

Vergaderjaar 2022–2023

**22 112**

## **Nieuwe Commissievoorstellen en initiatieven van de lidstaten van de Europese Unie**

**Nr. 3527**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN BUITENLANDSE ZAKEN**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 oktober 2022

Overeenkomstig de bestaande afspraken ontvangt u hierbij 4 fiches die werden opgesteld door de werkgroep Beoordeling Nieuwe Commissie voorstellen (BNC) en een Kamerbrief inzake BNC-fiche Verordening Natuurherstel van de Minister voor Natuur en Stikstof.

Fiche: Raadsaanbeveling herziening Barcelona-doelstellingen (Kamerstuk 22 112, nr. 3526)

Fiche: Raadsaanbeveling toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg

Kamerbrief inzake BNC-fiche Verordening Natuurherstel van de Minister voor Natuur en Stikstof (Kamerstuk 22 112, nr. 3530)

Fiche: Verordening betreffende natuurherstel (Kamerstuk 22 112, nr. 3528)

Fiche: Aanbeveling onderhandelingsmandaat voor de Europese Commissie over het AI-verdrag van de Raad van Europa (Kamerstuk 22 112, nr. 3529)

De Minister van Buitenlandse Zaken,  
W.B. Hoekstra

## **Fiche: Raadsaanbeveling toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg**

### **1. Algemene gegevens**

- a) *Titel voorstel:*  
Aanbeveling van de Raad over toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg
- b) *Datum ontvangst Commissiedocument:*  
7 september 2022
- c) *Nr. Commissiedocument*  
COM(2022) 441 final
- d) *EUR-Lex*  
EUR-Lex – 52022DC0441 – NL – EUR-Lex (europa.eu)
- e) *Nr. impact assessment Commissie en Opinie:*  
COM(2022) 441 final
- f) *Behandelingstraject Raad*  
Raad Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (EPSCO), december 2022
- g) *Eerstverantwoordelijk ministerie:*  
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

### **2. Essentie voorstel**

Als onderdeel van de *European Care Strategy*<sup>1</sup> heeft de Europese Commissie (Commissie) een Raadsaanbeveling uitgebracht over toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg<sup>2</sup>. Doel van deze Raadsaanbeveling is om lidstaten te stimuleren tot verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de langdurige zorg, in elke situatie, voor eenieder die dit nodig heeft. Dit betekent passende zorg, die tijdig geleverd wordt en betaalbaar is, zodat mensen, met en zonder handicap, die zorg nodig hebben een redelijke levensstandaard behouden en niet in armoede vervallen als gevolg van hun zorgbehoefte. Reden hiervoor ziet de Commissie in de constatering dat in de lidstaten financiële redenen en het gebrek aan adequate sociale bescherming aanzienlijke obstakels vormen voor toegang tot langdurige zorg. In verband met de toenemende vergrijzing zou het aanbod van langdurige zorg vergroot moeten worden. De Commissie is van mening dat de kwaliteitsnormen voor langdurige zorg en de bijbehorende mechanismen voor kwaliteitsborging vaak zwak zijn. Daarom stelt de Commissie voor aan de lidstaten om ervoor te zorgen dat de zorg voldoet aan hoge kwaliteitseisen. Om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren, worden kwaliteitsbeginselen voorgesteld, waarbij onder andere aandacht is voor preventie, persoonsgerichte zorg, soepele overgang tussen verschillende stelsels en financiering, transparante informatievoorziening en voldoende geschoold personeel. Ook dient deze kwalitatief hoge zorg ook op regionaal niveau beschikbaar te zijn en waar nodig met passende technologie te worden ingezet.

Gezien de tekorten aan werknemers en de vaak slechte arbeidsomstandigheden en lage lonen, stelt de Commissie voor aan de lidstaten aan zich in te zetten op de verbetering van de positie van zorgverleners door aantrekkelijke lonen te bieden, te zorgen voor initiële en permanente educatie en opleiding en een aantrekkelijke beroepsstatus en loopbaanperspectieven te bieden en het bevorderen van de sociale dialoog in hun land. Ook mantelzorgers moeten voldoende ondersteuning krijgen bij hun werk als zorgverlener.

<sup>1</sup> Zie separaat Mededeling Europese Zorgstrategie COM (2022) 441 en BNC-fiche Raadsaanbeveling herziening Barcelona-doelstellingen (Kamerstuk 22 112, nr. 3526.

<sup>2</sup> COM (2022) 441.

De Commissie ziet dat in veel lidstaten de langdurige zorg vaak versnipperd is. Om dit tegen te gaan, stelt de Commissie voor dat de lidstaten ten behoeve van de uitvoering van de aanbevelingen een nationaal coördinator aanstellen en de inzet op deze maatregelen monitoren en rapporteren. Tenslotte worden lidstaten aangemoedigd om binnen een jaar na vaststelling van de aanbevelingen een nationaal actieplan bij de Commissie in te dienen met maatregelen ter uitvoering van de aanbevelingen en vervolgens voortgangsverslagen in te dienen.

### **3. Nederlandse positie ten aanzien van het voorstel**

#### *a) Essentie Nederlands beleid op dit terrein*

De langdurige zorg in Nederland is van hoog niveau, maar behoort ook tot één van de duurste langdurige zorgstelsels ter wereld.

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn in Nederland de eerste stappen gezet in de decentralisatie van grote delen van de langdurige zorg en daarmee is ook toegewerkt naar financiële houdbaarheid en het bieden van mensgerichte zorg. De daarop volgende hervorming van de langdurige zorg heeft tot een verdere herschikking in de wetgeving geleid. Daarmee is de langdurige zorg (zoals in de aanbeveling gedefinieerd) in Nederland terug te vinden in de Wet langdurige zorg (Wlz), Wmo, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Integrale Zorgakkoord (IZA)<sup>3</sup> zet zich in om de (Zvw-)zorg toekomstbestendig te maken. Zo zijn er bijvoorbeeld afspraken gemaakt om de positie van de wijkverpleging te versterken, bijvoorbeeld door verhoging van het beschikbaar budget om wijkverpleging te leveren.

Daarnaast heeft het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt zorg en welzijn»(TAZ)<sup>4</sup> de ambitie om een transitie in gang te zetten naar passende en arbeidsbesparende zorg zodat ook in de toekomst niet meer dan 1 op 6 werkenden in zorg en welzijn werkzaam is, bijvoorbeeld door het inzetten van innovatieve werkvormen en technieken. Bovendien zet het huidige kabinet zich ervoor in om de langdurige zorg kosteneffectief, waar mogelijk, en met behoud van kwaliteit te organiseren.

Tussen de drie sectoren van de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg) zijn veel verschillen als het gaat om de aard van de zorg en het kwaliteitsbeleid. De sectoren kennen dan ook verschillende beleidsontwikkelingen als het gaat om de toekomstbestendig maken van de langdurige zorg.

De komende jaren wil Nederland bereiken dat ondersteuning en zorg zich aanpassen op de voorkeur van cliënten om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden. Hierdoor kunnen zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Zo wordt in het programma Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO)<sup>5</sup> veel aandacht besteed aan intensivering van zorg thuis door de versterking van de basiszorg, digitalisering en stimulering van nieuwe woon-zorg-concepten om de ouderenzorg ook in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Voor ouderen met de meest complexe zorgvragen blijft waar nodig een plek in een verpleeghuis beschikbaar waar integrale zorg en ondersteuning geleverd wordt en het zorgaanbod samenhangt met de fysieke locatie.

De langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is pas recent onderdeel van het Wlz-kader en is als sector nog volop in ontwikkeling.

<sup>3</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 655.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 485.

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 389, nr. 111.

Ouderen willen vaker langer thuis blijven wonen. Dit ondersteunt het kabinet onder andere door het programma WOZO. Dit doet ook een groter beroep op mantelzorgers. Samen «omzien naar elkaar» en ondersteunen van de mantelzorger doen we met elkaar, Rijk en gemeenten, maar ook van het individu en diens omgeving, zoals de werkgever, het bedrijfsleven, woningcorporaties, de mantelzorger en cliënt zelf en de zorgprofessionals. Gemeenten zijn op grond van de Wmo aan zet om waardering en voldoende vraaggerichte en passende zorg en ondersteuning voor de mantelzorger beschikbaar te stellen (w.o. respijtzorg). MantelzorgNL biedt daarnaast op landelijk niveau een hulplijn, advies, informatie en kennis. Er zijn verlofregelingen voor mantelzorgers en via Stichting Werk & Mantelzorg worden werkgevers ondersteund een mantelzorgvriendelijke organisatie te worden waar de combinatie werk en mantelzorg goed vol te houden is. Het is binnen de wettelijke kaders mogelijk een persoonsgebonden budget (pgb) aan te vragen als de mantelzorger de (geïndiceerde) formele zorg vervangt.

Het meten van kwaliteit in de langdurige zorg is een complexe opdracht, omdat kwaliteit van de langdurige zorg per definitie lastig te meten is. Nederland heeft hierin al wel stappen gemaakt door verschillende indicatoren op te nemen in het kwaliteitskader voor verpleeghuiszorg. Deze data zijn publiekelijk toegankelijk en worden jaarlijks gepubliceerd.

#### *b) Beoordeling + inzet ten aanzien van dit voorstel*

Het kabinet erkent het belang van toegankelijke en kwalitatief goede langdurige zorg voor alle EU-burgers, ongeacht leeftijd en beperkingen. Door de vergrijzing neemt de zorgvraag toe en tegelijkertijd ook het aantal medewerkers dat zorg kan leveren af. Over het algemeen zijn de aanbevelingen van de Raad in lijn met het Nederlandse beleid over de langdurige zorg, zowel bij de zorg thuis als in een instelling.

De Commissie stelt voor het aanbod aan langdurige zorg uit te breiden. Het kabinet spreekt liever van het in balans brengen en houden van vraag en aanbod met effectieve organisatie van de zorg en het benutten van (arbeidsbesparende) technologie, waarbij het aanbod ook betrekking heeft op algemeen toegankelijke voorzieningen en bijvoorbeeld alternatief aanbod in de thuisomgeving dat aansluit bij de behoefte en wensen van cliënten.

Ook wordt voorgesteld dat lidstaten tot één kwaliteitskader voor de langdurige zorg komen. Het kabinet onderschrijft de meerwaarde om kwaliteitsmetingen in de langdurige zorg continue te blijven verbeteren. Een dergelijk alomvattend kader is echter in het Nederlandse zorgstelsel niet haalbaar door de grote sectorale diversiteit en verschillende financiële verantwoordelijkheden. Het kabinet ondersteunt wel het streven naar een soepele overgang tussen de verschillende sectoren en financieringen.

Deze uitkomsten van de kwaliteitsmetingen zijn noodzakelijk om de langdurige zorg zo kosteneffectief mogelijk te organiseren. Dit neemt niet weg dat het meten van kwaliteit van langdurige zorg een complexe opgave is waarbij veel aandacht uit zou moeten gaan naar het definiëren van de juiste indicatoren zonder daarmee de administratieve werkdruk van zorgaanbieders en andere partners te verhogen.

De aanbeveling om professionele normen te versterken sluit aan bij het programma TAZ en bij het IZA. Zeggenschap en professionele autonomie zijn daarin belangrijke pijlers. Voor het stimuleren van zeggenschap is onlangs een subsidieregeling opengesteld. Daarnaast is binnen het IZA afgesproken om het werkplezier en behoud van zorgverleners te

vergroten doordat zorgaanbieders in doorlopende dialoog met hun medewerkers expliciet aandacht geven aan scholing- en loopbaanmogelijkheden, hersteltijd, de werk-privébalans en betrokkenheid bij strategie, beleid en uitvoering.

Ten aanzien van de aanbeveling om concurrerende salarisontwikkeling binnen de (langdurige) zorg mogelijk te maken, stelt het kabinet jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) beschikbaar. De hoogte van deze bijdrage is gekoppeld aan de ontwikkeling van arbeidsvoorwaarden in de marktsector (contractloon, incidentele loonontwikkeling en ontwikkeling sociale lasten). De ova wordt gebruikt om de budgetten en gereguleerde tarieven in onder meer de langdurige zorg (Wlz) te verhogen. Het is vervolgens aan de sociale partners in de (langdurige) zorg om met deze extra ruimte goede afspraken te maken over arbeidsvoorwaarden (sluiten van cao's).

Het kabinet is geen voorstander van het faciliteren van regulier werk voor zwartwerkers in de langdurige zorg. Het kabinet hecht belang aan het feit dat als een derdelander de Nederlandse arbeidsmarkt betreedt deze zowel in het bezit is van een geldende verblijfsvergunning als werkvergunning. Dit heeft te maken met het belang van Nederland om een restrictief toelatingsbeleid te voeren en illegaal verblijf te ontmoedigen.

Wat betreft arbeidsmigratie biedt de Wet arbeid vreemdelingen nu al ruimte om, als er geen aanbod is, een tewerkstellingsvergunning te verlenen voor zorgpersoneel van buiten de EU. Het inzetten van buitenlands zorgpersoneel kan zorgorganisaties in bepaalde situaties derhalve ontlasten, als wordt voldaan aan de voorwaarden van de relevante wet- en regelgeving (zoals de Wet arbeid vreemdelingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Naast het huidige kader ziet het kabinet arbeidsmigratie van buiten de Europese Economische Ruimte (met uitzondering van kennismigratie) als sluitstuk van de aanpak van krapte op de arbeidsmarkt. Zo is er in Nederland nog onbenut arbeidsmarkt-potentieel van mensen met een zorgachtergrond of affiniteit met zorg die in de Nederlandse gezondheidszorg kunnen worden ingezet, ook wordt er gekeken naar deeltijdwerkers om waar mogelijk hun uren uit te breiden. Het kabinet vindt het tevens belangrijk dat er aandacht is voor de ethische bezwaren voor het werven van zorgpersoneel in het buitenland. In Wereldgezondheidsorganisatie-verband is de afspraak gemaakt dat er geen zorgpersoneel uit landen wordt geworven als dit leidt tot een personeelstekort in het land van herkomst (brain drain). Verder vindt het kabinet dat het aan de lidstaten is of er sectorspecifiek beleid gevoerd wordt betreffende arbeidsmigratie.

Het kabinet kan zich ten dele vinden in de aanbeveling om de mantelzorg te versterken, namelijk door waardering, passende zorg en goede ondersteuning beschikbaar te stellen. Ook het bevorderen van de combinatie van actief zijn op de arbeidsmarkt en het verrichten van mantelzorg past in het beleid. Dit is in mindere mate het geval voor de aanbeveling om financiële steun te verlenen. Wel is het mogelijk persoonsgebonden budget aan te vragen als de mantelzorg de (geïndiceerde) formele zorg vervangt.

Het kabinet ziet geen meerwaarde in een apart nationaal actieplan voor de gehele langdurige zorg. Relevante onderdelen van de aanbeveling kunnen een plaats krijgen in bestaande en toekomstige plannen en programma's voor langdurige zorg.

Ook is het kabinet geen voorstander van een nationale coördinator voor de langdurige zorg. Het is aan de individuele lidstaten om te komen tot een geïntegreerd beleid op langdurige zorg dat past bij het nationale zorg- en ondersteuningssysteem. Binnen dit beleid kunnen de lidstaten besluiten over de verantwoordelijkheidsverdeling. In het belang van bereikbaarheid en ervaringsuitwisseling tussen de lidstaten en met de Commissie kan het aanwijzen van een centraal aanspreekpunt een toegevoegde waarde hebben.

Het kabinet ondersteunt het initiatief om internationale samenwerking te zoeken in het delen van kennis en ervaringen tussen lidstaten. Bijvoorbeeld, bij het aanstaande Horizon Europe partnerschap Transforming Health & Care Systems (waar ook Nederland aan deelneemt) worden kennis en ervaring gedeeld tussen lidstaten. Daarnaast beoogt het partnerschap om op basis van deze kennis en ervaringen deelnemende landen te ondersteunen bij het ontwikkelen van nationale en regionale, hoogwaardige, eerlijk toegankelijke, betaalbare en duurzame gezondheidszorgsystemen, waaronder langdurige zorg. De deelnemende landen borduren daarbij voort op de kennis en ervaringen opgedaan in EU-samenwerkingsverbanden als Active and Assisted Living, More Years Better Lives en Active and Healthy Ageing.

Daarnaast neemt Nederland deel aan verschillende internationale organisaties en commissies om de kwaliteit van (langdurige) zorg op internationaal niveau inzichtelijk te krijgen en door te ontwikkelen. Bijvoorbeeld, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) publiceert indicatoren over kwaliteit van zorg voor ouderen en verkent hoe nieuwe kwaliteitsindicatoren over de kwaliteit van verpleeghuiszorg op internationaal niveau kunnen worden gedefinieerd en gebruikt.

#### *c) Eerste inschatting van krachtenveld*

Een deel van de lidstaten verwelkomt het voorstel van de Commissie, waarbij een deel van hen wel aandacht vraagt voor het respecteren van goedwerkende zorgstelsels en erkenning van diversiteit binnen de EU. Lidstaten nemen verschillende posities in met betrekking tot de invulling van reeds genoemde kwaliteitscriteria.

Verschillende lidstaten hebben opmerkingen bij de aanbeveling om het aanbod van langdurige zorg te vergroten. De Commissie is positief over het voorstel om in plaats van te spreken van vergroting van het aanbod te wijzen op het belang van het hebben en houden van een balans tussen vraag en aanbod.

Enkele lidstaten wensen op verschillende onderdelen van de tekst de sociale bescherming van zorgmedewerkers te benadrukken. Op het punt van migratie van zorgpersoneel binnen de EU plaatsen enkele lidstaten een studievoorbehoud.

Verschillende lidstaten zijn kritisch op de voorgestelde nationale coördinator en diens taken. Inzake het nationale actieplan verschillen de meningen. Sommige lidstaten vinden de termijn van 12 maanden om een plan op te stellen te kort, andere lidstaten zien geen meerwaarde in een actieplan.

De Raadsaanbeveling maakt onderdeel uit van de European Care Strategy. Het Europees Parlement (EP) heeft in een resolutie van 5 juli 2022<sup>6</sup> opgeroepen tot een inclusieve en ambitieuze strategie, met daarin aandacht voor gelijke toegang tot hoogwaardige zorgdiensten, voor hoogwaardige langdurige zorg voor en lang leven van goede kwaliteit,

<sup>6</sup> 2021/2253(INI).

voor mantelzorg, voor fatsoenlijke arbeidsomstandigheden voor alle werknemers in de zorgsector en voor erkenning en waardering van de rol van zorg in de Europese samenlevingen en economieën.

Daarnaast vinden de Europese Volkspartij (EVP) en Renew Europe in algemene zin dat er meer investeringen in langdurige zorg door lidstaten nodig zijn en dat er bindende instrumenten nodig zijn.

#### **4. Grondhouding ten aanzien van bevoegdheid, subsidiariteit, proportionaliteit, financiële gevolgen en gevolgen voor regeldruk, concurrentiekracht en geopolitieke aspecten**

##### *a) Bevoegdheid*

Het oordeel van het kabinet is positief. Het voorstel is gebaseerd op artikel 292 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) in samenhang met artikel 153, lid 1, sub k, VWEU. Op grond van artikel 292 VWEU kan de Raad aanbevelingen aannemen op voorstel van de Commissie op gebieden waarvoor de EU bevoegd is. Op grond van artikel 153, lid 1, sub k, VWEU is de EU bevoegd ter verwezenlijking van de doelstellingen van artikel 151 het optreden van de lidstaten te ondersteunen en aan te vullen op het gebied van de modernisering van de stelsels voor sociale bescherming. Op het terrein van sociaal beleid is sprake van een gedeelde bevoegdheid tussen de EU en de lidstaten, voor de in het Verdrag genoemde aspecten (artikel 4 lid 2 onder b VWEU).

##### *b) Subsidiariteit*

De grondhouding van het kabinet is positief. De aanbeveling heeft tot doel de lidstaten te ondersteunen bij het realiseren van toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg. Verbetering van de nationale stelsels voor langdurige zorg in de hele EU zal ertoe bijdragen dat iedereen, ongeacht waar deze persoon in de EU woont, toegang heeft tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg. Optreden op EU-niveau zal ook bijdragen aan opwaartse convergentie voor robuuste stelsels voor sociale bescherming en voor formele langdurige zorg die toegankelijk, betaalbaar en hoogwaardig is. Om die redenen is optreden op het niveau van de EU gerechtvaardigd.

##### *c) Proportionaliteit*

De grondhouding van het kabinet is positief. De aanbeveling heeft tot doel de toegang tot betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg te verbeteren. Het voorgestelde optreden is geschikt om deze doelstelling te bereiken, omdat het de lidstaten handvatten geeft om te komen tot betaalbare langdurige zorg, met aandacht voor kwaliteit en mogelijkheden om de kwaliteit te bepalen. Bovendien gaat het voorgestelde optreden niet verder dan noodzakelijk, omdat uitvoering van de aanbeveling niet verplicht is, geen inbreuk maakt op de praktijken van de lidstaten en de diversiteit van de nationale stelsels en de lidstaten zelf bepalen hoe ze van de aanbeveling gebruik maken.

##### *d) Financiële gevolgen*

De voorstellen hebben geen gevolgen voor de begroting van de EU. Indien en voor zover in Nederland de aanbevelingen zouden worden uitgevoerd, geschiedt dit binnen de financiële kaders voor verbetering van de langdurige zorg. Het verder ontwikkelen van bestaande indicatoren en eventueel nieuwe indicatoren kan echter extra uitvoeringskosten met zich meebrengen. Eventuele budgettaire gevolgen worden ingepast op de

begroting van het beleidsverantwoordelijk departement, conform de regels van de budgetdiscipline.

*e) Gevolgen voor regeldruk, concurrentiekracht en geopolitieke aspecten*

Uit aanbevelingen blijkt niet dat het de bedoeling is om extra metingen op indicatoren en andere verantwoordingsmechanismen in te zetten. Nederland is in dit verband van oordeel dat het meten van kwaliteit van langdurige zorg niet moet leiden tot een verhoging van de administratieve werkdruk van zorgaanbieders en andere partners en is hier dan ook alert op wanneer dit wel aan de orde blijkt.

Het verlenen van langdurige zorg is vooral een nationale markt, met beperkte uitwisseling tussen de lidstaten. Op de markt buiten de EU liggen mogelijk kansen bij de ontwikkeling van technologie die de zorgverlening efficiënter maakt.

De aanbeveling heeft naar verwachting weinig effect op geopolitieke aspecten.