

Vergaderjaar 2024–2025

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 900

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 januari 2025

In deze brief stuur ik u, mede namens de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ) en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport (JPS), de kabinetsreactie op het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) «Met de stroom mee: naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning»¹. Een reactie op het rapport is destijds uitgebleven, omdat het kabinet demissionair was. In deze brief richt ik mij op de door de RVS aanbevolen transities, mijn opvatting daarop en de belangrijkste beleidsmaatregelen voor dit kabinet.

In het rapport pleit de RVS voor groot onderhoud aan het stelsel. Daarbij richt zij zich op de stelselwetten die zorg en ondersteuning regelen (Zvw, Wlz, Wmo 2015) en de onderliggende mensbeelden². De RVS beschrijft hoe het besef groeit dat veranderingen in de organisatie van de zorg en ondersteuning nodig zijn. Steeds meer mensen raken de weg kwijt in de verschillende wetten, regels en financieringsstromen. Met name kwetsbare mensen met complexe problematiek krijgen niet de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Daarnaast worden we geconfronteerd met een alsmaar stijgende zorgvraag en toenemende personeelstekorten. De RVS beschrijft welke transities nodig zijn om goede zorg en ondersteuning voor iedereen toegankelijk te houden.

Ik herken het geschetste beeld dat ons zorgstelsel al langere tijd onder grote druk staat en dat actie nodig is voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg. De urgentie van de patiënt wordt leidend. Daarnaast heeft het

¹ Tweede Kamer, 2022–2023, 31 765, nr. 793

² In haar advies gaat de RVS zeer beperkt in op de Jeugdwet vanwege de Hervormingsagenda Jeugd die op dat moment werd uitgewerkt. In deze reactie wordt de Jeugdwet daarom buiten beschouwing gelaten. Daarnaast richt de RVS zich in haar advies voornamelijk op zorgwetten. In haar advies *Op onze gezondheid! De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg* gaat zij meer uitgebreid in op de beweging van zorg naar gezondheid en preventie. De Kamer zal in het eerste kwartaal van 2025 een aparte reactie op dit rapport ontvangen.

afwenden van de grote arbeidsmarkttekorten bij een alsmaar stijgende zorgvraag grote prioriteit. Daarbij wil ik mij vooral richten op maatregelen die voor een halvering van de administratietijd voor zorgprofessionals zorgen per 2030. Ik zie dan ook verschillende raakvlakken tussen de aanbevelingen in het rapport en het regeerprogramma dat het kabinet recent aan uw Kamer heeft aangeboden³. Hieronder zal ik dat overkoepelend per transitie toelichten.

Ik ga in deze brief niet in op iedere individuele aanbeveling. Dat laat onverlet dat het advies van de RVS wordt meegenomen bij de verdere uitwerking van beleid. Zo wil ik binnen de kaders van het regeerprogramma voortbouwen op de beweging naar meer samenwerking die volgt uit het Integraal Zorgakkoord (IZA), door aanvullende afspraken te maken gericht op gelijkwaardigere toegang tot zorg en ondersteuning en het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort. Daarnaast wordt gewerkt aan een Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, dat integraal onderdeel zal zijn van de aanvullende afspraken.

Transitie 1: van concurrentie en fragmentatie naar samenwerking en vereenvoudiging

De RVS beschrijft in haar advies hoe de toegang tot zorg wordt bemoeilijkt door de gefragmenteerde wijze waarop we zorg en ondersteuning organiseren, financieren en aansturen, en door de wijze waarop concurrentie in bepaalde delen van de zorg uitwerkt. De RVS pleit daarom voor een transitie van concurrentie en fragmentatie naar samenwerking en vereenvoudiging zodat meer samenhang ontstaat in het aanbod van zorg en ondersteuning. Daarbij moet volgens de RVS extra aandacht uitgaan naar mensen met complexe problematiek die vaak zorg uit meerdere domeinen (Zvw, Wlz, Wmo 2015) ontvangen.

Binnenkort stuur ik uw Kamer de visie van dit kabinet op marktwerking in de zorg, eveneens gezien in het licht van de recent aangenomen motie van het lid Krul c.s. over voorbereidingen treffen voor een staatscommissie voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel⁴. In lijn met het regeerprogramma ga ik in die brief onder andere in op mijn voornemen om de spoedeisende hulpafdelingen, de acute verloskunde afdelingen en intensive care zorg (IC-zorg) in ziekenhuizen te financieren op basis van een vast budget, zoals ook door de RVS geadviseerd. Dat betekent dat deze vormen van zorg op een soortgelijke manier worden bekostigd en ingekocht als de zorg op de huisartsenpost en de ambulancezorg. In de brief ga ik meer uitgebreid in op de visie van dit kabinet op marktwerking in de zorg en op de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg, waar de RVS in haar advies specifiek aandacht aan besteedt.

Het organiseren van toegang tot goede zorg gaat niet alleen over sectoren in de Zvw, zoals de acute ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg en ggz. Juist de patiënten die zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen ontvangen, raken verdwaald tussen de zorgketten die naar elkaar wijzen voor vergoeding. Ik ben het eens met de RVS dat inkopers uit verschillende domeinen intensiever met elkaar moeten samenwerken. Ik vind het daarnaast van belang dat de verschillende zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd. Een voorbeeld is de problematiek die ontstaat wanneer kinderen die medische zorg ontvangen de leeftijd van 18 jaar bereiken. Een deel van de problemen ontstaat door de overgang naar andere wetgeving. De Staatssecretaris LMZ zal de komende periode zich

³ Tweede Kamer, 2023–2023, bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 96

⁴ Tweede Kamer 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 69

verder verdiepen in de knelpunten en mogelijke oplossingen voor deze specifieke groep.⁵ Een ander voorbeeld dat prioriteit verdient is de zorg voor (thuiswonende kwetsbare) ouderen, zoals ook door de RVS geadviseerd. Deze groep ontvangt vaak zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen tegelijkertijd, en patiënten worden daardoor soms van het kastje naar de muur gestuurd. In het regeerprogramma is daarom onder andere afgesproken dat het kabinet zorgwetten beter op elkaar gaat afstemmen en daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen. Daarnaast wil het kabinet arbitrage tussen zorgwetten invoeren, waarbij de minste inzet van medewerkers het uitgangspunt wordt. Daarmee wordt de inzet van medewerkers efficiënter en effectiever. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin veertien keer per dag een thuiszorg-medewerker wordt ingezet om iemand die gebruik maakt van een rolstoel in en uit bed te helpen, terwijl de patiënt dit graag zelf zou doen met behulp van een plafondlift maar deze niet krijgt. Samen met de Staatssecretaris SLMZ en de Staatssecretaris SJPS werk ik uit hoe arbitrage het beste vorm kan krijgen. In de aanvullende IZA-afspraken en het Hoofddlijvenakkoord Ouderenzorg zullen deze maatregelen verder worden uitgewerkt.

Transitie 2: van individuele verantwoordelijkheid naar gedeelde verantwoordelijkheid

Voor de tweede transitie richt de RVS zich in haar advies op de solidariteit in ons zorgstelsel. Zij schrijft dat de manier waarop we zorg en ondersteuning financieren onvoldoende rekening houdt met de draagkracht van burgers en pleit daarom voor een transitie van individuele verantwoordelijkheid naar gedeelde verantwoordelijkheid. Daarvoor is volgens de RVS een sterkere weging van draagkracht van burgers in termen van inkomen nodig, maar ook in tijd voor bijvoorbeeld mantelzorg of vrijwilligerswerk.

Ik vind het belangrijk dat mensen een gelijkwaardigere toegang tot zorg krijgen, ongeacht je portemonnee, je leeftijd, of je gezondheid. Hoewel in het Nederlandse zorgstelsel gezonde mensen en/of mensen met een hoger inkomen meebetalen aan de kosten van mensen die ziek zijn en/of een lager inkomen hebben, staat de solidariteit van ons stelsel onder druk⁶. Recent onderzoek van CPB laat zien dat de Zvw een hoge mate van risicosolidariteit kent maar de inkomenssolidariteit is volgens het CPB lager.⁷ Een ongelijke toegang tot zorg, waarbij mensen zorg mijden uit angst voor de kosten, is ongewenst. In het bijzonder voor mensen in een kwetsbare situatie is het van belang dat zij bij gezondheidsklachten een lagere drempel ervaren om een tijdig beroep te doen op zorg. Om ervoor te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft voor mensen met een lager of middeninkomen, ontvangen zij daarom een zorgtoeslag die compenseert voor de gemiddelde nominale premie en het verwachte gemiddelde verplicht eigen risico. In reactie op het advies van de RVS merk ik op dat

⁵ Tweede Kamer, 2023–2024, 34 104 nr. 413

⁶ De uitgaven in de Zorgverzekeringswet worden bekostigd volgens de zogenaamde 50/50-verdeling. Dat betekent dat 50% wordt bekostigd via de inkomensafhankelijke bijdrage voor werkgevers, en de andere 50% via de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen. Daarnaast ontvangen huishoudens met een laag- of middelhoog inkomen zorgtoeslag. Met de zorgtoeslag worden deze verzekerden gecompenseerd voor de gemiddelde uitgaven aan premie en het eigen risico. Een stijging van de premie wordt voor de betreffende groep gecompenseerd via een verhoging van de zorgtoeslag. Daarnaast blijkt uit de monitor stapeling eigen bijdragen dat de stapeling van de gemiddelde eigen bijdragen in de Zvw, Wlz en Wmo 2015 de afgelopen jaren (2016–2021) flink is afgenomen. Zie voor een uitgebreidere toelichting van de monitor: Tweede Kamer 2023–2024, 29 689, nr. 1248

⁷ Inkomens- en risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet | CPB.nl. Zie voor een reactie op het rapport: Tweede Kamer 2023–2024, 29 689 nr. 1269

de zorgtoeslag werkt voor het overgrote deel van de mensen die hem aanvragen. Op sommige aspecten, zoals het terugdringen van het niet-gebruik en het voorkomen van nabetalingen en terugbetalingen is er verbetering mogelijk. Hier wordt aan gewerkt door het Ministerie van VWS in samenwerking met de Dienst Toeslagen. Daarnaast heeft het kabinet besloten om het verplicht eigen risico fors te verlagen naar 165 euro vanaf 2027 om zo de toegang tot zorg gelijkwaardiger te maken. Ook gaat vanaf 2027 voor medisch specialistische zorg een maximum van 50 euro per behandelprestatie gelden. Voorafgaand aan deze verlaging en tranchering wordt in 2025 en 2026 het verplicht eigen risico bevroren op 385 euro. Deze wijzigingen zorgen ervoor dat de nominale premie stijgt⁸. Hierdoor stijgt de zorgtoeslag automatisch. Daarnaast investeert het kabinet in lastenverlichting om de effecten van de stijgende nominale premie te compenseren. De Staatssecretaris SLMZ werkt daarnaast verder aan het wetsvoorstel vervanging abonnementstarief Wmo 2015. Deze wijziging is nodig om ondersteuning vanuit de Wmo 2015 beschikbaar te houden juist voor degenen die er het meest afhankelijk van zijn, zeker in het licht van de vergrijzing en de krapte op de arbeidsmarkt. In lijn met het advies van de RVS wordt daarmee het abonnementstarief vervangen door een inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage. Recent heeft de Staatssecretaris SLMZ uw Kamer daarover uitgebreid geïnformeerd in de Hooflijnenbrief Wet maatschappelijke ondersteuning⁹.

Dit kabinet zet daarnaast breder in op het verbeteren van bestaanszekerheid van kwetsbare groepen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Of iemand aanspraak maakt op zorg en ondersteuning hangt namelijk ook voor een belangrijk deel samen met de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken¹⁰. Het kabinet zorgt voor structurele lastenverlichting met een nieuwe eerste belastingschijf met een lager tarief. Daarnaast wordt de vereenvoudigde huurtoeslag en het kindgebonden budget verhoogd en zijn er middelen vrijgemaakt voor groepen in de knel. Hierdoor gaan zowel lage en middeninkomens er netto op vooruit. Op 13 december jl. hebben de Staatssecretaris SJPS, de Minister en Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) een brief aan uw Kamer verzonden met daarin de eerste contouren van een beleidsagenda «Gezondheid in alle beleidsdomeinen». In deze brief wordt meer uitgebreid toegelicht welke maatregelen dit kabinet treft om de gezondheid te bevorderen en specifiek sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen¹¹. Belangrijke beleidsthema's daarbij zijn onder andere het bevorderen van bestaanszekerheid en werk, en de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. Daarnaast is de staatssecretaris LMZ in op het versterken van de sociale basis, door het stimuleren van bijvoorbeeld bewonersinitiatieven of laagdrempelige (professionele) ondersteuning in de wijk. Een sterke sociale basis draagt eraan bij dat (hulp)vragen zoveel mogelijk in het «gewone» leven worden opgelost en werkt daarmee ook preventief. In de Hooflijnenbrief Wet maatschappelijke ondersteuning gaat zij hier meer uitgebreid op in¹².

Het solidariteitsvraagstuk gaat volgens de RVS niet alleen over de kosten voor individuele burgers, maar ook over de juiste inzet van zorgverleners. Voor een transitie van individuele verantwoordelijkheid naar gedeelde

⁸ In de aanvullende afspraken volgend op het Integraal Zorgakkoord zal nader worden uitgewerkt welke maatregelen worden genomen vanwege de verwachte stijging van de zorgvraag als gevolg van de verlaging van het eigen risico.

⁹ Tweede Kamer, 2023–2024, 29 538, nr. 365

¹⁰ Zie ook advies van de Sociaal Economisch Raad (2023): Gezond opgroeien, wonen en werken.

¹¹ Tweede Kamer, 2023–2024, 32 793, nr. 794

¹² Tweede Kamer, 2023–2024, 29 538, nr. 365

verantwoordelijkheid is volgens de RVS nodig dat informele zorgverleners in het zorgproces kunnen deelnemen volgens een gelijkwaardige samenwerking met professionals, en dat zij hierin worden ondersteund, onder andere via een financiële vergoeding. Ik deel het beeld van de RVS dat informele zorgverleners een onmiskenbare rol vervullen en het van belang is hen beter te faciliteren. De Staatssecretaris LMZ verkent daarom de mogelijkheden van een communicatieaanpak om zorgverleners beter te informeren over de mogelijkheden die nu al bestaan om de positie van mantelzorgers en vrijwilligers te versterken. Zowel vanuit het programma Wonen en Zorg voor ouderen (WOZO) als de Mantelzorgagenda 2023–2026 volgt uitwerking van deze communicatie. Dit betekent ook het beter toerusten van professionals in het zorg en welzijnsdomein, zodat professionals en informele zorgverleners elkaar goed aanvullen en meer kunnen betekenen voor de patiënt. Denk aan de bestaande mogelijkheden voor ondersteuning en opleiding. De belastbaarheid van de mantelzorg wordt daarbij niet uit het oog verloren. Daarnaast werkt de Sociaal Economische Raad (SER) aan een advies over de combinatie van Werk en Mantelzorg¹³. Hiermee wordt onderzocht hoe mantelzorgers gefaciliteerd kunnen worden om de mantelzorg goed te kunnen combineren met een baan en andere sociale verplichtingen. Ook is aandacht voor de verdeling van zorgtaken tussen mannen en vrouwen. In hoofdlijnenbrief van 20 december jl. gaat de Staatssecretaris LMZ meer uitgebreid in op haar aanpak om vrijwillige inzet en de positie van mantelzorgers te versterken¹⁴. Zoals ook aangegeven in die brief is dit kabinet niet voornemens in te zetten op aanvullende financiële regelingen anders dan de geldende wettelijke verplichting voor gemeenten om mantelzorgers jaarlijks een blijk van waardering te geven. Het is aan gemeenten zelf om hier een passende invulling aan te geven al dan niet in de vorm van een financiële waardering.

Transitie 3: van gefixeerd en gesloten naar open en lerend

Tot slot beschrijft de RVS hoe het Nederlandse zorgstelsel onvoldoende is toegerust op het maken van afwegingen tussen de soms botsende publieke waarden van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Om te komen tot een betere afweging van publieke waarden is volgens de RVS een transitie nodig van een gefixeerd en gesloten systeem naar een open en lerend systeem. Daarin is allereerst sterkere overheidsregie nodig daar waar botsende publieke waarden raken aan landelijke wet- en regelgeving. Daarnaast is meer ruimte nodig voor de praktijk om te bepalen hoe zorggeld besteed zou moeten worden. De stem van de burger moet daarin sterker worden meegenomen.

Een sterkere overheidsregie bij een afweging tussen publieke waarden, betekent voor dit kabinet vooral een stevigere inzet op gelijkwaardigere toegang tot zorg dichtbij huis en het afwenden van onbeheersbare arbeidsmarkttekorten. Daarvoor zijn allereerst duidelijkere afspraken en samenwerking tussen partijen nodig en meer sturing vanuit de overheid waar dat nodig en mogelijk is. Daarnaast onderzoek ik of en welke aanpassing van de wettelijke *kwaliteitstaken* van het Zorginstituut nodig is om te komen tot een meer open en lerend systeem. Ik heb daarbij ook nadrukkelijk aandacht voor de administratieve lasten en de uitvoerbaarheid van eventueel extra inhoudelijke toetsen door het Zorginstituut. Een model waarbij de administratieve lasten voor het veld afnemen heeft mijn uitdrukkelijke voorkeur. Ik kijk ook naar de taak van *pakketbeheer* van

¹³ Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het Ministerie van Financiën.–

¹⁴ Tweede Kamer, 2023–2024, 29 538, nr. 365

het Zorginstituut en de rollen van zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, zorgaanbieders, zorgverleners en patiënten en burgers daarbij. Het is van belang dat bewezen effectieve zorg voor iedereen beschikbaar is vanuit het basispakket. Zorg die niet effectief is hoort niet in het pakket thuis en moet dan ook uit het pakket stromen. Daarom zet ik in op het traject Verbeteren en Verbreden Toets Basispakket (VVTB) waarbij een verbeterde toets die consistent en breed wordt toegepast, voor alle vormen van zorg, het uitgangspunt is. Het doel is dat iedereen de nodige zorg blijft krijgen. Het kabinet zal waar nodig wet- en regelgeving aanpassen zodat het Zorginstituut en zorgpartijen scherpere keuzes kunnen maken. Daarnaast zet de Staatssecretaris LMZ in op een goed functionerende kennisinfrastructuur voor de langdurige zorg waarin kennispartijen, beroepsorganisaties en onderwijs samenwerken en sprake is van interactie tussen onderzoek, beleid en praktijk om kennis over wat goede en effectieve zorg is te ontwikkelen, verrijken en verspreiden. Dat helpt zorgverleners in de Wlz verpleeg-, ggz- en gehandicaptenzorg bij het ontwikkelen van de juiste kennis, competenties en ervaring om te herkennen wat een cliënt nodig heeft. Zorgverleners, cliënten en/of naasten kunnen op basis van kennis en voorkeuren dan samen besluiten over de invulling van de zorgbehoefte voor de patiënt.

Een transitie naar een open en lerend stelsel vereist volgens de RVS ook dat er meer ruimte komt voor de praktijk om met elkaar te bepalen hoe zorggeld besteed zou moeten worden, waarbij rechtmatigheid niet langer het enige criterium is. Ik herken het beeld dat partijen belemmeringen ervaren bij de financiering en bekostiging van zorg en ondersteuning om domeinoverstijgende samenwerking te realiseren. Daarbij merk ik graag op dat de financiering en bekostiging slechts één van de bouwstenen is van domeinoverstijgende samenwerking. Ook aandacht voor deze andere bouwstenen, zoals organisatie- en governance vraagstukken, blijft van belang. Daarnaast zie ik voor de overheid vooral een rol in het creëren van de juiste randvoorwaarden en het goed informeren van partijen over de diverse mogelijkheden die er zijn om domeinoverstijgende samenwerking te bekostigen en financieren. Zo is in mei van dit jaar de experimentele betaaltitel «Patiëntgroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg» geïntroduceerd. Deze betaaltitel stelt zorgverzekeraars in staat om – samen met gemeenten – afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden te bekostigen¹⁵.

De RVS eindigt haar advies met een oproep aan alle betrokken partijen om de dialoog aan te gaan over de gezamenlijke bijdrage aan een duurzaam en adaptief zorgstelsel. Ik ben het met de RVS eens dat die dialoog noodzakelijk is. Daarbij wil ik benadrukken hoe belangrijk het is dat gesprek samen met patiënten en zorgverleners te voeren. Ik vind het belangrijk dat patiënten en burgers invloed kunnen uitoefenen op de zorg, bijvoorbeeld in cliëntenraden over hun eigen zorg of in zorgakkoorden die we sluiten. Landelijk, regionaal, via bijvoorbeeld participatiehubs, en in de spreekkamer. Patiënten en burgers zouden betrokken moeten worden in alle fases van beleidsvorming. Bij de bespreking van het probleem, bij het zoeken naar een oplossing en bij de uitvoering van de oplossing. We besluiten niet óver patiënten, maar mét patiënten.

Tot slot

Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid, samen met de Staatssecretaris LMZ en Staatssecretaris JPS, ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland gelijkwaardigere toegang tot zorg heeft. Uiteindelijk gaat het erom dat de

¹⁵ Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

patiënt op tijd goede zorg krijgt. Dat kan alleen door de handen ineen te slaan: burgers, ondersteuners, zorgverleners en -aanbieders, zorginkopers en overheidspartijen. De komende periode gaan we verder aan de slag met de hierboven beschreven oplossingen, onder andere via de aanvullende IZA-afspraken en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Zo blijft de zorg en ondersteuning ook in de toekomst van onschatbare waarde.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema