2025 gekeken wordt hoe de door de GR voorgestelde kaders verder kunnen worden uitgewerkt en op welke wijze het proces bij het Zorginstituut kan worden ingericht.⁷

Slecht imago zorgsector

De negatieve beeldvorming van werken in de zorg wordt in het Actieprogramma (2018) ook als knelpunt benoemd. De sector had een imago van zware arbeid tegen relatief laag salaris, wat potentiële studenten kan afschrikken. Om genoeg jongeren en zij-instromers te laten kiezen voor zorgopleidingen was verbetering van dat imago en meer waardering nodig.

Bekostigingskwesties

De financiering van opleiden in de zorg is complex, verdeeld over verschillende budgetten via verschillende financiers. Zorginstellingen gaven aan dat er te weinig prikkels en middelen waren om extra personeel op te leiden of bij te scholen, zeker gezien de hoge werkdruk op de werkvloer. Dit kan enigszins paradoxaal overkomen, maar het probleem is dat er bij hoge werkdruk op korte termijn weinig ruimte en middelen beschikbaar zijn (bijvoorbeeld in de vorm van begeleidingscapaciteit) voor het opleiden van personeel. Zo werd bijvoorbeeld de Stagefonds-subsidie per stageplaats als onvoldoende prikkelend ervaren. En hoewel er incidenteel geld kwam (bijvoorbeeld via kwaliteitsbudget verpleeghuizen) om extra mensen aan te nemen, bleef structurele financiering voor opleidingen en begeleiding een aandachtspunt in debatten. Hier lijkt dus financieel gedreven marktfalen – zoals

⁵ Werken in de Zorg. Actieprogramma (2018). VWS

⁶ [Advies De Wet BIG: toetsingskaders voor beroepen en voorbehouden handelingen herzien | Gezondheidsraad](#)

⁷ [Kamerbrief reactie op advies over Wet BIG | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

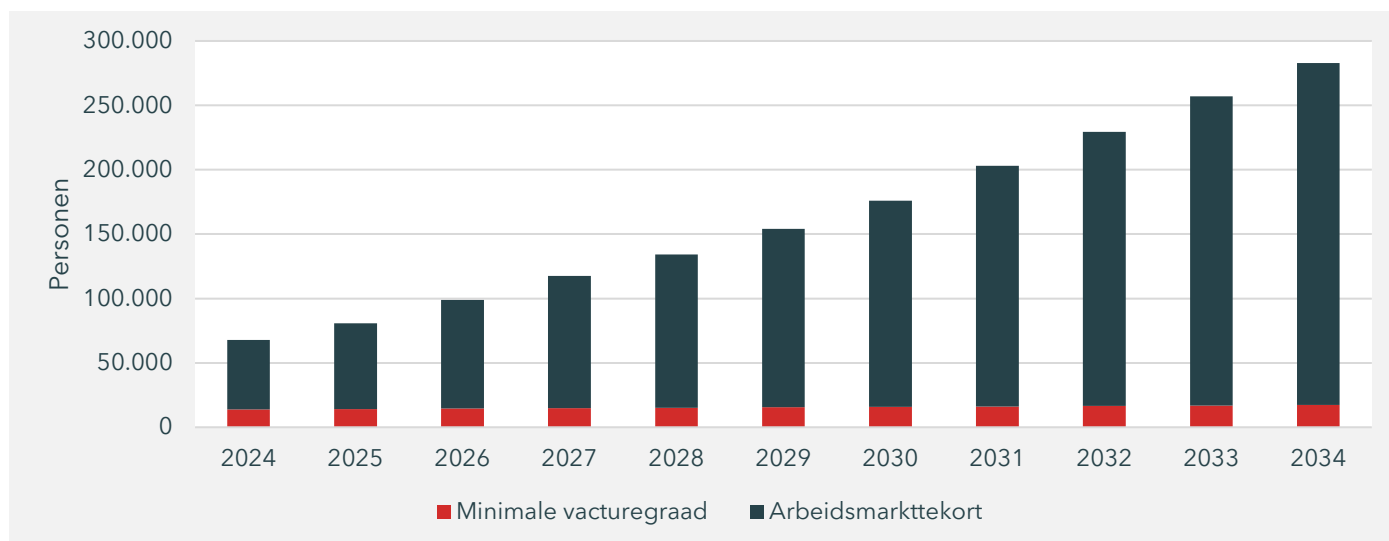
besproken in het vorige hoofdstuk – ook in de praktijk tot een risico op onderinvestering in menselijk kapitaal in de zorg te leiden.

2.4.2 Arbeidsmarkt

Oplopende tekorten aan personeel

De knelpunten op de arbeidsmarkt zijn voelbaar in de aanhoudende en oplopende tekorten aan zorgpersoneel. Figuur 2.8 geeft weer wat er gebeurt – volgens het prognosemodel ZW – wanneer in de komende tien jaar de afstand tussen vraag en aanbod alleen maar verder toeneemt. Zo is de prognose dat de vraag naar zorgpersoneel in tien jaar tijd met 23 procent gaat toenemen, daar waar het personeelsaanbod in dezelfde periode met 9 procent zou stijgen.

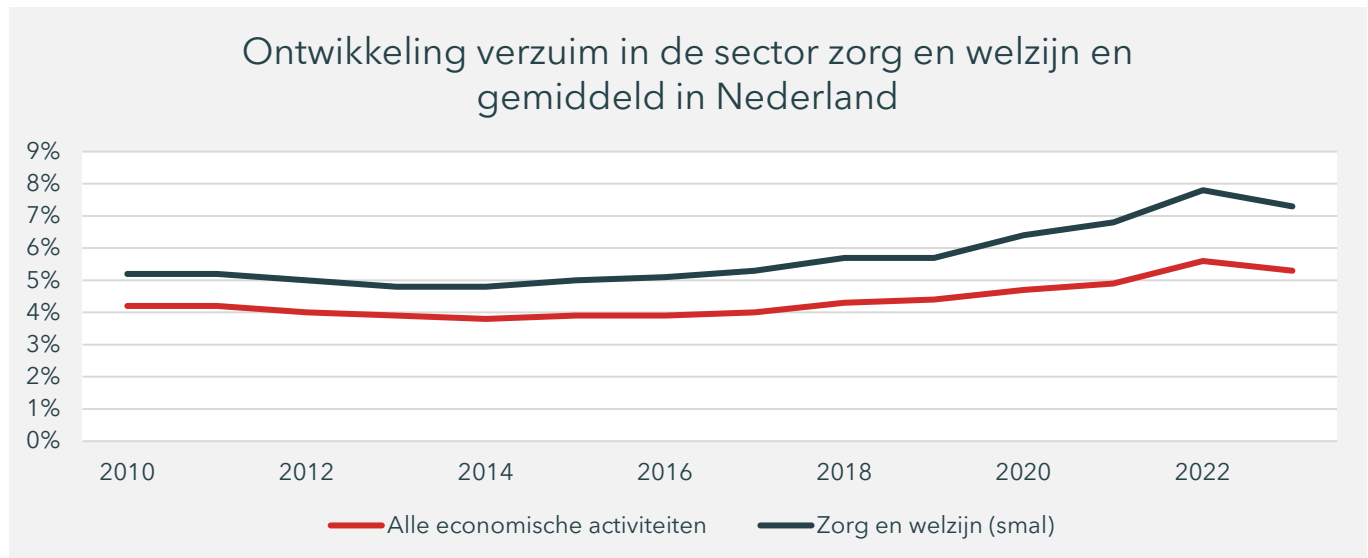
Figuur 2.8 Tekort aan zorgpersoneel loopt naar verwachting op naar meer dan 250 duizend in 2034



Bron: <https://prognosemodelzw.nl/>

Oplopende tekorten staan bovendien niet op zichzelf. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat onderbezetting in de zorg leidt tot meer uitval (Dall' Ora et al, 2025; Sipos et al., 2024). Deze uitval leidt tot verdere onderbezetting, waardoor een neerwaartse spiraal ontstaat, waarbij de druk op het personeel steeds verder toeneemt en de kloof tussen vraag en aanbod groter wordt. Dit terwijl het ziekteverzuim van zorg en welzijn al ruim boven het landelijk gemiddelde ligt. De afstand is tijdens de coronacrisis (2020-2022) alleen maar verder toegenomen. Na het verstrijken van de coronacrisis, daalde het verzuim in zorg en welzijn naar 7 procent: nog altijd hoger dan vóór corona.

Figuur 2.9 Ziekteverzuim in zorg en welzijn hoger én sterkt sneller

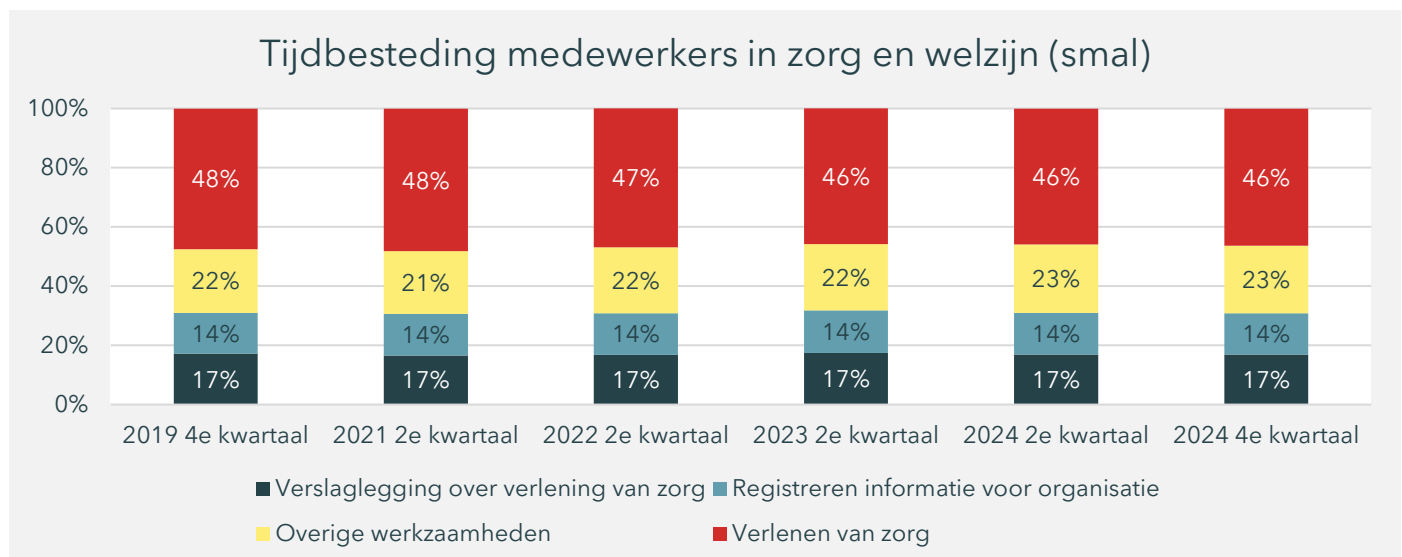


Bron: AZW. Bewerking: SEO.

Administratiedruk constant

Daar waar tekorten oplopen en verzuim hoog blijft, is het des te belangrijker om de beschikbare tijd goed te besteden. Meerdere partijen wijzen hierbij op de registratiedruk binnen zorg en welzijn. Figuur 2.10 laat een constante trend zien over de periode 2019-2024 in de tijd die zorgmedewerkers gemiddeld kwijt zijn aan verslaglegging (17%) en registratie (13%). Doordat er ook nog overige werkzaamheden bijkomen, blijft uiteindelijk minder dan de helft van de tijd over om daadwerkelijk zorg te verlenen.

Figuur 2.10 Ongeveer 30 procent van de tijd gaat naar registratie en verslaglegging



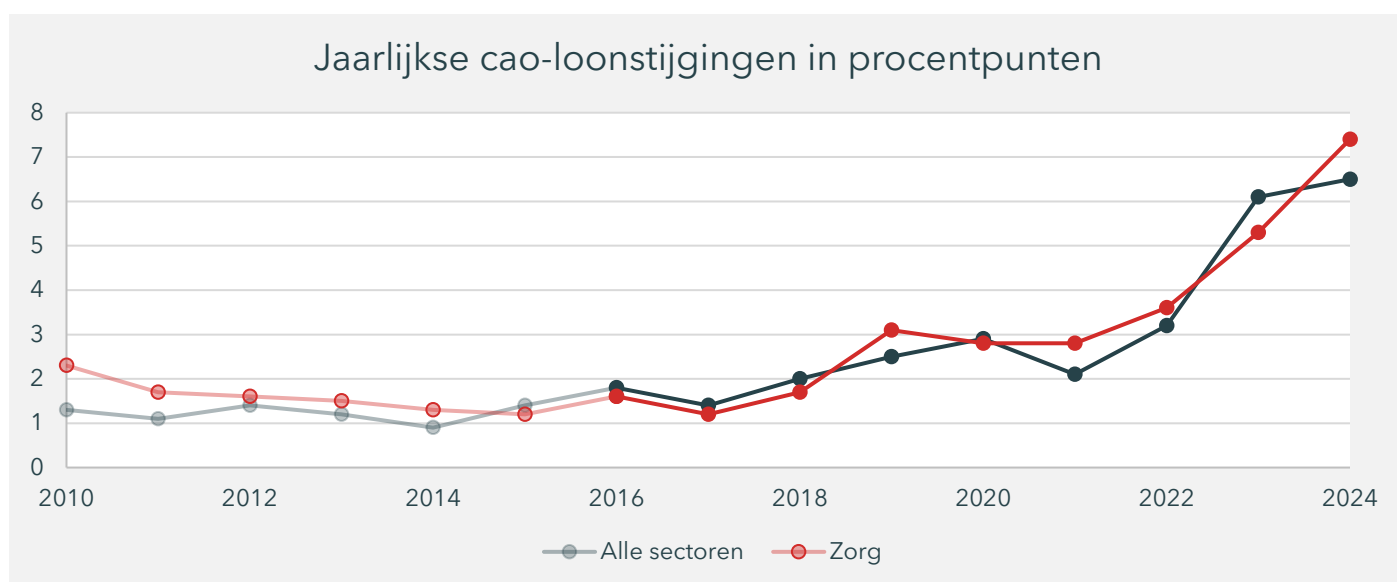
Bron: AZW. Bewerking SEO.

Een enquête onder ongeveer 11 duizend zorg- en welzijnsmedewerkers door FNV in 2024⁸ bevestigt de hoge administratielast: bijna de helft van de bevroegde medewerkers besteedt naar eigen zeggen minstens een kwart van de werktijd aan administratie. Zij wijzen hierbij naar toenemende eisen bij zorgverzekeraars: 31 procent van de medewerkers noemt dit als belangrijkste reden waarom de administratie niet minder wordt. Als oplossing voor de administratiedruk wordt dan ook 'meer vertrouwen en minder controle' genoemd.

Geen achterblijvende loonontwikkelingen

Deels zullen de oplopende tekorten een gevolg zijn van de eerder beschreven marktfalen. Zouden lonen in de zorg namelijk sterker mogen toenemen, dan zal het makkelijker worden om meer mensen naar de zorgsector te begeleiden. Dit kan daarentegen ten koste van het arbeidsaanbod in andere sectoren. Zo kan een verhoogde instroom in de zorg de instroom binnen andere belangrijke sectoren verdringen. Tegelijkertijd zien we dat de cao-lonen in de zorg niet achterblijven bij de bredere loonontwikkelingen (Figuur 2.11). Bovendien is het ministerie van VWS uit hoofde van Artikel 4.2 niet alleen verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, maar ook voor de *betalbaarheid* van het zorgstelsel. En forse loonstijgingen zouden zich onherroepelijk vertalen in hogere zorgkosten, en daarmee hogere zorgpremies.

Figuur 2.11 Zorglonen bewegen mee met bredere cao-loonstijgingen in de economie



Bron: CBS. Bewerking: SEO

Inhaalslag arbeidsproductiviteit

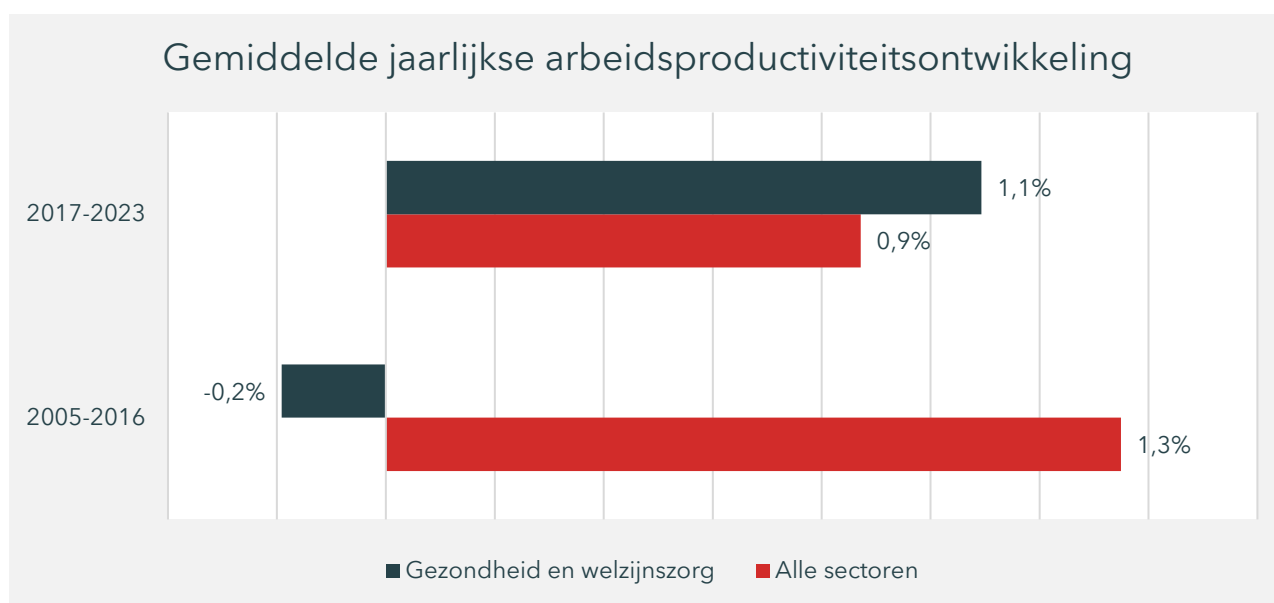
Wanneer arbeid schaars is en ruimte voor loonsverhogingen beperkt, kan een stijging van de *arbeidsproductiviteit* uitkomst bieden. Arbeidsproductiviteit berekenen we door de totale toegevoegde waarde (in dit geval zorg) te delen door de totale hoeveelheid arbeid (gemeten in arbeidsjaren). Een hogere arbeidsproductiviteit betekent dus dat er met dezelfde hoeveelheid mensen, meer zorg kan worden verleend.

Figuur 2.12 laat zien hoe de arbeidsproductiviteit zich heeft ontwikkeld in de zorg en in andere sectoren. In de periode 2005-2016 daalde de arbeidsproductiviteit in de zorg gemiddeld met 0,2% per jaar. In diezelfde periode steeg de arbeidsproductiviteit in alle sectoren samen juist met 1,3% per jaar. De zorg bleef dus achter. Vanaf 2017

⁸ FNV-onderzoek naar administratiedruk in Zorg & Welzijn. De administratiedruk is de laatste vijf jaar toegenomen. - FNV

is dat veranderd. Tussen 2017 en 2023 groeide de arbeidsproductiviteit in de zorg met gemiddeld 1,1% per jaar. Dat is zelfs iets meer dan de groei in alle sectoren samen, namelijk 0,9% per jaar. De zorg heeft dus een duidelijke inhaalslag gemaakt. Die groei kan komen door betere organisatie van het werk, meer gebruik van technologie of andere vernieuwingen die het werk efficiënter maken. Dat is belangrijk, omdat er steeds meer zorg nodig is en er tegelijkertijd minder personeel beschikbaar is.

Figuur 2.12 Forse inhaalslag in arbeidsproductiviteitsontwikkeling in de zorg vanaf 2017



Bron: CBS Statline/ TNO.

De zorg slaagt er de laatste jaren dus wel degelijk in om productiever te worden. Dat betekent niet dat er geen ruimte meer is voor verdere verbetering. Wel laat de figuur zien dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn dat de zorg als sector niet in staat zou zijn om te profiteren van innovaties of anders organiseren van werk. Integendeel: de recente ontwikkelingen laten zien dat verbetering mogelijk is.

Deelconclusie

De arbeidsmarkt in de zorg laat bemoedigende signalen zien: het arbeidsaanbod groeit, lonen blijven niet achter en de arbeidsproductiviteit neemt toe. Toch is het beeld niet onverdeeld positief. In 2023 lag de arbeidsproductiviteit in de zorg nog altijd 37 procent lager dan gemiddeld in de economie (CBS, 2025). Dit verschil is deels verklaarbaar door de aard van het werk, maar niet volledig.

Er zijn aanwijzingen dat ook regeldruk en bureaucratie de productiviteit belemmeren. Zorgverleners besteden veel tijd aan administratieve verplichtingen die niet altijd bijdragen aan betere zorg. Door deze regeldruk te verminderen en werkwijzen efficiënter te organiseren, kan de productiviteit verder worden verhoogd. Dat helpt niet alleen de zorg betaalbaar te houden, maar maakt het werk ook aantrekkelijker en draagt zo bij aan het terugdringen van personeelstekorten.

3 Theoretische verklaringen voor knelpunten?

De wetenschappelijke theorie onderscheidt verschillende vormen van falens die de werking van de arbeids- en opleidingsmarkt in de zorg kunnen belemmeren. Het betreft marktfalen, gedragsfalen, overheidsfalen en systeemfalen. De theorie beschrijft ook verschillende mogelijke beleidsinstrumenten die deze falens kunnen tegengaan.

In het vorige hoofdstuk hebben we het belang van een goed functionerende arbeids- en opleidingsmarkt voor de werking van het gehele zorgstelsel belicht. Ook zagen we dat zich in het tijdvak 2016-2024 verschillende knelpunten voordeden die een goede werking van de arbeidsmarkt en het opleidingsstelsel in de zorg belemmerden. Het meest in het oog springende knelpunten was het oplopende personeelstekort. Andere geïdentificeerde belemmeringen, zoals een toenemend ziekteverzuim en een gebrek aan leerwerk- en stageplekken hangen hier duidelijk mee samen.

In dit hoofdstuk gaan we na of deze knelpunten zijn te verklaren vanuit een theoretisch perspectief. Dat wil zeggen, we gaan in de wetenschappelijke literatuur na welke theorieën er zijn om een beter begrip te krijgen waarom het aanbod op de zorgarbeidsmarkt zich structureel niet aanpast aan de vraag. Enerzijds gaat het dan om keuzes van werkgevers en werknemers om al dan niet te investeren in (post-initiële) scholing. Anderzijds betreft het de totstandkoming (of juist het gebrek daaraan) van duurzame matches tussen werknemers en werkgevers in de zorg. De meeste van deze theorieën zijn generiek van aard en hebben niet betrekking op één specifieke sector, maar zijn daardoor ook toepasbaar op de zorg. Het voordeel van deze theoretische benadering is dat door het identificeren van onderliggende mechanismen, we ook kunnen nagaan welke beleidsinstrumenten geschikt zijn om de heersende knelpunten aan te pakken. De inventarisatie van mogelijk geschikte instrumenten vormt dan ook het tweede deel van dit hoofdstuk.

Bij de verdere uitwerking ervan maken we onderscheid tussen knelpunten die zich voordoen op de opleidingsmarkt en knelpunten die primair raken aan de arbeidsmarkt. Deze probleemanalyse vormt vervolgens de basis voor het tweede deel van dit hoofdstuk, waarin we beschrijven hoe het beleid (in theorie) op deze knelpunten kan inspelen. De belemmeringen die we behandelen komen voort uit verschillende soorten falens: (i) marktfalen, (ii) gedragsfalen, (iii) overheidsfalen en (iv) systeemfalen. Daarnaast bestuderen we de rol van individuele niet-financiële motieven. Terwijl marktfalens vooral ontstaan als de financiële prikkels 'niet goed staan', hebben de andere typen belemmeringen een meer niet-financieel (of niet puur rationeel) karakter.

3.1 Belemmeringen op de Opleidingsmarkt

3.1.1 Generieke versus bedrijfsspecifieke scholing

Om een goed beeld te krijgen van hoe verschillende typen falens de scholingskeuze kunnen verstoren, is het allereerst nuttig om een onderscheid te maken tussen investeren in zogenoemd *generiek menselijk kapitaal* en *bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal*. Bij generiek menselijk kapitaal gaat het om kennis en vaardigheden die breed toepasbaar zijn bij verschillende werkgevers, mogelijk ook in verschillende sectoren. Initiële opleidingen vallen

hieronder ⁹, maar ook (generieke) vervolgoopleidingen (Leven Lang Ontwikkelen) en zij-instroomtrajecten. Bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal omvat vaardigheden en kennis die voor het grootste deel waarde hebben binnen een specifieke organisatie. *In house* trainingen, bijvoorbeeld gericht op het versterken van de organisatiecultuur, vallen hier deels onder.

Uit de economische literatuur volgt dat werkgevers een sterkere prikkel hebben om te investeren in bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal dan in generiek menselijk kapitaal (o.a. Becker, 1962). De reden hiervoor is evident: werkgevers plukken niet de vruchten van de investering in generiek menselijk kapitaal zolang de eigendomsrechten van het profijt van de investering niet goed kunnen worden vastgelegd. Werknemers hebben de mogelijkheid om hun hogere productiviteit volledig te verzilveren door het bedingen van een loonstijging die overeenkomt met het profijt van de investering. Immers, als de werkgever niet over de brug komt zijn er in de markt andere werkgevers die wel bereid zijn om te betalen naar de toegenomen productiviteit. In een wereld zonder marktfalen (*first-best*) zou dan toch de efficiënte uitkomst tot stand komen, doordat werknemers zelf optimaal investeren in hun (verdere) scholing. Voor investeringen in bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal geldt het omgekeerde: investeringen hebben alleen waarde binnen de specifieke werkgever-werknemer relatie, waardoor de werknemer niet in staat is om het profijt van de investering volledig af te romen. ¹⁰ Hierdoor hebben werkgevers een financiële prikkel om te investeren in bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal.

In de praktijk is het onderscheid tussen generiek en bedrijfsspecifiek menselijk kapitaal niet altijd zo zwart-wit en bestaat er een grijs gebied van verdere scholing die zich deels richt op bedrijfsspecifieke vaardigheden en deels op vaardigheden die breder toepasbaar zijn. Ook valt te denken aan vervolgoopleidingen die opleiden voor een specifieke deelsector of specialisme binnen de zorg. Maar ook dit hangt weer af van het type vervolgoopleiding: bij vervolgoopleidingen voor medisch specialisten wordt er opgeleid voor een specifiek, nauw afgebakend specialisme, terwijl vervolgoopleidingen binnen de sociale geneeskunde een breder karakter hebben. Deze nuancering is relevant voor de vraag wat er verwacht kan en mag worden van een (deel)sector zelf voor wat betreft het verder opleiden van het personeel. Richt de investering zich vooral op vaardigheden die vooral van pas komen binnen de specifieke (deel)sector, dan ligt het meer voor de hand dat de verantwoordelijkheid van het (verder) opleiden bij de sector zelf ligt.

Ondanks bovenstaande nuancering constateren we dat het in de beleidsevaluatie te bestuderen instrumentarium zich voor het grootste deel richt op investeringen met een meer generiek karakter. Het betreft namelijk grotendeels regelingen die zich richten op de ontwikkeling van vaardigheden die binnen de zorg breed kunnen worden ingezet, wat ook samenhangt met het algemene belang dat wordt gediend met deze publieke investeringen. Maar een aantal regelingen grijpt ook aan op investeringen die een wat meer bedrijfsspecifiek karakter hebben. Denk bijvoorbeeld aan de beschikbaarheidsbijdrage, die ervoor bedoeld is om vervolgoopleidingen voor geneeskundig specialisten te bekostigen. Daarom behandelen we in het vervolg van het theoretisch kader de verschillende markt- (en gedrags)falen aan zowel de werknemers- als werkgeverskant die ertoe kunnen leiden dat de hierboven beschreven *first-best* uitkomst van een optimaal investeringsniveau in scholing niet tot stand komt.

3.1.2 Marktfalen die investeringen door werknemers remmen

In de praktijk kunnen zich verschillende marktverstoringen voordoen die ervoor zorgen dat zowel werknemers als werkgevers niet optimaal investeren in hun eigen menselijk kapitaal. Daarbij kan het gaan om verstoringen die ertoe

⁹ Dit type scholing valt verder buiten de scope van deze Periodieke Rapportage.

¹⁰ De exacte verdeling van het surplus hangt af van de relatieve onderhandelingsmacht van de werkgever ten opzichte van de werknemer.

leiden dat niet het optimale aantal werknemers wordt opgeleid voor de zorg of om marktfalen dat ervoor zorgt dat mensen niet worden opgeleid op een wijze waardoor zij zo productief mogelijk kunnen worden ingezet. De verschillende vormen van marktfalen lopen we hieronder één voor één langs, te beginnen met de marktfalens die van invloed zijn op het keuzegedrag van werknemers.

Marktmacht werkgevers

Werkgevers hebben marktmacht op de arbeidsmarkt als zij invloed kunnen uitoefenen op lonen en arbeidsvoorwaarden. Dit komt meestal voor in situatie waarin werkgevers (een relatief groot deel van) de vraag naar arbeid bepalen in een bepaalde sector. In de zorg valt bijvoorbeeld te denken aan grote zorginstellingen die ook op de productmarkt marktmacht bezitten vanwege het geringe aantal concurrerende aanbieders in specifieke regio's of functies.

Zo'n monopsonistische structuur maakt het voor werkgevers mogelijk om lonen te betalen die lager liggen dan de marginale opbrengst van arbeid. Deze *wage markdowns* zorgen er ook voor dat werknemers niet geheel worden gecompenseerd voor extra investeringen in scholing van de werknemer zelf. Het gevolg is een beperkte prikkel tot investeren in eigen ontwikkeling, ondanks dat dit wel een positieve maatschappelijke opbrengst zou genereren.¹¹

Asymmetrische informatie

Een ander relevant marktfalen is asymmetrische informatie. Asymmetrische informatie doet zich voor op een markt als de ene partij in een economische transactie meer of betere informatie heeft dan de andere partij. Dit in tegenstelling tot een perfecte marktsituatie, waarin alle bij de transactie betrokken partijen over dezelfde (en complete) informatie beschikken. Er zijn twee vormen van asymmetrische informatie:

- Adverse selectie: asymmetrische informatie voordat partijen een contract afsluiten c.q. tot een transactie komen.
- Moreel gevaar: asymmetrische informatie over het handelen van een contractpartij ná afsluiten van een contract.

Voor wat betreft investeringsbeslissingen in zorgopleidingen speelt vooral adverse selectie een rol. In de verdere uitwerking van de gevolgen van asymmetrische informatie voor deze investeringskeuzes in dit kader gaan dan ook uit van het probleem van adverse selectie.

Adverse selectie doet zich bijvoorbeeld voor wanneer werknemers beschikken over informatie over hun capaciteiten, motivatie, ervaring en kennis die niet of slechts deels zichtbaar is voor (toekomstige) werkgevers. Hierdoor worden investeringen in generiek menselijk kapitaal onvoldoende beloond. Een diploma fungeert weliswaar als signaal¹², maar geeft over het algemeen niet perfect weer wat de productiviteit van een werknemer is. Dit leidt ertoe dat werknemers niet worden vergoed naar hun eigen productiviteit, maar naar de gemiddelde productiviteit in een sector. Werkgevers leren over de jaren natuurlijk wel wat de capaciteiten zijn van een werknemer, waardoor de huidige werkgevers beter op de hoogte zijn van de productiviteit van de werknemer dan

¹¹ Berger et al. (2022) laten zien dat marktmacht van werkgevers op de arbeidsmarkt leidt tot welvaartsverliezen van 6 tot 10 procent in termen van levenslange consumptie. In hun paper komt het welvaartsverlies enkel tot stand door een misallocatie op de arbeidsmarkt. Deze studie heeft overigens betrekking op de gehele economie en dus niet alleen op de zorgarbeidsmarkt.

¹² In een invloedrijk paper toont Spence (1972) aan dat het behalen van een diploma (of een ander teken van het succesvol afronden van een opleiding of training) voor werkgevers als een signaal kan werken voor de capaciteiten (in termen van cognitieve vaardigheden, doorzettingsvermogen etc.) van de werknemer.

overige, potentiële werkgevers in het veld en daar dan ook naar belonen. De adverse selectie bestaat er dan uit dat er vooral mobiliteit is van werknemers met relatief lage productiviteit, terwijl hoogproductieve werknemers vaker voor langere tijd bij dezelfde werkgever blijven.¹³ Deze vorm van asymmetrische informatie betekent ook een verzwakte prikkel om te investeren in eigen menselijk kapitaal, omdat de waarde ervan imperfect wordt geobserveerd door (potentiële) werkgevers.

Kredietbeperkingen

Kredietmarktimperfecties verwijzen naar situaties waarin kapitaalmarkten niet perfect functioneren. Dit betekent dat niet alle individuen in staat zijn om vrijelijk geld te lenen tegen eerlijke, marktconforme voorwaarden. Deze imperfecties kunnen onder andere ontstaan door informatie-asymmetrie tussen kredietgever en kredietnemer, gebrek aan onderpand of zekerheid of hoge transactiekosten. Samen met gedragsfalen (zie hieronder) zijn kredietmarktimperfecties een belangrijke reden waarom van kinderen en jongvolwassenen niet kan worden verwacht dat zij zelf investeren in initiële scholing. Er is een actieve rol voor de overheid weggelegd om dit te borgen. Daarnaast draagt publieke financiering van het initiële onderwijs bij aan de gelijke toegang hiertoe op jonge leeftijd, ongeacht de achtergrond.

Buiten het initieel onderwijs kunnen kredietmarktimperfecties zich ook voordoen bij investeringen in post-initieel onderwijs. Dit geldt in het bijzonder voor werkzoekenden en/of lager opgeleiden, voor wie opleidingskosten een forse drempel kunnen vormen en die moeilijk hiervoor een lening kunnen afsluiten. Dit type marktverstoring verhindert dan dat werknemers investeren in opleidingen, zelfs wanneer het verwachte rendement (voor zowel het individu als de maatschappij) positief is.¹⁴

Positieve externe effecten

Een positief extern effect ontstaat wanneer een economische handeling voordelen oplevert voor anderen dan de directe beslissingsnemer, zonder dat deze baten in de marktprijs (in deze context: loon) worden geïnternaliseerd. In het geval van scholing investeren individuen of bedrijven meestal op basis van de private baten (zoals hoger loon, promotiekansen of productiviteitsstijging), terwijl de maatschappelijke baten vaak groter zijn. Het gaat het bijvoorbeeld om de volgend typen externe effecten:

- kennisdeling binnen teams en organisaties, wat leidt tot spillover-effecten en hogere productiviteit van collega's (Moretti, 2004);
- verhoogde participatie in democratische processen, vertrouwen in instituties en betrokkenheid bij gemeenschappen (Lochner & Moretti, 2004);
- positieve effecten op gezondheid en welzijn, met mogelijk lagere collectieve zorgkosten (Grossman, 2006).

¹³ Zie o.a. Fan, X., & DeVaro, J. (2020) voor empirisch bewijs dat *job hopping* door de markt wordt geïnterpreteerd als slecht signaal over de capaciteiten van een werknemer. Naast hun eigen onderzoeksbevindingen rapporteren ze ook dat een enquête uit 2012 van het wervingsoftwarebedrijf Bullhorn aantoont dat 39% van de 1500 ondervraagde recruiters en personeelsmanagers meldt dat het grootste obstakel voor een werkloze kandidaat om opnieuw werk te vinden, is een verleden van 'jobhoppen', oftewel het verlaten van een bedrijf binnen een jaar na indiensttreding.

¹⁴ Er is gemengd empirisch bewijs met betrekking tot de invloed van beperkte toegang tot krediet op investeringsbeslissingen in (post-initiële) scholing. Zo vinden Sun en Yannelis (2016) dat betere toegang tot krediet in de VS – via deregulering van banken in de jaren 1970-1990 – heeft geleid tot een stijging van de inschrijving in het hoger onderwijs met ongeveer 2,6 procentpunt (oftewel 4,9 procent). Aan de andere kant komen Carneiro en Heckman (2002) tot de conclusie dat kredietbeperkingen slechts een beperkte rol spelen in de keuze om hoger onderwijs te volgen. Het lange termijn gezinsinkomen (en dus het sociaal-economisch milieu) blijkt een veel sterkere voorspeller van onderwijsdeelname dan tijdelijke financiële beperkingen op het moment van instroom.

- positieve intergenerationele effecten als betere scholing van de ouder zich ook vertaalt in een positief rolmodel en meer (financiële) mogelijkheden voor het kind. Zo tonen Dahl en Gielen (2021) het belang van intergenerationele spillovers aan in de context van scholingskeuzes en arbeidsparticipatie.

Omdat individuele beslissers bij het nemen van opleidingsbeslissingen de maatschappelijke baten niet (volledig) meenemen, ontstaat er een systematische onderinvestering in onderwijs uit macro-economisch perspectief. Empirisch bewijs toont dan ook aan dat de sociale opbrengsten van onderwijs gemiddeld hoger zijn dan de private opbrengsten, vooral in sectoren met veel interactie of publieke dienstverlening (Lange & Topel, 2006 en de referenties daarin). Dit verschil tussen sociale en private opbrengsten ontstaat doordat samenwerking met collega's met betere vaardigheden ook de individuele productiviteit verbetert, zonder dat die collega's volledig worden vergoed voor dit positieve spillovereffect.

3.1.3 Gedragsfalen die investeringen door werknemers remmen

Ten slotte speelt zogenoemd 'gedragsfalen' een rol bij (suboptimale) beslissingen om te investeren in menselijk kapitaal. Gedragsfalen is een vorm van marktfalen die ontstaat doordat mensen in de praktijk niet altijd rationeel handelen, in tegenstelling tot wat de (neo)klassieke economische theorie veronderstelt. Met betrekking tot de opleidingsmarkt in de zorg kan gedragsfalen in verschillende vormen voorkomen:

- *Present bias (myopie)*. Dit speelt als werknemers de baten op de korte termijn overwaarden ten opzichte van de baten op de lange termijn. Omdat (verdere) scholing een investering op de korte termijn vereist die zich pas op de langere termijn uitbetaalt, kan myopie ertoe leiden dat werknemers onderinvesteren in hun eigen menselijk kapitaal.
- *Status quo bias*. Dit doet zich voor als een persoon een voorkeur heeft voor de bestaande situatie, ook al zou deze persoon objectief beter af zijn in een andere situatie. Ook deze vorm van gedragsfalen zet een rem op investeringen in menselijk kapitaal, omdat verdere ontwikkeling (bijv. leven lang ontwikkelen) er juist op gericht is om beter inzetbaar te zijn op de arbeidsmarkt en dus op een verandering van de huidige situatie. Gerelateerd aan de *status quo bias* is *loss aversion*, oftewel verliezen wegen zwaarder dan even grote winsten.¹⁵
- *Bounded rationality*. Deze vorm van gedragsfalen doet zich voor als mensen door onder andere cognitieve beperkingen (beperkte verwerkingscapaciteit) of tijdsdruk suboptimale keuzes maken.¹⁶ Mogelijk leidt dit tot onderinvestering in menselijk kapitaal, omdat werknemers niet de capaciteit of tijd hebben om te beoordelen of de (langetermijn)voordelen van het verder ontwikkelen opwegen tegen de kosten ervan.

Bovengenoemde vormen van gedragsfalen vallen binnen het zogenoemde 'MINDSPACE-raamwerk'. Dit is een gedragswetenschappelijk model dat in beleidsontwikkeling wordt gebruikt om te begrijpen hoe mensen beslissingen nemen. MINDSPACE staat voor Messenger, Incentives, Norms, Defaults, Salience, Priming, Affect, Commitments, Ego. Zo worden *present bias* en *loss aversion* vooral gevormd door Incentives, *status quo bias* door Defaults en Bounded Rationality door Affect – beslissingen worden niet (alleen) op basis van rationele overwegingen gemaakt. Aan de hand van het MINDSPACE-raamwerk kunnen nog andere relevante factoren worden geïdentificeerd die het gedrag op de leidingsmarkt vormen. Te denken valt aan positieve rolmodellen binnen de omgeving, bijvoorbeeld familieleden of vrienden die in de zorg werken en zich verder laten op- of omscholen

¹⁵ Zie bijv. Kahneman et al. (1991) voor de samenhang tussen de *status quo bias* en *loss aversion*.

¹⁶ Zo stelt Simon (1972) dat, in tegenstelling tot de klassieke economische theorie waarin actoren als volledig rationeel worden beschouwd, mensen in werkelijkheid beperkte cognitieve capaciteiten hebben, informatie onvolledig of onbetrouwbaar is en besluitvorming onder tijdsdruk of andere beperkingen plaatsvindt. Mensen zoeken daardoor vaak niet naar de beste oplossing (optimizing), maar naar een oplossing die 'goed genoeg' is (satisficing).

(Norms). Of aan het positieve zelfbeeld dat zorgprofessionals ontleen aan verdere ontwikkeling waardoor ze meer kunnen betekenen voor patiënten of cliënten (Ego). Een andere mogelijke factor zijn eerdere negatieve leerervaringen, en daardoor ontwikkelde negatieve emoties ten aanzien van scholing, die verdere ontwikkeling in de weg kunnen staan (Affect). Voor wat betreft laatstgenoemde factor zou een verplichtend karakter van scholingsdeelname vanuit de werkgever dit type gedragsfalen deels kunnen compenseren.^{17,18}

Hoewel we in dit kader gedragsfalen scharen onder belemmeringen die investeringen door werkgevers remmen, gelden sommige van de genoemde gedragsfalen ook in bepaalde mate voor werkgevers. Denk bijvoorbeeld aan de *present bias* (als de werkgever zich vooral richt op het resultaat op de korte termijn) en *bounded rationality* (als de werkgever door drukte niet genoeg tijd heeft om alle relevante informatie tot zich te nemen om een weloverwogen investeringsbeslissing te nemen).

Verder is het in sommige situaties niet geheel duidelijk of er sprake is van puur gedragsfalen (niet volledig rationeel gedrag) of asymmetrische informatie in combinatie met zoekkosten (wel volledig rationeel gedrag). Bij asymmetrische informatie en hoge zoekkosten kan het rationeel zijn om niet alle mogelijke opties tegen elkaar af te wegen, wat kan tot (ex-post) suboptimale keuzes. Net zoals dat het geval kan zijn als er sprake is van *bounded rationality*. Omdat uiteindelijk de uitkomst (een suboptimale keuze) maken we hier in het restant van dit rapport verder geen onderscheid in.

3.1.4 Niet-financiële factoren

Gerelateerd aan gedragsfalen spelen er ook allerlei niet-financiële motieven een rol bij investeringen in menselijk kapitaal in de zorg. Intrinsieke motivatie en het gevoel bij te dragen aan de maatschappij kunnen ook redenen zijn om verder te ontwikkelen. Sterker, de economische literatuur laat zien dat financiële prikkels de intrinsieke motivatie zelfs kunnen verdringen (*crowding out effect*) en kunnen leiden tot strategisch gedrag en verlies van betrokkenheid.¹⁹ Het is dus zeker niet gezegd dat als de financiële prikkel 'goed staat', alle belemmeringen met betrekking tot de opleidingskeuze verholpen zijn.

Ook de houding van de werkgever kan een cruciale rol spelen. In organisaties waar leren wordt gestimuleerd en waar nieuwe kennis daadwerkelijk wordt benut, zullen medewerkers eerder geneigd zijn om tijd en energie te steken in scholing. Loyaliteit aan de werkgever versterkt die bereidheid: als werknemers het gevoel hebben dat hun inzet wordt gewaardeerd en dat er ruimte is om te groeien binnen de organisatie, zullen ze eerder geneigd zijn om in zichzelf te investeren met het oog op de lange termijn. Ook dit punt raakt aan de intrinsieke motivatie van de werknemer. Loyaliteit aan een werkgever kan echter ook (deels) worden ingegeven door een financieel belang, omdat *job hopping* als slecht signaal over de capaciteiten van een werknemer kan worden geïnterpreteerd (zie ook Paragraaf 2.2). Deze loyaliteit kan het voor werkgevers ook weer aantrekkelijker maken om te betalen voor de verdere ontwikkeling van de werknemer.

¹⁷ Uit onderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (Kühn-Nelen et al., 2021) dat onder werknemers de meest opgegeven reden voor cursusdeelname is dat de werkgever deelname verplicht,

¹⁸ Bovengenoemde gedragsfactoren spelen echter niet voor specialisten die volgens richtlijnen gekwalificeerd moeten zijn om bepaalde handelingen te mogen uitvoeren.

¹⁹ Zie o.a. Bénabou & Tirole (2003) voor een theoretische verklaring voor zulk gedrag en Deci et al. (1999) voor een metastudie van 128 experimenten die tezamen aantonen dat extrinsieke beloningen de intrinsieke motivatie verminderen. Daarentegen is er ook een stroming in de economische literatuur die aantoont dat (financiële) prikkels de inzet en prestaties verbetert (zie bijv. Gibbons, 1997 en Lazear, 2000)

De bredere arbeidsomstandigheden spelen hierbij eveneens een rol. Denk aan de fysieke en mentale belasting van het werk, de mate van autonomie, het rooster, of de toegang tot ondersteuning op de werkvloer. Als deze omstandigheden als zwaar of onbeheersbaar worden ervaren, neemt de ruimte en bereidheid om te investeren in scholing af. Hierbij gaat het niet alleen om de daadwerkelijke arbeidsomstandigheden, maar ook om hoe deze worden gepercipieerd door potentiële werknemers voor de zorg. Een slechte reputatie van het werken in (bepaalde delen van) de zorg kan ertoe leiden dat een zij-instroomer uiteindelijk niet voor de zorg maar voor een andere sector kiest. Het heersende beeld van werken in de sector heeft niet alleen gevolgen voor de zij-instroom, maar ook voor de instroom in het initiële onderwijs en als gevolg daarvan de uiteindelijke uitstroom naar de zorgsector. Bij een slecht imago zullen minder jongeren voor een zorgopleiding kiezen, waardoor het initiële onderwijs minder opgeleide zorgmedewerkers aflevert aan de sector.

3.1.5 Marktfalen die investeringen door werkgevers remmen

Naast verstoringen die investeringen in menselijk kapitaal door de werknemer zelf belemmeren, bestaan er ook marktfalen die de prikkel voor werkgevers verzwakken om te investeren in de ontwikkeling van hun personeel. De oorzaken hiervan zijn deels gelijk aan die van werknemers, maar met enkele eigen kenmerken. Tegelijkertijd zijn er ook vormen van marktfalen die er juist voor zorgen dat werkgevers worden geprikkeld om hun personeel (verder) te scholen. Het gaat dan om marktverstoringen die ertoe leiden dat werkgevers een deel van het rendement van de investering naar zich toe kunnen halen, ook als het om investeringen in grotendeels generiek menselijk kapitaal gaat.²⁰ Hieronder lopen we de typen marktfalen die relevant zijn voor investeringen aan de werkgeverskant één voor één langs.

Free-ridergedrag

Een belangrijk mechanisme aan de werkgeverskant is het zogenaamde *free-rider*-effect. Eigendomsrechten van het rendement van een opleiding zijn moeilijk contractueel vast te leggen. Wanneer een werkgever investeert in een opleiding, kan een andere zorginstelling later profiteren van deze investering door het overnemen van de getrainde werknemer, zonder daar zelf te hebben betaald. Dit verzwakt de bereidheid tot investeren. In theorie kan een studiekostenbeding worden afgesloten, waarbij de werknemer bij vertrek binnen een bepaalde periode na afronding van de opleiding een deel van de opleidingskosten terugbetaalt aan de investerende werkgever.²¹ Dit maakt het echter minder aantrekkelijk voor een werknemer om aan een opleiding te beginnen of om na de opleiding te wisselen van werkgever.

In het geval is van grote arbeidsmarktkrapte is het a priori onduidelijk hoe groot het risico op free-ridergedrag is. Aan de ene kant zullen werkgevers bij arbeidsmarktkrapte eerder de urgentie voelen om personeel (verder) op te leiden en kunnen ze het zich niet veroorloven om te 'free-riden' op investeringen van een concurrent. Aan de andere kant is er bij grote personeelstekorten sterke concurrentie om schaars personeel, waardoor de kans toeneemt dat

²⁰ Merk op dat in een perfecte markt zonder verstoringen er voor de werkgever geen prikkel is om te investeren in menselijk kapitaal, omdat alle baten van die investering neerslaan bij de werknemer (zie ook Paragraaf 2.1).

²¹ Per 1 augustus 2022 is in alle EU-landen de richtlijn 'transparante en voorspelbare arbeidsvoorwaarden' van kracht. Deze verplicht werkgevers om werknemers kosteloos de opleidingen te bieden die nodig zijn om hun werk uit te kunnen voeren. Ook mogen zij deze kosten niet verhalen op de werknemer als die na afloop vertrekt. Voor zogenoemde gereguleerde beroepen – zoals dat van medisch specialist en verpleegkundige – geldt deze verplichting niet; studiekostenbedingen blijven daar toegestaan. Zie bijvoorbeeld: <https://www.kvk.nl/advies-en-informatie/wetten-en-regels/werkgever-moet-verplichte-opleidingen-betalen/>.

werknemers snel overstappen op een andere werkgever en de opleidende werkgever niet de baten van de investering kan plukken.²²

Asymmetrische/incomplete informatie

Werkgevers kunnen het verwachte rendement van een opleidingsinvestering moeilijk inschatten. Het hangt immers af van persoonlijke factoren van de werknemer (zoals motivatie, leervermogen, inzetbaarheid), die niet altijd direct observeerbaar zijn voor de werkgever. Maar ook onzekerheid over de toekomstige behoefte aan het product of de dienst die de werkgever levert en welke (verandering van) gevraagde vaardigheden van het personeel dit met zich meebrengt, spelen hierbij een rol.

Asymmetrische informatie in de vorm van averechtse selectie (zie ook vorige paragraaf) kan er echter ook toe leiden dat werkgevers een deel van de investering naar zich toe weten te halen en dus een sterkere prikkel hebben om te betalen voor scholing. Huidige werkgevers hebben immers beter zicht op de capaciteiten van de werknemer en de toename van de productiviteit door de extra (*on-the-job*) training dan andere werkgevers in de sector. Het gevolg is dat de huidige werkgever de opgeleide werknemer niet volledig hoeft te compenseren voor de toename van de productiviteit. Hetzelfde punt geldt voor marktmacht van werkgevers op de arbeidsmarkt.

Resumerend geeft Tabel 3.1 de belangrijkste marktverstoringen op de arbeids- en opleidingenmarkt in de zorg en hoe deze van invloed zijn op de financiële prikkels die werknemers en werkgevers ervaren om te investeren in (verdere) scholing van werknemers. Hieruit volgt dat deze marktverstoringen leiden tot risico op onderinvestering in menselijk kapitaal.

Het structurele personeelstekort doordat het aanbod zich niet voldoende aanpast aan de vraag, is dus goed te verklaren aan de hand van hierboven beschreven markt- en gedragsfalen. Dit betekent ook dat er in beginsel een rol voor de overheid is weggelegd om deze marktverstoringen te mitigeren. *Hoe* de overheid dat kan doen, bespreken we in het volgende hoofdstuk. Maar eerst behandelen we in de volgende paragrafen achtereenvolgens niet-financiële factoren die investeringen in scholing beïnvloeden en verschillende typen belemmeringen op de *arbeidsmarkt* als gevolg van markt- overheids- of systeemfalen.

Tabel 3.1 Verstoringen op de arbeids- en opleidingenmarkt in de zorg leiden tot onderinvestering in scholing

Type marktfalen	Effect op investeringsprikkel in (post-initële)scholing	
	<i>Werknemer</i>	<i>Werkgever</i>
Marktmacht werkgever	-	+
Asymmetrische//incomplete informatie	-	+/-
Kredietbeperkingen	-	0
Onzekerheid over toekomstig rendement	-	-
Gedragsfalen	-	-
Free-rider gedrag	0	-

²² Voor de wijkverpleging hebben we in eerder onderzoek geconstateerd dat ruim 80 procent van de BBL- en hbo-duaal-leerlingen een jaar na afronden van de opleiding nog bij de opleidende werkgever werkzaam is (Van Eijkel et al., 2024). Hoe dit percentage zich ontwikkelt naarmate het moment van afstuderen langer geleden is, is ons niet bekend.

3.2 Belemmeringen op de arbeidsmarkt

3.2.1 Belemmeringen door marktfalen

Marktfalen

Op veel markten zorgt het spel van vraag en aanbod ervoor dat er vanzelf een evenwicht ontstaat. Als iets schaars is, stijgt de prijs, en dat zorgt ervoor dat er meer aanbod komt of minder vraag. Maar op de arbeidsmarkt in de zorg werkt dat niet altijd zo vanzelfsprekend. Wanneer er een tekort is aan zorgpersoneel, zou men verwachten dat de lonen stijgen, waardoor meer mensen in de zorg willen werken. In theorie zou dat het tekort kunnen verkleinen.

Maar in de praktijk zit daar een grens aan. Zorg wordt in Nederland grotendeels betaald uit publieke middelen, zoals belastingen en premies. Als de lonen sterk stijgen, worden de kosten voor de zorg ook hoger. Dat kan betekenen dat de zorg onbetaalbaar wordt voor de overheid, verzekeraars of burgers, of dat er ergens anders op bezuinigd moet worden.²³ En omdat prijzen in de zorg grotendeels gereguleerd zijn, werkt het prijsmechanisme überhaupt minder goed.

Bovendien kunnen zorgorganisaties de lonen meestal niet zomaar verhogen, omdat ze gebonden zijn aan cao-afspraken en aan het beschikbare budget binnen het zorgstelsel. Daardoor werkt de prijsvorming op deze arbeidsmarkt minder flexibel dan op andere markten. Een ander punt is dat hogere lonen niet altijd genoeg zijn om het werk aantrekkelijker te maken. Veel mensen in de zorg hechten (ook) aan niet-financiële arbeidsvoorwaarden, zoals werkdruk, waardering, invloed op het rooster en ontwikkelmogelijkheden en het bijdragen aan het maatschappelijk belang. Als die factoren niet op orde zijn, helpt een hoger loon vaak maar beperkt om personeel aan te trekken of te behouden.

Een ander mogelijk marktfalen dat de werking van de zorgarbeidsmarkt belemmert, is (monopsonistische) marktmacht van zorgaanbieders. In dat geval kunnen werkgevers met marktmacht de lonen drukken en andere arbeidsvoorwaarden versoberen of zorgverleners 'dwingen' tot flexibele constructies, waarmee een duurzame match tussen vraag en aanbod op de zorgarbeidsmarkt wordt verhinderd. De bevordering van concurrentiedruk op de zorgmarkt ligt overigens niet direct binnen het bereik van het arbeidsmarktinstrumentarium van het ministerie van VWS.

Externe effecten

De zorg is niet de enige sector die kampt met personeelstekorten. Aanhoudende tekorten kunnen in iedere sector voor eigen problemen zorgen. In private sectoren remmen personeelstekorten productie en daarmee economische groei. In maatschappelijke, (semi)publieke sectoren belemmeren personeelstekorten de uitvoering van de maatschappelijke taak. Gevolgen kunnen ingrijpend zijn: denk aan lange wachtlijsten voor het krijgen van psychische hulp, jeugdzorg die tekortschiet of een haperende rechtspraak.

Als er meer mensen in de zorg gaan werken, gaat dit ten koste van het arbeidsaanbod in andere sectoren. Bovendien zijn deze effecten niet evenredig over andere sectoren verspreid. Onderzoek van Oberon en Dialogic

²³ Om een marktconforme loonontwikkeling in de zorg mogelijk te maken, is het OVA-convenant opgesteld ('OVA' staat voor Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling). De OVA – gebaseerd op loonontwikkelingen in de marktsector – wordt gebruikt om het loongerelateerde deel van de (maximum)tarieven en macrokaders in de zorg te indexeren. De OVA zorgt er daarmee voor dat de loonkostenontwikkeling in de zorg gebonden is aan de ontwikkeling in de private sector, ook als er grote tekorten zijn.

(2024) wijst uit dat de keuze voor de zorg met name ten koste gaat voor de keuze van andere maatschappelijke sectoren. Ook voor deze sectoren heeft de overheid een taak om ervoor te zorgen dat deze goed functioneert. Samengenomen kan een verhoogde instroom in de zorg, de instroom naar andere belangrijke sectoren 'kannibaliseren'. Zodoende is de overheid met de loop der jaren niet alleen gaan sturen op meer werken in de zorg, maar ook het bestaande arbeidsaanbod in de zorg beter te benutten.

3.2.2 Belemmeringen door overheidsfalen

Bij investeringsbeslissingen in menselijk kapitaal staat het gedrag van werknemers en werkgevers – en hoe het maken van optimale keuzes hierin wordt belemmerd door marktfalen – centraal. Bij knelpunten op de *arbeidsmarkt* spelen vooral overheids- en systeemfalen een belangrijke rol. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om hoe bepaald overheidsbeleid drempels opwerpt voor dergelijke investeringen (overheidsfalen) of hoe het systeem als geheel 'faalt' om de optimale investeringsbeslissing tot stand te laten komen (systeemfalen). In deze paragraaf gaan we dieper in op zowel overheidsfalen binnen de context van de zorgarbeidsmarkt; in de volgende paragraaf behandelen we verschillende vormen van systeemfalen.

Overheidsfalen doet zich voor in situaties waarin overheidsbeleid onbedoeld barrières opwerpt of waar publieke instituties tekortschieten in hun rol. In de context van het arbeidsmarktbeleid in de zorg gaat het dan om beleid dat ervoor zorgt dat het aanbod op de arbeidsmarkt zich minder goed kan aanpassen aan de vraag. Het is daarmee niet gezegd dat het om ondoordacht beleid gaat: het is goed mogelijk dat het overheidsmaatregelen betreffen die, buiten de zorgarbeidsmarkt om, positieve effecten sorteren voor de maatschappij. Denk bijvoorbeeld aan prijs- en winstregulering in de zorg, het heffen van belastingen of het hanteren van certificeringseisen of beschermen van bepaalde beroepen via de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verder is het belangrijk om deze vormen van overheidsbeleid- en falen los te zien van overheidinggrijpen dat erop gericht is om juist de belemmeringen in investeringsbeslissingen weg te nemen en die we in het volgende hoofdstuk bespreken. Er zijn verschillende vormen van overheidsfalen die de werking van de arbeidsmarkt in de zorg kunnen belemmeren. Deze bespreken we hieronder één voor één.

Belastingen en sociale premies

Een eerste vorm van overheidsfalen betreft de fiscale behandeling van het rendement scholingsinvesteringen. Hogere lonen als gevolg van extra scholing worden deels afgeroomd via belastingen en lagere toeslagen. Ook worden productiviteitswinsten van werkgevers afgeroomd via werkgeverspremies en belastingen. Hierdoor vallen de netto-opbrengsten lager uit dan de maatschappelijke baten, wat het investeringsrendement verlaagt. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er geen goede redenen zijn om belastingen te heffen om inkomen of winst (integendeel, denk bijvoorbeeld aan het financieren van publieke voorzieningen of herverdeling), maar wel dat het een negatief neveneffect heeft op scholingsinvesteringen.

Regulerende cao's

In veel delen van de zorg worden lonen grotendeels bepaald door algemeen verbindend verklaarde cao's. Deze loonstructuren houden beperkt rekening met individuele prestaties of scholingsniveau. Het gevolg is dat werknemers én werkgevers minder sterke prikkels ervaren om extra te investeren in opleiding.

Kwaliteit van initieel onderwijs

Een mogelijk meer fundamentele vorm van overheidsfalen ligt in het initieel onderwijs zelf. Een lagere kwaliteit van het basis- en voortgezet onderwijs kan de effectiviteit van vervolgonderwijs negatief beïnvloeden. Daarnaast bestaat

het risico dat het vertrouwen van burgers in het onderwijsrendement wordt geschaad, wat doorleren ontmoedigt. Andersom geldt uiteraard ook: een hoge kwaliteit van het initieel onderwijs werkt naar verwachting positief door op deelname aan, en het rendement van, vervolgonderwijs en Leven Lang Ontwikkelen (LLO).

Regulering in de zorg

De gereguleerde tarieven binnen bepaalde delen van de zorg beperken de mogelijkheid voor instellingen om hogere opbrengsten van productiviteit of kwaliteit volledig te verzilveren. Anders dan in een niet-gereguleerde markt kan de prijs voor de investerende werkgever op de productmarkt immers niet evenredig meestijgen met het rendement van de investering (de toegenomen productiviteit).²⁴ Dit beperkt de prikkel om te investeren in scholing, zeker als door het free-rider-effect een deel van de baten weglekken naar andere organisaties of de werknemer zelf.

Ook is in (bepaalde delen van) de zorg het maken van winst aan banden gelegd.²⁵ In de marktsector hebben partijen prikkels om hun processen zo efficiënt mogelijk in te richten. Dit drukt op de kosten, waardoor er meer winst overblijft. Gegeven het publieke karakter van de financiering van het zorgstelsel, is er in de zorg echter beperkt ruimte voor partijen om winst uit te keren. Hierdoor is er geen directe beloning voor aanbieders die investeren in slimmere werkmethoden, bijvoorbeeld door betere planning, digitalisering of inzet van ondersteunend personeel. Ook laat dit weinig ruimte voor innovatie. Zo hebben (individuele) zorgaanbieders beperkt de financiële ruimte én de financiële prikkels om te investeren in innovatie. Kansen om te innoveren blijven hierdoor onbenut, ook wanneer de zorg er gezamenlijk op vooruit zou gaan.

Een andere vorm van regulering binnen de zorg is belegd binnen de Wet BIG. De uitoefening van de individuele gezondheidszorg is in principe vrij voor iedereen. Niet alle beroepen en handelingen in de zorg hoeven wettelijk te worden gereguleerd. De wet BIG regelt welke beroepen geregistreerd kunnen worden in het BIG-register, zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers. Alleen de professionals die in het register staan, mogen de bijbehorende beschermde titel voeren. De wet bepaalt verder welke risicovolle medische handelingen, zogenoemde voorbehouden handelingen, alleen door bepaalde beroepsgroepen mogen worden uitgevoerd, zoals injecties toedienen, infuus inbrengen, of een katheter inbrengen. De wet is ervoor bedoeld om de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de zorg te bewaken en te bevorderen.

Beleid sluit niet aan bij het probleem

Overheidsfalen kan ook een meer onbedoeld karakter hebben, als bijvoorbeeld het beleid voor wat reden dan ook niet goed aansluit bij het probleem ook al is het beleid erop gericht het betreffende probleem te verlichten. Een voorbeeld uit de zorgpraktijk is het fors subsidiëren van opleidingsplekken, terwijl niet de financiële prikkel maar het gebrek aan begeleidingscapaciteit het werkelijke probleem is. Of als overheidssubsidiëring private investeringen verdringt, zodat het netto-effect van het overheidsingrijpen beperkt is.

Overmatige bureaucratie

Een ander overheidsfalen met een min of meer onbedoeld karakter is overmatige bureaucratie. Er is sprake van bureaucratisch falen als regels, controles en verantwoordingsplicht zo'n grote omvang aannemen dat ze hun doel voorbij schieten. In plaats van dat verantwoording leidt tot transparantie en kwaliteitsverbetering, wordt het een doel

²⁴ We benadrukken dat geen pleidooi is om de zorgmarkt (in grotere mate) te dereguleren. Er bestaan legitieme redenen voor een bepaalde mate van regulering van de zorg, zoals de betaalbaarheid en gelijke toegang tot het zorgstelsel.

²⁵ Winstuitkering in de zorg is op grond van art. 5 WTZi verboden voor zorgaanbieders van Wlz- of Zvw-zorg, tenzij de aanbieder behoort tot een van de categorieën die hiervan zijn uitgezonderd. Tot de uitgezonderde categorieën behoren onder andere farmaceutische zorg, huisartsenzorg, kraamzorg, mondzorg, paramedische zorg, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.

op zich dat zorgprofessionals belemmert in hun kerntaak. Dit komt vaak voor wanneer er wantrouwen bestaat richting zorgaanbieders, waardoor steeds meer wordt vastgelegd om risico's uit te sluiten. Dit leidt tot productiviteitsverlies: doordat zorgverleners meer tijd kwijt zijn aan het vastleggen van handelingen voor verantwoording aan bijvoorbeeld verzekeraars, waardoor er per werkzaam uur, minder zorg wordt verleend.

3.2.3 Belemmeringen door systeemfalen

Bij systeemfalen gaat het om een structurele tekortkoming in de interactie tussen verschillende actoren binnen een sector: werkgevers, werknemers, overheden etc. Binnen de zorgarbeidsmarkt betekent dit dat het samenspel van werkgevers, werknemers, overheid en andere actoren niet altijd leidt tot een optimale aansluiting van het aanbod op de vraag. In een invloedrijk paper onderscheiden Smits en Kuhlmann (2014) verschillende vormen van systeemfalen, die we hieronder één voor één behandelen binnen de context van de zorgarbeidsmarkt.

Netwerkfalen

De interactie en samenwerking tussen relevante actoren is zwak of ineffectief. Dit kan het gevolg van zijn van zogenoemde *weak network failure* - relevante partijen zijn afwezig of vinden elkaar niet - of *strong network failure* - er is binnen het netwerk van actoren te veel geslotenheid waardoor nieuwe ideeën of partijen geen toegang hebben. Binnen de zorgarbeidsmarkt kan hier sprake van zijn als het effectief afstemmen van het aanbod op de vraag niet als gedeelde verantwoordelijkheid wordt ervaren.

Zo bestaat het risico dat het opleidingsaanbod en de toekomstige personeelsvraag onvoldoende op elkaar aansluiten, omdat onderwijsinstellingen en zorgorganisaties hun keuzes baseren op verschillende belangen en tijdshorizonnen. Hoewel onderwijsinstellingen geacht worden arbeidsmarktrelevant aanbod te bieden, bepaalt de instroom in opleidingen grotendeels het aanbod. Omdat onderwijsinstellingen bekostigd worden op basis van het aantal afgestudeerden, ontbreekt een directe prikkel om gericht op te leiden voor beroepen in sectoren met structurele tekorten, zoals de zorg. Dit kan ertoe leiden dat opleidingen onvoldoende afgestemd zijn op de maatschappelijke behoefte aan zorgpersoneel.

Institutioneel falen

Regels en normen sluiten niet aan op nieuwe maatschappelijke of technologische ontwikkelingen. Het optimaal benutten van het bestaande arbeidsaanbod vraagt om efficiëntie en innovatie. Efficiëntie betekent op de eerste plaats het 'handiger' inrichten van werk. Dit kan bijvoorbeeld door meerdere handelingen te combineren, waardoor iedere individuele handeling minder tijd in beslag neemt. Daarnaast kan door innovatie, efficiënter worden gewerkt. Innovatie betekent dat nieuwe technologieën of werkmethoden worden toegepast. Een bekend voorbeeld is de toepassing van kunstmatige intelligentie (AI) die taken van werknemers verlicht of zelfs helemaal overneemt. Ook andere digitale hulpmiddelen vallen hieronder.

Gesprekspartners geven aan dat de zorg van oudsher weinig efficiëntie en innovatie kent. Dit komt mede omdat de financieringsstructuur afwijkt van het bedrijfsleven. In Nederland betaalt iedereen verplicht mee aan het zorgstelsel, door het betalen van zorgpremies. Met dit geld betalen zorgverzekeraars de zorgaanbieders. Dit gaat vaak per behandeling of handeling. Hierdoor worden zorgaanbieders geprikkeld om méér - en niet minder - behandelingen of handelingen uit te voeren. De geldende norm binnen het zorgveld is dus dat méér zorg (in arbeidsuren gemeten) per definitie beter is, waardoor men terughoudend is met het implementeren van nieuwe technologie. Dit geldt overigens niet voor de gehele zorg: in de medisch-specialistische zorg zijn er veel technologische ontwikkelingen, zoals de inzet van robots bij chirurgische ingrepen. Deze innovaties zijn primair gericht op de verbetering van de kwaliteit, niet op het terugdringen van de hoeveelheid zorg.

Een ander institutioneel aspect dat innovatie kan tegengaan zijn de certificeringseisen en andere wettelijke vereisten die er zijn om überhaupt zorg te mogen aanbieden, waardoor nieuwe, innovatieve partijen mogelijk minder makkelijk voet aan de grond krijgen. Ook hiervoor geldt dat we niet pleiten voor minder regels en eisen in de zorg. Wel is het goed om bewust te zijn van de neveneffecten van dergelijke regulering.

Gerelateerd hieraan onderscheiden Ter Weel et al. (2022) ook nog capaciteitsfalen als een vorm van systeemfalen. Dit doet zich voor als er onvoldoende capaciteit binnen de sector is om nieuwe initiatieven of activiteiten van de grond te laten komen en actoren zich onvoldoende aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen. Binnen de context van de zorg kan hierbij gedacht worden aan een gebrek aan begeleiders op de werkvloer, waardoor nieuwe instromers niet goed kunnen worden begeleid.

Infrastructureel falen

Dit type systeemfalen doet zich voor als er onvoldoende of gebrekkige toegang is tot een kennisinfrastructuur die coördinatie tussen verschillende actoren mogelijk maakt. Binnen de zorg speelt een structureel informatieprobleem met betrekking tot hoeveel zorgpersoneel – en in welke samenstelling en met welke vaardigheden – op te leiden. In tegenstelling tot markten waarin het prijsmechanisme zorgt voor een relatief efficiënte afstemming tussen vraag en aanbod, functioneert dit mechanisme in de zorg veel minder goed. Prijzen in de zorg zijn grotendeels gereguleerd, waardoor zij nauwelijks informatie bevatten over relatieve schaarste of over de toekomstige behoefte aan arbeid. Als gevolg daarvan reageren onderwijsinstellingen, zorgaanbieders en beleidsmakers niet automatisch of tijdig op verschuivingen in de vraag naar personeel, zoals dat in meer vrij functionerende markten het geval zou zijn.

Ook het coördineren van het aantrekken van kenniswerkers uit het buitenland om het personeelstekort te verlichten valt hieronder. Het is a priori niet duidelijk bij welke partij(en) verantwoordelijk zijn om in kaart te brengen in welke mate deze behoefte bestaat en om vervolgens deze kenniswerkers bij te scholen (over bijv. de taal en Nederlandse zorgcontext).

Binnen de zorg moet de afstemming tussen opleidingscapaciteit en personeelsvraag daarom tot stand komen op basis van andere informatiebronnen. Dat vereist inzicht in de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag, zowel op landelijk niveau als per regio en per zorgdomein. Factoren zoals vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen, technologische ontwikkelingen en veranderingen in de organisatie van zorg spelen daarbij een belangrijke rol. Echter, het plannen van personeelsaanbod op basis van deze factoren is complex, mede doordat de zorgvraag op lange termijn moeilijk voorspelbaar is en er veel onzekerheid zit in de snelheid en richting van maatschappelijke, technologische en medische veranderingen.

Een bijkomend probleem is dat de benodigde informatie over toekomstige zorgbehoeften, actuele personeelstekorten en opleidingsstromen verspreid is over een groot aantal actoren in het zorgveld. Zorgaanbieders, opleidingsinstituten, regionale werkgeversorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten, landelijke beleidsorganen en kennisinstituten beschikken elk over een deel van de puzzel, maar er is geen centrale partij die over een volledig en actueel overzicht beschikt. Dit leidt tot coördinatieproblemen en suboptimale besluitvorming: opleidingsplaatsen worden soms niet daar uitgebreid waar de toekomstige behoefte het grootst is, en personeel wordt opgeleid voor functies waarvoor weinig structurele werkgelegenheid bestaat. Ook bestaat het risico dat regionale signalen over arbeidsmarktkrapte of innovatieve oplossingen niet doordringen tot landelijke beleidsmakers, of omgekeerd dat landelijk beleid niet goed aansluit bij regionale omstandigheden. In wezen ligt er dus een marktfalen ten grondslag aan dit type systeemfalen: er is geen prikkel voor een individuele (marktpartij) om

de benodigde informatie te verzamelen en de aansluiting van het aanbod op de behoefte in de markt te coördineren.

Een bekend fenomeen dat het gevolg is van bovengenoemd informatieprobleem is de varkenscyclus in zorgopleidingen. Dit betreft een cyclisch probleem in de afstemming tussen opleiding en arbeidsmarkt. Instroom in opleidingen wordt vaak beïnvloed door actuele tekorten, maar het opleidingsrendement wordt pas jaren later gerealiseerd. Door een gebrek aan de juiste informatie over de toekomstige behoefte aan (een bepaald type) personeel binnen de sector, sluit de huidige instroom niet altijd aan bij de toekomstige behoefte. Hierdoor kan een structurele mismatch ontstaan tussen vraag en aanbod.

Prikkelfalen

Bij prikkelfalen gaat het om onvoldoende of verkeerde economische prikkels voor innovatie of verandering. Deze vorm van falen is eerder in dit hoofdstuk al uitgebreid beschreven en lichten we daarom hier niet meer verder toe.

Al met al zijn er dus verschillende typen van markt-, overheids- en systeemfalen die de geobserveerde knelpunten op de zorgarbeidsmarkt kunnen verklaren. Gebrek aan coördinatie en informatievoorziening kan ervoor zorgen dat het onderwijs niet goed aansluit op de behoeften op de arbeidsmarkt, met varkenscycli als mogelijk gevolg. Prijsregulering leidt ertoe dat zorgaanbieders de opbrengsten van investeringen (in menselijk kapitaal maar ook in innovatie en technologie) beperkt naar zich toe kunnen halen, wat de prikkel tot het doen van dergelijke investeringen verzwakt. Dit heeft een remmende werking op de arbeidsproductiviteit binnen de zorgsector. Dat geldt ook voor overmatige bureaucratie en administratieve lasten die ervoor zorgen dat er minder tijd overblijft voor de zorgprofessional om daadwerkelijk zorg te leveren. Een tekort aan leerwerk- en stageplekken kan worden verklaard uit het tekort aan begeleiders op de werkvloer, wat kan worden gezien als een vorm van capaciteitsfalen.

3.3 Beleidsopties: de mogelijkheden voor VWS

De schetste markt- gedrags-, overheids- en systeemfalen en de daaruit volgende belemmeringen rechtvaardigen in beginsel een actieve rol voor de overheid op de opleidingen- en arbeidsmarkt in de zorg. Binnen de reikwijdte van het Ministerie van VWS zijn in theorie verschillende beleidsinstrumenten voorhanden. Dit beleidsinstrumentarium omvat maatregelen waarmee heel gericht de financiële prikkel om te investeren door werkgever of werknemer kan worden versterkt, maar ook instrumenten die aangrijpen op de niet-financiële belemmeringen die zich kunnen voordoen. Ook zal de ene maatregel de overheid een meer sturende rol geven en de andere een meer faciliterende rol.

Hieronder bespreken we een aantal van de beleidsopties die VWS voorhanden heeft om de arbeids- en opleidingenmarkt in de zorg beter te laten functioneren. We pretenderen hierbij niet compleet te zijn, maar wel dat we de beleidsopties opnemen die het meest gangbaar lijken. We behandelen het (potentiële) instrumentarium dat binnen de reikwijdte van VWS ligt. Beleidsopties die bijvoorbeeld kredietbeperkingen tegengaan laten we dus buiten beschouwing. Ook bilaterale afspraken tussen werkgevers en werknemers voor wat betreft de vergoeding en eventueel terugbetalen van studiekosten (zoals het studiekostenbeding) vallen buiten de scope van dit kader. Het instrumentarium dat onder Artikel 4.2 van de begroting van het ministerie van VWS valt, is er immers niet op gericht om te sturen op dergelijke marktafspraken.

3.3.1 Beleidsopties voor de opleidingenmarkt

Subsidies

Een gangbare beleidsoptie is het vergoeden van opleidingskosten via subsidies. Idealiter dekken deze subsidies het deel van het rendement dat weglekt naar andere partijen – een zogenoemde Pigouvianse subsidie.²⁶ In praktijk is het lastig om dit ‘weglekeffect’ exact te kwantificeren. Daarom wordt geregeld gekozen voor een (bijna) volledige vergoeding, ook al leidt dat mogelijk tot overinvestering. Gezien de huidige arbeidsmarktkrapte in de zorg lijkt dat risico echter beperkt. Wel kan er sprake zijn van verdringing van investeringen vanuit de markt, dat wil zeggen investeringen in het opleiden die ook zonder subsidie zouden zijn gedaan. Ook kan een volledige vergoeding van de opleidingskosten vanuit het oogpunt van een doelmatige besteding van publieke middelen niet optimaal zijn, omdat de middelen dan niet beschikbaar zijn voor een ander publiek doel (bijvoorbeeld het onderwijs)

Subsidies kunnen in beginsel gedifferentieerd worden naar functiecategorieën of urgentie, bijvoorbeeld hogere subsidies voor functies met structurele tekorten of specifieke regio's met beperkte opleidingscapaciteit of de grootste arbeidsmarktkrapte. Een andere optie is de koppeling van subsidies aan arbeidsmarktrelevantie of contractduur, waarbij bijvoorbeeld alleen opleidingen voor kansrijke beroepen of bij een minimale inzettermijn van de werknemer in aanmerking komen.

Tariefdifferentiatie

Zoals beschreven zorgt prijsregulering ervoor dat investeringen in scholing door de werkgever niet volledig kunnen worden terugverdiend. Een mogelijke manier om zorginstellingen hiervoor meer te compenseren is via tariefdifferentiatie: zorginstellingen die opleiden ontvangen hogere tarieven dan instellingen die dat niet doen. Deze vorm van prestatiebekostiging zorgt voor een directe koppeling tussen de prijs voor het zorgproduct (het gedifferentieerde tarief) en de kosten van de inzet van menselijk kapitaal als productiefactor. Hiermee kan tariefdifferentiatie het *free-rider* effect deels tegengaan, omdat de niet-opleidende werkgever geen hoger tarief ontvangt en daarmee niet wordt gecompenseerd voor het hogere loon (dat samengaat met de toegenomen productiviteit) van de werknemer.

Een belangrijk aandachtspunt bij tariefdifferentiatie is de uitvoerbaarheid: zo'n systeem vereist betrouwbare en objectieve indicatoren voor opleidingsinspanningen. Er moet transparantie zijn over welke opleidingsvormen meetellen, hoe de koppeling met bekostiging plaatsvindt, en hoe toezicht wordt ingericht. Ook moet voorkomen worden dat instellingen alleen nog investeren in opleidingen die renderen onder het nieuwe tariefsysteem, en andere opleidingsroutes verwaarlozen. Dit alles maakt de uitvoerbaarheid lastig en kostbaar.

Werkgeversfondsen

Werkgeversfondsen zijn collectieve fondsen (vaak sectoraal georganiseerd) waarin aanbieders binnen een sector bijdragen aan de scholing en ontwikkeling van personeel. Ze zijn een belangrijk instrument om leven lang ontwikkelen in een sector structureel te ondersteunen. Werkgeversfondsen kunnen het knelpunt van zwakke prikkels voor individuele werkgevers om te investeren in scholing (als gevolg van o.a. free ridergedrag) tegengaan door bijvoorbeeld een vrijwillige of verplichte bijdrage aan een fonds (bijv. via een sector-cao), eventueel met ontheffing voor kleine bedrijven. Collectieve fondsen, waarin werkgevers naast samen investeren ook afspraken maken over inzet en benutting van de middelen, helpen investeringsrisico's te spreiden en maken scholing tot een gedeelde verantwoordelijkheid.

²⁶ Onder andere Ballard en Medema (1993) tonen de efficiëntie aan van Pigouvianse belastingen en subsidies in het internaliseren van externe effecten, in hun specifieke geval binnen een computationeel algemeen evenwichtsmodel.

In de wetenschappelijke bestaat er geen eenduidig bewijs voor de effectiviteit van werkgeversfondsen met betrekking tot scholingsinvesteringen van werkgevers. Kamphuis et al. (2010) en Van den Berg et al. (2006) vinden geen systematische verschillen in scholingsinvesteringen tussen sectoren mét een fonds en sectoren zonder. Schuss (2023) vindt voor de Duitse (langdurige) zorgsector dat collectieve fondsen voor specifiek leerwerktrajecten een duidelijk positief effect hebben op het aantal aangeboden plekken in de ambulante zorg. Het effect op het aantal leerwerktrajecten in de intramurale zorg. De effectiviteit van werkgeversfondsen lijkt dus niet vanzelfsprekend te zijn hangt af van de governance, prikkelstructuur en precieze context.

Bij werkgeversfondsen betreft de rol van de overheid niet zozeer sturing van bovenaf, maar is deze meer faciliterend van aard. Zo kan zij via duidelijke wet- en regelgeving juridische belemmeringen wegnemen, bijvoorbeeld rondom mededinging en publieke verantwoording. Daarnaast kan zij met cofinanciering of startsubsidies de oprichting van fondsen stimuleren en het draagvlak onder werkgevers versterken (*prikkelstructuur*). De overheid speelt verder een rol in het beschikbaar stellen van arbeidsmarktinformatie, zoals regionale prognoses van zorgvraag en personeelsbehoefte (*governance*). Dat maakt het voor fondsen mogelijk om gericht te investeren in functies en regio's waar de behoefte het grootst is. Ook kan de overheid actief regionale samenwerking stimuleren, bijvoorbeeld door partijen te verbinden binnen zorgnetwerken, onderwijsinstellingen en werkgeversorganisaties. Dit bevordert afstemming en voorkomt versnipperde initiatieven. Een stabiel beleidskader is daarbij cruciaal. Wanneer de overheid beleidsconsistentie en langetermijn commitment biedt, zijn werkgevers eerder bereid om structureel bij te dragen aan fondsen. Tot slot kan de overheid een lerende praktijk ondersteunen door kennisdeling, monitoring en evaluatie te stimuleren, zodat inzichten uit de ene regio benut kunnen worden in de andere.

3.3.2 Beleidsopties voor de arbeidsmarkt

Informatievoorziening en capaciteitsplanning

Tegen asymmetrische informatie helpt betere informatievoorziening. Dit kan door transparant te maken welke opleidingen daadwerkelijk leiden tot meer deskundigheid en werkplezier, betere zorgkwaliteit en betere baankansen. Arbeidsmarktprognoses en inzicht in salarisontwikkelingen kunnen werkgevers en werknemers stimuleren tot rationelere keuzes. Een mogelijke concrete aanpak vanuit de overheid hierbij is het faciliteren van digitale platforms waarin informatie over de arbeidsmarktsituatie (aantallen instroom en uitstroom, opleidingsrendement, baankansen, doorstroommogelijkheden per zorgopleiding en regio etc.) toegankelijk is. Ook het inrichten van een benchmark tussen zorginstellingen is een mogelijkheid, zodat werkgevers inzicht krijgen in hun eigen opleidingsinspanningen ten opzichte van sectorale gemiddelden.

Een stap verder om de mismatch tussen opleiding en arbeidsmarktvraag te beperken, is als de overheid actief stuurt op de capaciteitsplanning. In Nederland adviseert het Capaciteitsorgaan het ministerie van VWS over de benodigde instroom in medische en paramedische opleidingen. Dit gebeurt op basis van scenarioanalyses, arbeidsmarktdata en zorgbehoefteprognoses. Deze adviezen vormen input voor beleidsbesluiten over het aantal opleidingsplaatsen (zoals het instroomquotum voor huisartsen of medisch specialisten).

Ruimte bieden voor adaptief onderwijs

Als andere mogelijke oplossing voor de mismatch op de zorgarbeidsmarkt kan de overheid inzetten op adaptieve en modulaire opleidingen, waardoor sneller kan worden ingespeeld op acute tekorten. Leven Lang Ontwikkelen is hierbinnen een krachtig kader. Adaptief onderwijs betekent dat opleidingen flexibel zijn in inhoud, duur en

instroommomenten. Dit vereist nauwere samenwerking tussen zorgaanbieders en onderwijsinstellingen, bijvoorbeeld via regionale opleidingsconsortia. Bovendien kunnen technologische innovaties, zoals microcredentials, e-learning en praktijkgerichte simulaties, bijdragen aan versneld en gericht opleiden. Voor een structurele aanpak is het van belang dat accreditatieregels ruimte bieden voor experiment en modulair opgebouwde leertrajecten. De overheid kan hier een faciliterende rol spelen door tijdelijke experimenteerruimte wettelijk mogelijk te maken en te evalueren.

Coördineren van gezamenlijke aanpak

Het ministerie van VWS kan helpen om partijen samen te brengen die zich bezighouden met de arbeidsmarkt en het opleiden van zorgpersoneel. Dit is nodig omdat organisaties vaak los van elkaar werken. Daardoor ontstaat een coördinatieprobleem met het risico van dubbeling van activiteiten en het elkaar soms onbedoeld tegenwerken.

Als de overheid samenwerking stimuleert, kunnen organisaties samen plannen maken. Ze weten dan beter wie wat doet, waar ze elkaar kunnen aanvullen en hoe ze samen problemen aanpakken. Dit zorgt voor betere afspraken over bijvoorbeeld het aantal stageplekken, scholing van nieuwe medewerkers, behoud van personeel en duurzame inzetbaarheid.

Het doel is dat partijen in het veld zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen. Ze weten dan wat hun rol is, hoe ze kunnen samenwerken en maken duidelijke afspraken. De overheid helpt dus om die samenwerking op gang te brengen, maar is straks – als het goed is – niet steeds nodig.

Concreet kan dit type overheidsingrijpen verschillende vormen aannemen, zoals:

- **Het financieren van regionale samenwerkingstafels** waarin zorginstellingen, ROC's, hbo-instellingen, gemeenten en andere stakeholders gezamenlijk knelpunten analyseren en plannen opstellen;
- **Het stellen van voorwaarden aan subsidiereregelingen** die samenwerking stimuleren, bijvoorbeeld door middel van cofinanciering of het vragen van gezamenlijke regioplannen;
- **Het bieden van kennis en datavoorziening** die partijen helpt bij het maken van gedeelde analyses en het onderbouwen van keuzes in opleidingsaanpak;
- **Het ondersteunen van lerende netwerken** waarin betrokkenen van elkaar leren, best practices uitwisselen en afspraken kunnen maken over wie welke rol op zich neemt.

3.4 Mogelijk overheidsfalen bij overheidsingrijpen

Eerder hebben we overheidsfalen beschreven in een context waarin overheidsbeleid dat niet direct gericht is op de zorgarbeidsmarkt toch een belemmering kan opwerpen voor het functioneren van de arbeidsmarkt in de zorg. In de paragrafen hierboven hebben we verschillende instrumenten behandeld waarmee de overheid direct kan ingrijpen op het functioneren van de opleidingen- of arbeidsmarkt. Ook bij het voeren van dit soort maatregelen kan er sprake zijn van overheidsfalen. Als dit zich voordoet, is de vraag of actieve overheidsbemoeienis de situatie überhaupt verbetert en of het niet beter is om het over te laten aan de markt ('het middel is erger dan de kwaal'). Te denken valt bijvoorbeeld aan *regulatory capture*, waarbij lobbypartijen een voorname invloed (kunnen) uitoefenen op het beleid. Maar ook aan politieke cycli, waardoor er een gebrek aan continuïteit in het gevoerde beleid en marktpartijen onzeker zijn over de voortzetting van bepaalde overheidsregelingen. Ook kan er sprake zijn van langdurige besluitvormingsprocessen, waardoor de gekozen richting van het beleid niet optimaal aansluit bij acute knelpunten.

4 Opleidingsregelingen

Het ministerie van VWS heeft in de periode 2016-2024 vooral subsidies ingezet om de knelpunten op de opleidingsmarkt het hoofd te bieden. Het gaat dan onder andere om het aanpakken van knelpunten rond stageplaatsen en het uitbreiden van de opleidingscapaciteit binnen de zorg. Naast financiële prikkels is er ingezet op regionale samenwerking om stageplaatsen uit te breiden.

In hoofdstuk 2 bespraken we welke voornaamste knelpunten zich voordeden op de zorgarbeidsmarkt rond 2016 en erna. In het vorige hoofdstuk toonden we aan de hand van wetenschappelijke theorieën welke typen falen ten grondslag kunnen liggen aan deze knelpunten en welke beleidsopties *in theorie* effectief kunnen zijn om deze belemmeringen voor een goede marktwerking het hoofd te bieden. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag welke instrumenten het ministerie van VWS in het tijdvak 2016-2024 in de praktijk heeft ingezet om de knelpunten op de **opleidingsmarkt** aan te pakken. Ook reconstrueren we de beleidstheorie die onderliggend is aan deze regelingen. In het volgende hoofdstuk bespreken we de regelingen specifiek gericht op de **arbeidsmarkt** en reconstrueren we ook voor deze instrumenten de onderliggende beleidstheorie.

4.1 Overzicht instrumentarium

Voor wat betreft de opleidingsinstrumenten is deze PR gericht op tien regelingen die in de periode 2016-2024 liepen. Tabel 4.1 maakt onderscheid tussen subsidies voor vervolgopleidingen, informatieverstrekende instrumenten, instrumenten die randvoorwaarden van veiligheid in de zorg borgen en instrumenten gericht op behoud, toekomstbestendigheid en in- en doorstroom. In Bijlage A beschrijven we de verschillende instrumenten aan de hand van enkele samenvattende statistieken.

Tabel 4.1 Overzicht opleidingsregelingen zorg (2016-2024)

Instrumenten	
Hoofddoel: Instroom, behoud en productieve inzet van zorgmedewerkers	
(Vervolg)opleidingen	
Beschikbaarheidsbijdrage	Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ ²⁷
Subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling	Subsidie opleidingen tot ANP ²⁸ en PA
Instellingssubsidie artsen M+G SBOH	
Informatieverstrekking	
Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan	
Randvoorwaarden	
Vaccinatieregeling stageplaatsen hepatitis B	
Behoud, toekomstbestendigheid en in- en doorstroom	
Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen	SectorplanPlus
Stagefonds	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

De verschillende opleidingsregelingen in de zorg pogen gezamenlijk bij te dragen aan het overkoepelende beleidsdoel: het realiseren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen in Nederland, nu en in de toekomst. In geven we in één integrale beleidstheorie alle relevante instrumenten en onderliggende mechanismen in samenhang weer. Hiermee doen we recht aan de verwevenheid tussen de thema’s instroom, behoud, doorstroom en kwaliteit. Hieronder gaan we in op de verschillende onderdelen van de beleidstheorie. We besteden hierbij ook aandacht aan externe factoren.

4.2 Focus van het opleidingsbeleid

Subsidies en investeringen in opleidingscapaciteit

Voor wat betreft de opleidingenmarkt heeft de overheid in de periode 2016–2024 vooral met de verstrekking van verschillende subsidies geprobeerd om de opleidingscapaciteit in de zorg uit te breiden. Eén maatregel was **SectorplanPlus** (gestart in 2017) – een subsidieprogramma van het ministerie van VWS om zorgorganisaties te ondersteunen bij het opleiden van nieuwe en zittende medewerkers. Via SectorplanPlus is in totaal enkele honderden miljoenen euro’s ingezet, goed voor naar schatting 170.000 scholingstrajecten voor voornamelijk nieuwe instroom in zorg en welzijn. De regeling wordt niet verlengd na 2025 en stopt definitief per 1 januari 2026.

Naast SectorplanPlus zijn gerichte investeringen gedaan in kwaliteitsprogramma’s met opleidingscomponenten. In de ziekenhuissector werd de **Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen** uitgevoerd: een subsidieregeling waarbij ziekenhuizen extra middelen kregen voor opleiden en bijscholen van personeel, op voorwaarde dat zij een strategisch opleidingsplan implementeerden.

Daarnaast is **Stagefonds Zorg** een instrument om knelpunten rond stageplaatsen aan te pakken. Het ministerie van VWS stelt sinds 2016 jaarlijks ruim €100 miljoen beschikbaar via het Stagefonds, als tegemoetkoming in de kosten

²⁷

Valt sinds 2025 onder beschikbaarheidsbijdrage.

²⁸

Totdat in 2009 verschillende verpleegkundige specialismen werden erkend, werden verpleegkundig specialisten aangeduid als ‘nurse practitioners’. We verwijzen in dit rapport naar de officiële naam van de subsidie. In de praktijk staat de ‘Advanced Nurse Practitioner’ (ANP) beter bekend als de ‘Verpleegkundig Specialist’ (VS).

van stagebegeleiding voor mbo- en hbo-studenten in de zorg. Het Stagefonds loopt nog tot 2027. De regeling wordt per 1 januari 2028 afgeschaft.²⁹

Naast financiële prikkels is er ingezet op **regionale samenwerking om stageplaatsen uit te breiden**. In 2017 hebben hogescholen en zorgwerkgevers gezamenlijk afgesproken de instroom in de hbo-Verpleegkunde opleiding maximaal te laten groeien, ondanks eerdere numerus-fixusbeperingen. VWS en OCW ondersteunden dit door in overleg te blijven over de benodigde opleidingscapaciteit en randvoorwaarden zoals voldoende stageplaatsen. Via de **Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAATs)** werken zorginstellingen, onderwijsinstellingen, regionale werkgeversorganisaties (RegioPlus) en partijen als UWV en gemeenten samen om stageknelpunten aan te pakken. In de RAATs zijn concrete afspraken gemaakt om het aantal stageplekken te vergroten en de kwaliteit van praktijkleren te verbeteren.

Leerwerktrajecten en zij-instromers

Om nieuw talent voor de zorg te winnen, hebben overheid en sector sterk ingezet op **leerwerktrajecten** (zoals BBL-duale opleidingen) en het aantrekken van **zij-instromers**. Mensen die vanuit een andere sector de zorg in willen of terugkeren na eerder in de zorg te hebben gewerkt, kregen extra aandacht. **SectorplanPlus** was ook een drijvende kracht achter leerwerktrajecten: van de beschikbare middelen is het grootste deel ingezet voor om- en bijscholing van nieuwe instromers. Daarmee konden tienduizenden nieuwe zorgmedewerkers een opleidingstraject volgen, vaak in de vorm van een BBL-opleiding of instroomcursus, terwijl zij al betaald werkten in de zorg.

4.3 Beleidstheorie

Inputs en activiteiten

De inzet van middelen en activiteiten onderscheiden we in vier sporen (zie Figuur 4.1). Het eerste spoor gaat over het financieren van specifieke (vervolg)opleidingen voor (potentiële) zorgprofessionals. **De Beschikbaarheidsbijdrage** beoogt instellingen in staat te stellen om medische (vervolg)opleidingen aan te bieden en daarmee bij te dragen aan de instroom en kwaliteit van zorg. **De opleidingsmodule Basis Acute Zorg (BAZ)** tracht de brede inzetbaarheid van zorgpersoneel in de acute zorgketen te ondersteunen, met als doel dat zorgprofessionals voorbereid zijn op volgende crises. Via de subsidies **opleidingen in een Jeugd ggz-instelling** en **de subsidieregelingen voor opleidingen tot Advanced Nurse Practitioner (ANP) en Physician Assistant (PA)** wordt geïnvesteerd in gespecialiseerde zorgprofessionals die een belangrijke bijdrage leveren aan ggz- en multidisciplinaire zorg. Daarnaast stelt de **instellingssubsidie artsen Maatschappij en Gezondheid (M+G)**, de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) in staat om artsen M+G op te leiden voor taken binnen de publieke gezondheid.

De regelingen voor specifieke (vervolg)opleidingen pogen verschillende typen marktfalen op te lossen. Zo hebben organisaties door free rider gedrag (externe effecten) mogelijk onvoldoende prikkel om zelf te investeren in opleidingen. Verder kan er sprake van gedragsfalen, als zowel werkgevers als werknemers de (langetermijn)baten van de investering niet goed kunnen inschatten of vooral gericht zijn op kortetermijndenken. Zo heeft de BAZ bijvoorbeeld als doel om zorgprofessionals voor te bereiden op volgende crises.

²⁹ VWS, *Beslisnota bij Kamerbrief over reactie motie Paulusma en Dijk over gevolgen afschaffen Stagefonds Zorg*, 25 juni 2025.

Om gericht te kunnen sturen op de benodigde opleidingscapaciteit, wordt via de **instellingssubsidie Capaciteitsorgaan** structureel geïnvesteerd in het in kaart brengen van toekomstige personeelsbehoeften in de zorg. De uitkomsten van deze analyses en adviezen vormen de basis voor het vaststellen van instroomaantallen voor diverse (vervolg)opleidingen, en dragen er daarmee toe bij dat het aanbod van zorgprofessionals beter aansluit bij de verwachte zorgvraag. De instellingssubsidie draagt voornamelijk bij aan het oplossen van informatiefalen. Zonder betrouwbare informatie worden er mogelijk suboptimale beslissingen genomen. Bovendien dragen inzichten in de benodigde opleidingscapaciteit bij aan het tegengaan van de varkenscyclus. Dit is een cyclisch probleem in de afstemming tussen opleiding en arbeidsmarkt. Instroom in opleidingen wordt namelijk vaak beïnvloedt door actuele tekorten, maar het opleidingsrendement wordt pas jaren later gerealiseerd. Ook tracht de regeling in infrastructuureel falen op te lossen. Zo werkt het Capaciteitsorgaan met een paritair samengesteld bestuur om tot breed gedragen inzichten te komen. Deze subsidie kan ook onder de arbeidsmarktregelingen worden geschaard, aangezien het draait om het tot stand komen van duurzame matches tussen zorginstellingen en personeel. Echter omdat het Capaciteitsorgaan adviseert over het aantal op te leiden professionals voor opleidingen die onder deze beleidstheorie vallen, kiezen we ervoor om dit instrument onder opleidingsregelingen te scharen.

Een derde spoor binnen het opleidingsbeleid richt zich op het scheppen van de juiste randvoorwaarden. Zo is de **vaccinatieregeling stageplaatsen hepatitis B** een belangrijk instrument om voor een veilige stageomgeving te zorgen. De regeling beoogt praktische drempels voor het volgen van stages weg te nemen. Door tijdige vaccinatie wordt de veiligheid van stagiairs en patiënten gewaarborgd en wordt het risico op stage-uitval verminderd, wat de in- en doorstroom in deze opleidingen bevordert. De regeling tracht dus verschillende typen marktfalen aan te pakken, zoals financiële drempels (kredietbeperkingen) en patiëntveiligheid (externe effecten). Ook bij deze regeling is het niet heel evident of het over de arbeidsmarkt of opleidingsmarkt gaat. Aangezien deze regeling uitsluitend geldt voor studenten die een initiële opleiding volgen in het mbo of hbo, kiezen we ervoor om dit instrument onder de opleidingsregelingen te scharen.

Het laatste spoor binnen het opleidingsbeleid richt zich op het faciliteren van het behoud van zittend personeel, het bevorderen van doorstroom naar hogere of andere functies, en het ondersteunen van instroom van nieuwe zorgprofessionals. Binnen dit spoor nemen het **Stagefonds, SectorplanPlus en de Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen** een belangrijke plaats in.

Het Stagefonds beoogt om via het stimuleren van het aanbod van kwalitatief goede stageplaatsen bij te dragen aan zowel de instroom van nieuwe zorgprofessionals als de doorstroom van medewerkers naar hogere functies. Een tekort aan stageplaatsen belemmert de instroom van nieuwe krachten en de aansluiting tussen onderwijs en praktijk. Hier kunnen financiële prikkels een rol spelen (o.a. het free rider effect ontmoedigt werkgevers te stimuleren in stageplekken), maar ook niet-financiële vormen van systeemfalen (bijv. een gebrek aan voldoende begeleiders op de werkvloer).

SectorplanPlus tracht zorgorganisaties te ondersteunen bij het faciliteren van leer-werktrajecten voor nieuwe medewerkers en bij- en opscholingstrajecten voor het zittend personeel. Daarmee wordt bijgedragen aan behoud van medewerkers en versterking van hun inzetbaarheid. De Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen beoogt ziekenhuizen in staat te stellen om gericht te investeren in strategische scholing en professionele ontwikkeling van hun medewerkers, hiermee trachten ze in te spelen op de steeds complexere zorgvraag. Ook deze twee regelingen adresseren marktfalen (o.a. free rider gedrag) via een financiële prikkel. Zo wordt het aantrekkelijker om te investeren in (toekomstig) personeel. Verder speelt SectorplanPlus in op infrastructuureel falen door regionale

samenwerkingen. De KiPZ tracht kortetermijndenken (present bias) tegen te gaan, doordat er wordt ingezet op vaardigheden die om kunnen gaan met de steeds complexere zorgvraag.

Outputs

De inzet van deze instrumenten streven directe outputs na zoals het realiseren van opleidingsplaatsen, het beschikbaar stellen van capaciteitsramingen en opleidingsadviezen en het ondersteunen van loopbaanontwikkeling en bijscholingstrajecten binnen zorginstellingen.

De inzet van de instrumenten voor specifieke vervolgopleidingen, zoals de Beschikbaarheidsbijdrage, beoogt het realiseren van opleidingsplaatsen. Hetzelfde geldt voor de subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling, subsidie opleidingen tot ANP en PA en de instellingssubsidie artsen M+G SBOH. De subsidie voor de opleidingsmodule BAZ zou moeten resulteren in plekken voor één specifieke module.

De subsidie bestemt voor het Capaciteitsorgaan financiert adviezen over het aantal op te leiden zorgprofessionals. De vaccinatieregeling beoogt een andere directe output, namelijk bescherming tegen hepatitis B door het tijdig vaccineren van studenten.

De laatste drie regelingen, namelijk KiPZ, SectorplanPlus en het Stagefonds beogen scholing die bijdraagt aan het behoud van medewerkers, het (strategisch) opleiden van personeel en het realiseren van stageplekken.

Outcomes

Deze outputs trachten op hun beurt bij te dragen aan belangrijke uitkomsten op verschillende terreinen:

- (Potentiële) zorgprofessionals doen relevante kennis en praktijkervaring op door het volgen van opleidingen en stages. Dit geldt voor alle specifieke opleidingsregelingen en de algemenere regelingen KiPZ, SectorplanPlus en Stagefonds.
- De doorstroom van medewerkers naar andere of hogere functies wordt vergemakkelijkt, en mogelijkheden tot persoonlijke en professionele ontwikkeling dragen bij aan het behoud van personeel in de zorg. Dit geldt met name voor de regelingen KiPZ, SectorplanPlus en Stagefonds. Ook enkele specifieke regelingen voor vervolgopleidingen beogen deze uitkomsten.
- De kwaliteit van de zorg wordt versterkt doordat professionals beter worden toegerust op hun taken, mede door een betere aansluiting tussen het opleidingsaanbod en de actuele en toekomstige zorgvraag. Het Capaciteitsorgaan geeft inzicht in de benodigde capaciteit aan zorgprofessionals. Daarnaast zijn er verschillende regelingen die trachten bij te dragen aan deze outcomes. Denk bijvoorbeeld aan de subsidie opleidingen tot ANP en PA, die streeft een belangrijke bijdrage te leveren aan de multidisciplinaire zorgvraag door hun medische én verpleegkundige blik (voor ANP's) en brede medische opleiding (voor PA's).

Impact

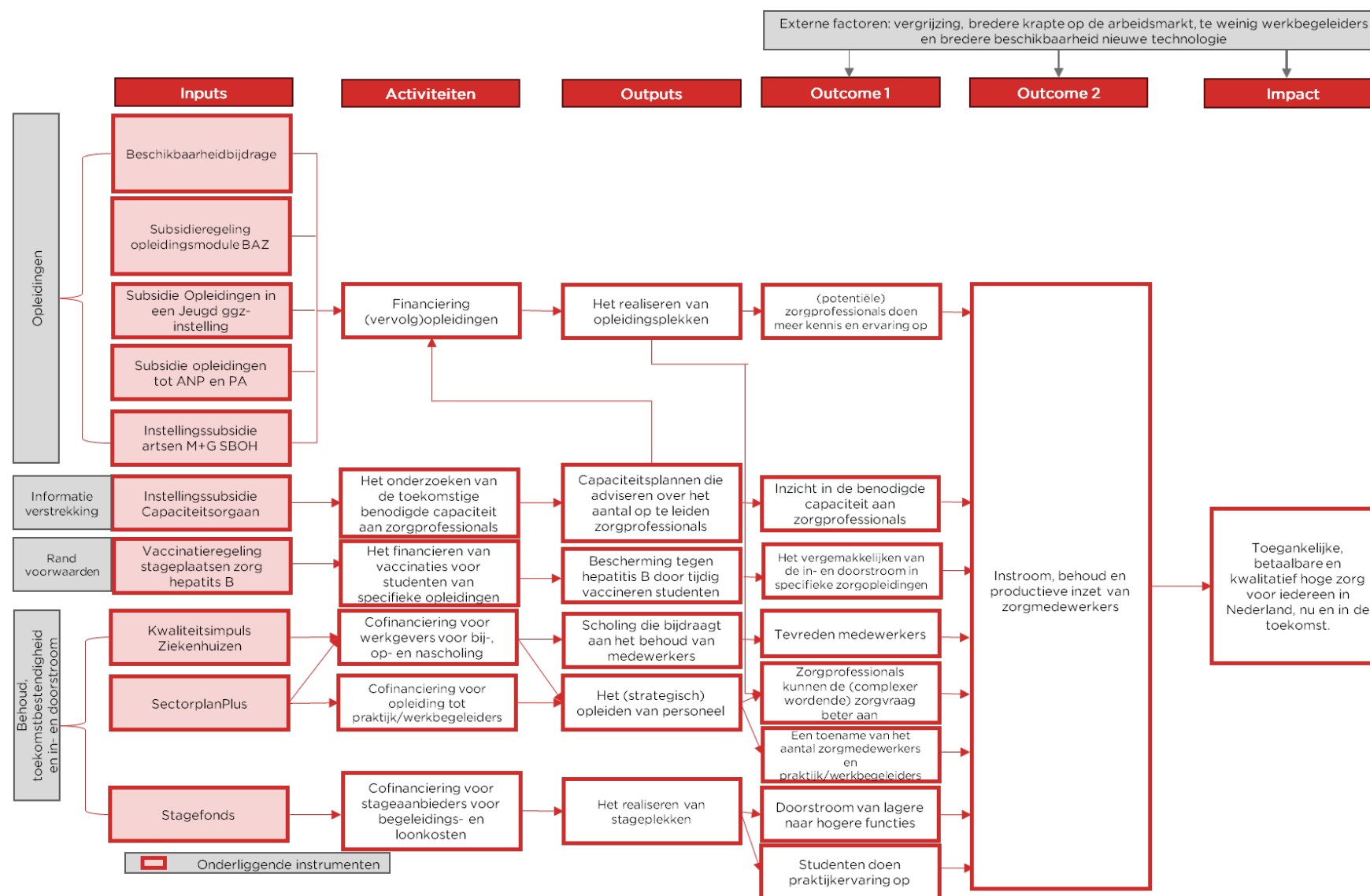
De uiteindelijke beoogde impact van de inzet van deze instrumenten is dat er sprake is van een **duurzame instroom, behoud en productieve inzet van voldoende en goed opgeleide zorgprofessionals**. Daarmee wordt een structurele bijdrage geleverd aan het waarborgen van de **toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg** voor de Nederlandse bevolking.

Externe factoren

De doeltreffendheid en doelmatigheid van opleidingsregelingen worden mede beïnvloed door factoren buiten het directe bereik van het beleid. Deze externe factoren dragen bij aan de beleidscontext waarbinnen regelingen opereren en kunnen zowel een beperkende als versterkende invloed hebben op de werking ervan. Relevante

externe factoren voor de opleidingsregelingen zijn vergrijzing, bredere arbeidsmarktkrapte, beperkte beschikbaarheid van werkbegeleiders en de opkomst van nieuwe technologieën.

Figuur 4.1 Beleidstheorie opleidingsregelingen



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

5 Beleidstheorie arbeidsmarktregelingen

Met betrekking tot het arbeidsmarktbeleid lag in de periode 2016-2021 de nadruk van het VWS-beleid op aanbodvergroting. De overheid stimuleerde een hogere instroom in zorgberoepen en probeerde het aantal gewerkte uren per zorgprofessional te verhogen. Vanaf 2022 is het beleid meer gericht op het terugdringen van de vraag. Daarnaast is er sprake van minder directe interventie en meer van het bieden van ondersteuning om zorgpartijen te laten samenwerken.

5.1 Overzicht instrumentarium

Naast de in het vorige hoofdstuk behandelde opleidingsregelingen betreft deze PR 11 arbeidsmarktregelingen die in de periode 2016-2024 zijn uitgevoerd. Tabel 5.1 maakt ten eerste een onderscheid tussen de overkoepelende (landelijke) programma's, de regionale programma's en de onderliggende instrumenten.

Tabel 5.1 Overzicht instrumenten arbeidsmarkt zorg (2016-2024)

Overkoepelend programma	
Eerste tijdvak (2016-2021)	Tweede tijdvak (2022-2024)
Programma werken in de zorg	Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Regionaal programma	
Eerste tijdvak (2016-2021)	Tweede tijdvak (2022-2024)
Koersen op Kansen 2016 - 2019	Samen Regionaal Sterk 2020 - 2024
Onderliggende instrumenten	
Eerste tijdvak (2016-2021)	Tweede tijdvak (2022-2024)
Loopbaan coaching: Sterk in je Werk	IZA arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals
	Impact het Potentieel Pakken op contractuitbreiding
	Veerkracht en Zeggenschap (subsidie + landelijk actieplan)
	Digivaardig in de zorg
Overige instrumenten	
Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden	
AZW onderzoeksprogramma	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Vanuit de overkoepelende programma's stelt het ministerie van VWS middelen beschikbaar, waarmee landelijke samenwerking en kennisdeling wordt gestimuleerd, en waarmee ruimte wordt geboden aan andere partijen om innovatieve initiatieven te ontplooiën. Hieruit vloeien de verschillende onderliggende instrumenten uit voort. De regionale regelingen zijn bedoeld om in te spelen op specifieke arbeidsmarkt vraagstukken binnen regio's. Deze regelingen beogen regionale samenwerking te bevorderen, onder meer tussen zorginstellingen, onderwijsinstellingen en arbeidsmarktregio's, zodat oplossingen beter aansluiten bij de lokale situatie.

De tabel maakt een onderscheid in programma's en onderliggende instrumenten op basis van twee tijdvakken: 2016-2021 en 2022-2024. Deze indeling vloeit voort uit de opvolging van de landelijke programma's, van het **programma Werken in de Zorg** (2016-2021) naar het **programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn** (TAZ, 2022-2024). Zo zijn regelingen in de loop van de tijd aangepast aan actuele arbeidsmarktvraagstukken in de zorg en veranderingen in de focus van het beleid. Dit vraagt erom dat ook de beleidstheorie voor de twee tijdvakken, apart wordt beschreven.

Ten slotte zijn er twee overige instrumenten – **het centrale aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden** en het **AZW-onderzoeksprogramma** – die buiten de programma's en hun onderliggende instrumenten vallen, maar die wel direct bijdragen aan arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid.

5.1 Focus van arbeidsmarktbeleid

De meest pertinente kwestie voor de overheid zijn de oplopende personeelstekorten. Deze maken het voor het ministerie van VWS steeds moeilijker om via het zorgstelsel te waarborgen dat zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft, zoals artikel 4.2 vereist. In de wijze waarop VWS probeert de tekorten terug te dringen – of dan in ieder geval te beheersen – vinden tussen 2016 en 2024 twee belangrijke ontwikkelingen plaats.

Van aanbodtoename naar vraagbeheersing

Tekorten op de arbeidsmarkt voor de zorg kunnen op twee manieren worden aangepakt:

1. Door het vergroten van het aanbod van arbeidskrachten.
2. Door het beperken van de (groei in de) vraag naar arbeid.

In de eerste helft van de periode – tot aan het begin van de coronacrisis – lag de nadruk op aanbodvergroting. De overheid stimuleerde een hogere instroom in zorgberoepen en probeerde het aantal gewerkte uren per zorgprofessional te verhogen.

Vanaf 2021 verandert dit beleid. De overheid constateert dat het geen duurzame oplossing is om het aanbod van personeel steeds te laten meegroeien met de stijgende zorgvraag. Figuur 5.1 laat zien wat er zou gebeuren als het beleid niet verandert: dan zou in 2030 één op de vijf werkenden in de zorg moeten werken, en in 2040 zelfs één op de vier. Dit drukt op het arbeidsaanbod in andere sectoren: sectoren waar de productiviteit hoger ligt, of die ook een belangrijke maatschappelijke functie vervullen.

Figuur 5.1 Van 1 op 6 naar 1 op 4 zorgmedewerkers bij ongewijzigde koers

		Beroepsbevolking (x1.000)	Zorgmedewerkers (x1.000)
2019		9.267	1.485
2030		9.440	1.873
2040		9.259	2.342

Bron: VWS (2022), bewerking SEO.

Het resultaat is dat vanaf 2022 de overheid nadruk heeft gelegd op het terugdringen van de vraag. Op deze manier moest worden voorkomen dat een onevenredig groot deel van het totale arbeidsaanbod zou worden 'opgeslokt' door de stijgende vraag naar zorgpersoneel (extern effect).

Van regie naar randvoorwaarden

Op de tweede plaats vond een verschuiving plaats in de wijze waarop VWS intervenueert op de arbeidsmarkt. Daar waar de overheid in de eerdere jaren een actieve rol had gespeeld om het personeelstekort aan te pakken via centrale sturing en landelijke projecten, kwam er vanaf 2022 meer nadruk te liggen op het ondersteunen van samenwerking en het versterken van het eigen initiatief van zorg- en welzijnsorganisaties. Het instrumentarium werd minder gericht op directe interventie en meer op het bieden van ruimte, ondersteuning en randvoorwaarden om partijen 'uit het veld' te laten samenwerken aan duurzame oplossingen. De nadruk lag daarbij op het verhelpen van systeemfalen (in de vorm van gebrekkige coördinatie tussen verschillende actoren in de sector).

5.2 Beleidstheorie

5.2.1 Eerste tijdvak (2016-2021)

Instrumenten

- Programma Werken in de zorg
- Koersen op Kansen
- Loopbaan coaching: Sterk in je Werk
- AZW Onderzoeksprogramma

Binnen deze context dienen arbeidsmarktregelingen het overkoepelende doel om te zorgen voor *toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoge zorg voor iedereen in Nederland, nu en in de toekomst* (Figuur 5.2). De figuur laat zien via welke wegen dit doel moet worden behaald: de zogenaamde *impact pathways*. Zo valt het overkoepelende doel uiteen in twee beoogde *impacts*: een hogere instroom en een beter behoud van medewerkers. Hiervoor worden verschillende middelen ingezet en activiteiten uitgevoerd, die op hun beurt weer moeten leiden tot (tussentijdse) uitkomsten, en zo dienen bij te dragen aan de beoogde impacts.

Hogere instroom

Figuur 5.2 laat zien dat er vanuit het programma **Werken in de Zorg** verschillende middelen en activiteiten zijn ingezet om de instroom van zorgpersoneel te verhogen: van meer keuze-informatie, een publiekscampagne, tot en met het opstellen van Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (**RAAT's**) gericht op een betere aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de regio. Zo moesten méér mensen worden verleid om in de zorg te komen werken, en moest ook het regionale onderwijsaanbod hier voldoende mogelijkheid toe bieden. Hiermee geeft de overheid invulling aan de beleids optie capaciteitsplanning, beschreven in paragraaf 2.5.

Beter behoud

Meer mensen vraagt ook om een beter behoud van zorgmedewerkers. Zoals een gesprekspartner het formuleert: "Meer mensen naar de zorg begeleiden heeft weinig zin als 'de achterdeur' wagenwijd openstaat". Ook dit is een vorm van capaciteitsplanning: met meer behoud moet de capaciteit beter worden benut of uitgebreid.

Ook hier is een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt van belang. Zorgpersoneel moeten in hun opleiding worden klaargestoomd voor een carrière in de zorg. Dit vraagt erom dat zij de juiste vaardigheden ontwikkelen, goed worden begeleid en een realistisch beeld ontwikkelen van wat werken in de zorg in de praktijk behelst. De regionale samenwerking die via **Koersen op Kansen** wordt gestimuleerd, moet hieraan bijdragen. Daarnaast moet de subsidieregeling Sterk in je Werk aan de hand van gratis loopbaanoriëntatie en -begeleiding, zorgmedewerkers verder helpen in hun professionele ontwikkeling.

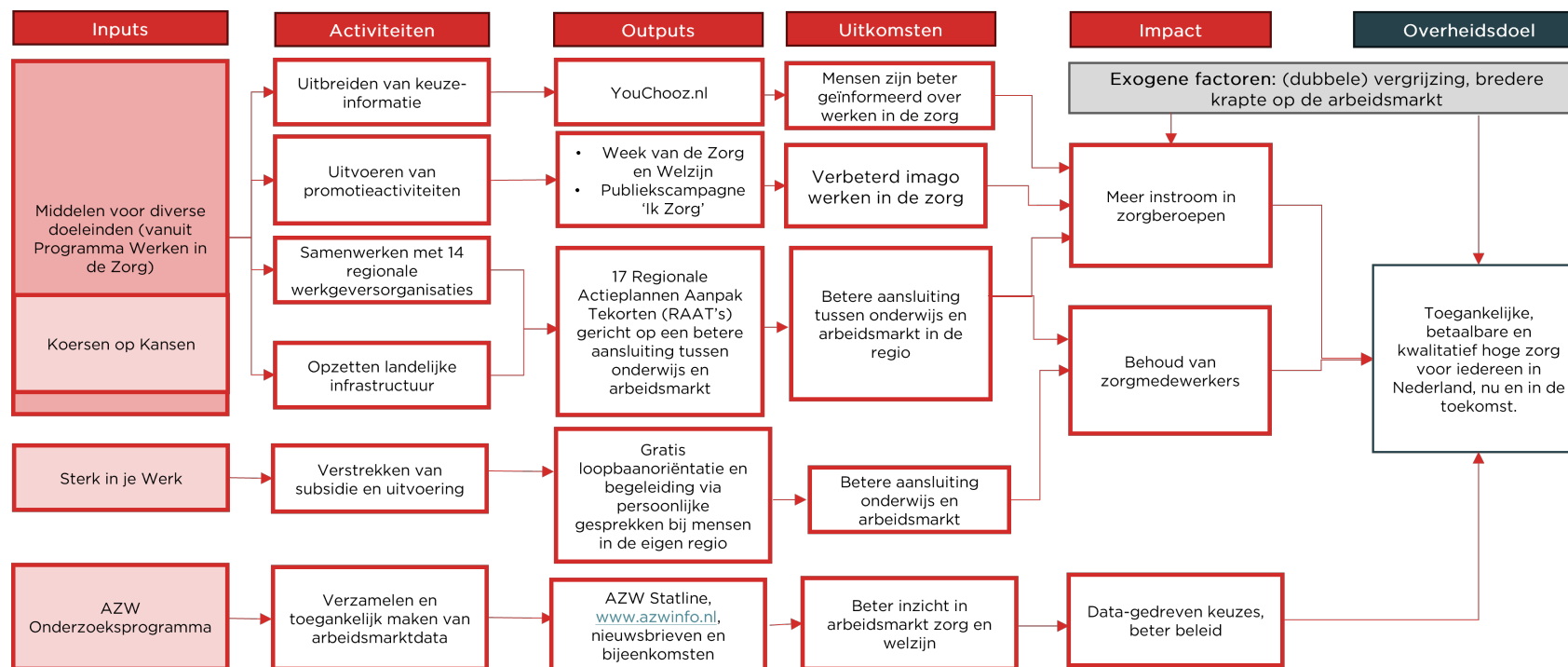
Meer inzicht

Een voorbeeld van hoe de overheid invulling geeft aan betere informatievoorziening is het **AZW-onderzoeksprogramma**. Dit programma verzamelt en bundelt actuele data over werkgelegenheid, instroom, uitstroom en scholing in zorg en welzijn. De informatie wordt beschikbaar gemaakt via onder andere AZW Statline, het prognosemodel en interactieve dashboards. Daarnaast biedt het programma verdiepende producten zoals scenarioverkenningen, longreads en infographics. Deze informatie helpt beleidsmakers, werkgevers en werknemers om beter onderbouwde keuzes te maken over opleiding, instroom en behoud van personeel. Ook draagt het AZW-programma bij aan het verbeteren van capaciteitsplanning, doordat het trends en regionale verschillen zichtbaar maakt.

Exogene factoren

De doeltreffendheid en doelmatigheid van arbeidsmarktregelingen wordt mede beïnvloed door factoren buiten het directe bereik van het beleid. Demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en beroepsbevolking, bepalen in belangrijke mate de omvang en samenstelling van de zorgvraag én het beschikbare arbeidspotentieel. Ook technologische ontwikkelingen, zoals digitalisering en robotisering, hebben gevolgen voor de aard van zorgwerk en de gevraagde vaardigheden. Verder spelen conjuncturele schommelingen en ontwikkelingen op andere arbeidsmarkten een rol in de mate waarin de zorgsector aantrekkelijk is voor nieuwe instroom of behoud. Deze factoren vormen samen de beleidscontext waarbinnen regelingen opereren en kunnen zowel een beperkende als versterkende invloed hebben op de werking ervan.

Figuur 5.2 Beleidstheorie arbeidsmarktregelingen 2016-2021



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025).

5.2.2 Tweede tijdvak (2022-2024)

Instrumenten

- Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
- IZA (Onderdeel H: arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals)
- Samen Regionaal Sterk 2020 - 2024
- Veerkracht en Zeggenschap
- Het Potentieel Pakken voor contractuitbreiding
- AZW Onderzoeksprogramma
- Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden

Beleidstheorie

Vanaf 2022 ging het overkoepelende programma **Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)** van start. Dit programma was de opvolger van het programma Werken in de Zorg. De vorige paragraaf beschreef de koerswijzigingen die met het programma werden ingezet: meer nadruk op het beheersen van de vraag (in plaats van het verhogen van het aanbod), en meer nadruk op het equiperen van het veld (in plaats van een actieve rol voor de overheid).

Voor het deel over de arbeidsmarkt beschrijven we twee thema's van het programma:

- Innovatieve werkvormen: het anders organiseren van het zorgproces met behulp van sociale en technologische arbeidsbesparende innovaties.
- Behoud van medewerkers: door goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier.

De uitvoering van het programma gebeurde langs verschillende prioritaire lijnen (Figuur 5.3). Per programmalijn is een kerngroep opgericht, met vertegenwoordigers van verschillende partijen uit het veld. Binnen de kerngroepen werden afspraken gemaakt en activiteiten uitgevoerd om de verschillende thema's gezamenlijk op te pakken. Met deze opzet werd invulling gegeven aan het voornemen van VWS om veldpartijen een actieve en sturende rol te geven in de uitvoering van het arbeidsmarktbeleid. Vanuit het programma TAZ werd vanuit VWS jaarlijks 130 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Innovatief werken

In TAZ werd innovatief werken gezien als een voorwaarde voor het toekomstbestendig maken van de zorg. De kern van de beleidstheorie is dat de zorgvraag blijft stijgen, terwijl de personele capaciteit niet mee kan groeien. Daarom is het nodig om het werk anders te organiseren en technologie in te zetten om tijd en ruimte vrij te maken voor zorg die alleen door mensen gedaan kan worden.

Binnen de lijn Sociale en technologische innovatie werd gewerkt aan het versnellen van innovatief werken door bewezen digitale en hybride zorgprocessen breder in te voeren. Hiervoor ontwikkelde het ZN Kenniscentrum Digitale Zorg een menukaart met arbeidsbesparende toepassingen, zoals telemonitoring en slimme incontinentiezorg. Daarnaast werd ingezet op het actief betrekken van zorgmedewerkers bij innovaties. RegioPlus en VGN organiseerden hiervoor workshops, en in subsidieregelingen is het betrekken van personeel een voorwaarde. In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat deze aanpak past bij de rol van de overheid om innovatie te stimuleren die zonder overheidssimulans moeilijk van de grond. Dit kan komen doordat zorgaanbieders de baten

van innovatie moeilijk naar zich toe kunnen halen of door de heersende norm dat méér zorg per definitie beter is, waardoor men terughoudend is met het implementeren van nieuwe technologie.

Ook zijn regionale innovatielabs opgezet waar medewerkers nieuwe technologieën kunnen testen. Ook is er aandacht voor het versterken van digitale vaardigheden, onder andere via de Coalitie **Digivaardig in de Zorg** en aanpassingen in zorgonderwijs. Zo wordt tijd en ruimte gecreëerd voor anders werken.

Het programma (**Ont**)**Regel de Zorg** speelde daarnaast een belangrijke rol. Vanuit deze aanpak wordt gewerkt aan het verminderen van onnodige administratie en registratielast. Dat gebeurt bijvoorbeeld door in kaart te brengen welke regels en eisen zorgmedewerkers als belastend ervaren, en door in gesprek te gaan met organisaties over het schrappen of aanpassen van die regels. Het programma speelt daarmee in op een belangrijk niet-financieel motief in het arbeidsmarktbeleid: werkplezier. Minder regeldruk draagt bij aan behoud van personeel, doordat ervaren werkdruk afneemt en professionals meer ruimte krijgen voor hun kerntaken.

Aanvullend richt **Onderdeel H van het Integraal Zorgakkoord (IZA): Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals** zich op een vermindering van de zorgvraag, onder andere via preventie, zelfzorg en technologische innovaties. Daarnaast wordt ingezet op het efficiënter organiseren van de zorg, meer uren werken stimuleren en de opleidingscapaciteit uitbreiden.

Behoud van medewerkers

Vanaf 2022 wordt behoud niet langer gezien als een kwestie van individuele motivatie of tevredenheid, maar als een systeemverandering binnen organisaties. De kern van de beleidstheorie is dat behoud van personeel structureel versterkt kan worden als zorgorganisaties anders ingericht worden: met meer zeggenschap, gezond en veilig werk, ruimte voor ontwikkeling, het aantrekkelijker maken van werken in loondienst en ruimte voor werk dat betekenisvol en uitvoerbaar is. Hoewel goed werkgeverschap primair een taak is voor werkgevers zelf, kan de overheid met informatievoorziening en normering wel de randvoorwaarden scheppen om goed werkgeverschap mogelijk te maken.

Een belangrijk onderdeel daarvan was de programmalijn *Ruimte voor behoud van medewerkers*, waarin goed werkgeverschap en professionele zeggenschap centraal stonden. Ook de subsidieregeling **Veerkracht en Zeggenschap** speelde hierin een rol. De subsidieregeling ondersteunde in 2023 136 zorgorganisaties financieel om binnen de eigen organisatie met zeggenschap aan de slag te gaan.

Zorgmedewerkers werken meer uren

Een andere manier om met dezelfde hoeveelheid zorgmedewerkers meer zorg te verlenen, is door het aantal uur per medewerker te verhogen. Het gaat dus niet om nieuwe instroom, maar om uitbreiding van het aantal gewerkte uren binnen de bestaande groep zorgmedewerkers. Een voorbeeld is een parttimer die besluit om meer uren per week te gaan werken. Dit kan bijvoorbeeld doordat roosters beter aansluiten op de privésituatie, doordat extra uren beter beloond worden, of doordat kinderopvang beter geregeld is. Ook het actief aanbieden van contractuitbreiding speelt hierbij een rol.

Het programma **Het Potentieel Pakken voor contractuitbreiding in de zorg** richtte zich op het creëren van de juiste omstandigheden voor contractuitbreiding in de zorg. Zorgmedewerkers kregen inzicht in hun financiële mogelijkheden via de WerkUrenBerekenaar, werden actief benaderd voor gesprekken over hun contractgrootte, en konden via sessies in teamverband en met hun leidinggevende aangeven wat zij nodig hadden om meer te kunnen werken.

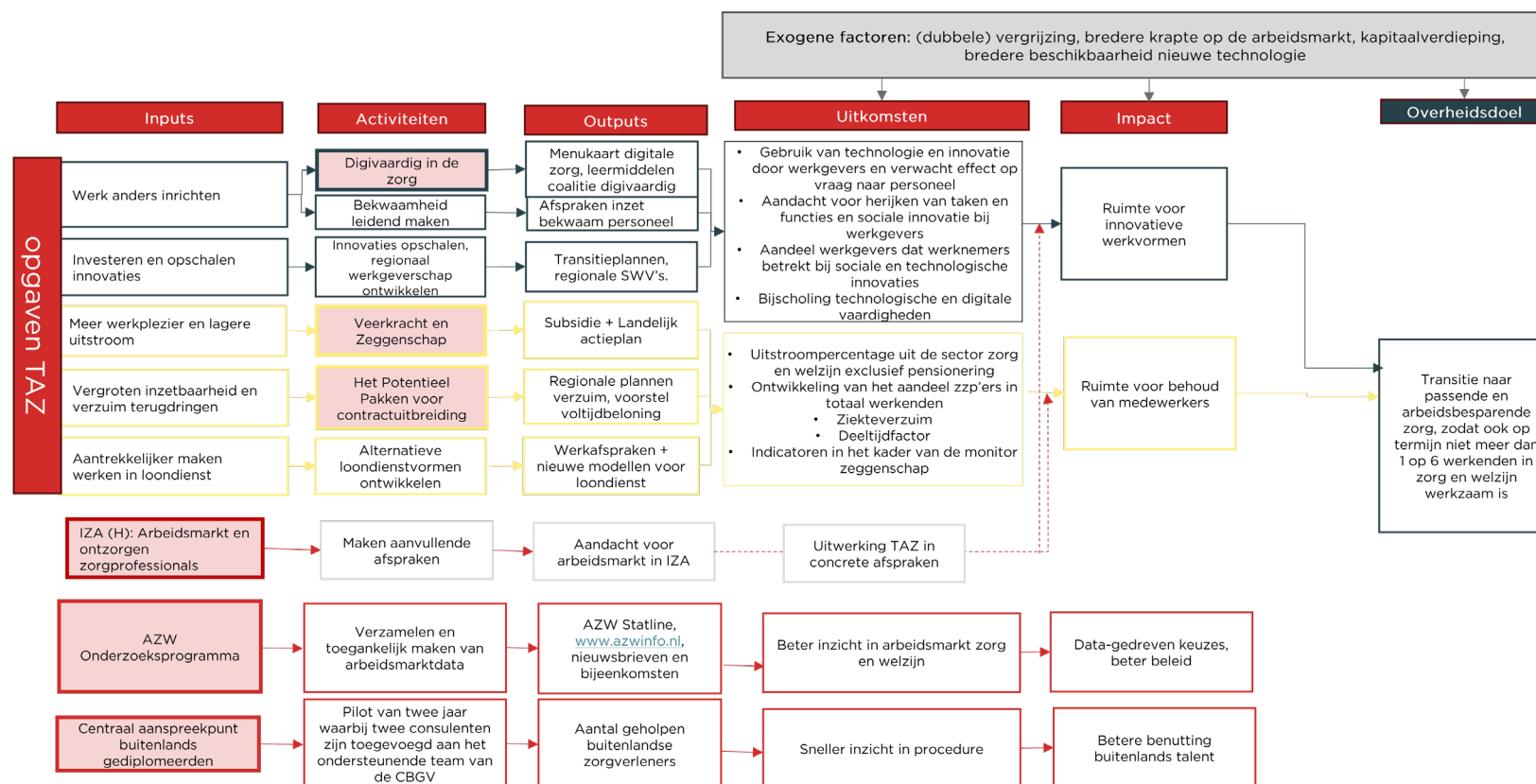
Meer inzicht

Naast het AZW-onderzoeksprogramma (beschreven in Paragraaf 5.1) is een ander voorbeeld van gerichte informatievoorziening het **Centraal aanspreekpunt voor buitenlands gediplomeerden**. Dit initiatief ondersteunt mensen met een buitenlands zorgdiploma bij het vinden van hun weg naar de Nederlandse arbeidsmarkt. De consulenten geven uitleg over de erkenningsprocedure, verwijzen door naar relevante instanties en geven inzicht in mogelijke vervolgstappen richting werk of scholing. Ook helpen zij om verwachtingen over de duur en inhoud van de procedure duidelijk te maken. Deze ondersteuning verkleint informatieachterstanden en vergroot de kans op een succesvolle toetreding tot de zorgarbeidsmarkt. Zo draagt het aanspreekpunt bij aan beter gebruik van beschikbaar arbeidspotentieel.

Exogene factoren

De exogene factoren die de doeltreffendheid van arbeidsmarktregelingen tot en met 2021 beïnvloedden, zijn ook voor het tweede tijdvak relevant. Daarnaast zijn er meer technologische mogelijkheden ontstaan, zoals digitale hulpmiddelen en kunstmatige intelligentie. Die kunnen helpen om het werk anders te organiseren, maar vragen ook om andere vaardigheden

Figuur 5.3 Beleidstheorie arbeidsmarktregelingen 2022-2024



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025).

6 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de regelingen

De meeste opleidingsregelingen in de zorg zijn potentieel dan wel waarschijnlijk doeltreffend. Daarentegen zijn de meeste subsidieregelingen voor het opleiden waarschijnlijk niet of matig doeltreffend. Over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de arbeidsmarktregelingen kunnen we geen oordeel vellen. Er zijn namelijk geen systematische effectevaluaties beschikbaar die hier duidelijkheid over verschaffen.

In dit hoofdstuk bespreken we de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verschillende regelingen. Paragraaf 6.1 gaat in op de taxatie van de empirische evidentie van de beleidsevaluaties die zijn uitgevoerd ten aanzien van de verschillende regelingen. Paragraaf Bron: gaat in op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de opleidingsregelingen en Paragraaf 6.3 van de arbeidsmarktregelingen. Tot slot bespreken we in Paragraaf 6.4 de doeltreffendheid en doelmatigheid van het instrumentarium als geheel.

Voor de definities van doeltreffendheid en doelmatigheid sluiten we aan bij de Handreiking Periodieke Rapportage (ministerie van Financiën, 2025). Onder doeltreffendheid verstaan we de mate waarin de beleidsdoelstelling dankzij de inzet van de onderzochte beleidsinstrumenten wordt gerealiseerd. Onder doelmatigheid verstaan we de mate waarin het optimale effect tegen zo min mogelijk kosten wordt gerealiseerd. Bovendien verstaan we onder doelmatigheid de mate waarin het optimale effect tegen zo min mogelijk ongewenste neveneffecten wordt bewerkstelligd. We trachten de mate van doelmatigheid zo goed mogelijk te beoordelen. Hiervoor zijn we echter afhankelijk van de beschikbare informatie uit beleidsevaluaties. Wanneer hierin (een deel) van de doelmatigheid in de betreffende evaluatie niet aan bod komt (bijvoorbeeld de uitvoeringskosten), kunnen we dit niet meenemen in onze beoordeling.

Verder beoordelen we de verschillende regelingen op doeltreffendheid en doelmatigheid binnen de context van de zorg: verlichten zij op een doelmatige wijze de bestaande knelpunten op de zorgarbeids- en opleidingsmarkt? Beantwoording van de vraag in hoeverre het effectiever en doelmatiger het is om hierop zorgspecifiek beleid te voeren in plaats van generiek scholings- en arbeidsmarktbeleid (denk bijvoorbeeld aan LLO-beleid), valt buiten de scope van dit onderzoek. We zien dit als een interessant thema voor vervolgonderzoek.

6.1 Taxatie van de empirische evidentie

We gebruiken bestaande beleidsevaluaties om een oordeel over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verschillende regelingen te kunnen vellen. Het is van belang dat de bewijskracht van beleidsevaluaties zo groot mogelijk is en dat duidelijk is hoe 'hard' conclusies zijn. De **effectladder** is een instrument om dit vast te stellen. Elk van de evaluaties krijgt een individuele score: het niveau op de effectladder dat in het onderzoek bereikt is.³⁰

³⁰ Zie ook Commissie Ter Weel, *Durf te leren, ga door met meten* (2022), 7-8.

We maken hierbij onderscheid naar vijf niveaus, zoals weergegeven in Tabel 6.1 (Koeman en Koopmans, 2019). Ook maken we onderscheid naar beleidsevaluaties van in 2016 of daarvoor en beleidsevaluaties daarna. Zo maken we inzichtelijk wat er sinds de voorgaande beleidsdoorlichting aan bewijskracht is bijgekomen.

Tabel 6.1 De effectladder laat zien hoe 'hard' de bewijskracht van evaluatieonderzoek is

Niveau	Zeggenschap	Soorten onderzoek
5: causaal	Bewezen (in)effectief	Randomized Control Trials (RCTs), Natuurlijke experimenten, State-of-the-art econometrie
4: plausibel causaal	Zeer waarschijnlijk (in)effectief	Triangulatie: combinatie van beleidstheorie, empirisch onderzoek en alternatieve verklaringen
3: indicatief	Waarschijnlijk (in)effectief	Meta-analyses, tijdreeksanalyse zonder paneldata, cross-sectie analyse, aantonen doelrealisatie, gedragsverandering of trends
2: veelbelovend	Potentieel (in)effectief	Kwalitatieve uitspraken, theoretische analyses, theoretische modellen, beleidstheorie opstellen, expert judgement
1: Descriptief	Mogelijk (in)effectief	Beschrijving doel, doelgroep en interventie

Bron: Koeman & Koopmans, 'De kwaliteit van beleidsdoorlichtingen', Beleidsonderzoek Online juli 2019

6.1.1 Opleidingen

Tabel 6.2 toont de scores op de effectladder voor de opleidingsregelingen. We maken hierbij onderscheid tussen de kennis tot 2016 en de kennis na 2016. Zo maken we inzichtelijk wat er sinds de voorgaande beleidsdoorlichting aan bewijskracht is bijgekomen. We sorteren de regelingen naar financiële omvang, waarbij de meest omvangrijke regeling bovenaan staat en de minst omvangrijke regeling onderaan. In Bijlage B verantwoorden we de scores per regeling.

De tabel laat zien dat het merendeel van de evaluaties tussen de 2 ('veelbelovend') en 3 ('indicatief') scoort. Hiermee kan beoordeeld worden of een regeling potentieel of waarschijnlijk (in)effectief is. De meeste studies bevatten namelijk interviews en documentstudies waarmee een beleidstheorie is opgesteld. Ook bevatten deze studies analyses van tijdsreeksen of enquêtes die zijn uitgezet onder de doelgroep.

De evaluatie van de Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan en het Stagefonds scoren hoger. Deze studies voldoen aan het predicaat 'plausibel causaal'. Dit geeft aan dat de bewijskracht van de onderliggende studies hoog is, waardoor de gevonden effecten met grote zekerheid kunnen worden geïnterpreteerd.

Tabel 6.2 De scores op de effectladder voor de opleidingsregelingen liggen veelal tussen de 2 en 3

	Score effectladder	
	Kennis in 2016	Kennis in 2025
Beschikbaarheidsbijdrage	2/3	2/3
Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen	2	2
Stagefonds	2/3	4
SectorplanPlus	n.v.t.	2/3
Instellingssubsidie artsen M+G SBOH	2/3	2/3

Subsidie opleidingen tot ANP en PA	2/3	2/3
Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ	n.v.t.	2/3
Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B	2/3	2/3
Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan	n.v.t.	4
Subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling	2/3	2/3

Toelichting: N.v.t. betekent dat de regeling in 2016 nog niet bestond of dat de regeling destijds nog niet was geëvalueerd

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025) o.b.v. bestaande beleidsevaluaties

We zien weinig verschil in de scores tussen de jaren. Daar kunnen grofweg twee oorzaken voor zijn. Ten eerste kan het zijn dat er in de betreffende evaluatieperioden geen onderzoek is uitgevoerd waarbij methoden zijn toegepast die een hogere mate van bewijskracht zouden opleveren. Ten tweede kan het zijn dat het beleid zodanig is vormgegeven dat evaluatie op een hoger niveau van bewijskracht eenvoudigweg niet mogelijk is – bijvoorbeeld doordat er geen concrete doelstellingen zijn geformuleerd of omdat er geen monitoring van relevante indicatoren plaatsvindt.

6.1.2 Arbeidsmarkt

Net als bij het beleid t.a.v. opleiden hebben we ook gekeken naar hoeveel empirisch bewijs er beschikbaar is over de (in)effectiviteit van beleid aangaande de arbeidsmarkt. Daarbij gebruiken we dezelfde methode als bij opleiden: we beoordelen het bewijs op 'hardheid' met behulp van de effectladder. Tabel 6.3 laat zien hoe stevig de conclusies zijn op basis van het gebruikte onderzoek. Het AZW onderzoeksprogramma scoort het hoogst op de effectladder met een score tussen de 2 en 3. Voor twee regelingen beperkt het bewijs van hardheid van de effecten zich tot een minimale score (1). De overige regelingen scoren een 2: **veelbelovend/potentieel (in)effectief**.³¹

Zo zijn er minder evaluaties uitgevoerd dan voor de opleidingsregelingen, en de evaluaties die er bestaan zijn vaak kwalitatief van aard of gebaseerd op algemene indicatoren zoals het aantal deelnemers of tevredenheid. Er is zelden onderzocht wat het beleid daadwerkelijk heeft opgeleverd in termen van bijvoorbeeld behoud van personeel, vermindering van uitstroom of duurzame inzetbaarheid.

Opvallend is dat in de vorige beleidsdoorlichting (Ecorys & SEOR, 2016) wél is aanbevolen om beter te meten wat de effecten zijn van arbeidsmarktmaatregelen, maar dat deze aanbeveling blijkbaar niet is opgevolgd. Veel regelingen zijn niet geëvalueerd (in klassieke zin, dus het in kaart brengen van doeltreffendheid en doelmatigheid), en er is weinig zicht op of en hoe ze bijdragen aan de beoogde doelen. Dit geldt bijvoorbeeld voor initiatieven rond duurzame inzetbaarheid en voor regionale samenwerking zoals RAAT en TAZ.

Een mogelijk verklaring voor het gebrek aan effectmetingen is dat er – vooral in de periode vanaf 2022 – weinig concrete acties zijn ondernomen. Het idee was juist dat het veld zélf aan zet was. Hierdoor zijn minder duidelijke ingrepen gepleegd die ook goed te volgen zijn in data. Juist doordat het beleid zo breed en procesmatig is ingestoken, is het lastiger om te bepalen wat de bijdrage van specifieke instrumenten is geweest. Een tweede mogelijke verklaring zijn de politieke wisselingen, die er bijvoorbeeld voor hebben gezorgd dat het Programma TAZ vroegtijdig is stopgezet. Dit beperkt ook de mate waarmee regelingen kunnen worden geëvalueerd.

³¹ Een lage score op de effectladder betekent overigens niet dat een regeling per definitie ineffectief is of is geweest. De effectladder zegt alleen iets over de mate waarin op basis van het beschikbare empirische bewijs kan worden vastgesteld of een regeling effectief is (geweest), niet over de effectiviteit zelf.

Tabel 6.3 Voor de arbeidsmarktregelingen zijn de scores op effectladder laag

Instrument	Score effectladder	
	2016	2025
Programma werken in de zorg		2
Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn		2
IZA arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals		2
Koersen op Kansen 2016 - 2019		2
Samen Regionaal Sterk 2020 - 2024		2
Loopbaan coaching: Sterk in je Werk		2
Impact het Potentieel Pakken op contractuitbreiding		1
Veerkracht en Zeggenschap (subsidie + landelijk actieplan)		n.v.t.
Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden		1
AZW onderzoeksprogramma	2	2/3
Digivaardig in de zorg		2

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

6.2 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de opleidingsregelingen

In deze paragraaf bespreken we de doeltreffendheid en doelmatigheid van de opleidingsregelingen. Tabel 6.4 gebruikt bestaande evaluaties voor een oordeel over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid. Deze zijn ingedeeld met behulp van een 5-punts Likert schaal waar een één voor absoluut niet doeltreffend/doelmatig staat, een drie voor matig doeltreffend/doelmatig (neutraal) en een vijf voor zeer doeltreffend/doelmatig. In de laatste kolom van de tabel voegen we daarbij ook de score van de beleidsevaluatie op de effectladder toe, zie de voorgaande paragraaf. Zo geven we aan of de doeltreffendheid/doelmatigheid (1) mogelijk, (2) potentieel, (3) waarschijnlijk, (4) zeer waarschijnlijk of (5) bewezen of een combinatie van deze scores is. Een regeling kan als doeltreffend en/of doelmatig worden beoordeeld op basis van de bestaande evaluatie, ook al is de bewijslast laag. In dit geval beschrijven we de regeling als 'mogelijk' of 'potentieel' (score 1 en 2 op de effectladder) doeltreffend en/of doelmatig.

Het algemene beeld is dat het merendeel van de regelingen doeltreffend en (matig) doelmatig is. Slechts enkele regelingen zijn niet doeltreffend en/of doelmatig. Onderstaand gaan we dieper in op de scores per regeling, waarbij we eerst de financieel omvangrijkste regelingen behandelen.

Tabel 6.4 Het merendeel van de regelingen is potentieel/waarschijnlijk doeltreffend en (matig) doelmatig

Regeling	Doeltreffendheid	Doelmatigheid	Effectladder
Beschikbaarheidsbijdrage	4: doeltreffend	3: matig doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen	3: matig doeltreffend	2: niet doelmatig	2: potentieel
Stagefonds	2: niet doeltreffend	2: niet doelmatig	4: zeer waarschijnlijk
SectorplanPlus	4: doeltreffend	3: matig doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Instellingssubsidie artsen M+G SBOH	3: matig doeltreffend	3: matig doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Subsidie opleidingen tot ANP en PA	4: doeltreffend	4: doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ	3: matig doeltreffend	3: matig doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis	4: doeltreffend	4: doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk
Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan	4: doeltreffend	4: doelmatig	4: zeer waarschijnlijk
Subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling	4: doeltreffend	4: doelmatig	2/3: potentieel/waarschijnlijk

Toelichting: de mate van doeltreffendheid/doelmatigheid baseren we op de 5-punts Likert schaal. Hierin maakt men onderscheid naar de volgende niveaus:

- (1)** Absoluut niet doeltreffend/doelmatig.
- (2)** Niet doeltreffend/doelmatig.
- (3)** Matig doeltreffend/doelmatig.
- (4)** Doeltreffend/doelmatig.
- (5)** Zeer doeltreffend/doelmatig.

Verder voegen we de score op de effectladder toe door aan te geven of de doeltreffendheid/doelmatigheid (1) mogelijk, (2) potentieel, (3) waarschijnlijk, (4) zeer waarschijnlijk of (5) bewezen of een combinatie van deze scores is.

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025) o.b.v. bestaande beleidsevaluaties

Beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage is **potentieel/waarschijnlijk doeltreffend**. Het is aannemelijk dat (medische) vervolgoopleidingen zonder aanvullende bekostiging niet of onvoldoende tot stand komen. Besteding van publieke middelen aan deze zorgfuncties is dus vanuit maatschappelijk belang goed te rechtvaardigen. Geïnterviewden in de beleidsevaluatie van SiRM (2025) geven aan dat op globaal niveau de beschikbaarheidsbijdragen voor (medische) vervolgoopleidingen doeltreffend zijn.

De beschikbaarheidsbijdrage is **potentieel/waarschijnlijk matig doelmatig**. Het instrument geeft zorgaanbieders vooraf financiële zekerheid en is daardoor een aantrekkelijke regeling. Tegelijkertijd valt door deze regeling zorg buiten de zorginkoopmarkt, omdat de zorgverzekeraar in de inkoop of sturing van deze zorg geen rol meer heeft. Doordat er geen concurrentie op de zorginkoopmarkt is en de inkomsten gegarandeerd zijn, zijn **de prikkels vanuit de inkoop voor efficiëntie en innovatie klein**. Er zijn daarnaast overigens wel externe prikkels die efficiëntie en innovatie alsnog stimuleren, denk hierbij aan arbeidsmarktkrapte.

Bovendien kan de beschikbaarheidsbijdrage leiden tot **ongewenste neveneffecten**. De subsidie is gelijk voor elk (medisch) specialisme. Dat terwijl de kosten (en baten) sterk kunnen verschillen per opleiding, zo blijkt uit het ESB-artikel van de NZa (2025) voor specifiek de msz-opleidingen. Voor andere deelsectoren en opleidingen gelden andere bedragen. Een van de wettelijke voorwaarden van de beschikbaarheidsbijdrage is dat het een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding betreft. Dit betekent dat zorgaanbieders gemiddeld genomen geen kosten meer dragen, terwijl ze waarschijnlijk wel profiteren van de opgeleide zorgprofessionals die voor hen blijven werken en ook tijdens hun opleiding productie genereren. Het uitgangspunt van kostendekkendheid leidt daarmee tot matige doelmatigheid.³² Verder is er een risico op over- of ondercompensatie. Wanneer de beschikbaarheidsbijdrage de kosten zou overcompenseren, kan dit gebruikers een concurrentievoordeel opleveren ten opzichte van niet-gebruikers, doordat zij lagere tarieven kunnen aanbieden voor andere zorg. Daarnaast zouden zorgaanbieders met gegarandeerde financiering (regionale) marktmacht kunnen ontwikkelen op de zorginkoopmarkt, aangezien zorgverzekeraars niet om deze aanbieders heen kunnen.

Het risico op ongewenste neveneffecten is het grootst bij twee typen beschikbaarheidsbijdragen, waaronder de beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgoopleidingen (SIRM, 2025). Dit risico wordt versterkt doordat het om grote bedragen gaat: in 2024 bedroeg de totale omvang van beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgoopleidingen €1,8 miljard per jaar. De kans op ongewenste neveneffecten neemt toe wanneer zorgaanbieders naast deze gesubsidieerde zorgfuncties ook reguliere zorg leveren, deze functies elkaar overlappen en onzekerheid bestaat tussen bijdrage en werkelijke kosten. Hierdoor is het onderscheid tussen gesubsidieerde en regulier bekostigde activiteit moeilijk te maken. Zo blijkt het ook complex om kostenonderzoek uit te voeren voor (medische) vervolgoopleidingen.

Opleidende zorgaanbieders rapporteren sterk uiteenlopende cijfers over de begeleidingskosten en de opbrengsten van artsen in opleiding, zo blijkt uit recent kostenonderzoek van de NZa (2025). Hierdoor is het lastig is om een betrouwbaar en vergelijkbaar beeld te schetsen. Daarbij beschikt de NZa niet over directe informatie over begeleidingstijd van opleiders en specialisten, maar is zij afhankelijk van door instellingen aangeleverde informatie. Normering daarvan vereist bovendien een zorgvuldige onderbouwing conform de eisen van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen

De Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen is **potentieel matig doeltreffend**. De KiPZ-regeling wordt door zorginstellingen als essentieel beschouwd voor het opleiden van personeel, omdat deze kosten niet volledig uit eigen middelen kunnen worden gefinancierd. De subsidie wordt niet gezien als een extraatje, maar als een noodzakelijke post binnen de begroting. De regeling draagt bij aan de kwaliteit van zorgpersoneel door hen beter voor te bereiden op de toenemende complexiteit van zorg. Dit leidt tot betere patiëntenzorg. Daarnaast wordt KiPZ ingezet om personeel te binden en te boeien via opleidingen en trainingen voor persoonlijke ontwikkeling en innovaties in de zorg. Echter wordt de subsidie grotendeels gebruikt voor het onderhouden van kennis en vaardigheden, waar de regeling bedoeld is voor een kwaliteitsimpuls (Berenschot, 2022).

Het nauwkeurig meten van de effecten van de KiPZ-regeling gebeurt echter nauwelijks, omdat meerdere contextfactoren hierop van invloed zijn. Instellingen formuleren vaak doelstellingen vooraf en evalueren achteraf in hoeverre deze zijn behaald. Voor een betere evaluatie wordt aanbevolen om handvatten te bieden voor het monitoren van opleidingsresultaten en modellen te gebruiken die de impact inzichtelijk maken.

³² Zie bijv. ook Varkevisser et al., 2007. Opleiden medisch specialisten moet transparanter.

Positieve neveneffecten van de regeling zijn een verhoogde opleidingsbereidheid, professionalisering van organisaties en meer samenwerking tussen instellingen (Berenschot, 2022). De regeling vergroot de zichtbaarheid van opleiden en trainen en stimuleert een strategischere aanpak bij het inzetten van opleidingsmiddelen. Hoewel de regeling doeltreffend is in het ondersteunen van strategisch opleiden, is het lastig te meten of dit daadwerkelijk strategisch gebeurt. De brede kaders geven instellingen de ruimte om de middelen naar eigen behoefte in te zetten, en daardoor worden vrijwel alle opleidingen en trainingen geaccepteerd. Hierdoor wordt de subsidie grotendeels gebruikt voor het onderhouden van kennis en vaardigheden, terwijl deze bedoeld is voor een kwaliteitsimpuls. Om de effectiviteit van de regeling beter te kunnen beoordelen, zou de doelstelling scherper geformuleerd moeten worden, met duidelijke kaders voor wat onder 'kwaliteitsimpuls' valt. Op dit moment stimuleert de regeling onvoldoende vernieuwing en visieontwikkeling op leren en ontwikkelen.

De Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen is **potentieel niet doelmatig**. Zo wordt de regeling namelijk grotendeels gebruikt voor het onderhouden van kennis en vaardigheden, waar de regeling bedoeld is voor een kwaliteitsimpuls. Daarnaast staat de doelmatigheid van de KiPZ-regeling staat onder druk door de administratieve last die instellingen ervaren (Berenschot, 2022). Ook in onze gesprekken met verschillende stakeholders en zorgaanbieders kwamen de hoge administratieve lasten naar voren. Het niveau (per individu) waarop moet worden gerapporteerd werd als lastig uitvoerbaar beschouwd. Aan subsidieregelingen zijn echter verantwoordingseisen verbonden waaraan voldaan moet worden, zowel door instellingen als door VWS. Van deze eisen kan niet zonder consequenties worden afgeweken; bij verlichting van de lasten zal controle lastiger zijn en staat direct de rechtmatigheid van de subsidieregeling ter discussie. Als de verantwoordingseisen die bij de subsidie horen als disproportioneel en onwenselijk worden gezien, is het zaak te onderzoeken hoe een alternatief doelmatig kan worden ingezet, met oog voor het geormerkte karakter van middelen voor leren en ontwikkelen.³³

Stagefonds

Het Stagefonds is **zeer waarschijnlijk niet doeltreffend**. De Algemene Rekenkamer (2022) concludeert dat het niet aannemelijk is dat de subsidie heeft geleid of zal leiden tot het bieden van meer stages dan zonder subsidie zou gebeuren. De belangrijkste belemmering hierbij is een gebrek aan begeleidingscapaciteit. Hierdoor draagt een vergoeding voor het aanbieden van stages weinig bij aan de oplossing van dit probleem. Onderzoek van I&O Research en Berenschot (2020) stelt ook dat het Stagefonds niet tot meer stages heeft geleid. Tegelijkertijd geven zorgaanbieders wel aan de subsidie als steun in de rug te ervaren. Dit komt ook naar voren in onderzoek van SiRM (2024). Geïnterviewde partijen geven in dit onderzoek aan dat het Stagefonds bijdraagt aan zijn doel. Gelet op de personeelsuitdagingen in de toekomst achten veldpartijen het van belang dat het Stagefonds niet wegvalt. Het belang van het Stagefonds horen we ook terug in onze gesprekken met stakeholders en zorgaanbieders.

Het Stagefonds is **zeer waarschijnlijk niet doelmatig**. Beleid dat niet doeltreffend is, is per definitie ook niet doelmatig. In de onderzoeken van I&O Research en Berenschot (2020) en SiRM (2024) spreken de zorgaanbieders daarentegen van een regeling met weinig administratieve lasten.

³³ In 2025 is de regeling opgevolgd door Subsidieregeling Strategisch Opleiden MSZ (Beslisnota bij Kamerbrief Subsidieregeling Strategisch Opleiden MSZ, oktober 2024). De KIPZ-regeling werd als onrechtmatig beschouwd vanwege het grote risico op ongeoorloofde staatsteun. De nieuwe regeling kent in vergelijking met de KIPZ als belangrijkste verschil dat deze in overeenstemming is met de staatsteunregels. Dit houdt onder andere in dat de subsidie maximaal 50% van de subsidiabele kosten bedraagt, waardoor de ontvangers, de zorginstellingen, zelf de andere 50% van de kosten moeten dragen (cofinanciering).

SectorplanPlus

SectorplanPlus is **potentieel/waarschijnlijk doeltreffend**. Het doel van SectorplanPlus was om een impuls te geven aan opleidingsactiviteiten in de zorg- en welzijnssector. Uit onderzoek van Bureau Bartels (2024) kwam naar voren dat dit succesvol is gebleken, met een sterke groei in het aantal scholingstrajecten (250.000). Een meerderheid van de werkgevers (60%) geeft aan dat zij zonder deze subsidie minder personeel hadden kunnen opleiden. Ook werkgevers die sowieso zouden opleiden, erkennen dat de subsidie een stimulerende en faciliterende rol speelt. De financiële ondersteuning wordt door werkgevers als de grootste meerwaarde van de regeling gezien, vooral vanwege de grote (toenemende) personeelstekorten in de sector.

Verder is het effect op instroom en behoud van personeel moeilijk meetbaar, omdat werkgevers dit niet altijd apart bijhouden en de invloed van SectorplanPlus moeilijk los te zien is van andere initiatieven. Desondanks ervaren veel werkgevers duidelijke voordelen:

- 50% kon meer nieuwe medewerkers opleiden.
- 35% kon nieuwe medewerkers beter opleiden, met een betere aansluiting op de organisatie.

Verder geven werkgevers aan dat SectorplanPlus heeft bijgedragen aan de verbetering van het leerklimaat en de kwaliteit van praktijk- en werkbegeleiding.

Over effecten voor zittende medewerkers zijn de werkgevers eveneens positief:

- 41% kon meer medewerkers opscholen.
- 30% heeft medewerkers beter kunnen behouden.
- 30% heeft uitstroom kunnen beperken.
- 21% zag versterking van kwaliteiten van medewerkers.

SectorplanPlus heeft organisaties geholpen aantrekkelijker te worden als werkgever (48%), de kwaliteit van de zorg te verbeteren (45%) en het werkplezier van medewerkers te vergroten (25%). Zo geven werkgevers aan dat ze scholing een belangrijk middel vinden om medewerkers goed toe te rusten en om hen mogelijkheden tot ontwikkeling te bieden. Dit helpt de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook leidt dit tot meer werkplezier. De regeling heeft niet alleen bijgedragen aan scholing, maar ook bredere positieve effecten gehad binnen organisaties.

Werkgevers gaven aan de regeling te waarderen vanwege de brede inzetbaarheid, zowel voor diverse doelgroepen als opleidingen. De mogelijkheid om ook in te zetten op behoud maakt SectorplanPlus uniek ten opzichte van andere subsidies. De lange looptijd bood daarnaast zekerheid bij opleidingsplannen. Voor de toekomst zien werkgevers graag een vergelijkbare regeling voortgezet, zowel in thema's (behoud en instroom) als in de uitvoering (portaal en regionale ondersteuning).

SectorplanPlus is **potentieel/waarschijnlijk matig doelmatig**. De doelmatigheid van de regeling is moeilijk te bepalen, aangezien er geen concrete doelstellingen op dit punt zijn geformuleerd. Wel maken de uitvoeringskosten maar zo'n 4% uit van de totale kosten. Dit is relatief weinig ten opzichte van andere subsidietrajecten bij de Rijksoverheid, waar dit percentage doorgaans tussen de 5% en 10% ligt.

De aanvraag- en verantwoordingsprocedure worden als slecht ervaren door een kwart van de organisaties, waaronder met name kleine organisaties. Het regionaal organiseren van de regeling via de regionale werkgeversorganisaties heeft echter wel een belangrijke meerwaarde en een stimulerend effect gehad.

Instellingssubsidie artsen M+G SBOH

De instellingssubsidie artsen M+G SBOH is **potentieel/waarschijnlijk matig doeltreffend**. Uit de evaluatie van Bureau Bartels (2025) blijkt dat het doel om tot een hogere instroom in de opleiding tot arts M+G³⁴ te komen niet wordt gerealiseerd. Of de gerealiseerde instroom tegemoet komt aan het doel van het ministerie van VWS om 'voldoende' instroom te realiseren is moeilijk te objectiveren. Als het beschikbare aantal opleidingsplaatsen een weergave zou zijn van de benodigde instroom, dan wordt ook die doelstelling niet behaald.

Respondenten geven aan het lastig te vinden om de oorzaak van de ineffectiviteit bij de instellingssubsidie te leggen. Het grootste probleem ligt volgens hen namelijk in het feit dat het moeilijk is om voldoende geïnteresseerde mensen te vinden om als arts in opleiding (aios) in te stromen. De arbeidsmarkt heeft te maken met krapte. Daarnaast heeft de sociale geneeskunde als extra nadeel dat het als vakgebied weinig bekendheid geniet. In de reguliere opleiding geneeskunde is er weinig aandacht voor deze specialisatie.

Daarnaast liggen aan de subsidie nog enkele inhoudelijke uitgangspunten ten grondslag. Zo zijn sinds 2019 het werkgeverschap en opleiderschap gescheiden. Alle aios zijn in dienst van SBOH (centraal werkgeverschap). De hieraan gerelateerde uitgangspunten/doelen zijn: 1) De instellingssubsidie en het daaraan gekoppelde centraal werkgeverschap zouden voordelen moeten opleveren voor de aios. Zo komt de opleiding meer centraal te staan en zou de kwaliteit versterkt worden. 2) De opleiders kunnen zich richten op het opleiden, doordat ze zich niet langer hoeven bezig te houden met arbeidszaken. 3) Centraal werkgeverschap levert schaalvoordelen op, wat leidt tot efficiëntiewinst.

Het centraal werkgeverschap biedt duidelijke voordelen voor aios. Op de vraag of het uitgangspunt is behaald dat het centraal werkgeverschap de opleidende partijen zou ontlasten en meer ruimte zou bieden om zich te concentreren op het opleiden, is minder eenduidig te beantwoorden. Daarover lopen de meningen namelijk uiteen. Het laatste uitgangspunt gaat over schaalvoordelen en meer efficiëntie van het centraal werkgeverschap. SBOH ziet een schaalvoordeel in het feit dat zij voor een veel bredere groep aios en opleidingen een werkgeversfunctie vervullen. Hierdoor hebben zij de benodigde organisatiestructuur en de expertise om dit op een efficiënte manier vorm te geven. Ook voor het ministerie van VWS werkt de constructie van het centraal werkgeverschap efficiënter. Ze hebben nu namelijk te maken met slechts één aanspreekpunt, in plaats van een groot aantal individuele werkgevers en verschillende opleidingsinstituten. De opleidingsinstituten ervaren echter niet het beoogde schaalvoordeel. Zij gingen uit van een toename van het aantal aios. Die stijging was nodig om de opleiding financieel rendabel te houden. Doordat die toename niet is gerealiseerd, komen zij (in de toekomst) financiële middelen te kort om op te leiden.

De instellingssubsidie artsen M+G SBOH is **potentieel/waarschijnlijk matig doelmatig**. Uit de evaluatie van Bureau Bartels (2025) komen verschillende knelpunten naar voren:

- 1) Het subsidiebedrag is ontoereikend voor de werkelijke kosten. Ook is er behoefte aan meer duidelijkheid over de valuteerbare arbeid³⁵.
- 2) De beoogde aantallen FTE en bijbehorende budgetten zijn per opleidingsprofiel en fase vastgelegd. Dit maakt het lastiger om te schuiven tussen verschillende profielen. Meer flexibiliteit kan voorkomen dat een gedeelte van het budget onbenut blijft, terwijl het voor een ander deel ontoereikend is.

³⁴ Het M+G profiel vertrouwensarts wordt door middel van een projectsubsidie gefinancierd en is daarom bij deze evaluatie buiten beschouwing gelaten.

³⁵ Onder valuteerbare arbeid wordt verstaan de arbeid die de aios gedurende de opleiding bij de opleidingsinstelling levert en zo bijdraagt aan de omzet van die betreffende instelling.

- 3) Het totale proces van aanvraag, toekenning en verstrekking duurt vrij lang. Opleidingsinstellingen en -instituten geven daarnaast aan behoefte te hebben aan rechtstreeks contact met VWS om bijvoorbeeld input te kunnen leveren over het aantal te subsidiëren plaatsen.

Subsidie opleidingen tot ANP en PA

De subsidie opleidingen tot ANP en PA is **potentieel/waarschijnlijk doeltreffend**. Dit blijkt uit onderzoek van KBA Nijmegen (2021). Doelen van de regeling zijn (1) een betere kwaliteit van zorg, (2) een beter carrièreperspectief voor mensen werkzaam in de zorg en (3) het opvangen van de benodigde banengroei en vergrijzing. Deze doelen worden nagestreefd met deze regeling door het subsidiëren van de opleiding van verpleegkundig specialisten en physician assistants die werkzaamheden van artsen kunnen overnemen. Buiten de vergrijzing helpt de subsidieregeling de gestelde doelen te realiseren.

De subsidie opleidingen tot ANP en PA is **potentieel/waarschijnlijk doelmatig**. Dit blijkt uit hetzelfde onderzoek van KBA Nijmegen. De subsidie is bedoeld als compensatie voor de kosten die de werkgever maakt doordat studenten een deel van hun werktijd besteden aan het volgen van de opleiding, terwijl ze gedurende deze periode salaris blijven ontvangen. Het volledige subsidiebedrag wordt hiervoor ingezet en niet voor bijvoorbeeld de bijkomende uitvoeringskosten die met de opleiding samenhangen. Daarnaast vergoedt de subsidie de kosten van de werkgever slechts deels. De werkgever draagt het merendeel van de kosten.

Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ

Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ is **potentieel/waarschijnlijk matig doeltreffend**. Uit de evaluatie van SIRM (2025) blijkt dat met de regeling in 2023 en 2024 842 BAZ-gecertificeerden zijn opgeleid. Het primaire doel van de regeling was het financieel faciliteren van ziekenhuizen om BAZ-gecertificeerden op te leiden. Hierbij werden geen specifieke aantallen geformuleerd. Het secundaire doel van de regeling is dat ziekenhuizen beter zijn voorbereid op volgende crises. SIRM concludeert dat het onduidelijk is of de regeling hierin voorziet. Dit komt doordat gecertificeerden niet vanzelfsprekend direct inzetbaar zijn bij nieuwe crises. Hiervoor is het op blijven doen van praktijkervaring in de acute zorg essentieel, maar dit is niet altijd mogelijk door personeelstekorten op reguliere afdelingen.

Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ is **potentieel/waarschijnlijk matig doelmatig**. Het opleiden van de BAZ-gecertificeerden is gedaan tegen reële kosten. Zodoende is het primaire doel op een doelmatige wijze behaald. In 2023 bleef de regeling onderbenut, onder meer door overschatting van het verwachte gebruik, knelpunten in het aanvraagproces en de late publicatie ervan. In 2024 zorgden een realistischere inschatting en meer duidelijkheid voor een hogere benutting en minder afwijzingen.

Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B

Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B is **potentieel/waarschijnlijk doeltreffend**. De effectiviteit van de regeling blijkt uit het feit dat in de afgelopen drie schooljaren een gemiddelde vaccinatiegraad van ongeveer 85% is gerealiseerd (SEOR, 2021). Sinds 2008 is dit percentage gestegen van circa 80% naar 85%. Bij de meeste onderwijsinstellingen ligt de vaccinatiegraad boven de 90%, terwijl slechts enkele instellingen onder de 60% blijven. Het merendeel is van mening dat de regeling bijdraagt aan het verhogen van de vaccinatiegraad. De coronapandemie in 2020 had bij twee derde van de instellingen invloed op het vaccinatieproces en bij een derde op de vaccinatiegraad, maar dit heeft niet geleid tot een significant lagere vaccinatiegraad.

Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B is **potentieel/waarschijnlijk doelmatig**. Zowel onderwijsinstellingen als stakeholders zijn overwegend tevreden over de regeling, de administratieve

verplichtingen en de contacten met het ministerie van VWS (SEOR, 2021). Onderwijsinstellingen geven gemiddeld een rapportcijfer van 8,2. Stakeholders waarderen eveneens de regeling, maar bij sommigen leeft onterecht het idee dat sprake is van een plafondregeling. Slechts enkele betrokkenen uiten ontevredenheid over het ontbreken van een specifieke opleiding binnen de regeling.

De instellingssubsidie Capaciteitsorgaan

De instellingssubsidie Capaciteitsorgaan is **zeer waarschijnlijk doeltreffend en doelmatig**. Uit eerder onderzoek van SEO (2020) blijkt dat het ramingsmodel goed functioneert, met slechts beperkte afwijkingen tussen de geraamde en daadwerkelijke aantallen zorgprofessionals. Deze resultaten suggereren dat de middelen effectief worden ingezet om betrouwbare capaciteitsramingen te produceren. Ook zijn de kosten voor uitvoering relatief beperkt in verhouding tot het belang van de uitkomst.

De subsidie opleidingen in een jeugd-ggz-instelling

De subsidie opleidingen in een jeugd-ggz-instelling is **potentieel/waarschijnlijk doeltreffend**. Zo draagt de regeling bij aan het realiseren van opleidingsplaatsen in de jeugd-ggz (KBA Nijmegen, 2025). Wel draagt het aantal opleidingsplekken in de jeugd ggz slechts beperkt bij aan de realisatie van de benodigde opleidingscapaciteit in de gehele ggz sector. Het ministerie van VWS bepaalt het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan. In de ggz is de vraag naar het aantal opleidingsplaatsen groter dan het aantal gesubsidieerde plaatsen, waardoor een aanzienlijk deel van de opleidingen ongesubsidieerd wordt aangeboden. Dit geldt ook voor opleidingen in de jeugd-ggz. In een gesprek met een jeugd-ggz-instelling hoorden we dit ook terug. Zo waren er meer studenten die een opleiding bij hen zouden willen volgen dan dat ze gesubsidieerde plaatsen hadden. Vanwege de hoge kosten van opleiden kunnen zij geen opleidingen ongesubsidieerd aanbieden.

De subsidie opleidingen in een jeugd-ggz-instelling is **potentieel/waarschijnlijk doelmatig**. De kosten om de regeling uit te voeren zijn klein. Zo zijn de administratieve lasten van de regeling klein en liggen de kosten voor DUS-i – de betreffende uitvoeringsorganisatie – in lijn met andere regelingen.

6.3 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de arbeidsmarktregelingen

Zoals in Paragraaf 6.1.2 geconstateerd, zijn er voor de arbeidsmarktregelingen geen effectevaluaties beschikbaar duidelijkheid verschaffen over de doeltreffendheid en doelmatigheid ervan. Daarom wijken we hieronder af van de systematische aanpak die we wel hebben toegepast bij de opleidingsregelingen en gaan meer in op de vraag waarom een effectevaluatie ontbreekt.

6.3.1 Landelijke actieprogramma's

Actieprogramma Werken in de Zorg

Het Actieprogramma *Werken in de Zorg* startte in 2018 met de ambitie om de personeelstekorten terug te dringen langs drie actielijnen: meer kiezen voor de zorg, beter leren in de zorg en anders werken in de zorg. De beoogde uitkomsten – zoals hogere instroom, betere doorstroom en minder uitstroom – werden daarbij op landelijk niveau vastgesteld. De concrete acties waarmee deze uitkomsten moesten worden gerealiseerd, werden echter ingevuld in de regio's via de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT's). In deze plannen werden afspraken gemaakt over bijvoorbeeld het verlagen van uitstroom of het realiseren van extra stageplaatsen. De uitvoering en monitoring

vond regionaal plaats, maar de acties werden niet systematisch geëvalueerd. Daardoor ontbreekt zicht op de relatie tussen acties en uitkomsten, en kan niet worden vastgesteld in hoeverre de regionale plannen daadwerkelijk hebben bijgedragen aan de ontwikkelingen die op landelijk niveau zichtbaar zijn.

Een complicerende factor is dat er op landelijk niveau geen heldere beleidstheorie bestond die duidelijk maakte hoe de verschillende regionale acties zouden optellen tot het realiseren van de nationale doelstellingen. De opzet van het programma als 'lerend programma' betekende dat er veel ruimte was voor regionale invulling, maar weinig sturing op samenhang en effectiviteit. Dit maakt dat we geen zicht hebben op de doelmatigheid en doeltreffendheid van het programma. Wel constateren we dat sturing moeilijk is als een expliciete beleidstheorie en een duidelijk geformuleerde relatie tussen acties en uitkomsten ontbreken, met een risico op ondoelmatige besteding van middelen als gevolg.

Zo zijn er niet of nauwelijks regionale evaluaties terug te vinden, één uitzondering daargelaten.³⁶ Hierdoor ontstaat het beeld dat de RAAT's nooit echt tot bloei zijn gekomen. Naast het uitbreken van de coronapandemie in 2020, ontstaat uit de gesprekken een beeld dat dit samenhangt met de opzet. Zo bleken in de praktijk de RAAT's vaak te vrijblijvend. Actielijnen verwaterden tot praattafels, eigenaarschap was onduidelijk en concrete afspraken ontbraken. Ziekenhuizen startten soms zelfs eigen programma's buiten de RAAT-structuur om, wat tot spanningen leidde. Hoewel er pogingen zijn gedaan om voortgang te monitoren, ontbrak een 'stok achter de deur'. Zonder stevige financiële en organisatorische randvoorwaarden kwamen samenwerkingen moeilijk van de grond.

Verder verscheen er in 2021 een *dynamische evaluatie* van de landelijke infrastructuur van het actieprogramma (van den Eeckhout et al., 2021). Deze evaluatie keek naar de rol van landelijke ondersteunende onderdelen, zoals de Landelijke Actietafel, het Actie Leer Netwerk, de commissie *Werken in de Zorg* en het VWS-regioteam. De evaluatie beschrijft vooral de opzet van deze infrastructuur, de ontwikkelingen tijdens de looptijd en doet aanbevelingen voor de toekomst. Maar een echte analyse van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de landelijke infrastructuur ontbreekt. Daarmee blijft onduidelijk of de landelijke ondersteuning daadwerkelijk heeft geholpen om de regionale acties sterker te maken of de tekorten terug te dringen.

Samenvattend zorgde het Actieprogramma voor meer samenwerking en bewustzijn. Maar door het ontbreken van een duidelijke beleidstheorie, het niet of beperkt evalueren van de RAAT's en het overslaan van een effectanalyse van de landelijke infrastructuur, is er geen zicht op de mate waarin het programma doelmatig en doeltreffend was in het terugdringen van personeelstekorten. De RAAT's zijn moeilijk van de grond gekomen, vooral als gevolg van de vrijblijvendheid en versnippering die ermee gepaard ging. Daar waar er al aandacht was voor de plannen, zorgde de uitbraak van corona ervoor dat deze plaats moest maken voor het managen van de crisis.

Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)

Het programma *Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ)* volgde in 2022 het Actieprogramma *Werken in de Zorg* op. De aanleiding was dat de personeelstekorten ondanks eerdere inspanningen niet kleiner werden en de druk juist toenam door vergrijzing, hogere uitstroom en stijgende zorgvraag.

Net als bij *Werken in de Zorg* ontbreekt in TAZ een duidelijke beleidstheorie. Het programma beschrijft wel acties binnen verschillende programmalijnen, maar deze verschillen sterk in abstractieniveau. Binnen de programmalijn innovatie worden duidelijke stappen benoemd: brancheorganisaties, regionale werkgeversorganisaties en zorgaanbieders moeten zich aansluiten bij of nieuwe regionale samenwerkingsverbanden oprichten (zoals *Anders*

³⁶ [FACTS-FIGURES-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-regio-Rotterdam-Rijnmond.pdf](#)

Werken in de Zorg of de *Health Innovation School*). In andere gevallen gaat het om heel algemene voornemens, terwijl niet altijd duidelijk wordt welke concrete activiteiten worden ondernomen. Inputs, activiteiten en uitkomsten zijn daardoor lastig aan elkaar te koppelen.

In plaats van actielijnen werkt TAZ met programmalijnen, die ruimte geven aan het veld om knelpunten op te lossen. Zo is er ruimte voor innovatieve werkvormen, voor behoud van medewerkers en voor leren en ontwikkelen. Deze aanpak biedt flexibiliteit, maar maakt het moeilijk om te volgen welke specifieke acties dankzij het programma zijn uitgevoerd. Dit leidt mogelijk ook tot een risico op dubbeling met andere regelingen en dus een ondoelmatige besteding van publieke middelen. Een ander opvallend kenmerk van TAZ is dat het beleidsinstrument vooral bestaat uit het maken van afspraken om later verdere afspraken te maken. Vanuit de verschillende kerngroepen konden wel acties worden gestart, maar deze werden niet vooraf vastgelegd in concrete en meetbare termen. Ook zijn de acties niet systematisch geëvalueerd op hun doelmatigheid en doeltreffendheid. Daardoor is het lastig om terug te vinden wat er precies is ondernomen als gevolg van het programma. Een overzicht van concrete acties ontbreekt.

Wel worden uitkomstmaten, zoals instroom en uitstroom op de arbeidsmarkt van de zorg, landelijk gemonitord. Maar de relatie tussen die uitkomsten en de acties binnen TAZ is niet helder. Daarmee ontbreekt zicht op de doeltreffendheid van het programma en blijft onduidelijk of de ingezette middelen op een doelmatige manier hebben bijgedragen aan het terugdringen van de personeelstekorten.

Samenvattend: TAZ bracht meer structuur en gaf regio's en veldpartijen ruimte om eigen oplossingen te ontwikkelen. Maar omdat een duidelijke beleidstheorie ontbreekt en acties niet concreet en systematisch zijn vastgelegd of geëvalueerd, blijft onduidelijk wat de bijdrage van het programma zelf is geweest. Hierdoor is er, net als bij *Werken in de Zorg*, geen helder beeld van de doeltreffendheid en doelmatigheid.

IZA - onderdeel H

Onderdeel H van het Integraal Zorgakkoord (IZA) zette de lijn van eerdere programma's zoals *Werken in de Zorg* en TAZ voort. Ook hier stond het terugdringen van personeelstekorten centraal, maar de aanpak kreeg een bredere en meer richtinggevende vorm.

In dit onderdeel zijn negen doelstellingen opgenomen. Bij iedere doelstelling worden afspraken gemaakt – of moeten nog worden gemaakt – om samen stappen te zetten. De werking van onderdeel H is daarmee vooral richtinggevend: het geeft de partijen in de zorg een gezamenlijke agenda en richting, maar is niet opgezet als een beleidsinstrument in de traditionele zin. Anders dan bij klassieke instrumenten, is er vooraf geen duidelijke beleidstheorie vastgelegd waarin input, acties, outputs en outcomes logisch aan elkaar zijn gekoppeld.

Dit maakt onderdeel H vergelijkbaar met de eerdere programma's: het biedt ruimte om samen te werken en afspraken te maken, maar het blijft lastig om precies vast te stellen welke resultaten rechtstreeks uit het akkoord voortkomen. Het IZA schetst vooral een kader waarbinnen partijen zich committeren aan gezamenlijke doelen, zonder dat de beoogde werking vooraf strak is vastgelegd.

6.3.2 Regionale programma's

Koersen op Kansen

Koersen op Kansen (2016–2020) was een programma van de regionale werkgeversorganisaties in zorg en welzijn, verenigd in het samenwerkingsverband RegioPlus. Het richtte zich op strategisch arbeidsmarktbeleid, werving, scholing en duurzame inzetbaarheid. Het programma is geëvalueerd door Bureau Bartels (2019, in opdracht van RegioPlus. Zij maakten gebruik van vragenlijsten en interviews onder werkgevers die betrokken waren bij de werkgeversorganisaties, aangevuld met documentanalyse.

Er is dus alleen gekeken naar werkgevers die bij het programma waren aangesloten. Voor een echte effectevaluatie zou het ook nodig zijn zicht te hebben op werkgevers die niet deelnemen, om verschillen tussen bereikte en niet-bereikte groepen vast te stellen. Doordat alleen de deelnemers zijn bevraagd, ontstaat bovendien mogelijk een eenzijdig beeld, doordat zij meer (positieve) effecten zullen hebben ervaren dan niet-deelnemende werkgevers.

De bevindingen geven wel een indicatie van de ervaren meerwaarde voor de aangesloten werkgevers. Werkgevers waardeerden het programma gemiddeld met een 7,5 en ruim twee derde van de sector was aangesloten. Zij rapporteerden beter zicht op tekorten en overschotten, vaker aanpassing van hun wervingsbeleid en positieve effecten van imago- en voorlichtingscampagnes. In 2019 werden via de regionale portals ruim 73.000 vacatures geplaatst, meer dan in tien jaar het geval was. Ook gaf zeven op de tien werkgevers aan beter inzicht te hebben in scholingsbehoeften, terwijl bij duurzame inzetbaarheid meer aandacht kwam voor verzuim en in sommige gevallen voor vitaliteit.

Samen Regionaal Sterk

Het programma *Samen Regionaal Sterk* (SRS, 2020–2024) scoort op de effectladder beperkt met een 2. Net als bij eerdere programma's is dit vooral omdat alleen aangesloten werkgevers (N=175) zijn bevraagd door Regioplan (2024). Voor een echte effectmeting zou ook gekeken moeten worden naar verschillen tussen werkgevers die wel en niet deelnemen, zodat selectie-effecten zichtbaar worden. Het ontbreken van een controlegroep maakt dat er geen harde uitspraken mogelijk zijn over doelmatigheid en doeltreffendheid.

De rapportage van Regioplan (2024) is voornamelijk beschrijvend en kwalitatief van aard. De ervaringen van werkgevers geven alleen zicht op effecten wanneer die ervaringen ook daadwerkelijk als beoogde uitkomst zijn vastgelegd. Bijvoorbeeld: als het doel is een gemiddelde tevredenheid van 7,5, dan bieden de percepties van werkgevers houvast; in andere gevallen is niet vast te stellen of de doelstellingen zijn gehaald.

De evaluatie van Bureau Bartels laat zien dat SRS desondanks breed wordt gewaardeerd door werkgevers en werkgeversorganisaties. De regionale werkgeversorganisaties (wgo's) hebben inmiddels een hoge dekking: ruim twee derde van de medewerkers in zorg en welzijn wordt door een wgo vertegenwoordigd. Werkgevers waarderen hun wgo vooral als verbinder, bron van kennis en facilitator van netwerken. De dienstverlening van de wgo's krijgt gemiddeld een 7,5, en de ervaren ondersteuning bij arbeidsmarktvraagstukken een 7,2.

Per pijler zijn de resultaten als volgt samen te vatten. Bij *Kiezen en toeleiden* waarderen werkgevers de praktische oplossingen en de organisatie van activiteiten, al sluiten deze niet altijd aan bij alle branches of zijn ze minder vernieuwend dan gehoopt. Bij *Leren en opleiden* wordt vooral de verbindende rol tussen onderwijs en werkgevers geprezen, evenals de kennis van opleidingssubsidies. Effecten zijn deels zichtbaar, bijvoorbeeld in toegepaste nieuwe kennis of hogere instroom, al zijn deze lastig meetbaar. Bij *Werken en behoud* voelen werkgevers zich geïnspireerd door workshops en tools, maar concrete effecten (zoals lager verloop of beter inwerken) worden

slechts incidenteel benoemd. De pijler *Innoveren en experimenteren* blijft het meest achter: slechts een kleine minderheid ziet dat dit tot kennis, inzicht of implementatie van innovaties heeft geleid.

Samengevat heeft SRS waardevolle bouwstenen opgeleverd, vooral in termen van netwerkvorming, kennisdeling en ondersteuning. Maar doordat de evaluatie uitsluitend is gebaseerd op percepties van deelnemende werkgevers en systematische effectmeting ontbreekt, blijft onduidelijk in welke mate het programma daadwerkelijk heeft bijgedragen aan de beoogde arbeidsmarkteffecten.

6.3.3 Behoud van medewerkers (subsidies)

Sterk in je Werk

Het programma *Sterk in je Werk*, gericht op loopbaancoaching van zorgmedewerkers, scoort in 2025 een 2 op de effectladder. De evaluatie, uitgevoerd door Regioplan, baseert zich vooral op kwalitatieve inzichten, zoals interviews, zelfrapportages van deelnemers en outputindicatoren zoals het aantal coachgesprekken. Er is geen robuuste meting gedaan naar effecten op bijvoorbeeld behoud van personeel of doorgroei in de sector. Daarmee blijft het bewijs beperkt tot een beschrijvend niveau en zijn de resultaten niet te interpreteren als harde effecten.

De rapportage van laat wel zien dat het programma breed is ingezet: tussen juli 2019 en februari 2023 namen ruim 31.000 mensen deel (Rossing & Noll, 2023). Dit waren voornamelijk vrouwen tussen de 35 en 55 jaar, van wie meer dan de helft al in zorg en welzijn werkte. Deelnemers gaven na afloop vaker aan te weten welke volgende stappen zij konden zetten, zoals het volgen van opleidingen of het uitbreiden van hun netwerk. Ze waren bovendien tevreden: het traject kreeg gemiddeld een 8,2 en de coaches zelfs een 8,7. Daarmee wijst de evaluatie op positieve ervaringen en een grotere loopbaanoriëntatie.

Het Potentieel Pakken: contractuitbreiding

Het programma Het Potentieel Pakken richt zich op contractuitbreiding van deeltijdwerkers in de zorg. Bij een steekproef zijn de effecten duidelijk in kaart gebracht: deelnemers gaven aan vaker te overwegen hun contract uit te breiden en werkgevers zagen meer mogelijkheden om dit bespreekbaar te maken. Daarmee zijn er aanwijzingen dat het programma beweging op gang bracht. De evaluatie is echter uitgevoerd door de stichting HPP zelf, wat vragen oproept over de onafhankelijkheid. Hierdoor weegt de bewijsvoering minder zwaar. De score op de effectladder blijft daarom beperkt.

Gegeven deze kanttekeningen is het zinnig vooral naar de harde outputcijfers te kijken voor de resultaten. Uit de evaluatie blijkt dat in totaal 28 zorgorganisaties hebben deelgenomen aan HPP, met ruim 9.000 medewerkers die in aanmerking kwamen voor deelname. Bijna 3.000 medewerkers zijn daadwerkelijk benaderd en ongeveer 1.000 medewerkers hebben meegedaan. Deze cijfers suggereren HPP een aanzienlijk bereik heeft gehad binnen de deelnemende organisaties.

Veerkracht en Zeggenschap (subsidie + landelijk actieplan)

Voor Veerkracht en Zeggenschap is geen evaluatie uitgevoerd. Met de verlenging van de regeling (eind 2024 tot en met 2026) is wel de 'Monitoring Zeggenschap' opgezet waarmee wordt beoogd om in bredere zin zicht te krijgen op ervaren en formele zeggenschap. Deze monitor valt echter buiten het tijdvak van deze Periodieke Rapportage.

6.3.4 Overige instrumenten

Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden

Het Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden scoort een 1 op de effectladder. In de eindevaluatie zijn enkel de ervaringen van veertien betrokken stakeholders in kaart gebracht. Er is geen sprake van een systematische effectmeting, waardoor niet kan worden vastgesteld of de regeling daadwerkelijk bijdraagt aan een snellere of betere instroom van buitenlands gediplomeerden in de zorg.

Gezien de kleinschaligheid van de regeling is het begrijpelijk dat er geen uitgebreid evaluatieonderzoek is verricht. De beschikbare bevindingen laten wel zien dat de consulent als nuttig en ondersteunend werd ervaren door aanvragers en ketenpartners (CIBG, 2024). De consulent helpt zorgmedewerkers met een buitenlands diploma bij iedere stap van de BIG-erkenningsprocedure. Ook vormt zij een schakel tussen deze zorgmedewerkers, zorgorganisaties, beroepsverenigingen, belangenorganisaties en opleidingsinstellingen. Dit geeft partijen meer inzicht in het proces en de mogelijkheden van de Wet BIG. Het Agentschap CIBG constateert in haar eindevaluatie dat het aanspreekpunt zorgt voor betere informatievoorziening, verwachtingsmanagement en snellere doorverwijzing in de erkenningsprocedure. Op basis hiervan is de functie van consulent is inmiddels duurzaam ingebed in de organisatie van het CIBG.

AZW-onderzoeksprogramma

Het AZW-onderzoeksprogramma scoort een 2 à 3 op de effectladder. Effecten zijn waar mogelijk gemeten door Zeeman, Wamelink, & Tissing (te verschijnen), maar de doelen van het programma zijn niet scherp geconcretiseerd. Zoals de evaluatie zelf stelt: "De doelen zijn niet nader geconcretiseerd en het is dus niet goed mogelijk om de doelrealisatie concreet, objectief te meten" (p. 27). Daarmee wordt de mate waarin effecten kunnen worden vastgesteld al bij de opzet en insteek van het programma begrensd. Zonder heldere, meetbare doelen is het niet mogelijk om achteraf goed te beoordelen of de gewenste resultaten zijn behaald. Dit beperkt de mogelijkheden om uitspraken te doen over doelmatigheid en doeltreffendheid.

Toch laat de evaluatie zien dat het programma belangrijke opbrengsten heeft gehad. Het heeft een grote hoeveelheid toegankelijke arbeidsmarktinformatie over zorg en welzijn opgeleverd. De bekendheid en het gebruik van deze data zijn sterk toegenomen. Zo registreerde de AZW-kennisbank in 2023 ruim 135.000 bezoekers en werden de factsheets meer dan 50.000 keer geraadpleegd. Ook de dashboards worden steeds vaker gebruikt door werkgevers en beleidsmakers in regio's en branches. Daarnaast zijn er doorlopende monitoren ingericht, zoals de Arbeidsmarktmonitor Zorg en Welzijn, die systematisch ontwikkelingen volgt.

Werkgevers, brancheorganisaties en beleidsmakers waarderen de informatie en geven aan dat zij de data gebruiken voor het ontwikkelen van beleid, het opstellen van prognoses en het vormgeven van arbeidsmarktstrategieën. De evaluatie concludeert dan ook dat het AZW-onderzoek een belangrijke infrastructuurfunctie vervult voor de sector. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat er weinig zicht is op de feitelijke impact: gebruik van de data betekent niet automatisch dat dit leidt tot betere keuzes, minder tekorten of hogere instroom en behoud. Daarmee is het effect vooral indirect en blijft de bijdrage aan de uiteindelijke arbeidsmarktdoelen moeilijk vast te stellen.

6.4 Doeltreffendheid en doelmatigheid van het instrumentarium als geheel

Zoals we hierboven hebben beschreven, wordt het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg al jaren ondersteund door een breed scala aan regelingen, subsidies en programma's. Deze instrumenten zijn opgezet met als doel de instroom van nieuwe medewerkers te vergroten, het behoud van bestaande professionals te versterken en scholing en ontwikkeling te stimuleren. Hoewel we voor sommige afzonderlijke regelingen hebben kunnen concluderen of zij (potentieel of waarschijnlijk) doeltreffend en/of doelmatig zijn, rijst de vraag in welke mate het instrumentarium als geheel doeltreffend en doelmatig functioneert.

De analyse van de afzonderlijke regelingen laat zien dat het vrijwel onmogelijk is om de effectiviteit en doelmatigheid van het instrumentarium in zijn geheel te beoordelen. Dit komt enerzijds doordat de meeste regelingen niet systematisch zijn geëvalueerd, anderzijds doordat er nauwelijks zicht is op de samenhang tussen de verschillende maatregelen. Een belangrijk knelpunt in de beoordeling van het instrumentarium is het gebrek aan systematische evaluaties. Het is daardoor onduidelijk of instrumenten elkaar versterken, overlappen of zelfs tegenwerken.

Deze 'witte vlekken' beperken de mogelijkheden voor het ministerie van VWS om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het arbeids- en opleidingsbeleid te vergroten. Het is immers niet goed duidelijk welke regelingen zouden moeten worden stopgezet dan wel anders worden vormgegeven of juist geïntensiveerd om de werking van het beleid te verbeteren. In het volgende hoofdstuk doen we dan ook enkele concrete aanbevelingen hiertoe.

Wel kunnen we vanuit een theoretisch perspectief, zoals uitgewerkt in hoofdstuk 3, enkele reflecties geven over de werking van het instrumentarium als geheel. Ook kunnen we nagaan in hoeverre belangrijke knelpunten in de periode 2016-2024 zich in de praktijk hebben ontwikkeld.

Wat vertelt de theorie?

Het huidige beleid leunt zwaar op subsidies. Vanuit theoretisch perspectief zijn subsidies in beginsel een logische keuze. Zij kunnen namelijk het zogenaamde free-riderprobleem mitigeren: individuele zorginstellingen hebben vaak onvoldoende prikkels om te investeren in opleiden, omdat de opbrengsten (bijvoorbeeld als een werknemer overstapt naar een andere werkgever) deels elders neerslaan. Door opleidingskosten collectief te financieren, wordt onderinvestering voorkomen.

Toch schuilt hier ook een probleem. Doelmatig beleid vergt dat alleen het weglekeffect – het deel van de kosten dat niet door werkgevers zelf kan worden terugverdiend – wordt gesubsidieerd. In de praktijk is dit vrijwel onmogelijk exact vast te stellen. Het gevolg is dat subsidies vaak een te groot deel van de kosten dekken, wat leidt tot ondoelmatigheid. Daarbij ontbreekt meestal een directe koppeling tussen de subsidie en de feitelijke prestaties of resultaten en kunnen overheidssubsidies private investeringen (in bijvoorbeeld opleiden op goed werkgeverschap) verdringen.

Verder geldt dat de doeltreffendheid en doelmatigheid van het instrumentarium sterk afhangen van de aanwezigheid van de juiste randvoorwaarden. Een cruciale randvoorwaarde is bijvoorbeeld voldoende begeleidingscapaciteit: zonder voldoende opleiders en praktijkbegeleiders is het onmogelijk om nieuwe instroom effectief op te leiden. Hierin schiet het huidige instrumentarium tekort, omdat financiële prikkels alleen niet

voldoende blijken te zijn om dit structureel te borgen. Regelingen die meer toezien op het scheppen van de juiste randvoorwaarden kunnen dan effectiever blijken te zijn dan het simpelweg 'geven van een zak geld'. In de beleidsaanbevelingen gaan we hier uitgebreider op in.

Daarnaast spelen arbeidsomstandigheden en secundaire arbeidsvoorwaarden een grote rol bij behoud van personeel. Instrumenten die primair gericht zijn op instroom en scholing maar deze bredere invalshoek missen, zijn beperkt in hun algehele effectiviteit voor de arbeidsmarkt.

Wat zien we in de praktijk?

Door het gebrek aan empirisch bewijs is het niet mogelijk om een één-op-één causale relatie te leggen tussen het ingezette instrumentarium en (macro-)uitkomsten op de arbeids- en opleidingsmarkt. Toch is het relevant om de in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkelingen in het tijdvak 2016-2024 erbij te pakken. Dit biedt een indicatie van in hoeverre het instrumentarium als geheel in staat is geweest om de knelpunten die zich voordeden aan het begin van deze periode, het hoofd te bieden.

In de praktijk zien we dat het arbeidsaanbod in zorg en welzijn is toegenomen, ook in tijden van bredere arbeidsmarktkrapte. Desalniettemin blijft aanbod achter bij de vraag, en neemt het verschil steeds meer toe. Het prognosemodel Zorg en Welzijn voorspelt een *verviervoudiging* van tekorten in zorg en welzijn in tien jaar tijd, oplopend tot een tekort van meer dan een kwart miljoen medewerkers in 2034. Ondanks dat het beheersen van tekorten de primaire reden was voor overheidsingrijpen, lijkt met het instrumentarium geen fundamenteel andere trend te zijn ingezet. Nog altijd werpen de oplopende tekorten een schaduw over de arbeidsmarkt van zorg en welzijn.

Want hoewel sinds 2016 er een toename is van het aantal medewerkers in zorg en welzijn, zijn de structurele problemen niet opgelost. Vanaf 2021 is er een sterke toename zichtbaar in de uitstroom en ook het ziekteverzuim is gestegen. Een kanttekening bij deze cijfers is de COVID-19-pandemie, die meer impact heeft gehad op het personeel in de zorg dan op werkenden in andere sectoren. Ook is het aantal openstaande vacatures gedurende de evaluatieperiode flink gestegen. Dit alles wijst er op dat het instrumentarium weliswaar bijdraagt aan meer instroom, maar is geen duidelijk bewijs dat het ook een positief effect sorteert op het behoud van personeel.

Deze discrepantie illustreert ook dat meer instroom niet automatisch leidt tot structurele verlichting van de krapte. Zonder effectieve maatregelen gericht op behoud en duurzame inzetbaarheid wordt het effect van een grotere instroom tenietgedaan. Vanuit doelmatigheidsperspectief betekent dit dat aanzienlijke publieke middelen worden ingezet zonder dat de beoogde structurele effecten worden gerealiseerd. Een lichtpuntje hierbij is de *arbeidsproductiviteitsgroei* in de zorg. Daar waar het bedrijfsleven de laatste jaren moeite heeft om productiviteitswinsten te behalen, was de zorgsector juist bezig met een inhaalslag. De arbeidsproductiviteitswinst zorgt ervoor dat, bij een gegeven zorgvraag, minder mensen in de zorg te hoeven werken om aan de vraag te voldoen.

Het is echter de vraag of en in hoeverre deze ontwikkelingen het gevolg zijn van beleid. Doordat harde effectevaluaties ontbreken, moeten we het antwoord hierop schuldig blijven. Wel is duidelijk dat – in zoverre dat beleid een rol heeft gespeeld – ook andere krachten hun stempel hebben gedrukt op de zorgarbeidsmarkt. Zo zien we dat de grootste productiviteitswinst zich voortdeed in de periode 2016-2020, dus nog voordat het beleid zich hier meer op ging richten. Een mogelijke verklaring is dat aanhoudende tekorten zorgorganisaties hebben gedwongen om slimmer met personeel om te gaan en meer te investeren in innovatie die werk bespaart.

Net zoals positieve veranderingen niet direct aan beleid zijn toe te schrijven, geldt dit ook voor het uitblijven van structurele verbeteringen. We weten niet hoe bijvoorbeeld het ziekteverzuim of de regeldruk zich zou hebben ontwikkeld zonder beleid dat gericht was op het behoud van personeel. Al met al zijn we terughoudend in het verbinden van vergaande conclusies aan het uitblijven van structurele verlichting op de zorgarbeidsmarkt: mogelijk hebben de instrumenten in samenhang ertoe geleid dat de huidige arbeidsmarktsituatie in de zorg niet (nog) verder verslechterd is.

7 Beleidsaanbevelingen

Het dient aanbeveling om naast subsidies alternatieve instrumenten te overwegen om het opleidings- en arbeidsmarktbeleid vorm te geven. Deze alternatieve instrumenten leggen de verantwoordelijkheid van het opleiden en goed werkgeverschap (deels) terug bij de werkgevers zelf. Met toekomstig causaal effectonderzoek kunnen de huidige 'witte vlekken' met betrekking tot de werking van het VWS-beleid worden ingevuld.

Het huidige arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid van VWS leunt sterk op subsidieregelingen die rechtstreeks naar het veld vloeien. Deze instrumenten zijn vanuit theoretisch perspectief in staat bepaalde knelpunten, zoals het *free-rider*probleem, te mitigeren. Echter, door het ontbreken van effectmetingen is voor de meeste regelingen onvoldoende bekend in welke mate zij doeltreffend en doelmatig zijn. In het geval er wel 'hard' empirisch bewijs over de werking ervan, zoals voor het stagefonds, kan de conclusie worden getrokken dat het niet voldoende is om enkel de financiële prikkels goed te zetten. Allereerst zullen de randvoorwaarden dienen te worden versterkt, zoals voldoende opleidingscapaciteit binnen de sector, om ervoor te zorgen dat het aanbod op de arbeidsmarkt en de opleidingenmarkt in de zorg zich goed kan aanpassen aan de vraag.

De beleidsaanbevelingen in dit hoofdstuk zijn tweeledig. Het eerste deel richt zich op de rol van het ministerie van VWS op de arbeidsmarkt en opleidingenmarkt binnen de zorg. Tot welke activiteiten beperkt die rol zich en met welke beleidsinstrumenten kan zo goed als mogelijk invulling worden gegeven aan die rol. Hierbij gaan we uit van een toekomstbestendig perspectief, waarbij we oog hebben voor verwachte toekomstige ontwikkelingen. Het tweede deel richt zich op aanbevelingen met betrekking tot het evalueren van het instrumentarium dat het ministerie van VWS (in de nabije toekomst) inzet om de werking van de arbeidsmarkt en de opleidingenmarkt in de zorg te bevorderen. Zoals we in de voorgaande hoofdstukken concludeerden, zijn veel van de huidige regelingen zeer beperkt of helemaal niet getoetst op hun doeltreffendheid en doelmatigheid. In sommige gevallen was er sprake van overmacht (bijv. de COVID-19-pandemie), maar in andere gevallen zou het helpen als aan de voorkant al goed wordt doordacht hoe een bepaalde regeling geëvalueerd zou kunnen worden. Wij doen hiertoe enkele concrete handreikingen.

7.1 Welke rol past het ministerie van VWS?

In het tijdvak dat onderwerp is van deze Periodieke Rapportage (2016-2024), heeft het ministerie van VWS een (financieel) sturend arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid gevoerd binnen de zorg. Terwijl in 2016 de totale financiële omvang van het beleid van artikel 4.2 (inclusief de beschikbaarheidsbijdrage) circa € 1,7 mld. bedroeg, was dat in 2024 circa € 2,4 mld.³⁷ Het gaat dus in nominale termen om een intensivering van ruim 40 procent in acht jaar tijd. In reële termen – dus gecorrigeerd voor inflatie – gaat het om een intensivering van een kleine 10 procent. Vanuit het theoretisch kader in Hoofdstuk 3 lijkt een actieve rol van het ministerie van VWS gerechtvaardigd, om hiermee verschillende vormen van markt-, overheids- gedrags- of systeemfalen tegen te gaan. Tegelijkertijd kunnen forse investeringen vanuit de overheid van investeringen van private partijen verdringen en kan er sprake zijn van overcompensatie. Met andere woorden, als het (verder) opleiden binnen de zorgsector zwaar wordt gesubsidieerd

³⁷ Vanwege de overlap van TAZ met enkele andere regelingen is dit bedrag exclusief de middelen voor TAZ.

door de overheid voelen werkgevers minder noodzaak om zelf te investeren in menselijk kapitaal. Dit leidt dan tot een ondoelmatige besteding van publieke middelen. Daarnaast kan overheidsingrijpen nog andere overheidsfalens met zich meebrengen, bijvoorbeeld omdat de overheid minder dan het veld op de hoogte is van de personeelsbehoeften binnen de sector.

De rol van het ministerie van VWS op de opleidingenmarkt

Op basis van bovenstaande dient het voor het ministerie van VWS aanbeveling om terughoudend te zijn om met financiële instrumenten direct in te grijpen op de opleidingenmarkt in de zorg. Zeker wanneer het regelingen betreffen waarvan de effectiviteit (nog) niet is aangetoond of waarvoor het aannemelijk is dat ze niet bijdragen aan het oplossen van de structurele problemen binnen het opleidingsstelsel. Specifiek gaat het dan om het Stagefonds, waarover we op basis van effectonderzoek van de Algemene Rekenkamer hebben geconcludeerd dat deze regeling waarschijnlijk niet doeltreffend is. Met het stopzetten van het Stagefonds per 2028 en SectorplanPlus per 2026 legt het ministerie de verantwoordelijkheid voor het opleiden dan ook weer deels terug bij het veld zelf. Het stopzetten van deze regelingen past bij het tijdelijke karakter van subsidie-instrumenten.

Gegeven de huidige arbeidsmarktkrapte binnen de zorgsector lijkt het verstandig om terughoudend te zijn met het al te drastisch en plotsklaps verder snoeien in de overige subsidieregelingen gericht op het opleiden. Tot het moment dat kansrijke alternatieven (zie hieronder) zijn uitgewerkt die kunnen worden geïmplementeerd, lijkt het verstandig om een groot deel van de subsidieregelingen voorlopig te continueren. Wel kan in de transitieperiode worden gekeken naar een effectievere en doelmatigere invulling van de verschillende subsidieregelingen, bijvoorbeeld door te differentiëren naar opleidingskosten of naar deelsector binnen de zorg. Bij laatstgenoemde kan worden gedacht aan een vormgeving waarbij er relatief veel subsidiemiddelen worden ingezet in tekortsectoren of regio's met grote krapte. Dit sluit aan bij de geformuleerde opleidingsafspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), die grotendeels gericht zijn op beroepen, sectoren of regio's waar de tekorten het grootst zijn. Ook dient het aanbeveling om nauw te monitoren of het 'gat' dat ontstaat door het wegvallen van het Stagefonds en SectorplanPlus wordt gevuld door private investeringen in het opleiden door de sector zelf.

Ook kan het wenselijk zijn om in tijden van politieke instabiliteit kort cyclisch aan te passen instrumenten – zoals subsidies – in te zetten. Deze kunnen snel in uitvoering gebracht worden en zijn goed toepasbaar voor verschillende doelgroepen en deelsectoren. Wel is van belang dat deze instrumenten een bepaalde mate van adaptievermogen hebben, waarbij er periodiek wordt geactualiseerd op basis van dan geldende ontwikkelingen en behoefte.

Al met al ligt het in de rede om het verder opleiden en ontwikkelen van zorgpersoneel als primaire taak van werkgevers te zien en (op termijn) de verantwoordelijkheid hiervoor ook in eerste instantie bij hen te leggen. Hierdoor kan optimaal worden aangesloten bij de heersende behoefte binnen de sector. Zorgorganisaties zelf zijn immers beter op de hoogte dan de overheid welke vaardigheden zorgpersoneel nodig heeft om mee te kunnen in toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van technologie. Ook zullen werkgevers bij de huidige arbeidsmarktkrapte eerder de urgentie voelen om personeel (verder) op te leiden. Aan de andere kant is bij grote personeelstekorten het free-riderprobleem nog groter dan anders, omdat er sterke concurrentie is om het schaarse personeel.

Afhankelijk van de situatie op de arbeidsmarkt lijkt (op termijn) een meer faciliterende rol voor het ministerie van VWS dus passend. Het beleid dient er bovenal voor te zorgen dat investeringen in personeel optimaal renderen, zowel voor de betreffende werkgever en werknemer zelf als voor de maatschappij als geheel. Specifiek gaat het dan om de inzet van beleidsinstrumenten die de randvoorwaarden verbeteren of die de prikkel voor werkgevers versterken om private investeringen te doen in menselijk kapitaal. Het theoretisch kader toont dat er hiertoe enkele

instrumenten ter beschikking zijn die momenteel niet tot het beleidsinstrumentarium behoren. Hieronder werken we deze instrumenten verder uit en bespreken ook in welke situaties een subsidieregeling alsnog een opportuun instrument kan zijn.

Mogelijk kansrijke instrumenten op de opleidingsmarkt

Werkgeversfondsen

Zoals in het theoretische kader beschreven, vormen werkgeversfondsen in bepaalde gevallen een kansrijk alternatief voor subsidieregelingen. Dit soort fondsen worden in de regel beheerd door vertegenwoordigers van werkgeversorganisaties en vakbonden. Met een werkgeversfonds kan het ministerie van VWS een meer faciliterende rol innemen, omdat er dan niet meer sprake is van directe sturing maar meer van het scheppen van de juiste randvoorwaarden. Zo kan het ministerie via duidelijke wet- en regelgeving juridische belemmeringen wegnemen rondom mededinging en publieke verantwoording en met cofinanciering of de oprichting van fondsen stimuleren.

Een werkgeversfonds kent twee belangrijke **voordelen**:

- Het mitigeert het risico op onderinvestering in opleiden. Werkgevers zijn namelijk niet individueel financieel verantwoordelijk voor opleiden, maar delen deze kosten (en dus het risico van de investering) met elkaar. Net zoals subsidies kunnen werkgeversfondsen dus het *free-rider*probleem tegengaan.
- Ten opzichte van subsidies zijn werkgeversfondsen meer gericht op doelmatigheid. Werkgevers dragen immers zelf bij, zodat slechts een deel van de opleidingskosten met publieke middelen worden bekostigd (en alleen in het geval van cofinanciering).

Ook kleven er enkele **nadelen** aan een werkgeversfonds:

- Een effectieve werking van een werkgeversfonds vereist dat er binnen de sector een breed draagvlak is voor een dergelijk fonds. Werkgevers moeten immers financieel bijdragen aan een werkgeversfonds. Een te lage bijdragebereidheid maakt het onmogelijk om een fonds van de grond te krijgen waarmee de huidige knelpunten in het opleiden kunnen worden aangepakt.
- Een werkgeversfonds gaat doorgaans gepaard met relatief hoge administratieve lasten, vooral als er strikte eisen voor de verantwoording van de middelen in het fonds.
- Daarnaast is er een risico op lobby-activiteiten, juist omdat ze worden bestuurd door georganiseerde belangen. Dit maakt het mogelijk dat dominante sectorpartijen of goed georganiseerde belangen relatief veel invloed hebben op de inrichting en bestedingsdoelen van het fonds.
- Tevens speelt de institutionele context een rol voor bijvoorbeeld de beschikbaarheidsbijdrage. Nederland kent al decennialang centrale sturing op opleidingsfinanciering voor de opleidingen die onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. Dit geeft stabiliteit en vertrouwen bij opleiders, beroepsverenigingen en ziekenhuizen. Een werkgeversfonds zou dat evenwicht mogelijk verstoren.

De voor- en nadelen tegen elkaar afwegend valt het opzetten van een werkgeversfonds specifiek te overwegen als aan de volgende **voorwaarden** is voldaan:

- Door marktfalen (bijvoorbeeld het *free-rider*effect) kunnen individuele werkgevers mogelijk slechts een beperkt deel van hun investeringen in opleiden terugverdienen.
- Er is binnen de sector voldoende draagvlak voor een werkgeversfonds.
- Het past binnen de institutionele context (zie punt hierboven met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage).
- De administratieve lasten blijven binnen de perken.

- Er is sprake van toegankelijke en transparante procedures, waardoor het risico op lobby-invloed wordt verminderd en ook minder dominante partijen binnen de sector (denk bijvoorbeeld aan kleine aanbieders) gebruik kunnen maken van het fonds.
- De bestedingsdoelen zijn helder en goed meetbaar, zodat periodiek kan worden geëvalueerd in welke mate de beoogde doelen worden gerealiseerd met het fonds.
- De randvoorwaarden op personeel op te leiden binnen de sector zijn op orde. Dit betekent dat er onder andere voldoende begeleidingscapaciteit is op de werkvloer.

Tarieven

Een ander alternatief voor subsidies om opleiden te stimuleren, is het verwerken van opleidingskosten in de tarieven voor zorgprestaties. Werkgevers verdienen de investeringskosten dan terug via de zorgactiviteiten die zij aanbieden. Hiermee ontstaat een directe link tussen de prijs voor het zorgproduct (het gedifferentieerde tarief) en de kosten van de inzet van menselijk kapitaal als productiefactor. Zeker in delen van de zorg waar tarieven gereguleerd zijn, kunnen werkgevers hierdoor de opbrengsten van de investering beter naar zich toehalen. Een probleem hierbij is dat het lastig is om voor bepaalde delen in de zorg de daadwerkelijke opleidingskosten te achterhalen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het kostenonderzoek naar (medisch)-specialistische vervolgoopleidingen van de NZa.³⁸ Voor bijvoorbeeld de wijkverpleging lijkt dit echter wel redelijk goed mogelijk.³⁹

Een vergoeding voor opleidingskosten kan geormerkt of ongeormerkt worden verwerkt in de zorgtarieven. Bij geormerkte tarieven zijn opleidingskosten een herkenbaar component is binnen het totale tarief en er een bestedingsverplichting is. Hierbij past dan ook een vorm van tariefdifferentiatie, waarbij opleidende zorgaanbieders een hoger tarief ontvangen dan niet-opleidende werkgevers. Hiermee kan tariefdifferentiatie het *free-rider* effect deels tegengaan, omdat de niet-opleidende werkgever geen hoger tarief ontvangt en daarmee niet wordt gecompenseerd voor het hogere loon (dat samengaat met de toegenomen productiviteit) van de werknemer. Bij ongeormerkte integrale tarieven is de vergoeding voor de opleidingskosten onherkenbaar verweven en geldt er geen bestedingseis. Tariefdifferentiatie op basis van opleidingsinspanning is dan ook niet mogelijk, waardoor er geen link is tussen de kosten van het opleiden en de opbrengsten ervan. Dit verzwakt de prikkel voor werkgevers om hun personeel verder te ontwikkelen. Ook is er bij ongeormerkte tarieven, vanwege het ontbreken van een bestedingsverplichting, minder sturing vanuit de overheid via de tariefhoogte mogelijk.

Voordelen van (geormerkte en gedifferentieerde) tarieven zijn:

- Er is een directe link tussen het verder ontwikkelen van zorgpersoneel en de opbrengsten van zorgproductie. Vooral in delen van de zorg met sterke prijsregulering kan dit uitkomst bieden. Op deze manier kunnen tarieven alsnog meebewegen met productverbeteringen door investeringen in menselijk kapitaal.
- Ten opzichte van subsidies kan verwerking in tarieven doelmatiger werken, vanwege de prikkel die zorgverzekeraars hebben om zorg scherp in te kopen. Bij geormerkte tarieven is deze prikkel naar verwachting echter beperkt, omdat er op het deel van het tarief dat bestemd is voor het opleiden voor zorgverzekeraars beperkt of helemaal geen onderhandelingsruimte zit.

Naast voordelen kent het verwerken van opleidingskosten in de tarieven ook een aantal belangrijke **nadelen**:

- Het vereist mogelijk een aanpassing in de wet, omdat opleiden momenteel juridisch gezien niet wordt gezien als een zorgproduct en dus ook niet op die wijze kan worden vergoed. Tenzij het om opleiden of trainen gaat dat direct gekoppeld is aan zorg voor een patiënt. Daarnaast vereist het een denkomslag bij zorgverzekeraars,

³⁸ NZa, 2025.

³⁹ Zo hebben wij in eerder onderzoek de kosten en baten van het opleiden in de wijkverpleging redelijk nauwkeurig in kaart kunnen brengen (Van Eijkel et al., 2024).

die over het algemeen het waarborgen van goed opgeleid zorgpersoneel niet als hun verantwoordelijkheid als zorginkoper zien.

- De benodigde tariefdifferentiatie om onderscheid te kunnen maken tussen opleidende en niet-opleidende werkgevers is alleen mogelijk bij geoormerkte tarieven. Verder maakt een dergelijke tariefdifferentiatie de uitvoering complex. Echter is het onwaarschijnlijk dat voor een effectieve werking van dit instrument het toereikend om een uniform tarief, maar dient er in het tarief onderscheid te worden gemaakt tussen het aantal werknemers dat binnen de organisatie wordt opgeleid, het type opleiding, de duur etc.

Resumerend kunnen (een opslag op) zorgtarieven een effectief instrument zijn om werkgevers ertoe te bewegen hun personeel goed op te leiden als aan de volgende **voorwaarden** is voldaan:

- Zorgaanbieders hebben niet de mogelijkheid om investeringen in scholing van medewerkers terug te verdienen door het bedingen van hogere (vrije) tarieven.
- De uitvoering van de regeling kan relatief eenvoudig worden vormgegeven en gaat gepaard met relatief lage uitvoeringskosten en administratieve lasten voor werkgevers.
- De randvoorwaarden op personeel op te leiden binnen de sector zijn op orde. Dit betekent dat er onder andere voldoende begeleidingscapaciteit is op de werkvloer.

Subsidies

In sommige gevallen kunnen subsidies nog steeds het meest geëigende instrument zijn om knelpunten op de opleidingsmarkt aan te pakken. Het gaat dan vooral om het scheppen van de juiste randvoorwaarden die ervoor zorgen dat de opleidingsmarkt goed kan functioneren. Zo kan het ministerie van VWS overwegen om een subsidie in te zetten die de opleidingsinfrastructuur binnen de sector verbetert of een subsidie die de uitstroom of het verzuim tegengaat. Laatstgenoemde gebeurt met de vaccinatieregeling stageplaatsen zorg hepatitis B al.

Het financieel faciliteren van het vergroten van de opleidingscapaciteit binnen de sector wordt momenteel nog niet veel toegepast. Een uitzondering hierop is het Inrichten Opleidingsstructuur Wijkverpleging (IOW), een subsidieregeling die gericht is op het vergroten van de begeleidingscapaciteit binnen de wijkverpleging. Specifiek betreft het een tegemoetkoming in de kosten voor het ontwikkelen of intensiveren van een samenwerking rondom de begeleiding van leerling-werknemers op de werkvloer tussen twee of meerdere zorgorganisaties en een onderwijsinstelling. Zeker in situaties van schaarste aan (begeleidings)personeel om de werkvloer kunnen innovatieve samenwerkingen mogelijk enige verlichting brengen in het tekort aan begeleidingscapaciteit. Samenwerking kan ook positieve neveneffecten met zich meebrengen als partijen van elkaar leren en dit weer tot nieuwe inzichten leidt.

Ook in het geval het opleiden niet voldoende van de grond komt via instrumenten die de verantwoordelijkheid primair bij het veld zelf leggen, kan een subsidie uitkomst bieden. Voor een doelmatige vormgeving is het dan wel nodig dat de subsidie niet de volledige opleidingskosten dekt, omdat de werknemer in opleiding ook productie en dus opbrengsten genereert voor de opleidende werkgever. In theorie is de optimale subsidiehoogte gelijk aan het deel van de baten dat de opleidende werkgever niet naar zich toe kan halen (pigouvianse subsidie). In de praktijk zal het vrijwel altijd onmogelijk zijn om dit 'weglekeffect' accuraat in te schatten. Een meer pragmatische benadering is om de subsidiehoogte gelijk te stellen aan de opleidingskosten minus de opbrengsten van de door de werknemer in opleiding gegenereerde productie.

De rol van het ministerie van VWS op de arbeidsmarkt

Het ministerie van VWS vervult een centrale rol in het vormgeven van het arbeidsmarktbeleid in de zorg. Waar in de afgelopen jaren sterk is ingezet op subsidieregelingen en programma's die gericht waren op instroom, behoud en

scholing, blijkt uit deze evaluatie dat er weinig bekend is over de effectiviteit van het ingezette arbeidsmarktinstrumentarium. Deels komt dit door het ontbreken van harde effectmetingen en deels doordat aan de voorkant geen concrete, meetbare doelen zijn gesteld.

Het ontbreken van empirische evidentie maakt het dus moeilijk om concrete aanbevelingen te doen voor wat betreft het intensiveren dan wel terugschroeven staand arbeidsmarktbeleid. Maar net zoals voor de opleidingsregelingen geldt dat het ministerie van VWS niet alle verantwoordelijkheden naar zich toe kan trekken: het zijn zorginstellingen, onderwijsinstellingen en werkgevers die daadwerkelijk moeten investeren in werkomstandigheden en zorg moeten dragen voor goed werkgeverschap. Het ministerie van VWS kan zich echter ook niet volledig terugtrekken, aangezien de arbeidsmarktproblematiek een structureel maatschappelijk belang vertegenwoordigt. Een coördinerende en faciliterende rol vanuit de overheid lijkt noodzakelijk om bestaande knelpunten het hoofd te kunnen bieden. Het vinden van de juiste balans tussen regie, faciliteren en coördineren is daarom essentieel. Een andere vormgeving van het arbeidsmarktbeleid, waarbij meer wordt uitgegaan van een uitgewerkte beleidstheorie, meetbare doelen en evaluatie, kan hierbij helpen. Op laatstgenoemde punt komen we in paragraaf 7.3 uitgebreider op terug.

Mogelijk kansrijke instrumenten op de arbeidsmarkt

Hieronder lopen we verschillende mogelijk kansrijke instrumenten langs die het ministerie van VWS kan inzetten om de arbeidsmarkt beter te laten functioneren. Een deel van dit potentiële instrumentarium wordt momenteel al in enigerlei vorm ingezet door het ministerie, maar zou in vormgeving mogelijk nog kunnen worden verbeterd.

Scheppen van de juiste randvoorwaarden

Een goed functionerende zorgarbeidsmarkt kan niet ontstaan zonder de juiste randvoorwaarden. VWS heeft hierbij de taak om de randvoorwaarden te organiseren die individuele zorginstellingen of regio's niet zelfstandig kunnen realiseren. Voorbeelden hiervan zijn:

- **Begeleidingscapaciteit:** opleidingen stuiten regelmatig op de grens van wat instellingen kunnen bieden aan praktijkbegeleiding. VWS kan door structurele financiering en normering zorgen dat er voldoende opleiders beschikbaar zijn. Bij de mogelijke aanbevelingen met betrekking tot de opleidingsregelingen bespraken we al de mogelijkheid om gerichte subsidies in te zetten om de infrastructuur rondom de begeleiding op de werkvloer te verbeteren, waardoor de opleidingscapaciteit binnen de sector wordt vergroot. Bijvoorbeeld door samenwerking rondom het begeleiden van leerling-werknemers financieel te stimuleren. Dit gebeurt nu nog maar in beperkte mate.
- **Arbeidsmarktinformatie:** inzicht in regionale verschillen en toekomstige capaciteitsbehoeften is cruciaal. VWS kan landelijke informatie verzamelen en ontsluiten via digitale platforms, zodat instellingen beter gefundeerde beslissingen kunnen nemen. Dit gebeurt al middels het AZW Onderzoeksprogramma. Het dient dan ook aanbeveling om dit programma voort te zetten en daar waar mogelijk te verrijken met meer data die (nog) meer inzicht geven in ontwikkelingen in het aanbod en de vraag op de zorgarbeidsmarkt.

Faciliteren van samenwerking in de regio en het verbinden van regio's

Ook kan het ministerie van VWS instrumenten inzetten om sectorinitiatieven te coördineren en verbinden die nu vaak versnipperd plaatsvinden. Dit geldt met name voor initiatieven binnen een en dezelfde regio, gegeven dat de zorgarbeidsmarkt een sterke regionale component kent. Denk aan de regionale actieplannen (RAATs). Hierin gaan verschillende partijen binnen de regio gezamenlijk aan de slag om het functioneren van de arbeidsmarkt te verbeteren. Bijvoorbeeld door te werken aan een betere aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de regio.

Mogelijk kan hierbij ook nog geleerd worden van regelingen in andere sectoren die bewezen effectief zijn (*best practice*-benadering).

Tegelijkertijd hebben we in deze evaluatie geconcludeerd dat de RAAT's maar moeilijk van de grond komen, met name omdat de geformuleerde acties vaak te vrijblijvend waren. Hierdoor verwaterden actielijnen tot praattafels, was het eigenaarschap onduidelijk en werden er geen concrete afspraken gemaakt. We pleiten er dan ook voor om bij programma's en daartoe behorende instrumenten ter bevordering van regionale samenwerking aan de voorkant een duidelijke en werkbare governancestructuur wordt uitgewerkt. Ook is het nodig om heldere en meetbare doelen van de regionale samenwerking op te stellen, ook als de regio's de vrijheid krijgen om zelf te bepalen hoe ze deze doelen gaan realiseren. Het is dan wel aan de regio's om aannemelijk te maken dat de ingezette acties bijdragen aan de algemene doelstellingen die landelijk worden bepaald. Bij een regionale aanpak kan het ministerie van VWS door kennisdeling en verbinding tussen regio's ervoor zorgen dat succesvolle initiatieven sneller worden opgeschaald en best practices breed worden verspreid.

Stimuleren van innovatie en cultuuromslag

De zorgarbeidsmarkt staat niet alleen voor een kwantitatief tekort, maar ook voor kwalitatieve uitdagingen: veranderende zorgvraag, complexere patiëntpopulaties en de opkomst van digitale zorg. Het ministerie van VWS kan hier een sleutelrol spelen door innovaties te stimuleren die arbeid besparen en de zorg anders organiseren. Voorbeelden hiervan zijn de inzet van digitale triage, robotisering bij fysieke taken en e-health toepassingen. Dergelijke innovaties vereisen vaak hoge initiële investeringen en een cultuurverandering binnen instellingen. Het ministerie van VWS kan voorlopers financieel ondersteunen en drempels verlagen door regelgeving aan te passen. Ook hier gaat het om een gedeelde verantwoordelijkheid met zorgverzekeraars en het veld zelf.

Innovaties stuiten vaak op weerstand in de praktijk. Zorgprofessionals zijn gewend aan traditionele werkvormen en zien digitalisering soms als bedreiging. Het ministerie van VWS kan bijdragen aan een cultuuromslag door innovatie expliciet te koppelen aan werkdrukverlaging en kwaliteitsverbetering. Dit vraagt niet alleen financiële middelen, maar ook programma's gericht op verandermanagement, opleiding en leiderschapsontwikkeling. Het ministerie van VWS kan daarnaast optreden als normsteller. Door innovatie te verankeren in bekostigingssystemen of kwaliteitskaders, wordt de sector gestimuleerd om nieuwe werkwijzen over te nemen. Een voorbeeld is het opnemen van digitale consulten in de bekostiging van zorgverzekeraars: dit maakt de toepassing aantrekkelijker en verlaagt de drempel voor zorginstellingen.

Sturen op cultuur én structuur om registratiedruk substantieel te verlagen

Een hoge registratiedruk knelt aan twee kanten: ten eerste blijft er netto minder tijd over om zorg te verlenen en ten tweede wordt werken in de zorg minder aantrekkelijk, waardoor er minder personeel beschikbaar is voor de zorg. Beleid dat zich richt op het substantieel verlagen van de regeldruk draagt dus bij aan een beter functionerende zorgarbeidsmarkt. Dit sluit ook aan bij een van de geformuleerde doelen in het AZWA ('Maximaal 20% administratietijd.')

Om hierop goed beleid te kunnen voeren, is het van belang om na te gaan waar de hoge registratiedruk vandaan komt. Wanneer gevraagd naar de reden waarom deze druk (ondanks verschillende inspanningen) niet is gedaald, wijzen zorgmedewerkers naar toenemende eisen bij zorgverzekeraars (FNV, 2024). Het zou echter te simpel zijn om als overheid de gehele verantwoordelijkheid voor de aanhoudende administratielast bij de zorgverzekeraars te leggen. Zorgverzekeraars zijn namelijk slechts één schakel in een complexe zorgketen, waarbij iedere schakel apart

⁴⁰ <https://open.overheid.nl/documenten/08462f05-243d-4da4-898b-6473808011ca/file>, p. 15-25

verantwoording moeten afleggen. Daar waar eisen voor één partij toenemen, zijn deze ook vaak in de rest van de keten voelbaar. Dit geldt eveneens voor de eisen vanuit de overheid richting zorgverzekeraars. Deze kunnen zich weer vertalen in extra informatie die wordt opgevraagd bij de zorgverleners, en daarmee extra administratie.

Om het tij te keren, is een gecoördineerde aanpak nodig. Een nieuwe benadering moet door de hele keten worden omarmd. Stap 1 is daarmee een *cultuurverandering*, waarbij vertrouwen het uitgangspunt is. Vanuit dat perspectief kan de vraag worden gesteld welke registraties werkelijk noodzakelijk zijn en welke kunnen worden losgelaten. Dat lukt echter alleen als iedere partij in de keten de drang om vast te leggen, durft los te laten. Concreet kan dit betekenen dat rapportages worden beperkt tot de kern en dat bijvoorbeeld alleen notities worden gemaakt bij bijzonderheden, in plaats van telkens alles vast te leggen.

Na cultuur volgt structuur (stap 2). Dat betekent nadenken over systemen die het werk slimmer maken, zodat wat wél moet worden vastgelegd zo min mogelijk tijd kost. De FNV-rapportage noemt hierbij onder meer spraakgestuurd rapporteren, goed werkende en gestandaardiseerde ICT-systemen, en automatisering die dubbele of overlappende registraties voorkomt (FNV, 2024). Ook het inzetten van administratieve ondersteuning of het verminderen van vergaderingen en overleggen kan de druk verlagen. Nieuwe technologie, en met name AI, kan hierin een belangrijke rol spelen. Met slimme toepassingen kan veel automatisch worden vastgelegd of kan in ieder geval de inspanning en tijd die zorgverleners hierin moeten steken zo klein mogelijk blijven. Voorbeelden zijn AI-gestuurde systemen die automatisch gegevens uit consulten of gesprekken verwerken, of die patronen herkennen waardoor dubbele registraties worden voorkomen. Hier ligt mogelijk ook een taak voor de overheid: naast het coördineren van de cultuuromslag kan zij investeren in of het financieren van onderzoek en ontwikkeling van zulke toepassingen stimuleren, zeker wanneer zorginstellingen zelf onvoldoende middelen hebben om hierin te investeren. De in het AZWA geformuleerde afspraken om de regeldruk te verminderen sluiten grotendeels aan bij bovenstaande opties.

Beleid gericht op instroom en behoud

Het vergroten van de instroom in de zorg is een van de speerpunten van het beleid. Toch leert de ervaring dat meer instroom niet automatisch leidt tot structurele verlichting van de krapte. Zonder voldoende stageplekken, begeleiding en werkplezier vallen nieuwkomers vaak snel uit. Het ministerie kan instroombeleid effectiever maken door bijvoorbeeld flexibele en modulaire leerroutes te stimuleren, zodat zij-instromers sneller inzetbaar zijn of regionale tekorten leidend te laten zijn bij opleidingsplanning in plaats van landelijke gemiddelden.

Het behoud van personeel blijkt minstens zo belangrijk als instroom. Uitstroom en ziekteverzuim zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen, ondanks de toegenomen opleidingsinspanningen. VWS kan werkgevers stimuleren om meer te investeren in goed werkgeverschap (meer autonomie, loopbaanperspectief en werkplezier). Ook kan met overheidscampagnes de beeldvorming over werken in de zorg of de werkelijke werkcondities positief worden beïnvloed. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de recente gestarte campagne 'Blijf jezelf, tel even tot 11', die erop is gericht op agressief gedrag jegens zorgverleners tegen te gaan. Ook dit soort instrumenten vallen in de randvoorwaardelijke sfeer die past bij een meer coördinerende en faciliterende rol die bij uitstek door de overheid kan worden vervuld.

In Figuur 7.1 vatten we in een beslistool voor verschillende knelpunten en (markt)condities samen welke beleidsinstrumenten overwogen kunnen worden. Deze beslisboom volgt grotendeels het theoretisch kader (Hoofdstuk 3) en de beleidsaanbevelingen (Hoofdstuk 7). Derhalve zijn de eerste stappen van de beslistool het bepalen of het aannemelijk is dat overheidsingrijpen de situatie verbetert en welk type probleem (falen) dient te worden aangepakt. Het theoretisch kader volgend hebben vormen van marktfalen die ontstaan door financiële

prikkels vooral betrekking op de opleidingsmarkt (linkerkant van het schema). Gedragsfalen heeft betrekking op zowel de opleidingsmarkt als de arbeidsmarkt (midden van het schema) en overheids- en systeemfalen met name op de arbeidsmarkt (rechterkant van het schema). Vervolgens tonen we per type falen wat een mogelijke oplossingsrichting is. Wij pretenderen niet dat dit een compleet overzicht betreft van alle mogelijke oplossingsrichtingen. Wel kan het helpen bij het uitwerken van beleid dat op doeltreffende en doelmatige manier de huidige knelpunten op de arbeids- en opleidingsmarkt in de zorg kan verlichten. Een online versie van deze beslisboom is [hier](#) te vinden.

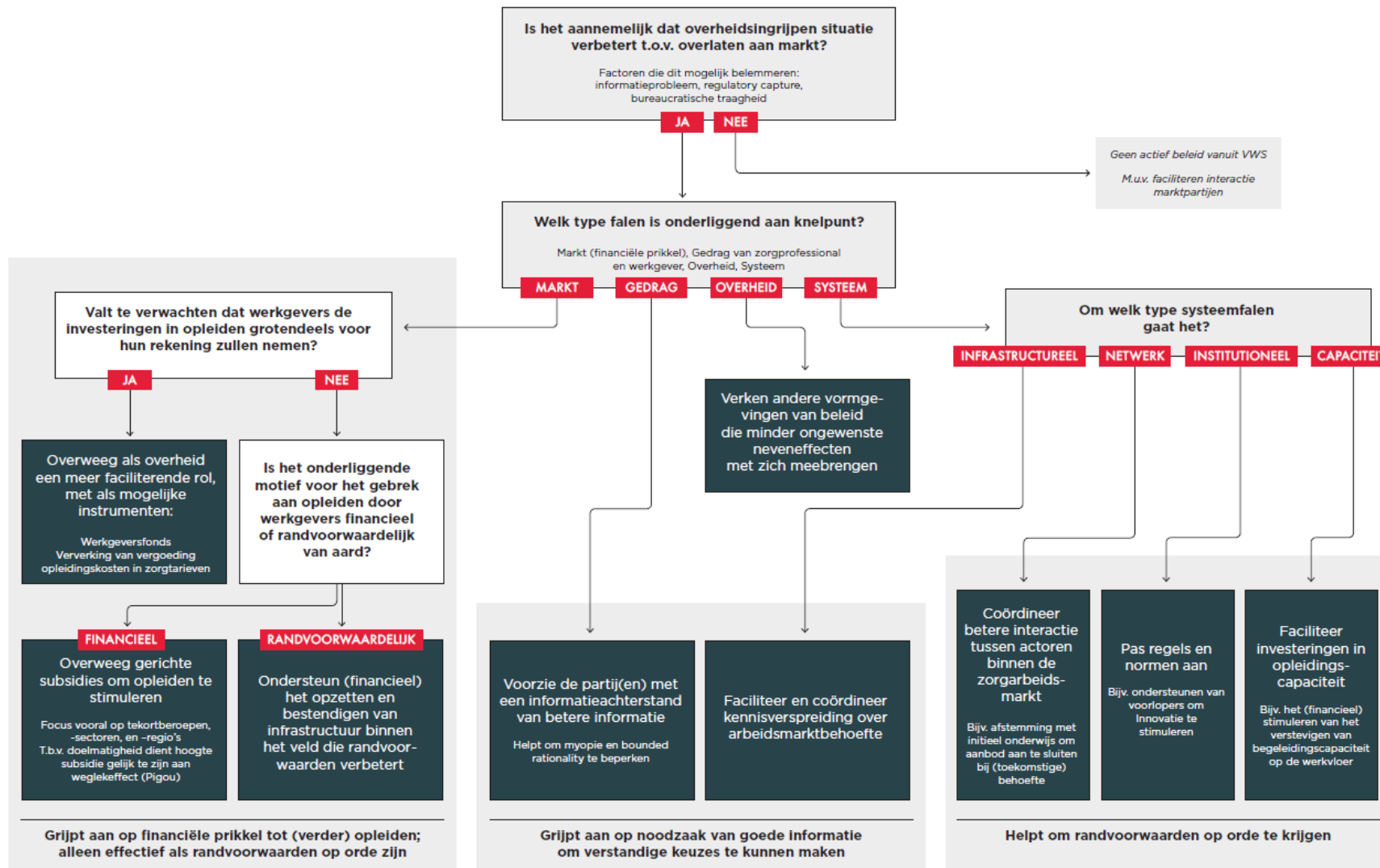
Slotconclusie over de rol van het ministerie van VWS

In het recente verleden heeft het ministerie van VWS met een heel scala aan subsidieregelingen geprobeerd direct sturing te geven aan de arbeidsmarkt en het opleidingsstelsel binnen de zorg. Gegeven de beperkte doeltreffendheid en/of doelmatigheid van sommige van deze regelingen ligt het in de rede dat het ministerie de verantwoordelijkheid van het opleiden en goed werkgeverschap weer wat meer teruglegt bij de werkgever. Ook omdat werkgevers beter dan de overheid op de hoogte zijn van de veranderende behoefte aan vaardigheden van medewerkers en hier ook sneller en gericht op kunnen inspelen. Er zijn dan verschillende instrumenten beschikbaar die zorgorganisaties weer meer verantwoordelijk maken of die van het opleiden en ontwikkelen van zorgpersoneel een gedeelde verantwoordelijkheid maken. Voor het ministerie van VWS is primair een coördinerende rol weggelegd, om daarmee de juiste randvoorwaarden te scheppen om goed opleiden en goed werkgeverschap te faciliteren. In het geval van overduidelijk marktfalen blijft sturing middels specifieke subsidieregelingen een optie.

Meer overkoepelend is het voor het ministerie van VWS nuttig om met een integrale blik te kijken naar het opleidings- en arbeidsmarktinstrumentarium. Hiertoe behoort niet alleen antwoord krijgen op de vraag of het effectiever en efficiënter is om beleid sectoraal dan wel generiek vorm te geven, maar ook het verwerven van meer inzicht in de wisselwerking tussen de effectiviteit van specifieke zorgregelingen en de aanwezigheid van een generieke infrastructuur rondom scholing en de arbeidsmarkt. Dit inzicht helpt om sectorale maatregelen op een effectieve wijze vorm te geven.

Deze evaluatie beperkt zich tot de aanbodkant van de zorg. Zorgprofessionals en hun kwaliteiten vormen namelijk binnen alle delen van de zorg een belangrijke productiefactor van het aanbod. Logischerwijs richten bovenstaande beleidsaanbevelingen op het verbeteren – in kwantiteit of kwaliteit – van het aanbod. Dat wil niet zeggen dat wij het optimaliseren van de aanbodzijde van het zorgstelsel dé panacee voor de arbeidsmarktkrapte binnen de zorg. Zonder structurele aanpassingen aan de vraagkant is het ondenkbaar dat, met welk op het aanbod gericht instrumentarium dan ook, het personeelstekort de zorg op afzienbare termijn zal verdwijnen. Zo’n structurele hervorming van de vraagkant binnen de zorg vraagt om scherpe keuzes. In dit licht beschrijft Batenburg (2025) dat discussies rondom ‘nee verkopen’, ‘niet behandelen tenzij’ en ‘verwachtingen bijstellen’ nu al op gang komen.

Figuur 7.1 De beslisboom laat zien welke instrumenten te overwegen zijn bij specifieke knelpunten en voorwaarden



7.2 Mogelijke besparingsvariant

Conform de vereisten van een Periodieke Rapportage doen we in dit hoofdstuk ook een suggestie voor een mogelijke besparingsvariant. Van het te evalueren instrumentarium zijn, of worden in de nabije toekomst, al verschillende regelingen stopgezet: het Stagefonds (127 mln. euro) en het programma TAZ, inclusies SectorplanPlus (130 mln.) In die zin is er ten opzichte van 2024 (en de jaren ervoor) al sprake van een ombuiging van middelen die het ministerie van VWS besteedt aan het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid in de zorg.

Een verdere terugdringing van deze uitgaven zou kunnen worden bereikt met een korting op de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen. Zoals eerder geconcludeerd is de beschikbaarheidsbijdrage potentieel/waarschijnlijk matig doelmatig. Een belangrijke reden hiervoor is dat de bijdrage gelijk is voor elk (medisch) specialisme (met een beperkte differentiatie naar de omvang van instellingen), terwijl er grote variatie is in de kosten en baten van het opleiden tussen de verschillende specialismen. Daar komt bij dat de huidige bedragen gemiddeld genoemen gericht zijn op volledige kostendekkendheid.

Een mogelijke besparingsoptie, recentelijk geopperd door NZA-onderzoekers Hochheimer en Lieverdink in de *Economisch Statistische Berichten*⁴¹, is om alleen de gemiddelde, directe kosten van het opleiden uniform te vergoeden. De kosten van het praktijkonderwijs, met grote variatie in de hoogte van deze kosten tussen specialismen, komen dan voor rekening voor de opleidende werkgever. Het zou dan gaan om ongeveer 20 procent van de huidige vergoeding, oftewel zo'n 350 mln. euro. Het voordeel van deze optie is dat de kosten van het praktijkonderwijs, die moeilijk meetbaar zijn, niet te hoeven worden onderzocht. Verder past het in het geval van de medisch-specialistische vervolgopleidingen bij het idee dat het voor ziekenhuizen een manier is om aan jonge artsen en verpleegkundigen te komen en dat de baten van het opleiden later volgen (mits de specialisten na afronding langere tijd binnen hetzelfde ziekenhuis blijven werken). Een volledige dekking van de opleidingskosten is dan niet nodig om ziekenhuizen ertoe te bewegen medische vervolgopleidingen aan te bieden. Het nadeel van deze optie is dat in de hoogte van de vergoeding niet wordt gedifferentieerd naar de hoogte van de directe kosten van het opleiden, wat de doelmatigheid weer enigszins beperkt.

Een andere mogelijke besparingsoptie is om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage aan te passen aan de totale opleidingskosten van een specialisme. Deze vorm van differentiatie lijkt vooralsnog niet kansrijk, omdat er momenteel geen goed zicht is op de variatie tussen de specialismen in de kosten (en opbrengsten) van de vervolgopleiding. De potentiële hoogte van deze besparing is dus vooralsnog ook nog onbekend. Om de mogelijkheid van een dergelijke vormgeving van de beschikbaarheidsbijdrage te beoordelen, is verder onderzoek nodig. Hierbij is het van belang dat het veld zo goed als mogelijk objectieve en uniforme kostprijsdata voor het onderzoek aanlevert, met name voor wat betreft de kosten van het praktijkonderwijs.

Meer overkoepelend zien wij op de lange termijn een besparing in de overheidsuitgaven in dit domein in het geval het ministerie van VWS de opleidingsverantwoordelijkheid weer meer bij werkgevers zelf legt. Zoals aangegeven is het verstandig om dit geleidelijk te doen, waardoor hier op korte termijn geen grote besparingen van te verwachten zijn.

⁴¹ Hochheimer en Lieverdink (2025).

7.3 Hoe kan het instrumentarium in de toekomst worden geëvalueerd?

Het gebrek aan systematische effectevaluaties maakt het voor de meeste afzonderlijke regelingen onmogelijk om heel vergaande uitspraken te doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid. Voor het instrumentarium als geheel is dit momenteel al helemaal onhaalbaar. We constateren dat het advies in de vorige beleidsevaluatie⁴² om het beleid structureel te monitoren en evalueren, niet in de volle breedte is opgevolgd.

Het ontbreken van heldere, meetbare doelen bij de invoering van diverse regelingen is hier mede debet aan. Daardoor zijn veel evaluaties tot nu toe vooral procesmatig van aard en geven ze weinig inzicht in de vraag of de maatschappelijke problemen waarvoor de regelingen zijn ontworpen, daadwerkelijk worden verminderd. Wij pleiten er dan ook voor om bij toekomstig te ontwikkelen beleid concrete, meetbare doelstellingen te formuleren die voortkomen uit een expliciete beleidstheorie. Dit vraagt om het vooraf expliciteren van de beoogde causale keten (input → activiteiten → output → outcome), zodat achteraf systematisch kan worden vastgesteld in hoeverre de gewenste effecten ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd. In het geval er geen duidelijk meetbare uitkomstmaten blijken te zijn, dan zouden in ieder geval procesindicatoren dienen te worden geformuleerd en gemonitord.

Dit geldt nadrukkelijk ook voor beleid dat vooral breed en procesmatig is ingestoken, zoals programma's die samenwerking of cultuurverandering moeten bevorderen. Voor dergelijke beleidsvormen is het lastiger om resultaten met eenduidige indicatoren te meten, maar dat ontslaat de beleidsmaker niet van de verantwoordelijkheid om toetsbare doelen te formuleren. Mogelijk dient hiervoor een nieuw evaluatie-instrumentarium ontwikkeld te worden, dat recht doet aan de complexiteit van dit type interventies. Dit zien wij als een interessant en noodzakelijk thema voor vervolgonderzoek, juist omdat veel van de huidige zorgprogramma's zich kenmerken door deze meer procesmatige invalshoek.

Daar waar resultaten van beleid wel met min of meer eenduidige indicatoren te vatten zijn, zou het streven moeten zijn om het instrument (of samenhang van instrumenten) te evalueren middels een (quasi-experimenteel) effectonderzoek (zoals een verschil-in-verschilanalyse of regressie-discontinuïteit) in plaats van alleen op basis van kwalitatieve percepties. Dergelijke methoden vergroten de betrouwbaarheid van de conclusies en maken het mogelijk om causale uitspraken te doen over de bijdrage van beleid aan waargenomen uitkomsten. Daarbij is het essentieel dat al bij de start van beleid gegevenssystemen worden ingericht die longitudinaal en op individueel niveau effecten kunnen volgen.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het creëren van voldoende evaluatiecapaciteit binnen zowel het ministerie als bij uitvoerende instellingen. Dit betekent onder andere investeren in data-infrastructuur en het reserveren van middelen voor onafhankelijke evaluaties. Tevens is het van belang dat evaluaties niet enkel een verantwoordingsfunctie hebben, maar nadrukkelijk ook worden ingezet als lerend instrument. Dit kan door middel van tussentijdse evaluaties en periodieke toetsing, die beleidsmakers en veldpartijen tijdig inzicht geven in de werking van instrumenten en zo de mogelijkheid bieden beleid te intensiveren, af te schalen of bij te sturen. Bij onvoldoende evaluatiecapaciteit om het gehele instrumentarium grondig te evalueren, zou prioriteit moeten worden gegeven aan de regelingen met de grootste budgettaire omvang.

⁴² Ecorys en SEOR (2016).

Referenties

- Agentschap CIBG. (2024, 12 februari). Eindevaluatie consulent buitenslands gediplomeerden. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Algemene Rekenkamer. (2022). Rapport bij het Jaarverslag 2022. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ballard, C. L., & Medema, S. G. (1993). The marginal efficiency effects of taxes and subsidies in the presence of externalities: A computational general equilibrium approach. *Journal of Public Economics*, 52(2), 199-216.
- Batenburg, R. (2025). De arbeidsmarkt van de zorg verdient meer zorg. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 41(2), 129-131.
- Bénabou, R., & Tirole, J. (2003). Intrinsic and extrinsic motivation. *The review of economic studies*, 70(3), 489-520.
- Berenschot. (2022). Evaluatie Subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Bureau Bartels. (2019). *Koersen op Kansen: Eindrapportage beleidsprogramma 2016-2020*. In opdracht van RegioPlus.
- Bureau Bartels. (2024). *Samen Regionaal Sterk: Van papier naar praktijk*. Eindrapport. In opdracht van RegioPlus.
- Bureau Bartels. (2024). Eindevaluatie SectorplanPlus. In opdracht van Regioplus.
- Bureau Bartels. (2025). Evaluatie instellingssubsidie SBOH. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Zeeman, S., Wamelink, N., & Tissing, H. (te verschijnen). *Eindevaluatie AZW-onderzoeksprogramma*.
- Carneiro, P., & Heckman, J. J. (2002). The evidence on credit constraints in post-secondary schooling. *The Economic Journal*, 112(482), 705-734.
- Centraal Planbureau. (2018, 10 juli). *Analyse actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Den Haag: CPB.
- Commissie Ter Weel (2022). *Durf te leren, ga door met meten*. Op zoek naar kaders en methoden voor de evaluatie van systeem- en transitiebeleid. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken en Klimaat.
- Dall' Ora, C., Meredith, P., Saville, C., Jones, J., & Griffiths, P. (2025). Nurse staffing configurations and nurse absence due to sickness. *JAMA Network Open*, 8(4), e255946-e255946.
- Dahl, G. B., & Gielen, A. C. (2021). Intergenerational spillovers in disability insurance. *American Economic Journal: Applied Economics*, 13(2), 116-150.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*, 125(6), 627.

- Ecorys & SEOR. (2016). *Beleidsdoorlichting Artikel 4.2 VWS: Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt. Overkoepelende eindrapportage*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Evaluatie beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Evaluatie Stagefonds Zorg (2008-2015). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Evaluatie Subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg 2013-2017. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ecorys & SEOR (2016). Vaccinatieregeling stageplaatsen zorg (hepatitis B). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Eijkel, R. van, Athmer, J., Casteren, B. van, Ven, K. van der. (2024). Zorg voor de leerling: Kosten en baten van opleiden in de wijkverpleging. SEO-rapport 2024-56.
- Fan, X., & DeVaro, J. (2020). Job hopping and adverse selection in the labor market. *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 36(1), 84-138.
- FNV (2024). *Onderzoek - Zorg- & Welzijnsbarometer*. Utrecht: FNV.
- Gibbons, R. S. (1996). Incentives and careers in organizations.
- Grossman, M. (2006). Education and Nonmarket Outcomes. *Handbook of the Economics of Education*, vol. 1.
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782), 1900-1902.
- Het Potentieel Pakken. (2024). Het potentieel blijven pakken: Contractuitbreiding in de zorg – inzichten en impact. Amsterdam: Stichting Het Potentieel Pakken.
- Hochheimer, M. en Lieverdink, H. (2025). Hoge variatie in kosten opleidingen tot (medisch) specialist. *ESB*, 110(4848), 369-371.

- I&O Research & Berenschot. (2020). Evaluatie Subsidieregeling Stageplaatsen Zorg II 2016 - 2019. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L., & Thaler, R. H. (1991). Anomalies: The endowment effect, loss aversion, and status quo bias. *Journal of Economic perspectives*, 5(1), 193-206.
- KBA Nijmegen. (2021). Derde evaluatie 'Subsidieregeling opleidingen tot ANP en PA'. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- KBA Nijmegen. (2025). Subsidie-evaluatie Opleidingen in een jeugd-ggz-instelling. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Kamphuis, P., Glebbeek, A. C., & Van Lieshout, H. (2010). Do sectoral training funds stimulate training?. *International Journal of Training and Development*, 14(4), 273-290.
- Lange, F., & Topel, R. H. (2006). The Social Value of Education and Human Capital. *Handbook of the Economics of Education*, vol. 1.
- Lazear, E. P. (2000). Performance pay and productivity. *American Economic Review*, 90(5), 1346-1361.
- Lochner, L., & Moretti, E. (2004). The Effect of Education on Crime: Evidence from Prison Inmates and Arrests. *American Economic Review*, 94(1), 155-189.
- Moretti, E. (2004). Workers' Education, Spillovers, and Productivity: Evidence from Plant-Level Production Functions. *American Economic Review*, 94(3), 656-690.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Werken in de Zorg*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). Evaluatie 'Subsidieregeling Opleidingen in een Jeugd ggz-instelling 2015-2019'.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*. Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a). *Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn – Samen anders leren en werken*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b). *Integraal Zorgakkoord 2022 – Onderdeel H: Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023a). *Monitor programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Nulmeting*. Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023b). *Voortgangsrapportage programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ)*. Den Haag: VWS

- NZa, 2025. Kostenonderzoek naar de (medisch)-specialistische vervolgoopleidingen. Tussenrapport. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Rossing, H., & Noll, K. (2023). *Eindrapport evaluatie 'Sterk in je werk, zorg voor jezelf'*. Regioplan.
- SEO Economisch Onderzoek. (2020). Evaluatie ramingsmodel Capaciteitsorgaan. In opdracht van het Capaciteitsorgaan.
- SEOR. (2021). Evaluatie vaccinatieregeling stageplaatsen zorg (hepatitis). In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Schuss, E. (2023). Beyond windfall gains: The redistribution of apprenticeship costs and vocational education of care workers. *Economica*, 90(359), 978-1002.
- Simon, H. A. (1972). Theories of bounded rationality. *Decision and organization*, 1(1), 161-176.
- SiRM. (2024). Ontwikkel het Stagefonds door. Verkenning vergoeding stagebegeleiding. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- SiRM. (2025). Terug naar de bedoeling van het instrument. Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- SiRM. (2025). Functie vervuld. Evaluatie van de subsidieregeling opleidingsmodule Basis Acute Zorg. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Sipos, D., Goyal, R., & Zapata, T. (2024). Addressing burnout in the healthcare workforce: current realities and mitigation strategies. *The Lancet Regional Health -Europe*, 42.
- Sun, S. T., & Yannelis, C. (2016). Credit constraints and demand for higher education: Evidence from financial deregulation. *Review of Economics and Statistics*, 98(1), 12-24.
- Varkevisser, M., S. van der Geest, E. Maasland en F. Schut (2007) Opleiden medisch specialisten moet transparanter. *ESB*, 92(4511), 340-342.
- Van Den Berg, N., Meijers, F., & Sprengers, M. (2006). More vocational education and supplementary training through equalization of costs? An analysis of a training and development fund in the Netherlands. *Human Resource Development International*, 9(1), 5-24.
- Verheijden, S. (2024). *Resultaten verkenning Q1 2024 - Digivaardig in de zorg*. Programma Digitale Vaardigheden in de Zorg.
- Wouterse, B. en H. ter Rele (2016), Financiering van de zorg op de lange termijn: beschrijving analyses, cpb-Policy Brief 2016/10 Den Haag: Centraal Planbureau.

Bijlage A Beschrijving instrumenten

In deze bijlage geven we een beknopte beschrijving van de verschillende instrumenten. Zo tonen we per regeling het jaarlijkse budget, de financierder, de periode en de doelgroep. In Bijlage A.1 doen we dit voor de opleidingsregelingen en in Bijlage A.2 voor de arbeidsmarktregelingen.

Bijlage A.1 Opleidingsregelingen

Tabel A.1 Beschrijving opleidingsregelingen

Instrument	Bedrag	Financierder	Periode	Doelgroep
(Vervolg)opleidingen				
Beschikbaarheidsbijdrage	1,8 miljard euro	Zorginstituut Nederland	2012-heden	Aanbieders van medische vervolgopleidingen en academische zorginstellingen
Opleidingsmodule BAZ	10 miljoen euro	VWS	2022 - 2025	Zorgorganisaties die de BAZ-opleidingsmodule aanbieden aan hun verpleegkundigen
Subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling	3,4 miljoen euro	VWS	2015-heden	Opleidende jeugd ggz instellingen
Subsidie opleidingen tot ANP en PA	38 miljoen euro	OCW en VWS	2004-heden	Werkgevers, zorgprofessionals in opleiding en hogescholen met een erkende opleiding
Instellingssubsidie artsen M+G SBOH	42,5 miljoen euro	VWS	2019-heden	SBOH
Informatieverstrekking				
Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan	2,5 miljoen euro	VWS	1999-heden	Het Capaciteitsorgaan
Randvoorwaarden				
Vaccinatieregeling stageplaatsen hepatitis B	6 miljoen euro	VWS	2008-heden	Onderwijsinstellingen (mbo en hbo)
Behoud, toekomstbestendigheid en in- en doorstroom				
Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen	238,4 miljoen euro	VWS	2014-2024 (opgevolgd door SSOMSZ)	Algemene en categorale ziekenhuizen, universitair medische centra, revalidatiecentra, dialysecentra, epilepsiecentra, radiotherapeutische instellingen, audiologische centra en de zelfstandige behandelcentra
SectorplanPlus	100 miljoen euro	VWS	2017-heden	Organisaties in branches met een cao Zorg of Welzijn
Stagefonds	127 miljoen euro	VWS	2008-heden	Stageaanbieders voor relevante opleidingen waar krapte wordt verwacht, die zorg verlenen op basis van de Wlz, Zvw, Wpg, Jeugdwet of Wmo

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025).

Bijlage A.2 Arbeidsmarktregelingen

Beleidsinstrument	Soort	Totaalbedrag	Initiatief	Doelgroep	Periode	Activiteiten
Arbeidsmarktprogramma's						
Programma werken in de zorg	Programma	€ 350.000.000	VWS	Breed: studenten, zij-instromers en herintreders, zoals eerder genoemd, omvat de doelgroep ook mensen met een aanverwante opleiding, zoals CIOS, PABO of een opleiding tot doktersassistent of onderwijsassistent.	2018-2021	Scholing van (nieuw) personeel, loopbaanbegeleiding en loopbaanoriëntatie
Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn IZA arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals	Programma	130 mln per jaar vanaf 2023	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Zorg- en welzijnsmedewerkers, werkgevers in de sector	Start in 2022, meerjarige looptijd	Innovatieve werkvormen, behoud van medewerkers, leren en ontwikkelen
Regionaal arbeidsmarktbeleid						
Koersen op Kansen	Beleidsprogramma voor regionale samenwerking en arbeidsmarktinterventies	€6,5 miljoen per jaar (gefinancierd door VWS en werkgevers)	RegioPlus, samenwerkingsverband van 14 regionale werkgeversorganisaties	Werkgevers in zorg en welzijn, werknemers, en potentiële instromers (zoals scholieren en zij-instromers)	2016-2020	Strategisch arbeidsmarktonderzoek, wervings- en voorlichtingscampagnes, loopbaanportals, kwalificatieprogramma's, duurzame inzetbaarheidsprojecten, regionale actieplannen (RAAT)
Samen Regionaal Sterk (SRS)	Beleidsprogramma voor regionale samenwerking en arbeidsmarktinterventies	18 mln	RegioPlus, samenwerkingsverband van 12 regionale werkgeversorganisaties	Werkgevers in zorg en welzijn, werknemers en potentiële instromers	2020-2024	Regionale partijen werken aan instroom, scholing en behoud van zorgpersoneel via voorlichting, zij-instroomtrajecten en vacatureplatforms.
Behoud van medewerkers						
Loopbaancoaching Sterk in je Werk Impact het Potentieel Pakken op contractuitbreiding	Subsidie	€ 7.300.000	RegioPlus	Mensen die in de zorg (willen) werken	2016-2023	(Kortdurende) loopbaantrajecten
	Subsidie	€ 1.150.000	Het Potentieel Pakken	Deeltijdmedewerkers met onbenut arbeidspotentieel	2021-2024	Pilot bij 50 zorgorganisaties + communicatie/kennisbank

Veerkracht en Zeggenschap (subsidie + landelijk actieplan)	Subsidie	€ 9.545.000	Beroepsverenigingen werkgeversorganisaties	Verpleging uitbreiding verzorging in brede zin)	(later naar 2022-2024	Subsidie voor activiteiten die veerkracht en zeggenschap van medewerkers in zorg en welzijn bevorderen
	Overig					
Centraal aanspreekpunt buitenlandse gediplomeerden	Communicatie	€ 469.200	VWS	Buitenlands gediplomeerden	2022-2024	Toevoeging consultants als aanspreekpunt voor buitenlandse gediplomeerden
AZW onderzoeksprogramma	Communicatie	€ 3.050.000	VWS + arbeidsmarkt fondsen		1994-heden	AZW biedt betrouwbare en toegankelijke arbeidsmarktdata via AZW StatLine
Digivaardig in de zorg	Communicatie	€ 100.000	VWS		2019-heden	Bijeenkomsten + website

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025).

Bijlage B Scores effectladder

Opleidingsregelingen

Beschikbaarheidsbijdrage

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Beide studies betreffen verklarende evaluaties. Door middel van interviews en documentstudie heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Ook zijn er tijdreeksen van in- en uitstroom in de opleidingen en gegevens van het Capaciteitsorgaan bestudeerd. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de relaties tussen de beschikbaarheidsbijdrage, het aantal zorgverleners dat opgeleid wordt en de kwaliteit van de opleidingen.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. De studie deed uitgebreid deskresearch en cijfermatige analyses. Tevens namen ze circa 40 interviews af met veld- en overheidspartijen, organiseerden ze werksessies en legden ze tussentijdse bevindingen terug bij een begeleidingscommissie en zorgeconomische experts.

Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen

Score effectladder 2016: 2. Het predicaat 'veelbelovend' is behaald. Door middel van uitspraken in interviews en een documentstudie heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is.

Score effectladder 2025: 2. Het predicaat 'veelbelovend' is behaald. Door middel van uitspraken in interviews en een documentstudie heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie matig doeltreffend is.

Stagefonds

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden (deskresearch, interviews en een enquête) heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. De studie heeft het karakter van een verklarende evaluatie, waarin vooral is gekeken naar de plausibiliteit van de beleidstheorie en de daarin werkzame bestanddelen. Zo is er geen sterke empirische toetsing.

Score effectladder 2025: 4. Het predicaat 'plausibel causaal' is behaald. Door middel van *state-of-the-art* econometrische technieken (verschil-in-verschil methode) onderzoekt de evaluatie het causale effect van de subsidie op het aantal stageplaatsen. Er kunnen echter verschillende redenen zijn waarom zorgorganisaties meer of minder stagairs hebben, waardoor harde conclusies trekken op basis van deze analyses niet mogelijk zijn. Tevens werd vanuit de begeleidingscommissie een analyse van dit onderzoek gedeeld. Hierin worden verschillende kanttekeningen gemaakt over de analyseperiode, de representativiteit van de onderzochte organisaties en de conclusietrekking.

SectorplanPlus

Score effectladder 2016: n.v.t.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van uitspraken in interviews, een documentstudie en een kwantitatieve analyse laat de evaluatie zien dat het aantal scholingstrajecten

groeit. Het effect op instroom en behoud van personeel is moeilijk meetbaar, omdat werkgevers dit niet altijd apart bijhouden en de invloed van SectorplanPlus moeilijk los te zien is van andere initiatieven.

Instellingssubsidie artsen M+G SBOH

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van interviews, een documentstudie en een kwantitatieve analyse laat de evaluatie zien dat het aantal artsen in de publieke gezondheidszorg groeit. Voor de kwantitatieve analyse werd de in- en uitstroom van aios mede op basis van opleidingsdata uit het opleidingsregister geanalyseerd. Ecorys heeft geen nieuw zelfstandig onderzoek gedaan naar de relaties tussen de subsidieregeling en het aantal zorgverleners dat opgeleid wordt.

Score effectladder 2025: Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. De studie deed uitgebreid deskresearch en cijfermatige analyses. Tevens namen ze interviews af met betrokken sleutelpersonen van het ministerie van VWS en SBOH. Verder zijn nog onder andere opleidingsinstellingen en aios van de opleidingen zelf geraadpleegd. Ook is er een digitale vragenlijst uitgezet onder de aios.

Subsidie opleidingen tot ANP en PA

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Er is echter geen sterke empirische toetsing.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Er is echter geen sterke empirische toetsing.

Subsidieregeling opleidingsmodule BAZ

Score effectladder 2016: n.v.t.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie matig doeltreffend is. Er is echter geen sterke empirische toetsing.

Vaccinatieregeling stageplaatsen hepatitis B

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van uitspraken in interviews en een documentstudie heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Verder is er een uitvraag gedaan naar het aantal gevaccineerde studenten per onderwijsinstelling per jaar. Hier is echter beperkt op gereageerd.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van interviews, een documentstudie en een kwantitatieve analyse laat de evaluatie zien dat het aantal vaccinaties groeit. De kwantitatieve analyse bestond uit een vragenlijst onder 40 onderwijsinstellingen.

Instellingssubsidie Capaciteitsorgaan

Score effectladder 2016: n.v.t.

Score effectladder 2025: 4. Het predicaat 'plausibel causaal' is behaald. In deze studie wordt gekeken naar hoe goed het ramingsmodel werkt. Hiervoor worden documentatierapporten en het ramingsmodel onder de loep

genomen. De analyses vergelijken het in de ramingen verwachte beschikbare aanbod en het daadwerkelijke beschikbare aanbod. Ook is er gekeken naar de aannames en de structuur van het model. Verder zijn er interview met diverse stakeholders gehouden. Al met al betreft het een behoorlijk uitgebreide studie.

Subsidie opleidingen in een Jeugd ggz-instelling

Score effectladder 2016: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van een beleidstheorie en kwantitatieve onderbouwing heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Er is echter geen sterke empirische toetsing.

Score effectladder 2025: 2/3. Het predicaat 'veelbelovend' / 'indicatief' is behaald. Door middel van een beleidstheorie en kwantitatieve onderbouwing heeft de evaluatie het aannemelijk gemaakt dat de subsidie doeltreffend is. Er is echter geen sterke empirische toetsing.

Arbeidsmarktregelingen

Programma Werken in de Zorg

De evaluatie van het programma Werken in de Zorg wordt in zowel 2016 als 2025 beoordeeld met een score van 2 op de effectladder. Het betreft hier een zogeheten ex-durante evaluatie, uitgevoerd door Significant en Kennisland. De nadruk lag op het verzamelen van inzichten en het leren tijdens de looptijd van het programma, niet op het bepalen van de doeltreffendheid of doelmatigheid van specifieke maatregelen. Dit blijkt ook uit de aard van het onderzoek, waarin ontwikkelingen in het programma zijn beschreven en aanbevelingen worden gedaan voor toekomstige ondersteuning, zonder dat causale uitspraken worden gedaan over arbeidsmarkteffecten.

Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ)

Ook voor het programma TAZ geldt een effectladderscore van 2 in 2025. In dit geval heeft er geen evaluatie plaatsgevonden, mede doordat het programma voortijdig werd beëindigd toen het bijbehorende budget is wegbezuinigd in het Regeerakkoord. Veel van de acties waren hierdoor nog niet afgerond. Het oorspronkelijke plan was om net als bij Werken in de Zorg een combinatie van monitoring op basis van cijfers en een aanvullende evaluatie uit te voeren. De TAZ-monitor geeft dan ook vooral inzicht in algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, maar niet in hoeverre deze samenhangen met het programma.

IZA arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

Het arbeidsmarktdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA) ontvangt in 2025 een score van 2 op de effectladder. Zo worden uitkomstmaten wel in kaart gebracht, maar wordt niet beschreven hoe deze zich verhouden tot het programma. Hierdoor kunnen relaties tussen inputs, outputs en outcomes niet goed in kaart worden gebracht.

Koersen op Kansen (2016-2019)

De evaluatie van het programma Koersen op Kansen kreeg in 2016 een score van 2. De analyse richt zich op procesbeschrijvingen en implementatie, zonder toetsing aan meetbare doelstellingen of effecten op de arbeidsmarkt. Daardoor geldt de onderbouwing als 'descriptief'. Er is bijvoorbeeld niet onderzocht of de beoogde doelen zoals het verhogen van instroom of behoud van personeel daadwerkelijk zijn behaald.

Samen Regionaal Sterk (2020-2024)

Ook de opvolger van Koersen op Kansen, het programma Samen Regionaal Sterk, wordt in 2025 met een score van 2 beoordeeld. De evaluatie beschrijft de opzet en uitvoering van het programma aan de hand van interviews en

documentstudie, maar bevat geen kwantitatieve analyse van uitkomsten. Hierdoor blijft onduidelijk in welke mate de regeling bijdraagt aan duurzame inzetbaarheid of vermindering van personeelstekorten.

Sterk in je Werk (Loopbaancoaching)

Het programma Sterk in je Werk, gericht op loopbaancoaching van zorgmedewerkers, scoort in 2025 een 2 op de effectladder. De evaluatie baseert zich op kwalitatieve inzichten, zoals interviews en zelfrapportages van deelnemers en een aantal outputindicatoren (aantal coachgesprekken). Er is geen robuuste meting gedaan naar de effecten van de coaching op bijvoorbeeld behoud of doorgroei. Daarmee is het bewijs beperkt tot een beschrijvend niveau.

Het Potentieel Pakken (contractuitbreiding)

Ook voor het programma Het Potentieel Pakken geldt een score van 2 in 2025. De evaluatie beschrijft het proces en de opzet van het programma, en bevat enkele monitoringsgegevens zoals het gebruik van de WerkUrenBerekenaar en deelname aan sessies. De bijdrage van deze interventies aan feitelijke contractuitbreiding is echter niet causaal onderzocht, wat leidt tot een lage score op de effectladder. Belangrijke kanttekening is dat HPP zelf de evaluatie heeft uitgevoerd, wat leidt tot een minimale score op de effectladder.

Veerkracht en Zeggenschap

Voor de regeling Veerkracht en Zeggenschap, bestaande uit subsidies en een landelijk actieplan (apart gefinancierd), is geen effectladder-score vastgesteld. De regeling is (nog) niet geëvalueerd in termen van doeltreffendheid of doelmatigheid. Hierdoor ontbreekt een beoordeling van de bewijskracht.

Centraal aanspreekpunt buitenlands gediplomeerden

De evaluatie van het centraal aanspreekpunt voor buitenlands gediplomeerden wordt beoordeeld met een score van 1. Er is geen analyse gedaan van het effect op de inzetbaarheid van buitenlands zorgpersoneel op de Nederlandse arbeidsmarkt.

AZW Onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma AZW krijgt in zowel 2016 als 2025 een score van 2. Het programma levert inzichten op over trends en ontwikkelingen in de zorgarbeidsmarkt en voorziet in brede dataverzameling. Er zijn echter geen causale analyses uitgevoerd van specifieke maatregelen. Het bewijs is daarmee 'veelbelovend' maar beperkt toepasbaar op de effectiviteit van afzonderlijke beleidsinstrumenten.

Digivaardig in de zorg

De verkenning is gebaseerd op een vragenlijst onder zorgorganisaties naar hun programmatische aandacht voor digitale vaardigheden. De resultaten bieden inzicht in hoe organisaties met het thema omgaan, welke obstakels ze ervaren, en welke ondersteuning zij gebruiken of waarderen. Er is echter geen sprake van een analyse van doelbereiking of gedragsverandering, noch van een vergelijking met een controlegroep of andere methoden om causale effecten vast te stellen. Daarmee kwalificeert dit onderzoek als descriptief (score 2 op de effectladder): het beschrijft op heldere wijze de inzet en beleving rond het programma, maar bevat geen onderbouwing over effectiviteit.



“De wetenschap dat het goed is.”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2025-153
ISBN 978-90-5220-585-4

Informatie & Disclaimer

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2025 SEO Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

Roetersstraat 29
1018 WB, Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl