



EMN - Europees Migratie Netwerk
Nederlands Nationaal contactpunt

Small Scale Study II Migratiemanagement
en de arbeidsmarkt –
De gezondheidszorg
Nederland

Oktober 2006



Immigratie- en Naturalisatiedienst

Inhoudsopgave

<i>Lijst van afkortingen</i>	4
1 Management Samenvatting	5
2 Inleiding: de gezondheidssector in Nederland	7
2.1 De organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg	7
2.1.1 De actoren in de Nederlandse gezondheidszorg.....	7
2.1.2 Financiering van de zorg	10
2.2 Algemene ontwikkelingen ten aanzien van migratiemanagement en de zorgsector	11
3 Methodologie	14
4 Migratiebeleid en de gezondheidssector in Nederland	16
4.1 Wet- en regelgeving ten aanzien van arbeidsmigratie	16
4.1.1 Vreemdelingenwet- en regelgeving.....	16
4.1.2 Wet Arbeid Vreemdelingen (Wav)	18
4.2 Invloed van internationaal recht	19
4.3 Werving van arbeidsmigranten voor de gezondheidszorg: instituties en procedures	20
5 De werkgelegenheid voor immigranten in de gezondheidssector	21
5.1 De rol van migranten op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg	22
5.2 Vacatures in de gezondheidszorg	29
6 Onderwijs en scholing	31
7 Andere relevante aspecten	33
8 Conclusie	35
Bijlage 1: Bibliografie	36

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CAZ	Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector
CBGV	Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBA	Commissie Instroom Buitenlandse Artsen
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
EBB	Enquête Beroepsbevolking
EER	Europese Economische Ruimte
EMN	Europees Migratienetwerk
EU	Europese Unie
EZ	Economische Zaken
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
HBO	hoger beroepsonderwijs
IHTP	International Healthcare Training Program
IAO	Internationale Arbeidsorganisatie
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
ISCO-88	International Standard Classification of Occupations-88
NACE	Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne
O,C&W	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PSI	Public Services International
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBI '93	Standaard Bedrijfsindeling '93
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Vw 2000	Vreemdelingenwet 2000
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WHO	World Health Organisation
V&I	Vreemdelingenzaken en Integratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wav	Wet Arbeid Vreemdelingen

1 Management Samenvatting

De studie ‘Migratiemanagement en de arbeidsmarkt – De gezondheidszorg: Nederland’ is onderdeel van een Europese vergelijkende studie over dit onderwerp van het Europees Migratie Netwerk (EMN). Het uiteindelijke doel is een vergelijkend rapport dat inzicht geeft in de overeenkomsten en verschillen tussen de lidstaten met betrekking tot migratiemanagement en de gezondheidssector. De gezondheidszorg is gekozen als casus om de ontwikkelingen op het gebied van migratiemanagement in kaart te brengen. De studie volgt daarbij nauwgezet de specificaties zoals opgesteld door het EMN.

In hoofdstuk 2 wordt allereerst ingegaan op de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. De regering is eindverantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Nederland, door het stellen van wettelijke en financiële kaders en door het houden van strikt toezicht op de gezondheidszorg. De zorg in Nederland wordt met name geleverd door private non-profit organisaties en medici die als zelfstandig ondernemer hun praktijk beoefenen. De huisarts neemt daarbij een belangrijke plaats in als poortwachter voor het overgrote deel van de overige zorg. De financiering van de zorg vindt plaats middels zowel publieke als private zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars sluiten contracten of met de verschillende zorgaanbieders voor het verlenen van de verschillende soorten van zorg.

Vervolgens worden in hoofdstuk 2 de algemene ontwikkelingen ten aanzien van migratiemanagement en de zorgsector in kaart gebracht. Arbeidsmigratie met als doel het werken in de zorgsector is in Nederland vooral aan de orde geweest in de economische bloeiperiode vanaf eind jaren negentig. Krapte op de arbeidsmarkt leidden tot pogingen van werkgevers in de zorg tot het werven van buitenlands personeel als oplossing van acute personeelstekorten. Dat leidde tot media-aandacht en politiek debat, met name in 2001 en 2002. Belangrijkste conclusie van hoofdstuk 2, is dat het politiek en maatschappelijk draagvlak voor werving van buitenlands personeel gering is, waarbij het debat voornamelijk gericht was op de werving van verpleegkundigen en verzorgenden. Bovendien waren ook de ervaringen van werkgevers niet positief en lijken ook zij arbeidsmigratie eerder als laatste redmiddel te zien. De overheid heeft werving van buitenlands personeel in de zorg op een aantal uitzonderingen na, ook niet gefaciliteerd en het restrictieve beleid op dit terrein onverkort gehandhaafd..

In hoofdstuk 3 komt de methodologie van het onderzoek aan bod. De studie is in hoofdzaak gebaseerd op de beschikbare literatuur en statistische informatie. Een van de belangrijkste onderwerpen van dit hoofdstuk is de beperkte beschikbaarheid van statistische informatie. Gebleken is, dat de in de specificaties gevraagde informatie niet beschikbaar is, maar wel zijn er alternatieve bronnen van informatie die een beeld kunnen geven van het belang van arbeidsmigratie voor de gezondheidszorg.

In hoofdstuk 4 wordt wet- en regelgeving ten aanzien van arbeidsmigratie behandeld, alsmede de bij de uitvoering betrokken organisaties en instanties. Wat opvalt is de nauwe samenhang tussen de vreemdelingenwetgeving die toelating tot Nederland regelt enerzijds en de Wet arbeid vreemdelingen (Wav) die toelating tot de Nederlandse arbeidsmarkt regelt anderzijds. Drie vormen van toelating tot Nederland zijn van belang voor arbeidsmigratie naar de gezondheidszorg, waarbij er overigens geen specifieke wet- en regelgeving voor de gezondheidszorg is: toelating als werknemer, toelating als zelfstandige en toelating als kennismigrant.

Uitgangspunt van wet- en regelgeving voor de eerste vorm van toelating is, dat Nederlands en EU/EER-arbeidsaanbod voorrang heeft. Toegang tot de Nederlandse arbeidsmarkt is afhankelijk van het ontbreken van dergelijk prioriteitgenietend aanbod. Anders wordt er geen tewerkstellingsvergunning verstrekt en dus ook geen verblijfsvergunning. Bij toelating als zelfstandige is het bestaan van een wezenlijk Nederlands belang de belangrijkste voorwaarde, in het geval van medisch beroepsbeoefenaren een wezenlijk volksgezondheidsbelang. Vanuit het oogpunt van migratiemanagement is met name ook de kennismigrantenregeling interessant, die expliciet bedoeld is ter bevordering van de Nederlandse kenniseconomie, met als voornaamste voorwaarde voor toelating een inkomenseis.

In hoofdstuk 5 wordt middels beschikbare statistische informatie eerst een beeld geschetst van aard en omvang van de arbeidsmigratie naar de gezondheidszorg. Daarbij valt op, dat arbeidsmigratie naar de gezondheidssector beperkt van omvang is, zeker ten opzichte van de totale omvang van de

in die sector werkzame beroepsbevolking. Zo waren in 2004 van de 5.944 nieuwe registraties van verpleegkundigen, er slechts 206 (4,8%) met een buitenlands diploma en voor fysiotherapeuten 15 van de 1.254 (1,4%). Voor artsen en vooral voor tandartsen lijkt arbeidsmigratie relatief van groter belang. 445 van de 2.261 (22,4%) nieuwe registraties van artsen in 2004 en 138 van de 373 (43%) registraties van tandartsen betrof medici met een buitenlands diploma. Ook als alleen wordt gekeken naar medici met een niet-EER diploma (waarmee de meeste in het buitenland studerende Nederlanders wegvallen uit de cijfers) blijkt de rol van arbeidsmigratie voor deze beroepen groter dan gemiddeld, met name voor tandartsen.

Verder wordt in dit hoofdstuk ook de algemene arbeidsmarktsituatie voor de gezondheidszorg bekeken. Er blijkt een duidelijke piek te zijn in het aantal moeilijk vervulbare vacatures in 2000 en 2001 en ook het aantal vacatures per 1.000 bezette banen kent een piek in 2000-2002. In die periode is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Voor de arbeidsmarkt als geheel blijkt dit overigens nog sterker en over een langere periode het geval te zijn. De cijfers laten zien dat er inmiddels geen sprake meer is van grote personeelstekorten in de gezondheidszorg. In een aantal studies over de toekomstige ontwikkeling voor de gezondheidszorg, worden voor de periode tot en met 2010 geen grote personeelstekorten verwacht, met uitzondering van verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Alleen een snelle economische opleving kan leiden tot personeelstekorten in de nabije toekomst in sommige beroepsgroepen. Voor de langere termijn is er wel een kans op personeelstekorten, maar er spelen teveel factoren een rol om daar met zekerheid uitspraken over te doen.

In hoofdstuk 6 worden de professionele vereisten uiteengezet om in de Nederlandse gezondheidszorg werkzaam te zijn. Om aan de slag te gaan in de Nederlandse gezondheidszorg is voor de meeste medische beroepen de officiële erkenning van de vakbekwaamheid van de buitenlandse beroepsbeoefenaar noodzakelijk. Dit is geregeld in de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (de Wet BIG). Voor een deel van de medische beroepen (de zogenaamde artikel 3-beroepen) is registratie in het BIG-register een voorwaarde voor het voeren van de opleidingstitel en voor het zelfstandig uitvoeren van bepaalde voorbehouden medische handelingen. Voor andere medische beroepen (de zogenaamde artikel 34-beroepen) is een verklaring van vakbekwaamheid vereist om de beschermde opleidingstitel te verkrijgen. Is de vakbekwaamheid niet gelijkwaardig, dan zal voor het verkrijgen van een verklaring een aanvullende opleiding in Nederland gevolgd moeten worden, die door de beroepsbeoefenaar of zijn beoogd werkgever gefinancierd moet worden.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 aangestipt dat alhoewel in Nederland op dit moment nog geen sprake is van een uitgewerkt migratiemanagement, er wel belangrijke stappen in die richting worden gezet. Allereerst is daar natuurlijk de eerder genoemde kennismigrantenregeling. Daarnaast zijn er voorstellen voor wijzigingen van toelating van zelfstandig ondernemers in Nederland en voor een grondige herziening van het reguliere toelatingsbeleid in Nederland, met speciale aandacht voor arbeidsmigratie en de instroom van hoog opgeleid personeel.

Belangrijkste conclusies van het onderzoek zijn:

- Alhoewel er slechts beperkte informatie beschikbaar is, lijkt arbeidsmigratie geen rol van betekenis te spelen in de Nederlandse gezondheidszorg, zeker waar het gaat om de grootste beroepsgroep, die van verplegenden en verzorgenden. Voor artsen en vooral tandartsen is het beeld iets genuanceerder.
- Er is weinig draagvlak voor arbeidsmigratie als oplossing voor personeelstekorten in de gezondheidszorg, met name als het gaat om verplegend en verzorgend personeel. Arbeidsmigratie van hoger opgeleid medisch personeel is veel minder controversieel en minder onderwerp van debat.
- Prognoses over de noodzaak van arbeidsmigratie ten behoeve van de gezondheidszorg in de toekomst zijn moeilijk te maken, omdat ontwikkeling van het aanbod van personeel onzeker is evenals de ontwikkeling in draagvlak voor arbeidsmigratie als oplossing, met name bij personeelstekorten van lager en middelbaar personeel.

2 Inleiding: de gezondheidssector in Nederland

Deze small scale study ‘Migratiemanagement en de arbeidsmarkt – De gezondheidszorg’ heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het huidige debat over de toekomst van migratie en migratiemanagement. De gezondheidszorg wordt daarbij als casus gebruikt om de ontwikkelingen op dit gebied in kaart te brengen, bijvoorbeeld door veranderingen en trends op het gebied van arbeidsmigratie naar de gezondheidssector in kaart te brengen.

Nadat in dit hoofdstuk ingegaan wordt op de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland en op recente ontwikkelingen op het gebied van migratiemanagement en de gezondheidszorg, zal het wettelijk kader voor arbeidsmigratie ten behoeve van de gezondheidssector worden beschreven, waarbij zowel nationale als internationale relevante beleid- en regelgeving aan de orde zal komen. Middels kwantitatieve informatie zal daarna getracht worden inzicht te verschaffen in de positie van migranten in de zorgsector tegen de achtergrond van de algemene arbeidsmarktsituatie in deze sector. Daarna zal worden ingegaan op de vereiste opleiding en kwalificaties voor het uitoefenen van medische beroepen. Tenslotte zal er nog aandacht zijn voor eventuele andere opvallende aspecten ten aanzien van het onderwerp van de studie.

Verschillende andere lidstaten van de Europese Unie (EU) die participeren in het Europees Migratie Netwerk (EMN) zullen dit onderzoek ook verrichten. Het uiteindelijke doel is een vergelijkend rapport, waarmee inzicht wordt gegeven in de overeenkomsten en verschillen tussen de lidstaten met betrekking tot migratiemanagement en de gezondheidssector. De studie is bedoeld voor beleidsmakers op zowel het nationale als het Europese niveau. Ook voor de betrokken bestuursorganen, specialisten en bestuurders in de gezondheidszorg zal deze studie interessant kunnen zijn.

2.1 De organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg

Alvorens in te gaan op de arbeidsmigratie naar de gezondheidssector in Nederland, is het eerst noodzakelijk de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg kort uiteen te zetten. Deze is uitermate complex. Dat heeft enerzijds te maken met de vele partijen die een rol spelen in de gezondheidszorg in Nederland, anderzijds met de manier waarop de financiering van de gezondheidszorg is georganiseerd

2.1.1 De actoren in de Nederlandse gezondheidszorg

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is op nationaal niveau eindverantwoordelijk voor het bevorderen van de volksgezondheid en voor de kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de verschillende vormen van gezondheidszorg. Dit gebeurt met name door het stellen van wettelijke en financiële kaders en door het houden van strikt toezicht op de gezondheidszorg in Nederland. Daartoe heeft het Ministerie een breed scala aan toezichthoudende en regulerende organisaties tot haar beschikking.

De gezondheidszorg in Nederland kan onderverdeeld worden in de volgende sectoren:

1. Openbare gezondheidszorg.
2. Primaire gezondheidszorg.
3. Secundaire en tertiaire gezondheidszorg.
4. Geestelijke gezondheidszorg
5. Verpleging en verzorging

Openbare gezondheidszorg

In Nederland is de openbare gezondheidszorg in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij zijn wettelijk verplicht de totstandkoming, de continuïteit en de samenhang van beleid ten behoeve van collectieve preventie te bevorderen. Daartoe dienen zij onder andere een gemeentelijke gezondheidsdienst te hebben. Uit efficiencyoverwegingen hebben meerdere gemeenten overigens veelal één gezamenlijke Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst (GGD). Gemeentes kunnen ook andere (privaatrechtelijke) organisaties gemeentelijke volksgezondheidszorg uit laten voeren.

Taken op het gebied van openbare gezondheidszorg zijn:

- infectieziektebestrijding (o.a. middels vaccinaties)
- jeugdgezondheidszorg
- medische milieukunde
- technische hygiënezorg
- openbare geestelijke gezondheidszorg
- gezondheidsbevordering
- kankerscreening

Gemeenten en hun GGD's worden in hun taken ondersteund door de primaire gezondheidszorg en door nationale instituten en universitaire afdelingen die zich bezig houden met verschillende terreinen van volksgezondheid. Daarnaast financiert VWS gezondheidsbevorderende instituten om de verschillende risicovolle leefstijlfactoren te beïnvloeden. Deze instituten hebben vaak een combinatie van taken zoals voorlichting, onderzoek, advisering, deskundigheidsbevordering en het uitvoeren van preventieve activiteiten. Voorbeelden zijn STIVORO (preventie van roken) en het Voedingscentrum (voedingsadvies). Tenslotte zijn er nog tal van andere organisaties die adviseren over preventie, die preventie ontwikkelen of er onderzoek naar doen. Adviesorganen, onderzoeks- en kennisinstituten (zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)), gezondheidsfondsen (bijv. KWF/Kankerbestrijding), zorgverzekeraars spelen hierbij allen een rol (www.brancherapporten.minvws.nl).

De primaire gezondheidszorg

De primaire, of eerstelijnsgezondheidszorg is in Nederland zeer uitgebreid. Daarbij is een centrale rol weggelegd voor de huisarts, die in de Nederlandse gezondheidszorg een bijzondere plaats inneemt. Hij fungeert namelijk als poortwachter voor andere vormen van zorg: Een doorverwijzing van de huisarts is een voorwaarde voor toegang tot andere zorgverleners, zoals medisch specialisten, geestelijke gezondheidszorg of ziekenhuiszorg. Dit draagt in belangrijke mate bij aan de effectiviteit en efficiëntie van de Nederlandse gezondheidszorg, doordat patiënten snel bij de juiste behandelaar terecht komen. Ook is het aantal doorverwijzingen relatief laag. (Exter e.a.: 2004)

Huisartsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaren en hebben een eigen praktijk, vaak individueel, maar ook groepspraktijken en gezondheidscentra (waar ook andere vormen van primaire gezondheidszorg worden aangeboden) komen steeds vaker voor. Huisartsen mogen hun vak alleen uitoefenen als ze geregistreerd zijn en deze registratie wordt elke 5 jaar opnieuw beoordeeld aan de hand van ervaring en gevolgde bijscholing.

Andere vormen van primaire zorg zijn:

- de geneesmiddelenzorg, waarbij aflevering in de regel plaatsvindt door apotheken, apotheekhoudende huisartsen en ziekenhuisapotheken. Zij hebben tevens een taak in de medicatiebewaking en patiëntzorg.
- de mondzorg, met zelfstandige tandartsen, veelal met een individuele praktijk. Ook tandprothetici en mondhygiënisten spelen een rol bij de primaire mondzorg.
- verloskundige zorg, die bij normale, ongecompliceerde zwangerschappen wordt verzorgd door eerstelijnsverloskundigen of soms door huisartsen. De bevalling vindt meestal thuis plaats. Daartoe is ook kraamzorg beschikbaar, geleverd door particuliere kraamcentra.
- paramedische zorg door fysiotherapeuten, radiotherapeutisch laboranten, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, huidtherapeuten, oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, orthoptisten en podotherapeuten. Deze zorg is zowel extramuraal (vrijgevestigde praktijken, in gezondheidscentra, bij thuiszorgorganisaties) als intramuraal (ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra) beschikbaar.

De secundaire en tertiaire gezondheidszorg

Onder secundaire en tertiaire gezondheidszorg (ook wel tweede- en derdelijnsgezondheidszorg genoemd) wordt verstaan gespecialiseerde zorg, hetzij door ziekenhuizen, hetzij door anderen. Bij derdelijnsgezondheidszorg betreft het daarbij zeer complexe en veelal kostbare medische diensten en diensten die daaraan gerelateerde zijn. (WHO: 2006) Zoals gezegd is toegang tot secundaire en tertiaire zorg alleen mogelijk na doorverwijzing door zorgverleners in de primaire zorg. Uitzondering hierop zijn medische noodgevallen, waarbij patiënten via de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis toegang kunnen krijgen tot specialistische hulp.

In Nederland wordt deze zorg met name geleverd door medisch specialisten in ziekenhuizen. Medisch specialisten zijn daarbij meestal niet in dienst bij de ziekenhuizen maar werken op contractbasis als zelfstandig ondernemer voor en in het ziekenhuis. De behandeling kan zowel extramuraal als intramuraal plaatsvinden. De ziekenhuizen in Nederland zijn voor het overgrote deel (ca. 90%) private non-profit instellingen, waarbij nog een onderscheid kan worden gemaakt tussen algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ook publieke universiteitsziekenhuizen.

Geestelijke gezondheidszorg

Onder geestelijke gezondheidszorg wordt verstaan de behandeling, zorg en begeleiding van mensen met psychische problemen en stoornissen alsmede het voorkómen van psychische problemen. De instellingen in de geestelijke gezondheidszorg streven daarbij naar het bevorderen en herstellen van de geestelijke gezondheid en/of het draaglijk maken en houden van duurzame psychische problemen. (RIVM: 2006) Overigens wordt in Nederland ook de verslavingszorg gerekend tot de geestelijke gezondheidszorg, maar deze zal hier buiten beschouwing worden gelaten.

In de geestelijke gezondheidszorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen ambulante zorg, extramurale zorg, verschillende vormen van semi-murale zorg zoals beschermd wonen en dagactiviteitencentra en intramurale opname en behandeling. Daarbij is de geestelijke gezondheidszorg regionaal georganiseerd. Traditioneel zijn de volgende spelers te onderscheiden:

- De ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt verzorgd door de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGGs) en vrijgevestigde hulpverleners (psychiaters, psychotherapeuten en psychologen). Ook voor toegang tot ambulante geestelijke zorg is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk, behalve in crisissituaties.
- Op het gebied van semi-murale zorg spelen onder andere de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBWs) een belangrijke rol, alsmede andere private non-profit instellingen die zich bezig houden met dagactiviteiten voor mensen met psychische problemen.
- Intramurale opname en behandeling vindt met name plaats in algemene psychiatrische ziekenhuizen. Dit zijn regionale voorzieningen voor crisisopvang, behandeling, verpleging en resocialisatie van alle categorieën psychiatrische patiënten. Ook gewone ziekenhuizen hebben veelal een psychiatrische afdeling die zich bezig houdt met de behandeling van psychiatrische patiënten. Algemene psychiatrische ziekenhuizen bieden daarnaast vaak ook vormen van ambulante en semi-murale zorg.

De laatste jaren worden de hierbovengenoemde verschillende vormen van zorg in toenemende mate door één en dezelfde instelling verzorgd ten gevolge van fusies. Ook zijn er steeds meer samenwerkingsverbanden tussen de voorheen afzonderlijke spelers op deze terreinen.

Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging voor senioren vormen het omvangrijkste onderdeel van dit deel van de gezondheidssector. Daarnaast valt onder deze sector ook de verpleging en verzorging van andere categorieën hulpbehoevenden, zoals lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken.

Bij het beoordelen van de behoefte aan verschillende vormen van formele verpleging en verzorging, wordt altijd ook de mogelijkheid om een beroep te doen op zorg van naaste familie en vrienden meegenomen. Als deze niet in voldoende mate beschikbaar is, of wanneer de zorgbehoefte groter dan redelijkerwijs verwacht kan worden van naaste familie en vrienden, dan zijn afhankelijk van de situatie verschillende vormen van (al dan niet aanvullende) formele zorg beschikbaar:

- thuiszorg, waaronder alle vormen van verpleging en verzorging in de thuissituatie vallen. Dit omvat het geheel van verpleging, lichamelijke en gespecialiseerde verzorging, huishoudelijke verzorging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dit alles met als doel om de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie;
- woonzorg, dit omvat alle voorzieningen waarin het aanbod van wonen en zorg gescheiden wordt. De hulpbehoevende zorgt zelf voor de woonruimte (eventueel wel in een woonzorgvoorziening) en daarbij eventueel noodzakelijke ambulante zorg wordt op maat geleverd. Wonen, zorg en service zijn hierbij contractueel gescheiden.
- Verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg, de zorgverlening door en het verblijf in verpleeg- en verzorgingshuizen. De verschillen tussen beiden vervagen steeds meer. Belangrijk verschil is dat verpleeghuizen naast de verzorging van mensen met ernstige (chronische) somatische of

psychogeriatrische problemen ook gedeeltelijk gericht zijn op het genezen van mensen na een ziekenhuisopname of voor een revalidatieperiode. Verzorgingshuizen bieden met name huisvesting met gehele of gedeeltelijke verzorging aan hulpbehoevende personen van 65 jaar en ouder. Steeds meer is daarbij sprake van fusies van verpleeg- en verzorgingshuizen en van samenwerkingsverbanden.

De belangrijkste aanbieders van verpleging en verzorging zijn enerzijds particuliere profit en non-profit thuiszorginstellingen, anderzijds particuliere profit en non-profit verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij woonzorg spelen daarnaast ook woningbouwcorporaties en gemeenten een belangrijke rol.

2.1.2 Financiering van de zorg

De Nederlandse gezondheidszorg wordt voor het overgrote deel gefinancierd middels een uitgebreid stelsel van publieke en private zorgverzekeringen. Nederland kent daarbij geen afzonderlijke ziektekostenverzekering voor arbeidsgelateerde gezondheidszorg. Per 1 januari 2006 heeft een ingrijpende herziening van dit stelsel plaatsgevonden. (VWS: 2005) Het kent nu de volgende drie onderdelen, ook wel compartimenten genoemd:

Het eerste compartiment is een verplichte nationale zorgverzekering voor uitzonderlijke medische uitgaven (de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)). Dit is een traditionele sociale verzekering en wordt uitgevoerd door regionale zorgkantoren die namens alle zorgverzekeraars optreden. Taak van het zorgkantoor is zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Iedere Nederlander is via de AWBZ verzekerd voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een indicatiebesluit nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Mensen kunnen een indicatie krijgen voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. (VWS: 2006)

Het tweede compartiment is een verzekering tegen de kosten voor op genezing gerichte zorg, de zogenaamde basisverzekering. Elke inwoner van Nederland en iedereen die in Nederland inkomstenbelasting betaald is wettelijk verplicht een basisverzekering af te sluiten. De dekking is wettelijk vastgesteld. Om het sociale karakter te bewaken van de basisverzekering zijn er voor het 2^{de} compartiment uitgebreide wettelijke voorwaarden. Zo geldt er een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en mag er geen premiedifferentiatie plaatsvinden. Ook is de maximumpremie vastgesteld en er moet een polis zonder eigen risico aan worden geboden. De zorgverzekeraar mag beslissen welke zorgaanbieder de verzekerde zorg levert en of dit in natura geschiedt, ofwel achteraf vergoed wordt. De zorgverzekeraar moet in dat laatste geval wel de verzekerde helpen een aanbieder te vinden.

De premie van de basisverzekering is samengesteld uit een rechtstreekse nominale premie, verschuldigd aan de verzekeraar en een inkomensafhankelijke premie (6,5%) die door de Belastingdienst wordt geïnd. De werkgever is verplicht deze premie volledig aan de werkgever te vergoeden, maar de werknemer betaalt er wel belasting en premies over. De overheid stort ook nog een som uit de algemene middelen in het zorgverzekeringsfonds, waarin ook de inkomensafhankelijke premies worden gestort. Voor de lagere inkomens is er afhankelijk van het inkomen een door de Belastingdienst uit te keren zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de nominale premie. Voor personen jonger dan 18 is de verzekering gratis.

Het derde compartiment bestaat uit aanvullende verzekeringen op vrijwillige basis tegen de kosten die niet gedekt worden door de eerste twee compartimenten. De verzekeringen in het 2^{de} en 3^{de} compartiment worden verzorgd door private verzekeraars die een winstoogmerk mogen hebben.

Zorgverzekeraars (basisverzekering en aanvullende verzekering) en zorgkantoor (AWBZ) financieren de zorg en sluiten contracten of met de verschillende zorgaanbieders. Daarbij is alleen een deel van de primaire gezondheidszorg rechtstreeks toegankelijk met vergoeding. Voor toegang tot andere vormen van gezondheidszorg is een verwijzing van de huisarts (paramedische zorg, secundaire en tertiaire gezondheidszorg) of indicatiestelling van het CIZ (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg) nodig, anders volgt geen vergoeding.

2.2 Algemene ontwikkelingen ten aanzien van migratiemanagement en de zorgsector

Zoals uit de vorige paragraaf wel is gebleken, spelen in de gezondheidssector in Nederland veel verschillende en diverse actoren. In de sector is ook een breed scala aan medisch personeel werkzaam in verschillende vormen, bijvoorbeeld als zelfstandig ondernemer en bij of voor een scala aan zorginstellingen. Uit onderstaande tabel blijkt ook dat de omvang van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg aanzienlijk is, afgezet tegen het totaal aantal werkzame personen in dezelfde periode van tussen de 7,7 en 7,9 miljoen personen (CBS: 2006).

Tabel 1: Werkzame personen in de gezondheidszorg per beroepsgroep

	2000	2001	2002	2003	2004
Medische beroepen	35.788	36.864	38.064	38.615	38.837
Paramedische beroepen	36.912	38.128	38.862	39.334	39.746
Verplegende en verzorgende beroepen	387.824	399.498	414.179	423.428	426.695 ¹
Assisterende beroepen	41.418	44.315	46.701	48.915	51.662
Totaal	501.942	518.805	537.806	550.292	556.940

¹ Schatting op basis van trend.
Bron: www.azwinfo.nl

Om aan de vraag naar personeel in de gezondheidszorg te voldoen hebben de zorginstellingen in Nederland verschillende opties. De werving van personeel in het buitenland is één van deze opties. Arbeidsmigratie als oplossing voor personeelstekorten in de gezondheidszorg is echter op dit moment in Nederland nauwelijks onderwerp van debat. Dit staat in sterk contrast tot de situatie een aantal jaren geleden. Vanaf eind jaren negentig ontstonden er acute personeelstekorten in de zorg, met name van verpleegkundig en verzorgend personeel (zoals uit tabel 1 blijkt veruit de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg). Ten gevolge van de bloeiende economie eind jaren negentig ontstonden grote tekorten op de arbeidsmarkt en dit leidde ook in de zorgsector tot grote aantallen langdurig onvervulbare vacatures. Een van de oplossingen waarvoor door werkgevers in de zorg gekozen werd, was werving in het buitenland. De werving vond plaats op initiatief van zorginstellingen en/of van particuliere wervingsbureaus. De overheid had hiermee weinig of geen bemoeienis.

De werving van medisch personeel in het buitenland vond weliswaar slechts op beperkte schaal plaats (hierover later meer in hoofdstuk 4), maar riep politiek en maatschappelijk veel discussie op, met name de werving buiten de Europese Economische Ruimte (EER). In de jaren 2001 en 2002 kenden de politieke en maatschappelijke debatten over dit onderwerp hun hoogtepunt. Naast media-aandacht voor de specifieke wervingsprogramma's en het onderwerp in zijn algemeenheid, was er ook sprake van politieke discussie in het parlement. Zo werden er verschillende debatten over het onderwerp gevoerd en kamervragen gesteld. Ook zijn er in deze periode op verzoek van de kamer verscheidene brieven van de regering over het onderwerp uitgegaan (o.a. Staatssecretaris van VWS: 2000 en 2002; Minister van VWS: 2001a en 2001b; Minister van VWS e.a.: 2001). Het onderwerp was daarnaast ook onderwerp van overleg tussen de rijksoverheid en de belangenorganisaties van werknemers en werkgevers in de zorg.

De discussie speelde zich af tegen de achtergrond van het restrictieve migratiebeleid dat door de Nederlandse overheid gevoerd wordt en dat ook geldt voor arbeidsmigratie. De voorstanders van arbeidsmigratie (met name de betrokken zorginstellingen) zagen het voor het overgrote deel als laatste redmiddel voor het oplossen van de acute personeelstekorten in de zorg vanaf eind jaren negentig. Soms werd ook gesteld dat inzetten van arbeidsmigratie als oplossing van toekomstige personeelstekorten in de zorg op de lange termijn onvermijdelijk zal blijken te zijn. Door de vergrijzing (toename van het aandeel 65-plussers in de bevolking) en ontgroening (afname van het aandeel 0-15 jarigen) wordt een toenemende vraag naar zorg en dus naar medisch personeel verwacht terwijl de beroepsbevolking krimpt. Daarnaast kampt de gezondheidszorg voor wat betreft de verplegende en verzorgende beroepen met een zwakke concurrentiepositie op de arbeidsmarkt, met een hoog ziekteverzuim, een hoge uitstroom door de zwaarte van het werk en de hoge

werkdruk. De sector heeft een slecht imago omdat de promotiekansen gering zijn en de werkdruk hoog. Ook nu al zijn te weinig studenten om in de vraag naar personeel te voorzien. (Roosblad: 2005) Dit argument van de onvermijdelijkheid van arbeidsmigratie als oplossing voor deze problemen vind echter politiek en maatschappelijk weinig weerklank.

De werving in het buitenland werd vooral kritisch ontvangen in politiek en samenleving. Ten eerste werd er gewezen op het omvangrijke onbenutte arbeidsaanbod in Nederland (het grote aantal economisch inactieven). Politieke partijen en maatschappelijke organisaties gaven duidelijk blijk van hun voorkeur om dit onbenutte arbeidsaanbod in te zetten. Ook werd, o.a. door de vakbonden gewezen op het risico van oneerlijke concurrentie op de arbeidsvoorwaarden. Daarnaast waren ook de eerste ervaringen van werkgevers met buitenlands medisch personeel niet onverdeeld positief. De werving verliep niet altijd soepel en het inzetten van verplegenden en verzorgenden uit een andere cultuur en/of met een andere moedertaal vergde veel extra inspanningen van de zijde van de werkgever. Ook in het politieke en maatschappelijk debat werd gewezen op de veronderstelde nadelen van cultuur- en taalverschillen in beroepen waarin communicatie een zo belangrijke rol speelt. Tenslotte speelde ook de 'brain drain' discussie een belangrijke rol in de debatten rondom de gezondheidszorg. Van verschillende kanten (bijv. politieke partijen, vakbonden en ontwikkelingsorganisaties) werd gewezen op het gevaar dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in de landen van herkomst onder druk kon komen te staan ten gevolge van eventuele massale werving van personeel door Westerse landen daar.

De houding ten aanzien van arbeidsmigratie als oplossing voor personeelstekorten in de gezondheidszorg blijkt het best uit het convenant tussen werkgevers, werknemers en Ministerie van VWS over arbeidsmigratie naar de gezondheidssector dat werd gesloten in 2000, het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ), met een looptijd van 1 juli 2000 tot 1 juli 2004. Middels dit convenant werd met wederzijdse instemming de werving van medisch personeel in het buitenland aan aanvullende restricties onderworpen, bovenop de restricties van het algemene beleid voor arbeidsmigratie. Zowel het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) als de vakbonden vonden arbeidsmigratie als oplossing onwenselijk. Het was strijdig met het beleid om meer Nederlandse werkzoekenden voor de sector te werven. Vakbonden wilden voorkomen dat werkgevers niet meer zouden investeren in maatregelen om de sector aantrekkelijker te maken (bijv. betere arbeidsvoorwaarden). De werkgevers tenslotte, wilden in het licht van de hierbovengenoemde politieke en maatschappelijke debatten blijk geven van hun wens om arbeidsmigratie naar de gezondheidszorg netjes te regelen. (Roosblad: 2005)

Wat uit de debatten uit die tijd duidelijk wordt, is dat het draagvlak voor arbeidsmigratie als oplossing voor de personeelstekorten in de gezondheidszorg beperkt is. Zowel politiek als maatschappelijk blijkt er veel weerstand te zijn tegen dit middel. Zelfs voor werkgevers blijkt werving in buitenland een laatste noodgreep bij het vervullen van vacatures. Met het verdwijnen van de krapte op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg na 2002 is het onderwerp daardoor snel van de agenda verdwenen. Werving van medisch personeel in het buitenland vindt nog wel plaats, maar heeft geen grote vormen aangenomen in de afgelopen jaren en is geen onderwerp meer van intens politiek en maatschappelijk debat. Ook vanuit wetenschappelijke hoek is er weinig aandacht voor de rol van arbeidsmigratie in de gezondheidssector. Slechts een paar studies besteden aandacht aan dit onderwerp.

Het hierbovengenoemde debat was zoals gezegd het gevolg van de werving die vanaf eind jaren negentig plaatsvond. Maar ook ten tijde van de acute personeelstekorten in de zorg vond werving in het buitenland slechts op beperkte schaal plaats (Roosblad: 2005; Van Wijck: 2002). Dit gebeurde veelal op initiatief van de zorginstelling die op zoek was naar personeel. Meestal werd daarbij door de zorginstelling een commercieel bemiddelingsbureau ingeschakeld die een voorselectie maakte, waarna de zorginstelling de definitieve selectie maakte in het land van herkomst. Het ging daarbij altijd om kleine groepen (5-15 personen). Na het volgen van een taal cursus in eigen land kwamen de geworven kandidaten vervolgens over naar Nederland. Daarbij vond overigens bijna geen samenwerking plaats tussen de verschillende instellingen. Landen die veel worden genoemd als het gaat om de werving van medisch personeel zijn Suriname, Zuid-Afrika, de Filippijnen, Polen en Indonesië. Soms namen ook de wervingsbureaus het initiatief en benaderden zorginstellingen met het aanbod personeel in het buitenland voor ze te werven. (Roosblad: 2005)

Een grootschaliger particulier initiatief in deze periode, namelijk een project eind 2001 op initiatief van o.a. de organisatie Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) om in Slowakije ca. 10,000

verzorgenden voor de thuiszorg te werven werd door het parlement en de regering zeer kritisch ontvangen, omdat het niet past in het Nederlandse beleid t.a.v. arbeidsmigratie (Staatssecretaris van VWS: 2002). Vanwege de geldende restrictieve wet- en regelgeving, waarvan de overheid niet van zins was af te wijken stierf het project een stille dood.

Er zijn in deze periode ook twee meer officiële initiatieven gestart die wel op steun van de rijksoverheid konden rekenen:

- Het International Healthcare Training Program (IHTP), in het leven geroepen op initiatief van de ministeries van volksgezondheid van Nederland en Indonesië, waarbij Indonesische verpleegkundigen naar Nederland worden gehaald met als doel hier een (vervolg)opleiding te volgen en ervaring op te doen in de Nederlandse gezondheidszorg, die zij vervolgens in het land van herkomst kunnen inzetten. (Minister van Buitenlandse Zaken en Minister van Ontwikkelings-samenwerking: 2000)
- Daarnaast is in 2000 een pilottraject gestart door vijf instellingen voor intramurale ouderenzorg waarbij Poolse verpleegkundigen werden geworven, met als doel later tot grootschalige werving te komen. De toenmalige minister van VWS zag dit als een goede tijdelijke oplossing voor de personeelstekorten in de zorg. De keuze voor Polen was het gevolg van het overschot daar aan verplegend personeel en de toekomstige toetreding van het land tot de EU. Naar aanleiding hiervan is tussen de Poolse minister van Volksgezondheid en de Nederlands minister van VWS een 'letter of intent' overeengekomen over een stramien voor de overkomst van Poolse verpleegkundigen naar Nederland en hun vooruitzichten op een passende werkkring bij terugkeer. In de praktijk leidde dit echter niet tot een versoepeling van het beleid en werving van Poolse verpleegkundigen op grote schaal is, mede gezien de eerdergenoemde weerstand en de afnemende krapte op de arbeidsmarkt, nooit van de grond gekomen. (De Lange en Pool: 2004)

Overigens richtte de Nederlandse overheid zich ook in deze gevallen slechts op de randvoorwaarden en was niet actief betrokken bij de werving van buitenlands medisch personeel. In beide gevallen was en is het uitgangspunt een tijdelijk verblijf in Nederland met een aspect van internationale samenwerking. In zijn algemeenheid heeft de Nederlandse overheid zich, in lijn met de eerder genoemde debatten over het onderwerp, geen groot voorstander betoond van werving van verplegend en verzorgend personeel in het buitenland. De bestaande wet- en regelgeving is niet versoepeld.

Alhoewel migratiemanagement met betrekking tot de gezondheidssector momenteel geen onderwerp is van debat, is het onderwerp migratiemanagement dat wel. Dit debat richt zich dan met name op de vraag of er een noodzaak is om Nederland aantrekkelijk te maken voor hoogopgeleide migranten. Daartoe is in bijvoorbeeld eind 2004 een kennismigrantenregeling vastgesteld, die een snelle en soepele toelating van kennismigranten beoogt. De bevordering van arbeidsmigratie als oplossing voor personeelstekorten voor minder hoogopgeleid personeel (zoals verpleegkundig en verzorgend personeel) heeft veel minder aandacht en daarvoor lijkt het draagvlak ook nog steeds gering.

3 Methodologie

Ten behoeve van deze studie zijn potentiële informatiebronnen geïdentificeerd met behulp van literatuuronderzoek, informatievergaring op internet, het benaderen van het nationaal netwerk van het Nederlandse nationale contactpunt van het Europees Migratie Netwerk en van instellingen die een rol spelen bij migratiemanagement in de gezondheidssector. Daarbij vormde de betrouwbaarheid van de bron van de informatie de belangrijkste factor bij de bepaling van het belang ervan.

Voor inhoudelijke informatie is bij de totstandkoming van het onderzoek geput uit officiële documenten zoals wet- en regelgeving en kamerstukken alsmede uit voorlichtingsmateriaal van verschillende overheidsinstanties. Daarnaast zijn onderzoeksrapporten en wetenschappelijke studies gebruikt. Om een beeld te krijgen van het maatschappelijk debat over migratiemanagement en de gezondheidssector is daarnaast ook gekeken naar mediabronnen, met name via internet.

Als statistische bron zijn de volgende bronnen gebruikt:

- de jaarlijkse Enquête Beroepsbevolking van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), een steekproef met als doelpopulatie alle personen van 15 jaar en ouder in Nederland, met uitzondering van personen in inrichtingen, instellingen en tehuizen (institutionele bevolking) en met een steekproefomvang van 131 duizend adressen in 2004, waarvan 81 duizend benaderd en 51 duizend uitval (onvindbaar, onbewoond of niet benaderd);
- de Kwartaalenquête vacatures van het CBS, een steekproef met als doelpopulatie alle bedrijven en instellingen in Nederland met personeel, met een nettosteekproefomvang van ruim 21.000 bedrijven en instellingen met een respons van ruim 85%;
- de jaarlijkse Enquête werkgelegenheid en lonen (EWL) van het CBS, een steekproef met als doelpopulatie alle bedrijven en instellingen in Nederland met personeel, met een netto steekproefomvang van ongeveer 70.000 bedrijven en instellingen die samen circa 74% van het totale aantal banen tellen. De respons is ca. 20% en betreft ca. 10% van het totale aantal banen;
- informatie van het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) over de jaarlijkse aantallen aangevraagde en verleende tewerkstellingsvergunningen;
- informatie van het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) over het jaarlijkse aantal aanvragen voor inschrijving en daadwerkelijke inschrijvingen van houders van buitenlandse diploma's in het register van Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG-register) en aanvragen van buitenlandse diplomahouders om een beschermde medische opleidingstitel te mogen voeren.

Ten behoeve van dit onderzoek is contact opgenomen met de overheidsinstellingen verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van dit onderwerp, de ministeries van Justitie, VWS en SZW. Daarnaast is ook informatie gevraagd aan de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), het CBS, het CWI en het CIBG.

Tijdens het onderzoek bleken er een aantal knelpunten te bestaan. Zo blijkt er geen statistische informatie beschikbaar volgens de gevraagde definities en op het gevraagde detailniveau. Ook is niet altijd informatie over de gevraagde jaren beschikbaar. Daarom is veel aandacht besteed aan het localiseren van andere statistische informatie die zicht kon geven op het belang van arbeidsmigratie voor de arbeidsmarkt in de gezondheidssector. Daarnaast blijkt er slechts beperkte en veelal versnipperde informatie beschikbaar over het onderwerp van de studie. Zo is er slechts één omvangrijk recent gezaghebbend wetenschappelijk onderzoek over arbeidsmigratie en de gezondheidssector, exclusief gericht op de werving van verplegenden en verzorgenden: de studie "Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector" van Judith Roosblad (Roosblad: 2005), onderdeel van een internationale studie uitgevoerd door de internationale vakbond voor de publieke sector Public Services International (PSI).

In de onderzoeksspecificaties voor dit onderzoek wordt gevraagd om indien beschikbaar de volgende statistische informatie voor de jaren 1997-2004 te verstrekken:

- De aantallen autochtonen en migranten werkzaam in een aantal duidelijk gedefinieerde beroepen in de gezondheidssector, gebaseerd op de International Standard Classification of Occupations-88 (ISCO-88) beroepenclassificatie van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO), namelijk Medical doctors/Physicians, Dentists, Dental assistants, Pharmacists, Pharmaceutical

assistants, Nursing and midwifery professionals and associate professionals, Psychologists, Physiotherapists and associated professionals (e.g. Chiropractor, Podiatrist);

- De aantallen vacatures voor diezelfde beroepen.

Daarbij zou ten behoeve van een zo groot mogelijke vergelijkbaarheid idealiter de definitie van migrant gebruikt moeten worden zoals gegeven in artikel 2 van de voorgestelde verordening¹ betreffende communautaire statistieken over migratie en internationale bescherming: “een natuurlijk persoon die zijn gewone verblijfplaats voor ten minste twaalf maanden, of naar verwachting ten minste twaalf maanden, op het grondgebied van een lidstaat vestigt, nadat hij daarvoor zijn gewone verblijfplaats in een andere lidstaat of in een derde land had” (Europese Commissie: 2005).

Voor Nederland blijken deze gegevens echter niet beschikbaar te zijn. Er is enerzijds geen betrouwbare informatie beschikbaar op het gevraagde niveau van de ISCO-88 beroepenclassificatie.

Daarvoor is een tweetal oorzaken aan te wijzen:

1. In Nederland wordt veelal een andere beroepenclassificatie gebruikt, namelijk de Standaard Beroepenclassificatie 1992 van het CBS. Deze classificatie is weliswaar te herleiden tot de ISCO-88 classificatie, maar deze herleiding is op het gevraagde beroepenniveau niet afdoende nauwkeurig.
2. De beschikbare informatie is afkomstig uit steekproefonderzoek, zoals de Enquête Beroepsbevolking (EBB) en de Kwartaal-enquêtes vacatures. Voor zover beschikbaar, zijn de aantallen op het gevraagde beroepenniveau te laag in verhouding tot de steekproefomvang om voldoende betrouwbaar te zijn. Er is sprake van een te grote foutmarge.

Ten tweede is er in Nederland op dit moment nog geen informatie beschikbaar over de positie van migranten in de gezondheidssector volgens de definitie in de voorgestelde richtlijn. In Nederland is, in ieder geval over het onderhavige onderwerp alleen informatie beschikbaar op basis van de nationaliteit of op basis van het onderscheid allochtoon/autochtoon. Onder een allochtoon wordt verstaan een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.

Omdat de gevraagde informatie op beroepenniveau niet beschikbaar was, moest de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg op een andere manier worden gedefinieerd. Op basis van beschikbaarheid van gegevens is ervoor gekozen om de informatie zoveel mogelijk op basis van de bedrijfssector te verzamelen. Daarvoor is uitgegaan van de Standaard Bedrijfsindeling '93 (SBI '93), een systematische hiërarchische indeling waarmee bedrijfseenheden worden gerubriceerd naar hun hoofdactiviteit. Deze indeling komt grotendeels overeen met de door Eurostat vastgestelde NACE Rev. 1 (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté Européenne). De gezondheidszorg is bij deze classificatie SBI '93- en NACE-code 851. Ook bleek soms alleen informatie beschikbaar voor gezondheids- en welzijnssector gecombineerd (SBI '93- en NACE-code N).

De informatie over het aandeel allochtonen in de bedrijfssector gezondheidszorg geeft geen compleet beeld van de arbeidsmigratie naar de gezondheidssector, aangezien de groep allochtonen groter is dan de groep migranten (in 2005 was 49% van het totaal aantal allochtonen geboren in Nederland (bron: www.cbs.nl)). Een groot deel van de in de gezondheidszorg werkzame allochtonen zijn waarschijnlijk hetzij in Nederland geboren en getogen, hetzij naar Nederland gemigreerd om andere redenen dan om te gaan werken in de gezondheidssector. Daarom is specifiekere informatie gezocht waaruit het belang van arbeidsmigratie voor de gezondheidszorg blijkt. Enerzijds geeft het aantal verleende tewerkstellingsvergunningen naar nationaliteit een indicatie van de arbeidsmigratie naar de gezondheidssector. Anderzijds zijn er ook cijfers beschikbaar over de erkenning in Nederland van in het buitenland behaalde diploma's en vakbekwaamheid. Deze erkenning is noodzakelijk voor het werken in de Nederlandse gezondheidszorg. Ook deze cijfers vormen een indicatie voor aard en omvang van de arbeidsmigratie naar medische beroepen, waarbij er ook een uitsplitsing is naar het land waar het diploma is behaald.

¹ COM (2005) 375 definitief

4 Migratiebeleid en de gezondheidssector in Nederland

In dit hoofdstuk wordt het nu geldende wettelijk kader van het migratiebeleid ten aanzien van arbeidsmigratie naar de gezondheidssector beschreven. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de invloed van EU-regelgeving en van bi- en multilaterale verdragen. Naast de relevante wet- en regelgeving zal in dit hoofdstuk ook kort worden ingegaan op de ervaringen met de werving van buitenlands personeel voor de gezondheidszorg.

4.1 Wet- en regelgeving ten aanzien van arbeidsmigratie

Uitgangspunt voor toelating van migranten tot de Nederlandse arbeidsmarkt, is dat in de behoefte aan arbeidskrachten zoveel mogelijk dient te worden voorzien door inschakeling van het in Nederland aanwezige of redelijkerwijs te verwachten aanbod, of van het arbeidsaanbod uit de EU-lidstaten of staten die partij zijn bij de EER-overeenkomst, voor zover daarop het vrije verkeer van werknemers van toepassing is. Dit is het zogenaamde prioriteitgenietend aanbod, zoals gedefinieerd in artikel 1, onder g van de Wet arbeid vreemdelingen (Wav). Dit uitgangspunt geldt ook voor arbeidsmigratie ten behoeve van de gezondheidssector. Het wettelijk kader voor arbeidsmigratie naar de gezondheidszorg verschilt niet van het wettelijk kader voor arbeidsmigratie in het algemeen. Arbeidsmigratie is in Nederland een zaak van de rijksoverheid, waarbij regionale en lokale overheden geen rol spelen.

De regels voor toelating tot Nederland zijn neergelegd in de Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000) en de daaruit voortvloeiende lagere wet- en regelgeving. De Wav regelt de toelating van vreemdelingen tot de Nederlandse arbeidsmarkt. Toelating tot Nederland met als doel het verrichten van arbeid is niet mogelijk als de vreemdeling geen toegang heeft tot de arbeidsmarkt en vice versa. De beslissingen op de aanvraag om verlening van een verblijfsvergunning en de aanvraag om verlening van een tewerkstellingsvergunning beïnvloeden elkaar en dus hangen ook de procedures die op grond van de Vw 2000 en de Wav moeten worden gevolgd zeer nauw met elkaar samen.

In artikel 8, eerste lid, onder c van de Wav is bepaald dat een vreemdeling die toegang wil tot de Nederlandse arbeidsmarkt in het bezit moet zijn van een verblijfsvergunning die daartoe recht geeft. In artikel 13, aanhef en onder b, Vw 2000 is geregeld dat een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning slechts kan worden ingewilligd indien met de aanwezigheid van de vreemdeling een wezenlijk Nederlands belang is gediend. Voor buitenlandse werknemers geschiedt de vaststelling of daarvan al dan niet sprake is namens de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) door het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI), die met toepassing van de Wet arbeid vreemdelingen al dan niet een tewerkstellingsvergunning verleent aan de betrokken werkgever. Als de aanvrager als zelfstandige in Nederland aan de slag wil, wordt voor het bepalen van het wezenlijk Nederlands belang in de regel het advies ingewonnen van de Minister van Economische Zaken (EZ). Bij medische beroepen zal echter veelal het advies van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) worden ingewonnen.

4.1.1 Vreemdelingenwet- en regelgeving

De beslissing over toekenning van een verblijfsvergunning wordt genomen op basis van de Vw 2000 en de daaruit voortvloeiende lagere wet- en regelgeving. Een verblijfsvergunning wordt op grond van artikel 14 Vw 2000 verleend onder beperkingen, verband houdende met het doel waarvoor het verblijf is toegestaan. Deze verblijfsdoelen worden opgesomd in het Vreemdelingenbesluit 2000. De voornaamste arbeidsgerelateerde verblijfsdoelen zijn:

Arbeid als zelfstandige

Migranten die zich als zelfstandig ondernemer in Nederland willen vestigen kunnen een verblijfsvergunning onder de beperking 'arbeid als zelfstandige' aanvragen bij de IND. Deze manier om toegang te verkrijgen tot de Nederlandse arbeidsmarkt mag hier zeker niet onvermeld blijven, aangezien, zoals ook vermeld in hoofdstuk 2, veel medische beroepsbeoefenaren in Nederland als zelfstandige werkzaam zijn. Voor arbeid als zelfstandige is geen tewerkstellingsvergunning nodig, zo blijkt ook uit artikel 3 Wav.

Naast een aantal meer algemene voorwaarden waaraan de vreemdeling moet voldoen, zoals het bezit van een geldig document voor grensoverschrijding en het beschikken over voldoende

financiële middelen van bestaan, moet een vreemdeling die zich in Nederland als zelfstandig ondernemer wil vestigen aan de volgende voorwaarden voldoen:

1. De migrant dient te voldoen aan de vereisten voor de uitoefening van het desbetreffende beroep. Als er voor het beroep dat de vreemdeling als zelfstandig ondernemer wil gaan uitoefenen speciale bevoegdheidsvereisten gelden, dient de vreemdeling aan te tonen dat hij aan deze vereisten voldoet. De IND kan bij de vaststelling hiervan als het gaat om medische en paramedische beroepen inlichtingen inwinnen bij het Ministerie van VWS, zo blijkt uit de Vreemdelingscirculaire 2000 (VC 2000).
2. De bedrijfsactiviteit moet een wezenlijk Nederlands belang dienen. Om te bepalen of de bedrijfsactiviteit een wezenlijk Nederlands belang dient, wordt veelal advies gevraagd aan het Ministerie van EZ. Algemene voorwaarden waaraan daarbij voldaan moet worden zijn dat:
 - de bedrijfsactiviteit duidelijk innovatieve waarde heeft, dat wil zeggen iets positiefs toevoegt aan de Nederlandse economie;
 - de bedrijfsactiviteit niet concurrentieverstorend werkt in die zin dat afbreuk wordt gedaan aan een gezonde marktconcurrentie.

Bij de toelating van (para)medici is daarnaast ook van belang of de bedrijfsactiviteit een wezenlijk Nederlands volksgezondheidsbelang dient. Daartoe wordt advies ingewonnen bij het Ministerie van VWS (Paragraaf B5/8.1 VC 2000). Dit geldt overigens alleen voor de wettelijk geregelde (para)medische beroepen (zie hoofdstuk 6). Over de bevoegdheid tot advisering in geval van beroepen die niet wettelijk geregeld zijn (bijvoorbeeld het beroep van chiropractor) bestaat momenteel onduidelijkheid.

Arbeid in loondienst

Migranten die naar Nederland komen met als doel hier arbeid te verrichten voor een werkgever kunnen een verblijfsvergunning onder de beperking 'arbeid in loondienst' aanvragen. Om een verblijfsvergunning onder deze beperking te verkrijgen, moet de vreemdeling toegang hebben tot de arbeidsmarkt conform de vereisten in de Wav, hetzij doordat diens werkgever in het bezit is gesteld van een tewerkstellingsvergunning, hetzij doordat hij/zij daarvan is vrijgesteld. Daarnaast moet de aanvrager ook aan een aantal algemene voorwaarden voldoen, zoals het bezit van een geldig document voor grensoverschrijding en het hebben van voldoende middelen van bestaan. Een verblijfsvergunning onder de beperking 'arbeid in loondienst' wordt verleend voor een maximum van 3 jaar en kan daarna jaarlijks worden verlengd.

De kennismigrantenregeling

Onder bepaalde voorwaarden kunnen migranten die in Nederland arbeid komen verrichten voor een werkgever ook een verblijfsvergunning aanvragen onder de beperking 'verblijf als kennismigrant'. Naar aanleiding van de afspraken op de Europese Raden van Barcelona en Lissabon om van de Europese Unie in 2010 de meest dynamische kenniseconomie ter wereld (de Lissabon-agenda), is op 1 oktober 2004 de kennismigrantenregeling van kracht geworden. Doelstelling van de regeling is, om de toegang van kennismigranten van buiten de EU/EER te vergemakkelijken (Minister voor V&I: 2004) en op die manier de positie van Nederland als kenniseconomie te versterken.

In het Besluit uitvoering Wet arbeid vreemdelingen is vastgelegd dat voor kennismigranten een tewerkstellingsvergunning niet nodig is. Ook is in het besluit gedefinieerd wanneer een migrant als kennismigrant wordt beschouwd. Een kennismigrant is een vreemdeling die op basis van een arbeidsovereenkomst of een ambtelijke aanstelling een bruto-jaarinkomen van ten minste € 45.495 of, als hij jonger is dan 30 jaar € 33.363 gaat verdienen (deze bedragen worden jaarlijks bijgesteld). Als de werknemer als promovendus in dienst treedt bij een onderwijs- of onderzoeksinstelling en voor post-doctoralen en universitair docenten onder de 30 jaar moet het bruto-inkomen minimaal gelijk zijn aan de bijstandsnorm.

Naast deze voorwaarde, waaraan bij de beoordeling voor de aanvraag voor een verblijfsvergunning wordt getoetst, moet de vreemdeling ook aan enkele algemene voorwaarden voor toelating voldoen, zoals het bezit van een geldig document voor grensoverschrijding. Daarnaast dient de beoogde werkgever een verklaring te hebben afgegeven met daarin een aantal garanties omtrent het verblijf van de kennismigrant. Als niet aannemelijk is dat de werkgever deze garanties na kan komen, kan verblijf van de aanvrager als kennismigrant bij deze werkgever worden geweigerd.

Belangrijk element van de kennismigrantenregeling, naast de eenvoudiger toelatingscriteria, is dat de procedure versneld moet plaatsvinden. De IND streeft ernaar binnen twee weken na ontvangst

van een verzoek om advies of een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning beslissen (Paragraaf B15/4 VC 2000).

Overige categorieën

Naast migranten die naar Nederland zijn gekomen met als doel het verrichten van arbeid, zijn er ook migranten die op andere gronden tot Nederland worden toegelaten, bijvoorbeeld als vluchteling of in het kader van gezinshereniging. In de Wav wordt geregeld in welke gevallen zij vrij toegang krijgen tot de arbeidsmarkt.

4.1.2 Wet Arbeid Vreemdelingen (Wav)

Zoals gezegd is de regelgeving met betrekking tot toelating van buitenlandse werknemers tot de Nederlandse arbeidsmarkt vastgelegd in de Wav. De nadere uitvoeringsregels zijn vastgelegd in het Delegatie- en uitvoeringsbesluit Wet arbeid vreemdelingen. Uitgangspunt van de Wet arbeid vreemdelingen is enerzijds de bescherming van de Nederlandse en Europese arbeidsmarkt door een restrictieve toelating van arbeidsmigranten. Anderzijds heeft de Wav ook tot doel de bestrijding van illegale tewerkstelling en de daarmee gepaard gaande oneerlijke concurrentie. (SZW: 2006)

Daarom bepaalt de wet dat het een werkgever in beginsel verboden is een vreemdeling in Nederland arbeid te laten verrichten zonder tewerkstellingsvergunning. Een dergelijke vergunning wordt alleen verstrekt indien aan een aantal strikte voorwaarden is voldaan en is in principe verbonden aan een maximumtermijn van drie jaar. Uitgangspunt van het arbeidsmigratiebeleid is namelijk, dat toelating met als doel het verrichten van arbeid in loondienst in principe tijdelijk van aard is. De maximumtermijn van drie jaar moet voorkomen dat recht op verblijf voor onbepaalde tijd met vrije toegang tot de arbeidsmarkt ontstaat. Daarom is verlenging van een tewerkstellingsvergunning ook in beginsel niet mogelijk als daarmee de maximumtermijn wordt overschreden.

Zoals in de vorige paragraaf al genoemd, is een tewerkstellingsvergunning niet nodig voor de vreemdelingen met verblijf als kennismigrant en evenmin als de vreemdeling wordt toegelaten met als verblijfsdoel arbeid als zelfstandige. Daarnaast geldt de verplichting om in het bezit te zijn van een tewerkstellingsvergunning niet, indien de aanvrager is vrijgesteld op grond van internationale verplichtingen. Daarbij gaat het met name om de onderdanen van de EU, de EER en Zwitserland, met uitzondering van de nieuwe lidstaten uit Midden- en Oost-Europa. Ook zijn bijvoorbeeld gezinsleden van Amerikaanse en Canadese diplomaten zijn op grond van internationale verplichtingen vrijgesteld (Delegatie- en Uitvoeringsbesluit Wet arbeid vreemdelingen).

Ook zijn per Koninklijk Besluit van 23 augustus 1995 ter uitvoering van de Wav, categorieën van vreemdelingen en werkzaamheden aangewezen waarvoor deze verplichting niet geldt. Voor arbeidsmigranten die onder de beperking ‘arbeid in loondienst’ werkzaamheden willen verrichten die aan de gezondheidszorg gerelateerd zijn, zijn de in dit Besluit genoemde uitzonderingen genoemd echter niet relevant.

De werkgever is verantwoordelijk voor het aanvragen van een tewerkstellingsvergunning voor de vreemdeling die hij in dienst wil nemen. De aanvraag wordt altijd afgewezen in de volgende gevallen:

- Als het CWI vaststelt dat er voor de desbetreffende arbeidsplaats prioriteitgenietend aanbod op de arbeidsmarkt beschikbaar is.
- Als de werkgever de arbeidsplaats niet ten minste vijf weken vóór het indienen van de aanvraag aan het CWI heeft gemeld (het CWI is in Nederland o.a. ook verantwoordelijk voor het koppelen van werkgevers aan werkzoekenden en biedt werkzoekenden middelen om hun weg naar werk te vinden).
- Als de vreemdeling niet minimaal het wettelijk minimummaandloon zal verdienen.
- Als de vreemdeling geen voor het verrichten van arbeid geldige vergunning tot verblijf heeft, of heeft aangevraagd.

Daarnaast kan de aanvraag worden afgewezen als:

- de werkgever niet kan aantonen voldoende inspanningen te hebben gepleegd om de arbeidsplaats te vervullen met prioriteitgenietend op de arbeidsmarkt beschikbaar aanbod of belemmeringen heeft opgeworpen die de vervulling door prioriteitgenietend aanbod hebben verhinderd;
- te voorzien is dat dergelijk aanbod op korte termijn beschikbaar komt;

- niet aan de geldende en/of in de bedrijfstak gebruikelijke arbeidsvoorwaarden wordt voldaan;
- de vreemdeling geen passende huisvesting heeft;
- de vreemdeling jonger dan 18 of ouder dan 45 jaar is²;
- de vreemdeling niet heeft voldaan aan een eerdere vergunning verbonden beperkingen;
- de vreemdeling eerder tot Nederland toegelaten is en een niet-verlengbare tijdelijke tewerkstellingsvergunning is verleend en die daarna zijn hoofdverblijf niet ten minste één jaar buiten Nederland heeft verplaatst; en
- indien de werving niet heeft plaatsgevonden op een wijze die voor de desbetreffende sector is overeengekomen bij een convenant.

De bepaling van de aanwezigheid van prioriteitgenietend aanbod binnen Nederland en andere landen van de EU (voor zover daarop het vrije verkeer van personen van toepassing is) gebeurt enerzijds door het CWI, anderzijds heeft de werkgever ook een zelfstandige wervingsplicht. Als het CWI tot de conclusie komt dat er prioriteitgenietend arbeidsaanbod beschikbaar is, dan zal de vergunning niet worden verleend. Ook dient de werkgever via het Eures-systeem of op vergelijkbare wijze geprobeerd hebben niet-vergunningsplichtige arbeidskrachten binnen de EU te werven. Zo niet, dan wordt hij geacht onvoldoende inspanning te hebben geleverd om prioriteitgenietend aanbod te mobiliseren.

Vooraf deze voorwaarde werpt een serieuze barrière op voor de verkrijging van een tewerkstellingsvergunning. Voor hoogopgeleid personeel blijkt dit overigens in de praktijk tot minder complicaties te leiden dan voor lager opgeleid personeel, aangezien ook het aanbod op de arbeidsmarkt van hoogopgeleid personeel geringer is. Voor stagiaires en wetenschappelijk personeel wordt zelfs helemaal niet gekeken naar de aanwezigheid van prioriteitgenietend aanbod. (Klaver en Odé: 2002)

Voor de gezondheidssector goldt van 1 juli 2000 tot 1 juli 2004 bovendien het in hoofdstuk 2 al genoemde Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ), afgesloten tussen het ministerie van VWS, de sociale partners in de zorgsector en Arbeidsvoorziening Nederland (thans CWI), waarin extra beperkende voorwaarden waren opgenomen voor arbeidsmigratie van verpleegkundigen in ziekenhuizen en ziekenverzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit convenant, een convenant in de zin van artikel 9, eerste lid, onder i, Wav, is echter niet verlengd en dus niet meer van toepassing. (Roosblad: 2005)

Op basis van artikel 19a van de Uitvoeringsregels van de Wav kan het CWI sectoren en/of beroepsgroepen aanwijzen waarvoor voor een periode van drie maanden een versoepelde toets geldt van het prioriteitgenietend aanbod. In de zorg heeft van 1 mei 2004 tot en met 30 april 2005 een dergelijke uitzondering gegolden voor vreemdelingen uit de nieuwe EU-lidstaten voor de beroepen OK-assistent, radiotherapeutisch laborant en radiodiagnostisch laborant in verband met een tekort op de arbeidsmarkt voor deze beroepsgroepen (CWI: 2005a). Van deze uitzondering is echter, blijkens informatie van het CWI, in deze periode geen gebruik gemaakt. Niet bekend is waarom niet.

4.2 Invloed van internationaal recht

Arbeidsmigratie binnen de EU wordt uiteraard primair geregeld in Europese regelgeving. Dat is niet anders voor arbeidsmigratie in de gezondheidszorg. Gemeenschapsonderdanen (onderdanen van lidstaten van de EU, de EER en de Zwitserse Bondsstaat) hebben vrije en volledige toegang tot de arbeidsmarkt. Ook mogen zij een eigen bedrijf starten in Nederland. Daarvoor gelden dezelfde voorwaarden als voor Nederlandse onderdanen. Vrije toegang tot de arbeidsmarkt geldt niet voor de onderdanen van Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Polen, Slovenië, Slowakije en Tsjechië, en hun gezins- of familieleden. Dit is in eerste instantie het geval tot 1 mei 2006. Verlenging hiervan is op dit moment onderwerp van politiek debat en het ziet ernaar uit dat vrije toegang tot de arbeidsmarkt voor onderdanen deze lidstaten op zijn vroegst per 1 januari 2007 zal worden verleend. Voor veel beroepen in de gezondheidszorg geldt echter dat zij veelal als zelfstandige worden uitgeoefend (huisarts, tandarts, medisch specialist, etc.). Dat betekent dat voor die beroepen inmiddels wel vrije toegang tot de arbeidsmarkt geldt, zolang zij zich als zelfstandig ondernemer in Nederland vestigen.

² Deze voorwaarde geldt alleen voor niet eerder in Nederland toegelaten vreemdelingen.

Aangezien voor het werken in de zorg ook diploma-erkenning van groot belang is, zijn daarnaast ook de EU-richtlijnen die daarop zien van belang. Daarbij gaat het om de eerste, tweede en derde richtlijn algemeen stelsel van erkenning van beroepsopleidingen (89/48/EEG, 92/51/EEG en 99/42/EG) en de sectorale richtlijnen voor artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen en verloskundigen. De diploma's die tot deze beroepen leiden, worden automatisch erkend.

4.3 Werving van arbeidsmigranten voor de gezondheidszorg: instituties en procedures

De overheid speelt zoals ook al in hoofdstuk 2 vermeld geen actieve rol bij de werving van medisch personeel in het buitenland. Werving gebeurt gewoonlijk op initiatief van een zorginstelling die daartoe veelal een commercieel wervingsbureau in de arm neemt. In welk land daarbij geworven wordt lijkt afhankelijk te zijn van:

- het aanbod van bemiddelingsbureaus en persoonlijke banden van de zorginstelling,
- de arbeidsmarktsituatie in het bronland,
- of erkenning van diploma's uit het bronland al dan niet problematisch is;
- het bestaan van historische koloniale banden (Suriname, Indonesië); en
- culturele overeenkomsten met Nederland en/of kennis van de Nederlandse taal.

De verantwoordelijkheid voor de verlening van een verblijfsvergunning op grond van het bepaalde bij en krachtens de Vreemdelingenwet berust bij de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (V&I). De verantwoordelijkheid voor de toelating van de vreemdeling tot de arbeidsmarkt op grond van de Wv ligt bij de Minister van SZW.

Bij de werving van medisch personeel uit het buitenland spelen een groot aantal instellingen een rol. Naast de particuliere wervingsbureaus en de zorginstellingen zijn de volgende organisaties betrokken bij de toelating van het personeel tot Nederland en tot de arbeidsmarkt:

- De IND, een agentschap van het Ministerie van Justitie, is de organisatie die beslist over de toekenning van een verblijfsvergunning.
- Het CWI, een zelfstandig bestuursorgaan dat werkt in opdracht van het ministerie van SZW. Zij beslist over de toelating tot de arbeidsmarkt middels een tewerkstellingsvergunning (tenzij de aanvrager is vrijgesteld of als zelfstandige werkzaam zal zijn).
- Het ministerie van VWS is betrokken bij de advisering of er sprake is van een wezenlijk Nederlands volksgezondheidsbelang, voorwaarde voor de verlening van een verblijfsvergunning aan personen van die als zelfstandige in de Nederlandse gezondheidszorg willen werken.
- In sommige gevallen is in plaats van het ministerie van VWS het ministerie van EZ betrokken bij de advisering over het bestaan van een wezenlijk Nederlands belang, bij een verblijfsvergunning voor arbeid als zelfstandige in de Nederlandse gezondheidszorg.

De hierbovengenoemde instanties zijn betrokken bij uitvoering van de in dit hoofdstuk uitgebreid besproken wet- en regelgeving ten aanzien van toelating tot Nederland en tot de arbeidsmarkt. Om in Nederland in de gezondheidszorg te werken is het echter ook de erkenning van de medische bekwaamheid van de migrant van groot belang. In hoofdstuk 6 zal uitgebreid worden ingegaan op de wet- en regelgeving die hierbij van belang is. Hier worden alvast de belangrijkste instellingen en organisaties genoemd waarmee buitenlandse medische beroepsbeoefenaren te maken krijgen als ze erkenning van hun medische vakbekwaamheid willen verkrijgen:

- Het BIG-register, een onderdeel van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een agentschap van het Ministerie van VWS. Dit is een actueel register dat apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen registreert en eventuele beperkingen in hun bevoegdheid aantekent.
- De unit Vakbekwaamheidsverklaringen van het CIBG beoordeelt namens de minister of het buitenlandse diploma eventueel in combinatie met relevante beroepservaring, alsmede een eventuele specialisatie of aanvullende opleiding, gelijkwaardig is aan de Nederlandse equivalent. Daartoe kan een verzoek om een verklaring van vakbekwaamheid worden ingediend. Voor bovengenoemde beroepen is dit een voorwaarde voor registratie, voor een aantal andere beroepen een voorwaarde om deze beroepen uit te oefenen onder het voeren van de betreffende opleidingstitel.
- De (advies-)Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) kan door de minister van VWS om advies worden gevraagd over de aanvraag voor een verklaring van vakbekwaamheid.

- Het Nuffic, de Nederlandse organisatie voor internationale samenwerking in het hoger onderwijs kan in het kader van de bepaling van de vakbekwaamheid gevraagd worden om een diplomawaardering. Het Nuffic, een non-profit dienstverlenende organisatie, is door de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (O,C&W) aangewezen tot het expertisecentrum voor diplomawaardering van diploma's uit het buitenlandse hoger onderwijs
- Ook de Vereniging Landelijke Organen Beroepsonderwijs COLO kan gevraagd worden om diplomawaardering. Zij is door de minister van O,C&W aangewezen als expertisecentrum voor de diplomawaardering voor andere vormen van onderwijs zoals middelbaar beroepsonderwijs.

5 De werkgelegenheid voor immigranten in de gezondheidssector

In dit hoofdstuk zal getracht worden de positie van migranten in de beroepsbevolking in de gezondheidssector in kaart te brengen. Daarnaast zal met behulp van cijfers over de ontwikkeling van het aantal vacatures in de gezondheidssector een beeld worden geschetst van de arbeidsmarktsituatie.

5.1 De rol van migranten op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg

In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat de cijfermatige informatie zoals gevraagd in de onderzoeksspecificaties van deze studie niet beschikbaar zijn. Dat neemt niet weg, dat er wel andere informatie beschikbaar is die inzicht kan verschaffen in de omvang van arbeidsmigratie met als doel het werken in de zorgsector, het aandeel van migranten in de zorgsector en het aantal vacatures in de sector.

Arbeidsmigratie naar de zorgsector

Over het aantal en aandeel migranten werkzaam in de gevraagde medische beroepen zijn zoals gezegd geen cijfers beschikbaar volgens de gevraagde definities. Wel is er informatie beschikbaar over het aandeel allochtonen in de bedrijfssector gezondheidszorg (SBI'93, code 851, zie ook hoofdstuk 3), afkomstig uit de eerder genoemde EBB-enquête.

Tabel 2a: Werkzame beroepsbevolking naar herkomst en bedrijfsklasse

	1997			1998			1999			2000		
	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL
	x1000											
Herkomst												
Autochtonen	317	5162	5479	329	5288	5617	342	5399	5741	342	5501	5843
EU/EER	18	265	283	19	269	288	15	284	299	16	276	293
Nieuwe EU-lidstaten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Overige Westerse Allochtonen ³	19	262	281	20	278	299	20	289	309	20	313	332
Turken	1	65	66	1	71	72	1	79	80	1	89	90
Marokkanen	3	49	52	1	58	60	2	61	63	1	56	57
Surinamers	7	97	104	6	113	119	6	117	123	7	127	134
Antillianen / Arubanen	2	25	27	3	28	31	2	35	37	2	38	40
Overig niet-westerse landen	7	83	89	3	98	101	4	110	114	5	123	128
Total	375	6009	6384	383	6204	6587	393	6375	6768	394	6523	6917
Procentueel	5.9%		100%	5.8%		100%	5.8%		100%	5.7%		100%

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking

³ Westerse Allochtoon: allochtoon met als herkomstgroepering een van de landen in de werelddelen Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika en Oceanië of Indonesië of Japan.

Op grond van hun sociaal-economische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend. Het gaat vooral om mensen die in het voormalig Nederlands-Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin.

Tabel 2b: Werkzame beroepsbevolking naar herkomst en bedrijfsklasse

	2001			2002			2003			2004		
	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL	Gezond- heidszorg	Overig	Totaal NL
	x1000											
Herkomst												
Autochtonen	356	5536	5892	357	5531	5888	363	5479	5842	383	5386	5769
EU/EER	20	298	318	16	284	300	18	295	313	18	284	302
Nieuwe EU-lidstaten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	31	33
Overige Westerse Allochtonen	20	297	317	23	308	332	23	302	325	18	270	288
Turken	2	98	100	2	97	99	2	100	102	2	105	106
Marokkanen	2	71	73	3	79	82	3	73	76	2	69	71
Surinamers	7	128	135	6	130	136	8	131	139	9	135	144
Antillianen / Arubanen	2	41	43	2	46	48	1	46	47	3	42	46
Overig niet-westerse landen	5	138	143	4	146	150	8	148	156	7	152	159
Total	413	6608	7021	414	6621	7035	427	6575	7001	445	6473	6919
Procentueel	5.9%		100%	5.9%		100%	6.1%		100%	6.4%		100%

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking

Deze cijfers geven geen volledig beeld van het aandeel van migranten in de gezondheidszorg. Enerzijds zijn niet alle allochtonen ook migrant, want ook kinderen van migranten vormen onderdeel van deze groep. Anderzijds bevatten bovenstaande cijfers ook allochtonen die primair om andere redenen dan het verrichten van arbeid naar Nederland zijn gemigreerd, bijvoorbeeld in het kader van gezinshereniging of als vluchteling. Uit bovenstaande cijfers blijkt dat het aandeel van allochtonen in de gezondheidszorg in de beroepsbevolking in de gezondheidszorg schommelt rond de 14%, terwijl hun aandeel in de totale werkzame beroepsbevolking tussen 1997 en 2004 is gestegen van rond de 14% naar bijna 17%.

Er is daarnaast naar specifiekere informatie gezocht waaruit het aandeel van arbeidsmigranten in de gezondheidszorg naar voren komt. Zoals beschreven in hoofdstuk 4, is veelal een tewerkstellingsvergunning vereist om als arbeidsmigrant toegang te krijgen tot de Nederlandse arbeidsmarkt. Informatie van het CWI over het aantal verleende en geweigerde tewerkstellingsvergunningen voor de zorgsector over de periode 2001 tot en met 2004 kan een eerste indicatie geven van het belang van arbeidsmigratie voor de zorgsector. Ook is informatie over de nationaliteit van de aanvragers beschikbaar. Dit geeft een eerste indicatie van belangrijke herkomstlanden voor arbeidsmigratie voor de zorgsector. Het CWI registreert deze vergunningen overigens naar hoofactiviteit van de functie. Weergegeven zijn de zorggerelateerde activiteiten.

Tabel 3: Verleende en geweigerde tewerkstellingsvergunningen naar activiteit (absolute aantallen)

ACTIVITEIT	2004		2003		2002		2001		totaal	totaal		weig	
	verl	weig	verl	weig	verl	weig	verl	weig		verl	weig		
AGOGISCH / MAATSCHAPPELIJK BEGELEIDEN	121	38	150	27	130	34	131	8	639	532	83%	107	17%
VERZORGEN / HELPEN: - MENSEN	152	71	145	33	90	23	48	12	574	435	76%	139	24%
VERPLEGEN A - ALGEMEEN	44	3	93	52	119	8	154	19	492	410	83%	82	17%
VERZORGEN / HELPEN: - MENSEN	43	7	120	6	99	13	113	2	403	375	93%	28	7%
VERPLEGING	51	6	131	6	79	2	32		307	293	95%	14	5%
VERZORGEN / HELPEN: - MENSEN BEJAARDEN	57	4	58	3	41	4	33		200	189	95%	11	6%
GENEZEN: MENSEN SPECIALIST	68	8	58	8	18	2	6		168	150	89%	18	11%
GENEZEN: MENSEN TANDARTS	7	17	16	8	55	12	3	2	120	81	68%	39	33%
VERPLEGEN	18	8	29	12	16	12	21	3	119	84	71%	35	29%
GENEESKUNDIG ASSISTEREN	23	13	12	16	20	4	18	4	110	73	66%	37	34%
GENEZEN: MENSEN	10	2	30	5	33	3	14	1	98	87	89%	11	11%
GENEESKUNDIG ASSISTEREN SPECIALIST	5	3	25	6	17	2	3	2	63	50	79%	13	21%
GENEESKUNDIG ASSISTEREN TANDARTS	11	1	14	2	17		15		60	57	95%	3	5%
THERAPEUTISCH BEGELEIDEN FYSIEK) CHIROPRACTOR	15	5	13	4	13	4	3		57	44	77%	13	23%
VERZORGEN / HELPEN: - MENSEN HUISHOUDEN	5	2	9	5	10	3	6	1	41	30	73%	11	27%
VERZORGEN / HELPEN: - MENSEN ZIEKENZORG THUIS													
TOTAAL	653	194	998	208	796	135	658	60	3.702	3.105	84%	597	16%

CWI: 2006

Tabel 4: Verleende en geweigerde tewerkstellingsvergunningen in de zorg naar nationaliteit (absolute aantallen)

NATIONALITEIT	2004		2003		2002		2001		totaal	Totaal		weig	
	verl	weig	verl	weig	verl	weig	verl	weig		verl	weig		
INDONESISCHE	76	26	203	37	191	25	175	6	739	645	87%	94	13%
ZUIDAFRIKAANSE	90	5	137	12	64	12	65	5	390	356	91%	34	9%
POOLSE	43	19	127	9	97	5	24		324	291	90%	33	10%
TURKSE	65	28	90	7	59	5	33	3	290	247	85%	43	15%
FILIPPIJNSE	36	6	52	29	62	3	72	1	261	222	85%	39	15%
SURINAAMSE	23	13	39	10	44	12	67	15	223	173	78%	50	22%
AMERIKAANSE	24	3	39	5	40	6	43	1	161	146	91%	15	9%
MAROKKAANSE	16	9	24	16	14	13	23		115	77	67%	38	33%
CHINESE	18	7	7	6	12	3	13	2	68	50	74%	18	26%
ROEMEENSE	23	2	9	5	6	5	15	1	66	53	80%	13	20%
IRAANSE	13	6	17	2	16	5	2	2	63	48	76%	15	24%
KROATISCHE	13	1	15	4	17		12		62	57	92%	5	8%
LITOUWSE	22	1	25		9	1		1	59	56	95%	3	5%
SIERRALEOONSE	12	2	16	2	6		2		40	36	90%	4	10%
ANGOLESE	14	1	12		5		6		38	37	97%	1	3%
TOTAAL	653	194	998	208	796	135	658	60	3702	3105	84%	597	16%

CWI: 2006

Hierbij moet worden aangetekend, dat in veel gevallen na afloop van een vergunning een tweede vergunning wordt afgegeven. Daarom kan uit de bovenstaande gegevens niet worden afgeleid hoeveel personen er in bovenstaande periode in totaal als arbeidsmigrant in de zorgsector zijn gaan werken. Daarnaast zijn relatief veel vergunningen afgegeven voor stagiaires en praktikanten verpleegkundigen of verzorgenden, doorgaans voor in totaal maximaal 12 maanden en vergunningen voor maximaal 3 jaar t.b.v. stagiaires van duale verpleegkundige opleidingen (een combinatie van leren en werken) in het hoger beroepsonderwijs.

Uit bovenstaande informatie blijkt in ieder geval duidelijk, dat het aantal aanvragen voor tewerkstellingsvergunningen zeer laag is in verhouding tot het aantal in de gezondheidszorg werkzame personen. Dat geeft een duidelijke indicatie van de geringe omvang van de arbeidsmigratie met als doel het werken in de gezondheidszorg. Maar het aantal verleende tewerkstellingsvergunningen geeft geen inzicht in de aantallen migranten die zich in Nederland hebben gevestigd om als zelfstandige in de gezondheidszorg werkzaam te zijn (en daarom geen tewerkstellingsvergunning nodig hebben) en ook niet in de aantallen migranten die als arbeidsmigrant in de gezondheidszorg werkzaam zijn en waren vrijgesteld van de verplichting over een geldige tewerkstellingsvergunning te beschikken (met name kennismigranten en migranten vanuit de EU, met uitzondering van de nieuwe Midden- en Oosteuropese lidstaten, de EER en Zwitserland).

Om een indicatie te krijgen van het aandeel migranten in de gezondheidszorg waarbij bovengenoemde groepen wél in beeld komen, kunnen de cijfers gebruikt worden die in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de Wet BIG) beschikbaar zijn. Voor een aantal medische beroepen (de zogenaamde artikel-3-beroepen) bestaat op grond van deze wet een register, het BIG-register. Opname in dit register is voor de artikel-3-beroepen een voorwaarde voor het voeren van de titel en het uitoefenen van voorbehouden handelingen (hierop wordt in hoofdstuk 6 dieper ingegaan).

Tabel 5: Aantal beroepsbeoefenaren naar basisberoep (artikel-3-beroepen), Peildatum 01/01/2004

Basisberoep	Aantal personen
Apothekers	4.960
Artsen	56.541
Fysiotherapeuten	33.880
GZ-psychologen	9.673
Psychotherapeuten	6.012
Tandartsen	9.836
Verloskundigen	2.835
Verpleegkundigen	226.200
Totaal	349.937

Bron: CIBG en CBGV: 2005

Voor registratie van een artikel-3-beroep in het BIG-register met een buitenlands diploma, dient veelal een verklaring van vakbekwaamheid te worden aangevraagd. Het aantal aanvragen met een buitenlands diploma wordt geregistreerd en geeft, afgezet tegen het totaal aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren, een aardig beeld van aard en omvang van de arbeidsmigratie naar de gezondheidssector. Wel ontbreken daarbij degenen die zich hebben ingeschreven met een diploma vermeld in de Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg, een zogenaamd 'aangewezen' diploma (zie hoofdstuk 6). Dit zijn overigens voor de artikel-3-beroepen allemaal diploma's uit lidstaten van de EU, de EER en Zwitserland.

Tabel 6: 2004 Afgehandelde verzoeken binnen EER en Zwitserland; artikel-3-beroepen

Beroepen	Gelijkwaardig	Nagenoeg gelijkwaardig / Wezenlijke verschillen	Afwijzing
Apotheker	1	1	3
Arts	37	35	14
Fysiotherapeut	11	10	10
Gezondheidszorgpsycholoog	4	1	8
Psychotherapeut	1	4	6
Tandarts	8	7	9
Verloskundige	2	0	8
Verpleegkundige	21	8	38
Totaal	85	66	96

Bron: CIBG en CBGV: 2005

Tabel 7: 2004 Afgehandelde verzoeken buiten EER en Zwitserland; artikel-3-beroepen

Beroepen	Gelijkwaardig	Nagenoeg gelijkwaardig	Afwijzing*
Apotheker	0	0	28
Arts	37	71	187
Fysiotherapeut	1	4	23
Gezondheidszorgpsycholoog	1	1	6
Psychotherapeut	0	1	4
Tandarts	35	96	66
Verloskundige	1	1	28
Verpleegkundige	15	20	137
Totaal	90	194	479

Bron: CIBG en CBGV: 2005

* Bij de artikel-3-beroepen wordt bij ongeveer een kwart van de verzoeken de aanvraag stopgezet. Vaak betreft dit beroepsbeoefenaren die niet over een verblijfsvergunning beschikken of die ook in andere Europese landen proberen een gelijkstelling te verkrijgen.

Ook zijn er voor 2003 en 2004 cijfers beschikbaar over het aantal inschrijvingen in het BIG-register met een Nederlands en een buitenlands diploma, uitgesplitst naar soort buitenlands diploma (EER/Zwitserland of niet-EER/Zwitserland). Hierbij zijn de aangewezen diploma's wel meegenomen. Daarbij dient te worden aangetekend dat vrij veel Nederlanders een medisch diploma in een ander EER-land behalen (m.n. in België en Duitsland), aangezien in Nederland de toelating tot een aantal geneeskundige opleidingen (m.n. geneeskunde, tandheelkunde en fysiotherapie) gelimiteerd is. Daarom zullen de BIG-registraties met EER-diploma voor die beroepen vaak ook Nederlanders betreffen en dus geen betrekking hebben op arbeidsmigratie.

Tabel 8: Aantal in een bepaald jaar ingeschreven beroepsbeoefenaren

Beroepsgroep	Soort diploma	2003	2004	Totaal	
<i>Apothekers</i>	Niet-EER	0	0	0	0,0%
	EER	25	12	37	7,4%
	Nederlands	246	215	461	92,6%
	Totaal	271	227	498	100,0%
<i>artsen</i>	Niet-EER	151	40	191	4,2%
	EER	422	405	827	18,2%
	Nederlands	1699	1816	3515	77,5%
	Totaal	2272	2261	4533	100,0%
<i>fysiotherapeuten</i>	Niet-EER	5	0	5	0,2%
	EER	19	15	34	1,4%
	Nederlands	1227	1239	2466	98,4%
	Totaal	1251	1254	2505	100,0%
<i>gz-psychologen</i>	Niet-EER	4	0	4	0,3%
	EER	1	3	4	0,3%
	Nederlands	627	653	1280	99,4%
	Totaal	632	656	1288	100,0%
<i>psychotherapeuten</i>	Niet-EER	0	1	1	0,3%
	EER	1	2	3	0,9%
	Nederlands	209	117	326	98,8%
	Totaal	210	120	330	100,0%
<i>tandartsen</i>	Niet-EER	80	23	103	12,9%
	EER	125	115	240	30,1%
	Nederlands	220	235	455	57,0%
	Totaal	425	373	798	100,0%
<i>verloskundigen</i>	Niet-EER	0	0	0	0,0%
	EER	62	60	122	35,7%
	Nederlands	102	118	220	64,3%
	Totaal	164	178	342	100,0%
<i>verpleegkundigen</i>	Niet-EER	178	70	248	2,0%
	EER	216	136	352	2,8%
	Nederlands	6331	5738	12069	95,3%
	Totaal	6725	5944	12669	100,0%

(Bron: BIG-register; Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid e.a.: 2004; CIBG en CBGV 2005)

* Bij de inschrijvingen met een buitenlands diploma zijn de omzettingen van een geclausuleerde naar een ongeclausuleerde inschrijving niet meegenomen, dit zijn immers geen nieuwe inschrijvingen

Uit tabel 8 blijkt het aandeel van buitenslands diplomahouders onder de jaarlijkse inschrijvingen in het algemeen laag te zijn. Dit is alleen anders voor artsen en tandartsen, zowel voor wat betreft het aandeel van EER als niet-EER diploma's. Daarnaast hebben relatief veel verloskundigen een EER-diploma. Cijfers ten aanzien van de jaarlijkse inschrijvingen zijn voor 2003 tot en met 2005 ook beschikbaar per land. In tabel 9 worden de aantallen diploma's uit niet-EER landen weergegeven. Deze cijfers wijzen erop dat er in Nederland er relatief veel Zuid Afrikaanse artsen en tandartsen en Surinaamse artsen in Nederland werkzaam zijn. Ook blijkt duidelijk dat er relatief slechts zeer weinig verpleegkundigen met een buitenslands diploma in Nederland werken, waarbij Indonesië, Suriname, de Filipijnen en de Nederlandse Antillen de belangrijkste herkomstlanden zijn.

Tabel 9: Buitenlandse diploma's buiten EER geregistreerd naar land en soort diploma

Beroepsgroep	Land	2003	2004	2005	Totaal	Procentueel
		(Peildatum 8-1-2004)	(Peildatum 11-1-2005)	(Peildatum 3-1-2006)		
<i>artsen</i>	Zuid Afrika	62	18	24	104	45%
	Suriname	12	6	4	22	9%
	Kroatië	7	6	3	16	7%
	Polen*	12	0	0	12	5%
	Roemenië	6	1	1	8	3%
	India	6	0	0	6	3%
	Turkije	3	2	1	6	3%
	Egypte	3	1	1	5	2%
	Indonesië	2	2	1	5	2%
	Verenigde Staten van Amerika	4	1	0	5	2%
	Overig	34	3	6	43	19%
	Totaal	151	40	13	232	100%
<i>fysiotherapeuten</i>	Hongarije*	2	0	0	2	29%
	Verenigde Staten van Amerika	1	0	1	2	29%
	Australië	1	0	0	1	14%
	Canada	1	0	0	1	14%
	Zuid Afrika	0	0	1	1	14%
	Totaal	5	0	2	7	100%
<i>gz-psychologen</i>	Joegoslavië	2	0	0	2	40%
	Australië	1	0	0	1	20%
	Argentinië	1	0	0	1	20%
	Brazilië	0	0	1	1	20%
	Totaal	4	0	1	5	100%
<i>psychotherapeuten</i>	Brazilië		1		1	
<i>tandartsen</i>	Zuid Afrika	60	15	13	88	67%
	Israel	7	1	10	18	14%
	Roemenië	8	2	2	12	9%
	Hongarije*	4	0	0	4	3%
	Verenigde Staten van Amerika	0	2	1	3	2%
	China	0	1	0	1	1%
	Iran	0	0	1	1	1%
	Japan	1	0	0	1	1%
	Nigeria	0	0	1	1	1%
	Tanzania	0	1	0	1	1%
	Turkije	0	1	0	1	1%
	Totaal	80	23	28	131	100%
<i>verpleegkundigen</i>	Indonesië	23	20	11	54	17%
	Suriname	28	11	8	47	15%
	Filipijnen	27	7	6	40	13%
	Nederlandse Antillen	16	10	9	35	11%
	Aruba	15	6	8	29	9%
	Australië	12	3	3	18	6%
	Zuid Afrika	8	5	4	17	5%
	Verenigde Staten van Amerika	4	1	4	9	3%
	Iran	6	1	1	8	3%
	Israel	1	3	3	7	2%
	Overig	38	3	9	50	16%
	Totaal	178	70	66	314	100%
	Alle registraties	418	134	110	662	

(Bron: BIG-register)

*Hongarije en Polen zijn in 2004 toegetreden tot de EU, daarom alleen cijfers over 2003

Naast de registratie van artikel-3-beroepen, is in de wet BIG voor een aantal andere medische beroepen (de zogenaamde artikel-34-beroepen) ook de bescherming van de opleidingstitel geregeld. Voor deze beroepen dienen bezitters van een buitenlands diploma een verklaring van vakkbekwaamheid aan te vragen voor het mogen voeren van de opleidingstitel. Ook hiervan zijn cijfers beschikbaar.

Tabel 10: 2004 Afgehandelde verzoeken binnen EER en Zwitserland; artikel-34-beroepen

<i>Beroepen</i>	<i>Gelijkwaardig</i>		<i>Wezenlijke verschillen</i>		<i>Afwijzing</i>		<i>Totaal</i>	
	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Apothekersassistent	1	4	3	4	2	2	6	10
Diëtist	8	1	0	0	0	1	8	2
Ergotherapeut	11	3	3	0	0	3	14	6
Logopedist	9	2	0	4	0	1	9	7
Mondhygiënist	0	1	0	0	0	3	0	4
Oefentherapeut Mensendieck	1	1	0	0	0	0	1	1
Optometrist	0	0	0	0	0	1	0	1
Orthoptist	0	0	0	1	0	0	0	1
Podotherapeut	3	1	0	0	0	0	3	1
Radiodiagnostisch laborant	7	3	2	1	0	1	9	5
Radiotherapeutisch laborant	1	0	0	0	0	0	1	0
Tandprotheticus	0	0	2	2	0	1	2	3
Verzorgende in de individuele gezondheidszorg	0	0	1	5	6	10	7	15
Totaal	41	16	11	17	8	23	60	56

(Bron: Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid e.a.: 2004; CIBG en CBGV 2005)

Tabel 11: Afgehandelde verzoeken buiten EER en Zwitserland; artikel-34-beroepen

<i>Beroepen</i>	<i>Gelijkwaardig</i>		<i>Nagenoeg gelijkwaardig</i>		<i>Afwijzing</i>		<i>Totaal</i>	
	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Apothekersassistent	3	1	0	1	14	16	17	18
Diëtist	2	2	0	0	1	2	3	4
Ergotherapeut	5	0	0	1	0	0	5	1
Logopedist	0	1	0	0	3	0	3	1
Mondhygiënist	1	0	0	0	6	5	7	5
Oefentherapeut Mensendieck	0	0	0	0	0	0	0	0
Optometrist	1	0	0	0	2	1	3	1
Orthoptist	0	0	0	0	0	0	0	0
Podotherapeut	0	1	1	0	0	0	1	1
Radiodiagnostisch laborant	6	2	1	0	9	5	16	7
Radiotherapeutisch laborant	1	0	0	1	1	0	2	1
Tandprotheticus	0	0	0	0	1	1	1	1
Verzorgende in de individuele gezondheidszorg	0	6	0	4	27	41	27	51
Totaal	19	13	2	7	64	71	85	91

(Bron: Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid e.a.: 2004; CIBG en CBGV 2005)

Bovenstaande cijfers in tabel 5 t/m 11 geven een duidelijke indicatie van het relatief geringe belang van arbeidsmigratie op de arbeidsmarkt in de gezondheidssector, zeker als het gaat om arbeidsmigratie van buiten de EER en Zwitserland. Met name in de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg, die van verplegend en verzorgend personeel, lijkt arbeidsmigratie op grond van bovenstaande gegevens geen grote rol te spelen. Zo bedroeg het totale aantal afgehandelde aanvragen voor registratie als verpleegkundige slechts 239 in 2004, en van die aanvragen werd ook nog eens bijna driekwart werd afgewezen. Dit terwijl het totale aantal verpleegkundigen met een BIG-registratie op dat moment 226.200 bedroeg. Slechts 206 verpleegkundigen met een buitenlands

diploma werden in dat jaar nieuw ingeschreven in het BIG-register, tegen 5.738 met een Nederlands diploma.

Zowel op basis van het aantal verstrekte tewerkstellingsvergunningen voor medische beroepen als op basis van het aantal aanvragen voor registratie danwel voor een verklaring van vakbekwaamheid in vergelijking tot de totale beroepsbevolking in de gezondheidszorg, de conclusie gerechtvaardigd dat arbeidsmigratie naar de gezondheidszorg in Nederland van geringe omvang is, dit met uitzondering van de instroom van artsen en met name tandartsen met een buitenlands diploma. Al zal een deel van die instroom in het buitenland studerende Nederlanders betreffen, dan nog speelt migratie op de arbeidsmarkt voor deze beroepen klaarblijkelijk een belangrijkere rol. Zo waren in 2004 van de 5.944 nieuwe registraties van verpleegkundigen, er slechts 206 (4,8%) met een buitenlands diploma en voor fysiotherapeuten 15 van de 1.254 (1,4%). In 2004 ging het bij 445 van de 2.261 (22,4%) nieuwe registraties van artsen en bij 138 van de 373 (43%) registraties van tandartsen om medici met een buitenlands diploma. Als alleen wordt gekeken naar medici met een niet-EER diploma (daarmee zullen in ieder geval ook de meeste in het buitenland studerende Nederlanders afvallen, blijkt de rol van arbeidsmigratie nog steeds aanzienlijk, met name voor tandartsen (40 registraties van artsen, 4,2% van het totaal, 23 van tandartsen, 12,9%).

5.2 Vacatures in de gezondheidszorg

Met bovenstaande gegevens is licht geworpen op de rol van migranten in de gezondheidssector. Daarnaast is het ook van belang zicht te krijgen op de arbeidsmarkt in de sector. Dit gebeurt aan de hand van de ontwikkeling van het aantal vacatures. Het CBS heeft cijfers beschikbaar over de aantallen vacatures, vacaturegraad en het aantal moeilijk vervulbare vacatures. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Kwartaalenquête vacatures en de Enquête Werkgelegenheid en Lonen van het CBS. Ook hier betreft het steekproefonderzoek en wederom zijn er gezien de geringe aantallen geen betrouwbare gegevens op het in de specificaties gevraagde beroepenniveau beschikbaar. Maar ook hiervoor geldt dat er wel cijfers beschikbaar zijn op basis van bedrijfstak. Helaas zijn er geen cijfers beschikbaar over de gehele gezondheidssector afzonderlijk, alleen voor gezondheids- en welzijnssector gecombineerd (SBI '93- en NACE-code N). Dat betekent dat bijvoorbeeld ook instellingen voor maatschappelijk werk en sociaal-cultureel werk en internaten binnen deze cijfers vallen.

Tabel 12: Aantal openstaande vacatures naar bedrijfsklasse (SBI '93)

Jaarcijfers
x 1000

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal	134,9	171,5	202,8	197,1	149,3	109,4	118,3	149,8
Gezondheids- en Welzijnszorg	12,9	15,9	19,1	22,4	21,2	16,3	14,5	15,8

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006-04-28

Tabel 13: Moeilijk vervulbare vacatures naar bedrijfstak, SBI-code N:

Gezondheids- en welzijnszorg (peildatum 30 september)
x1000

	2000	2001	2002	2003	2004
Moeilijk vervulbare vacatures	8,4	11,8	5,7	3,4	1,9

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006-04-03

Uit de beschikbare informatie blijkt dat het aantal vacatures in de gezondheids- en welzijnszorg een piek kende in de periode 2000-2002. Zoals blijkt uit de ontwikkeling van het aantal moeilijk vervulbare vacatures zoals weergegeven in tabel 13, is de krapte op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg, die een duidelijk hoogtepunt kende in 2001, inmiddels volledig voorbij.

**Tabel 14: Vacaturegraad naar bedrijfsklasse (SBI '93)
1st kwartaal**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal	15	21	24	32	31	25	18	18	23
Gezondheids- en welzijnszorg	12	16	17	22	25	25	17	13	15

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006-04-03

Ook de vacaturegraad (tabel 14) geeft een overeenkomstig beeld van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de sector gezondheids- en welzijnszorg. De vacaturegraad is het aantal openstaande vacatures per 1000 bezette banen. Het is een maat voor de krapte op de arbeidsmarkt: hoe hoger de vacaturegraad, hoe groter de krapte op de arbeidsmarkt. Ook deze indicator laat een duidelijke piek zien voor de gezondheidszorg in de periode 2000-2002. Dit in tegenstelling tot de piek in de arbeidsmarkt als geheel, die in 2002 al over zijn hoogtepunt heen was. Duidelijk is ook dat uitgaande van de vacaturegraad, het erop lijkt dat de krapte op de gehele arbeidsmarkt tussen 1997 en 2005 veelal groter was dan die in de gezondheids- en welzijnszorg, met uitzondering van de jaren 2002 en 2003.

Hoe de arbeidsmarkt in de zorg zich in de toekomst gaat ontwikkelen wordt natuurlijk door onzekerheden omgeven. In het kader van het door overheid en sociale partners in de zorg gefinancierde onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn is in 2005 een rapport verschenen over de stand van zaken en de verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn (Ott e.a.: 2005). Met uitzondering van verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg, worden in de zorg in deze periode geen personeelstekorten verwacht. Alleen bij een snelle economische opleving worden in de periode tot en met 2010 ook ten aanzien van verpleegkundig personeel tekorten verwacht. Voor de overige beroepsgroepen is er vooralsnog voldoende personeelsaanbod. Dit wordt ook door andere rapportages ondersteund (ROA: 2005 en CWIa: 2005).

Ook de langetermijnstudie van het Centraal Planbureau (CPB) naar vier toekomstscenario's voor overheid en zorg tot en met 2040 (Bos e.a.: 2004) geeft geen eenduidig antwoord op de vraag of personeelstekorten zullen ontstaan die arbeidsmigratie onvermijdelijk zouden kunnen maken. In alle scenario's stijgt ten gevolge van de vergrijzing het aandeel van de zorg op de arbeidsmarkt. Afhankelijk van de ontwikkeling van zaken als de economie als geheel, de arbeidsproductiviteit in de zorg en van de arbeidsmarktsituatie als geheel, kunnen er al dan niet personeelstekorten in de zorg ontstaan.

6 Onderwijs en scholing

Naast de wet- en regelgeving ten aanzien van toelating tot Nederland en tot de arbeidsmarkt is voor migranten die in de gezondheidszorg willen werken ook van belang welke vereisten er gelden ten aanzien van de benodigde kwalificaties om medische beroepen uit te oefenen. Belangrijk is daarbij met name de Wet BIG, die van kracht werd in 1997. De Wet BIG heeft één uniforme regeling van bevoegdheden in het leven geroepen voor daarvoor in aanmerking komende beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarbij heeft de wet enerzijds tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Anderzijds moet daarbij wel -voor zover verantwoord- voor de patiënt de vrijheid bestaan zelf een hulpverlener, al dan niet bevoegd, te kiezen.

Uitgangspunt van de wet dat het een ieder in beginsel vrijstaat om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, met uitzondering van bepaalde medische handelingen die zijn voorbehouden aan geregistreerde medische professionals. Deze voorbehouden handelingen mogen alleen door geregistreerde artsen, tandartsen en verloskundigen op eigen initiatief worden uitgevoerd. De wet BIG bevat bovendien een stelsel van titelbescherming. Het ontbreken van de bij de wet beschermde titels is strafbaar.

Niet bevoegde personen mogen dan wel medische handelingen verrichten (met uitzondering van de voorbehouden handelingen), zij zullen minder gemakkelijk hun vak kunnen uitoefenen dan bevoegde personen. Het zal waarschijnlijk moeilijker zijn een baan in de Nederlandse gezondheidszorg te krijgen en de arbeidsvoorwaarden zullen vaak minder gunstig zijn dan die van bevoegd medisch personeel. Vrijgevestigde medici zullen in de regel merken dat bestaande vergoedingssystemen zijn ontworpen voor behandelingen verricht door bevoegde personen. Ziektekostenverzekeraars zullen vaak de behandeling door een niet bevoegd persoon niet vergoeden. Dat geldt ook voor niet-bevoegden die in een instelling werken. (Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid: 2006a)

Er zijn twee niveaus van titelbescherming: constitutieve registratie annex titelbescherming (art. 3-beroepen) en opleidingstitelbescherming (art. 34-beroepen). Artsen, apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen moeten geregistreerd zijn in het zogenaamde BIG-register om hun beroepstitel te mogen voeren. Daartoe hebben zij het recht indien ze voldoen aan de in de wet- en regelgeving gestelde deskundigheids- en opleidingseisen. Voor artsen, tandartsen en verloskundigen is registratie ook een voorwaarde om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten.

Voor de art. 34-beroepen regelt de wet BIG het recht op het voeren van de beschermde opleidingstitel. Voorwaarde voor het voeren van de titel is het bezit van een diploma dat voldoet aan de in de wet- en regelgeving gestelde deskundigheids- en opleidingseisen. Er is geen wettelijk register voor deze beroepen. Het gaat om de volgende beroepen:

- | | |
|------------------------------|---|
| – apothekersassistent | – orthoptist |
| – diëtist | – optometrist |
| – ergotherapeut | – podotherapeut |
| – huidtherapeut | – radiotherapeutisch laborant |
| – logopedist | – radiodiagnostisch laborant |
| – mondhygiënist | – tandprotheticus |
| – oefentherapeut Cesar | – verzorgende in de individuele gezondheidszorg |
| – oefentherapeut Mensendieck | |

Buitenlandse beroepsbeoefenaren

Beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma kunnen ook in aanmerking komen voor registratie en/of erkenning. Daartoe moeten ze voldoen aan de door de Nederlandse regering gestelde kwaliteitseisen.

Van een aantal buitenlandse diploma's is de gelijkwaardigheid met een Nederlands diploma vastgesteld in de 'Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg'. Gaat het daarbij om een diploma dat is behaald in een van de lidstaten van de EER, dan moet de beroepsbeoefenaar ook de nationaliteit van een van die lidstaten bezitten. In alle andere gevallen is een verklaring van

vakbekwaamheid nodig om ingeschreven te kunnen worden dan wel om de beschermde opleidingstitel te mogen voeren (VWS: 1999). Een verklaring van vakbekwaamheid kan worden aangevraagd bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

In de huidige situatie, die nu nog geldt voor alle beroepen met uitzondering van dat van arts, wordt de vakbekwaamheid door het ministerie beoordeeld op grond van de overgelegde stukken. Indien het CIBG daar reden toe ziet, kan advies worden gevraagd aan de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV). Afhankelijk van het soort opleiding vraagt de commissie een diplomawaardering aan bij het NUFFIC (de Nederlandse organisatie voor internationale samenwerking in het hoger onderwijs) of de Vereniging Landelijke Organen Beroepsopleiding COLO. Zonodig vraagt de commissie referenties op of nodigt de aanvrager uit voor een gesprek om nadere informatie te verkrijgen. Houdt de commissie twijfels, dan kan ze vragen een kennis- en vaardigheidstoets af te leggen. (VWS: 1999)

Op dit moment wordt gefaseerd een nieuwe procedure ingevoerd om de vakbekwaamheid van de aanvrager vast te stellen. Per 1 december 2005 geldt voor artsen een nieuwe procedure. Deze procedure zal in de toekomst ook bij andere beroepsgroepen worden ingevoerd. Nadat de overgelegde stukken beoordeeld zijn door het CIBG en indien nodig diplomaverificatie en –waardering bij het NUFFIC, wordt een kennis- en vaardigheidstoets afgenomen in de vorm van een assessment. Deze bestaat uit een algemeen deel, waarin o.a. taalvaardigheid en kennis van de Nederlandse gezondheidszorg worden getoetst en een medisch-inhoudelijk deel. Middels een portfolio waarin eerder opgedane ervaring kan worden vermeld kan de aanvrager zijn aanvraag verder onderbouwen. Daarna volgt een adviesgesprek met leden van de CBGV. In het gesprek wordt aan de hand van toetsresultaten, eventueel het portfolio en antwoorden op vragen beoordeeld of en zo ja, op welke onderdelen de deelnemer aanvullende opleiding nodig heeft om aan de Nederlandse eisen voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg te kunnen voldoen. Op basis van de toetsresultaten en het gesprek, brengt het CBGV advies uit aan de minister van VWS. (CIBG: 2006)

Mogelijke uitkomsten

Als uitkomst van de aanvraag van een verklaring van vakbekwaamheid voor art. 3-beroepen zijn zowel in de huidige als in de nieuwe procedure de volgende adviezen mogelijk:

1. **Gelijkwaardig:** in geval van gelijkwaardigheid geeft de vakbekwaamheidsverklaring in principe recht op ongeclausuleerde inschrijving in het BIG-register, respectievelijk het mogen voeren van de opleidingstitel. Indien de aanvrager nog geen beroepservaring in Nederland heeft opgedaan dan dient deze een half jaar onder supervisie te werken (geclausuleerd inschrijving). Wanneer de supervisieperiode goed is verlopen, vervalt de clausule.
2. **Nagenoeg gelijkwaardig:** in geval van nagenoeg gelijkwaardigheid geeft de vakbekwaamheidsverklaring recht op een geclausuleerde inschrijving in het BIG-register. De clausulering heeft betrekking op de beperkingen die de minister aan de beroepsbeoefenaar stelt. Wanneer de tekortkomingen in de vakbekwaamheid naar tevredenheid van de minister zijn weggewerkt, waarvoor een periode van maximaal 2 jaar geldt, volgt een ongeclausuleerde inschrijving in het BIG-register.
3. **Niet gelijkwaardig:** in geval van niet gelijkwaardigheid wordt er geen vakbekwaamheidsverklaring afgegeven. De aanvrager kan zich aanmelden bij een opleidingsinstelling voor een inpassingsadvies voor aanvullende opleiding, tenzij het niveau van vooropleiding dusdanig laag is dat dit eerst opgetrokken moet worden voor reguliere instroom in een beroepsopleiding mogelijk is. Voor artsen die op grond van een afwijzende beschikking ter aanvulling van hun vooropleiding een gedeelte van de opleiding Geneeskunde in Nederland moeten volgen, fungeert de Commissie Instroom Buitenlandse Artsen (CIBA) als landelijk meld- en verdeelpunt

Ten aanzien van art. 34-beroepen zijn de volgende adviezen mogelijk:

1. **Gelijkwaardig:** als het opleidingsniveau als gelijkwaardig wordt beschouwd aan het Nederlands opleidingsniveau, dan geeft de minister een verklaring van vakbekwaamheid af op grond waarvan de aanvrager het recht krijgt de desbetreffende wettelijk beschermde opleidingstitels te voeren. Ook bestaat voor een deel van de beroepen de mogelijkheid zich te laten registreren in het Kwaliteitsregister Paramedici (een register dat niet door de overheid, maar door de beroepsverenigingen van verschillende paramedische beroepen is opgezet).
2. **Niet gelijkwaardig:** constateert de Minister belangrijke verschillen, dan wordt het opleidingsniveau als niet gelijkwaardig beschouwd aan het Nederlandse opleidingsniveau. In dat geval wordt het verzoek afgewezen en het advies verstrekt om zich alsnog te kwalificeren door het behalen van het desbetreffende Nederlandse diploma. Het is uitsluitend aan de

opleidingsinstelling om te bepalen in welk jaar de aanvrager kan instromen en wat deze verder nog moet doen om het Nederlandse diploma van het desbetreffende beroep te behalen.

Kennis van de Nederlandse taal is geen onderdeel in de beoordeling van vakbekwaamheid in de oude procedure, wel in de nieuwe. Maar ook voor de beroepen waarvoor de nieuwe procedure nog niet geldt, is kennis van de Nederlandse taal essentieel. De toekomstige werkgever, de supervisor en de zorgverzekeraar zullen op dat gebied veelal eisen stellen.

Aanvullende opleiding

Ook wanneer op grond van het advies het volgen van een (gedeelte van een) opleiding moet worden gevolgd, geldt als voorwaarde beheersing van het Nederlands beheersen. Gevraagd wordt een niveau dat ten minste overeenkomt met het staatsexamen Nederlands als Tweede Taal, programma II.

Voor bepaalde opleidingen gelden zwaardere eisen op het gebied van het beheersen van de Nederlandse taal. (Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid: 2006b) De financiering van de (aanvullende) opleiding, zal veelal door de aanvrager zelf en/of door de zorginstelling waarvoor hij/zij gaat werken gebeuren.

Voor migranten met een buitenlands diploma die om andere redenen dan arbeid naar Nederland zijn gekomen (bijvoorbeeld vluchtelingen) is het onder omstandigheden mogelijk dat de overheid bijdraagt in de aanvullende opleiding.

7 Andere relevante aspecten

In Nederland is op dit moment nog geen sprake van een uitgewerkt migratiemanagement, niet voor de gezondheidszorg, maar ook niet voor andere sectoren. Wel is de eerder genoemde kennis-migrantenregeling een stap in die richting. Ook staan er op dit moment in Nederland belangrijke ontwikkelingen op stapel ten aanzien van het migratiemanagement. De minister voor EZ onlangs in een brief aan het parlement laten weten voornemens te zijn het toelatingsbeleid voor migranten die in Nederland arbeid als zelfstandige willen verrichten te willen wijzigen. Zoals ook beschreven in hoofdstuk 4, dient het Ministerie van EZ advies uit te brengen aan de minister voor V&I of met de toelating van een buitenlands zelfstandig ondernemer een wezenlijk Nederlands belang is gediend. De vernieuwing van de regelgeving moet heldere en transparante criteria opleveren. Daarbij is het uitgangspunt, dat migranten als zelfstandig ondernemer een bron vormen van economische dynamiek. (Minister van EZ: 2006)

De regering werkt op daarnaast op dit moment aan de modernisering van het gehele reguliere toelatingsbeleid en binnenkort moeten de contouren van dit beleid duidelijk worden. Zoals blijkt uit diverse kamerstukken hieromtrent, speelt daarbij het vraagstuk van de arbeidsmigratie een belangrijke rol. Daarbij gaat het met name om de instroom van hoog opgeleid personeel. Het gemoderniseerde migratiebeleid moet in het licht gezien worden van “het voorziene tekort aan excellente arbeidskrachten op de Nederlandse arbeidsmarkt en het feit dat de VS succesvoller is dan de EU in de «battle for brains»” (Minister voor V&I e.a.: 2006). Snellere toelating van migranten die bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan de innovatie en aan de concurrentiekracht van het Nederlandse bedrijfsleven, of aan het wetenschappelijk onderzoek aan de Nederlandse universiteiten is bij deze modernisering een van de uitgangspunten. (Minister van V&I: 2005) Daarbij blijft de vraag of deze arbeidsmigratie tijdelijk van aard moet zijn, mede met het oog op de onwenselijkheid van brain-drain een rol spelen in het debat

8 Conclusie

Doel van deze studie was het leveren van een bijdrage aan het debat over migratiemanagement op het gebied van arbeidsmigratie, waarbij de gezondheidszorg als casus is gebruikt om de ontwikkelingen op dit gebied in kaart te brengen. Een aantal conclusies kan daarbij getrokken worden:

Ten eerste kunnen er gezien de beschikbare informatie geen stellige uitspraken worden gedaan over het aandeel van arbeidsmigranten op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Terwijl het aandeel van alloctonen in de beroepsbevolking in de gezondheidszorg aanzienlijk is, is niet duidelijk hoeveel van hen arbeidsmigranten zijn. Uit verschillende bronnen blijkt wel, dat het erop lijkt dat het aandeel van arbeidsmigranten klein is. Ten aanzien van hoger opgeleid medisch personeel wijkt het beeld enigszins af. Arbeidsmigratie van artsen en tandartsen naar Nederland lijkt iets omvangrijker te zijn, overigens zonder dat daaraan concreet overheidsbeleid ten grondslag ligt.

Ten tweede kan worden geconcludeerd dat het draagvlak voor arbeidsmigratie als oplossing voor de personeelstekorten in de gezondheidszorg klein is. Daarbij moet worden aangetekend, dat het dan met name gaat om de inzet van buitenlandse werknemers in de grootste beroepsgroep in de zorg, die van verzorgenden en verplegenden. Daarover lijken de politieke en maatschappelijke standpunten helder. Het onbenutte arbeidsaanbod in Nederland moet hiervoor worden aangewend. Over de inzet van hoogopgeleid buitenlands medisch personeel wordt niet of nauwelijks debat gevoerd. Er is geen beleid om dit te stimuleren, maar uit de beschikbare cijfers blijkt deze relatief omvangrijker dan de veelbediscussieerde inzet van verplegenden en verzorgenden. De ontwikkelingen van een meer op migratiemanagement gericht arbeidsmigratiebeleid sluiten klaarblijkelijk aan op een migratiestroom van hoogopgeleid personeel die, in ieder geval in de zorg, al bestaat, alhoewel ook de omvang daarvan beperkt blijft.

Ten derde blijkt het moeilijk te zeggen of de rol van arbeidsmigranten in de gezondheidszorg toe gaat nemen in de komende 20 jaar. Of arbeidsmigratie nodig zal blijken te zijn en een rol zal gaan spelen hangt af van twee factoren. Enerzijds zal deze oplossing pas in beeld komen als er moeilijk vervulbare tekorten aan medisch personeel ontstaan, zo leert ook de ervaring eind jaren negentig (zie hoofdstuk 2). Nederland vergrijst. De vraag naar zorg zal de komende 20 jaar zeker toenemen, maar de ontwikkeling van het aanbod van personeel voor de zorgsector is onzeker en daarom is het doen van voorspellingen moeilijk. Wel blijkt uit de beschikbare studies (zie paragraaf 5.2), dat vooral op het gebied van verplegend en verzorgend personeel tekorten waarschijnlijk zijn, zeker bij een bloeiende economie.

Maar naast het bestaan van personeelstekorten is ook politiek en maatschappelijk draagvlak nodig voor actieve werving in het buitenland van medisch personeel op elk niveau, van verzorgenden tot artsen. Vooralsnog lijkt dit draagvlak in ieder geval voor de inzet van lager en middelbaar medisch personeel afwezig. Gezien de ontwikkelingen ten aanzien van kennismigratie en de modernisering van migratiebeleid, is facilitering door de overheid van de werving van hoogopgeleid medisch personeel in de toekomst echter niet ondenkbaar. Actieve werving zal echter ook in de toekomst door de bedrijven en instellingen zelf plaats moeten vinden. Daarbij spelen dezelfde factoren een rol: zijn er grote tekorten aan personeel, faciliteert de overheid de tewerkstelling van buitenlandse werknemers of belemmert ze dit juist en is er maatschappelijke weerstand van bijvoorbeeld de vakbonden of niet? Afhankelijk van de toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van deze elementen, zullen bedrijven en instellingen al dan niet overgaan tot werving in het buitenland.

Bijlage 1: Bibliografie

Bos, Frits; Douven, Rudy; Mot, Esther: 2004, CPB Document: Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg. Den Haag

Centraal Bureau voor de Statistiek; CBS: 2006, Beroepsbevolking: geslacht en leeftijd. Totaal werkzame personen. Website Centraal Bureau voor de Statistiek, ge-update 25 oktober 2005, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2Fsearch>, geraadpleegd 11 mei 2006

Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG); Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV): 2005, Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg: Jaarverslag 2004. Den Haag

Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg; CIBG: 2006, Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg: elke beroepsbeoefenaar een gelijke en eerlijke kans om te laten zien wat hij waard is. Website Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid, http://www.buitenlandsediplomahouders.nl/nieuweprocEDURE/publicaties/CIBG_CBGV_brochure.pdf, geraadpleegd 20 april 2006.

Centrum voor Werk en Inkomen; CWI: 2005a, CWI Arbeidsmarktprognose 2005 – 2010. Amsterdam

Centrum voor Werk en Inkomen; CWI: 2005b, Verkorte tewerkstellingsprocedure niet langer voor functies in de zorg. Website Centrum voor Werk en Inkomen, ge-update 27 april 2005, http://www.cwinet.nl/nl/cwi_actueel/050427verkortetewerkstellingsprocedurenietlangervoorfunctiesindezorg.asp, geraadpleegd 10 januari 2006.

De Lange, Tessa; Pool, Cathelijne: 2004, Vreemde handen aan het bed: De werving van Poolse verpleegkundigen in Nederland, in Migrantenstudies, Tijdschrift voor Migratie- en Etnische Studies 2004, jaargang 20, volume 3, Amsterdam, 130-144

Europese Commissie: 2005, Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende communautaire statistieken over migratie en internationale bescherming (door de Commissie ingediend), COM (2005) 375 definitief. Brussel.

Exter, André; Hermans, Herbert; Dosljak, Milena; Busse, Reinhard: 2004, Health care systems in transition: Netherlands. Kopenhagen.

Klaver, Jeanine; Odé, Arend (red.): 2002, Arbeidsmigratie naar Nederland: nieuwe visies op veranderende condities. Amsterdam

Minister van Buitenlandse Zaken en Minister van Ontwikkelingssamenwerking: 2000, Kamerstuk 1999-2000, 26049, nr. 28, Tweede Kamer. Indonesië Notitie, Den Haag.

Minister van Economische Zaken; Minister van EZ: 2006, Brief minister toelatingscriteria Zelfstandige migranten. Website Ministerie van Economische Zaken, ge-update 9 mei 2006, <http://www.minez.nl/content.jsp?objectid=40459>, geraadpleegd 10 mei 2006.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Minister van VWS: 2001a, Kamerstuk 2000-2001, 27400 XVI, nr. 68, Tweede Kamer. Vaststelling begroting van het Ministerie van VWS voor het jaar 2001. Brief minister met actuele stand van zaken inzake de werving van buitenlandse verpleegkundigen, Den Haag

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Minister van VWS: 2001b, Kamerstuk 2001-2002, 28008, nr. 7, Tweede Kamer. Zorgnota 2002; Brief minister met het 'Plan van aanpak capaciteit zorgverleners', Den Haag

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Minister van VWS e.a.: 2001, Kamerstuk 2000-2001, 27400 XVI, nr. 67, Tweede Kamer.

Vaststelling begroting van het Ministerie van VWS voor het jaar 2001. Brief ministers over tewerkstellingsvergunningen voor buitenlandse verpleegkundigen, Den Haag

Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (V&I): 2004, Kamerstuk 2003-2004, 29200 VI, nr. 164, Tweede Kamer. Vaststelling begroting van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2004. Brief minister Kabinetsstandpunt Toelating kennismigranten. Den Haag

Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (V&I); Minister van Economische Zaken (EZ); Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW): 2006, Kamerstuk 2005-2006, 30300 XIII, nr. 75, Tweede Kamer. Vaststelling begroting Ministerie van Economische Zaken (XIII) voor het jaar 2006. Brief ministers en staatssecretaris met notitie 'Ruimte voor arbeidsmigranten: beantwoording van de motie Bakker' over aanpak knelpunten in de Kennismigrantenregeling. Den Haag

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; SZW: 2006, Wet arbeid vreemdelingen. Website ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, http://home.szw.nl/navigatie/dossier/dsp_dossier.cfm?view=ratio&set_id=122, geraadpleegd 10 februari 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; VWS: 1999, Met een buitenlandse diploma werken in de Nederlandse gezondheidszorg. Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; VWS: 2005, Health Insurance in the Netherlands: The new health insurance system from 2006. Den Haag

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; VWS: 2006, Dossier Wmo-AWBZ: Veranderingen AWBZ. Website Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ge-update 6 maart 2006, <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/wmo-en-awbz-in-vogelvlucht/veranderingen-awbz/default.asp>, geraadpleegd 20 maart 2006

Ott, Marlies; Paardekooper, Pieter; Van der Windt, Willem: 2005, Arbeid in Zorg en Welzijn 2005 Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. Utrecht

Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, Faculteit der Economische Wetenschappen en Bedrijfskunde, Universiteit Maastricht; ROA: 2005, De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010. Maastricht

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; RIVM: 2006, Nationaal Kompas Volksgezondheid: Wat is geestelijke gezondheidszorg? Website Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, ge-update 16 maart 2006, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1053n20330.html, geraadpleegd 20 maart 2006

Roosblad, J.: 2005, Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector. Amsterdam.

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Staatssecretaris van VWS: 2000, Kamerstuk 1999-2000, 26800 XVI, nr. 119, Tweede Kamer. Vaststelling begroting van het Ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2000. Brief staatssecretaris over het arbeidsmarktbeleid in de VWS-sectoren, o.a. reactie op nota 'De krapte te lijf' van GroenLinks, Den Haag

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Staatssecretaris van VWS: 2002, Kamerstuk 2001-2002, 28000 XVI, nr. 105, Tweede Kamer: Vaststelling begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002. Brief staatssecretaris over vermeende betrokkenheid van het ministerie bij het project Thuiszorg Slowakije-Nederland. Den Haag.

Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid: 2006a, Werken in de gezondheidszorg in een BIG-beroep met of zonder de vereiste papieren. Website Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid,

<http://www.buitenlandsediplomahouders.nl/index.html?wetbig/index.html>, geraadpleegd 25 maart 2006.

Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid: 2006b, Buitenlandse diplomahouders in de Nederlandse gezondheidszorg. Website Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid, ge-update 11 mei 2006, <http://www.buitenlandsediplomahouders.nl>, geraadpleegd 11 mei 2006.

Van Wijck, Frank: 2002, Wisselende resultaten met buitenlandse medewerkers. Website van het tijdschrift Medisch Nieuws, http://www.medisch-nieuws.nl/artikelarchief/artikel_6.htm, geraadpleegd 13 maart 2006

Verwijspunt Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid; Unit Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid; Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV); BIG-register: 2004, Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg: Informeren, beoordelen en registreren in 2003. Den Haag

World Health Organisation; WHO: 2006, Glossary, European Observatory on Health Systems and Policies website, ge-update 1 april 2006, <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>, geraadpleegd 11 mei 2006.