



Coalitie voor Inclusie  
Vereniging Inclusie Nederland

2025 00035

De Tweede Kamer  
t.a.v. Bureau Woordvoering Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

Wintelre, 12 november 2025

**Betreft: Oproep aan de informateur en formerende partijen – Neem de implementatie van het VN-verdrag Handicap op in het Regeerakkoord!**

Geachte informateur, geachte vertegenwoordigers van de formerende partijen,

Allereerst willen wij u feliciteren met het vertrouwen dat u van de kiezer heeft gekregen en met de verantwoordelijkheid die u draagt bij de totstandkoming van een nieuw kabinet. De komende kabinetsperiode biedt een unieke kans om koers te zetten naar een samenleving waarin iedereen, met of zonder beperking, volwaardig kan meedoen.

Met deze brief vragen wij uw aandacht voor de **voortvarende en volledige implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap**. Om dit te realiseren is het nodig dat mensen met een beperking en de implementatie van het verdrag een plaats krijgen in het Regeerakkoord. De implementatie van het verdrag is 10 jaar na de ratificatie niet van de grond gekomen, terwijl volledige implementatie ten goede komt aan de gehele samenleving, doordat gelijkwaardige deelname aan de samenleving van mensen met een beperking de sociale samenhang versterkt.

### Waarom is dit nodig en verstandig?

Tien jaar na ratificatie van het VN-verdrag ervaren ruim 2 miljoen Nederlanders met een beperking nog dagelijks drempels op het gebied van wonen, zorg, onderwijs en werk. Een ontoegankelijke samenleving houdt institutionele discriminatie in stand en is in strijd met artikel 1 van onze Grondwet. Bovendien belemmert het gelijkwaardige deelname en bijdrage aan de samenleving.

Een inclusieve samenleving is niet alleen een kwestie van rechtvaardigheid, maar ook een kwestie van verstandig beleid:

- vermindert bureaucratie;



- verlaagt zorg- en uitkeringskosten;
- vergroot arbeidsparticipatie;
- en het versterkt zo de sociale samenhang;
- daarnaast komen veel maatregelen ook ten goede aan mensen die tijdelijk een beperking hebben en mensen die ouder worden en gebreken krijgen.

## Onze zorgen

De huidige **Werkagenda VN-verdrag Handicap 2040** is een eerste stap, maar raakt de kern van het verdrag niet, sluit onvoldoende aan bij de verplichtingen van het verdrag<sup>1</sup> en de aanbevelingen van het VN-Comité<sup>2</sup>. Belangrijke punten ontbreken, zoals:

- het afschaffen van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen (Verdragsartikel 28, lid 2c; Aanbeveling 62c);
- de verplichting tot inclusief onderwijs in plaats van parallelle stelsels (Verdragsartikel 24);
- het structureel in lijn brengen van (nieuwe) wetgeving met de doelstellingen van het VN-verdrag Handicap en toetsing op strijdigheid;
- en het daadwerkelijk zinvol betrekken van ervaringsdeskundigen in beleidsontwikkeling en uitvoering van beleid;
- het daadwerkelijk doorvoeren van de fundamentele wetswijzigingen conform de aanbevelingen van het VN-Comité.

## Onze aanbevelingen voor het Regeerakkoord

Wij vragen u om in het regeerakkoord op te nemen dat:

- er een **toereikend budget** beschikbaar komt voor de fundamentele wetswijzigingen, die noodzakelijk zijn om te zorgen dat het VN-verdrag Handicap in 2040 volledig geïmplementeerd is;
- er een **bewindspersoon** wordt aangesteld die bevoegd is om alle wet- en regelgeving integraal te toetsen op de intentie van het VN-verdrag Handicap, vanuit een mensenrechtenperspectief;
- beleid en wetgeving **extern getoetst** worden door onafhankelijke ervaringsdeskundigen en juristen met expertise in het VN-verdrag Handicap;
- er een **addendum op de Werkagenda** komt waarin per aanbeveling van het VN-Comité de stand van zaken, concrete stappen en monitoring worden vastgelegd;
- er uitvoering wordt gegeven aan de reeds aangenomen moties.

<sup>1</sup> [Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13-12-2006](#)

<sup>2</sup> [Aanbevelingen VN-comité om rechten van mensen met een beperking te verbeteren | College voor de Rechten van de Mens](#)



## Tijd om in actie te komen

De publicatie van de Werkagenda in juli 2025 markeert een cruciaal moment: het nieuwe kabinet staat voor de taak om aangenomen moties daadwerkelijk te vertalen naar inclusief beleid. Daarom delen wij met klem ons position paper, waarin we urgente knelpunten en concrete oplossingsrichtingen benoemen. Daarnaast vindt u een overzicht van relevante moties én een prioriteitenlijst samengesteld door ons brede netwerk van (ervarings-)deskundigen op het gebied van het VN-verdrag Handicap. Deze documenten zijn als bijlage toegevoegd en bieden een onmisbare leidraad voor het beleid dat nú vorm moet krijgen.

## Wij gaan graag in gesprek

Wij hopen dat u in de formatie de kans grijpt om de implementatie van het VN-verdrag Handicap stevig te verankeren in het nieuwe kabinetsbeleid. Daarmee zet u een beslissende stap richting een Nederland zonder institutionele discriminatie waarin iedereen gelijkwaardig kan deelnemen. Wij gaan graag met u in gesprek over hoe dit concreet vorm kan krijgen.

Met vriendelijke groet,

  
Voorzitter Vereniging Inclusie Nederland

   
Voorzitter Coalitie voor Inclusie

---

### Contactgegevens:




## “De Werkagenda als Keerpunt? Naar een Nederland zonder institutionele discriminatie”

Ingediend door: Coalitie voor Inclusie en Vereniging Inclusie Nederland

---

In principe wordt jaarlijks, in december, het debat over het VN-verdrag Handicap gevoerd over de voortgang van de implementatie van het VN-verdrag. Zo is afgesproken in een motie in 2018 bij de behandeling van het verdrag. Nu het kabinet de Werkagenda bij de nationale strategie VN-verdrag Handicap 2040 op 11 juli jl. naar de Tweede Kamer heeft verzonden, biedt het commissiedebat Gehandicaptenbeleid op 9 september voor ons als Coalitie voor Inclusie en de Vereniging Inclusie Nederland een extra mogelijkheid om onze mening te laten horen over het verloop van de implementatie van het VN-verdrag Handicap.

### Onze zorgen

Allereerst willen we het kabinet bedanken voor het toezenden van deze werkagenda. Ondanks ieders inspanningen zien we dat deze werkagenda volgens ons de wet- en regelgeving niet in lijn zal brengen met het VN-verdrag Handicap. Dat lichten we graag toe door middel van dit position paper, waarin we een oproep doen aan de Tweede Kamer om de Werkagenda verder aan te scherpen, waardoor de positieverbetering van mensen met een beperking in Nederland gerealiseerd wordt.

Onze zorgen zitten vooral in de volgende punten:

- **Punt 1: De Werkagenda is niet in lijn met de concluding observations van VN-Comité<sup>1</sup>**

De Werkagenda verwijst nauwelijks naar de concrete aanbevelingen van het VN-Comité. Er is geen systematisch overzicht opgenomen van welke aanbevelingen al dan niet worden opgevolgd. Het College voor de Rechten van de Mens, het toezichthoudende orgaan, zegt hierover dat het plan dat de voormalig staatssecretaris beloofde te sturen, ontbreekt in deze werkagenda<sup>2</sup>.

Daarnaast ontbreken onzes inziens o.a. de volgende inhoudelijke punten:

- Afschaffing van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen (VN-verdrag Handicap Artikel 28, lid 2c<sup>3</sup> en Concluding observations 62c<sup>4</sup>);
- Verplichting tot inclusief onderwijs in plaats van parallelle stelsels (Artikel 24<sup>5</sup>);

---

<sup>1</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/12/05/aanbevelingen-van-het-vn-comite-op-eerste-rapport-over-implementatie-van-vn-verdrag-handicap-in-nederland>

<sup>2</sup> <https://www.mensenrechten.nl/actueel/nieuws/2025/07/22/index>

<sup>3</sup> Art. 28 lid 2c [https://wetten.overheid.nl/BW/BV0004045/2016-07-14#Verdrag\\_2\\_Verdragtekst\\_Artikel28](https://wetten.overheid.nl/BW/BV0004045/2016-07-14#Verdrag_2_Verdragtekst_Artikel28)

<sup>4</sup> Concluding observations 62c:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/12/05/aanbevelingen-van-het-vn-comite-op-eerste-rapport-over-implementatie-van-vn-verdrag-handicap-in-nederland>

<sup>5</sup> Artikel 24: [https://wetten.overheid.nl/BW/BV0004045/2016-07-14#Verdrag\\_2\\_Verdragtekst\\_Artikel24](https://wetten.overheid.nl/BW/BV0004045/2016-07-14#Verdrag_2_Verdragtekst_Artikel24)



- Juridische toetsing van nieuwe wetgeving aan het VN-verdrag (motie Dobbe & Paulusma, 2024<sup>6</sup>).

Onze conclusie is dan ook dat ***de Werkagenda niet in lijn is gebracht met het juridische en beleidsmatige kader van het VN-verdrag en daarmee internationale verplichtingen miskent.***

- **Punt 2: Participatie van ervaringsdeskundigen in het werkproces wordt geclaimd in de Werkagenda maar de (positief kritische) input van de belangenorganisaties komt niet terug in deze versie. Voorkom dat in het vervolg en corrigeer het nu.**

Het kabinet verwijst naar sprintsessies met betrokken organisaties. Inhoudelijke input uit die sessies is echter niet of zeer beperkt teruggekoppeld, noch expliciet verwerkt in de doelen of maatregelen. Experts uit ons netwerk stellen: “De Werkagenda is zogenaamd in samenspraak opgesteld, maar de uiteindelijke versie bevat vrijwel niets van de fundamentele voorstellen die in de sessies zijn gedeeld.” Hieruit trekken wij de conclusie ***dat de participatie van belangenorganisaties geen wezenlijke invloed heeft gehad op de inhoud van de Werkagenda maar nu wel wordt gebruikt als legitimering.*** Deze handelwijze is niet alleen in strijd met Artikel 4, lid 3<sup>7</sup> van het VN-verdrag Handicap maar de ervaringsdeskundige input blijft onbenut. Daarom sluiten we ons aan bij de conclusie van het College voor de Rechten van de Mens dat in de Werkagenda het betrekken van ervaringsdeskundigen onvoldoende is uitgewerkt<sup>8</sup>. In het vervolg moet dit bij wets- en beleidswijzigingen goed geregeld zijn. Als voorbeeld verwijzen we naar de motie van het lid Paulusma c.s. over afspraken maken over een landelijk ondersteunings- en adviespunt voor ervaringsdeskundigen met het oog op het realiseren van toegankelijk (regionaal) openbaar vervoer (Kamerstuk 24170-345<sup>9</sup>). Daarnaast vragen we ook aandacht voor de betaling van ervaringsdeskundigen. Tevens pleiten we ervoor de input die niet benut is, maar de implementatie wel verder brengt, ook te bespreken bij de verdere behandeling van de Werkagenda.

- **Punt 3: Het VN-verdrag verplicht Nederland om**

- Een duidelijke route naar transformatie en een culturele omslag op te stellen
- De algemene beginselen en het integrale karakter van het verdrag vorm te geven en
- knelpunten in onder andere onderwijs, werk, armoede en toegang tot zorg op te lossen.

De staatssecretaris kiest ervoor om de Werkagenda te beperken tot doelen die “(financieel) haalbaar worden geacht binnen het bestaande beleid”. Daarom zien we in de Werkagenda nu alleen maatregelen die passen binnen de reeds bestaande beleidsruimte. Die zijn onvoldoende gebaseerd op de principes van het VN-verdrag Handicap om te komen tot geïntegreerd beleid. ***Er is dus een omslag***

<sup>6</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z20739&did=2024D48973>

<sup>7</sup> [https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14#Verdrag\\_2\\_Verdragtekst\\_Artikel4](https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14#Verdrag_2_Verdragtekst_Artikel4)

<sup>8</sup> <https://www.mensenrechten.nl/actueel/nieuws/2025/07/22/index>

<sup>9</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z20742&did=2024D48976>



---

*Een van de ervaringsdeskundigen in ons netwerk heeft na een traject van ruim drie jaar eindelijk een goed passende rolstoel. Hoewel dit erg lang geduurd heeft, is zij hier enorm blij mee:*

*Bij aanschaf van haar nieuwe rolstoel werd er eens niet vanuit kosten gedacht, maar vanuit welke ondersteuning haar lichaam nodig heeft. Hierdoor ervaart ze nu de voordelen van een goed passende rolstoel: zo heeft ze vrijwel geen pijn meer. Ook heeft ze veel minder hulp nodig van haar zorgverleners, én meer energie dan ze voorheen had. In plaats van dat haar energie wegvloede door de spanning van het steeds aannemen van een verkeerde zithouding in de hoop enige steun te vinden, heeft ze nu energie over om van haar leven te genieten.*

*Deze ervaringsdeskundige heeft weer energie over om voor haar kind te zorgen en aandacht te geven aan haar echtgenoot en vrienden. Ze denkt zelfs erover na om weer te gaan werken. Kortom, deze nieuwe rolstoel heeft haar levensgeluk vergroot en daarmee ook haar kansen op participatie aan de samenleving. Dat is de winst dat het denken vanuit geïntegreerd beleid kan opleveren voor de samenleving. Allemaal omdat er is gekozen om vanuit een ander perspectief te denken. Namelijk door de rolstoel te kiezen en aan te passen op basis van wat haar lichaam nodig heeft en in deze fase de kosten niet leidend te laten zijn.*

---

## Onze aanbevelingen aan de Tweede Kamer

 brengt ons tot de volgende aanbevelingen aan de Tweede Kamer:

- 1. Verzoek het kabinet om een aanvullend addendum bij de Werkagenda toe te voegen**  
met een heldere verwijzing naar:
  - o de input uit de sprintsessies die noodzakelijk is om het beleid in lijn te brengen met het verdrag
  - o elke aanbeveling van het VN-comité, zodat de beleidswijzigingen hierop geëvalueerd en gemonitord kunnen worden ;
  - o de stand van zaken qua opvoicing;
  - o concrete stappen per ministerie;
  - o en hoe de voortgang gemonitord gaat worden.
- 2. Vraag het kabinet de Werkagenda in het vervolg op te stellen met externe toetsing door onafhankelijke ervarings- en inhoudsdeskundigen en juristen met een specifieke deskundigheid op het VN-verdrag Handicap.**
- 3. Zorg (in de komende formatie) voor een bewindspersoon die de uitdrukkelijke bevoegdheid krijgt om alle wet- en regelgeving die in de ministerraad besproken wordt te toetsen aan het VN-verdrag Handicap. Kijk daarbij, conform het verdrag, vanuit het perspectief van mensenrechten, niet vanuit het zorgperspectief.**
- 4. Draag zorg voor structurele parlementaire toetsing van nieuwe wet- en regelgeving (inclusief beleid) aan het VN-verdrag, zoals reeds opgenomen in moties (o.a. Dobbe & Paulusma<sup>11</sup>).**

---

<sup>11</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z20739&did=2024D48973>



***nodig om het VN-verdrag in zijn geheel en voor 2040 te implementeren in alle wet- en regelgeving. De Werkagenda zet nu in op beleidsbehoud en niet op beleid in lijn brengen met het VN-verdrag***

## Onze conclusie

Samengevat is onze conclusie dat de (onbewuste) institutionele discriminatie van mensen met een beperking in stand gehouden wordt doordat de principes die ten grondslag liggen aan het VN-verdrag Handicap, niet in deze Werkagenda en het bijbehorende werkproces verankerd worden. Immers met het resultaat van deze maatregelen kunnen de mensen met een beperking nog steeds niet meedoen aan de samenleving, zoals ieder ander.

Nu deze Werkagenda onvoldoende tot geïntegreerd beleid komt, en de borging van de principes van het verdrag niet als vanzelfsprekend in (nieuwe) wet- en regelgeving worden opgenomen, is een andere benadering noodzakelijk.

Een mogelijke oplossing is het zorgen voor integrale (over de domeinen en ministeries heen) toetsing van nieuwe wet- en regelgeving met het bijbehorende beleid aan alle principes van het VN-verdrag Handicap. Dat kan gebeuren door expliciete opname van de Verdragsdoelen in het Beleidskompas<sup>10</sup> en door toetsing door onafhankelijke ervaringsdeskundigen en juristen met een specifieke deskundigheid op het VN-verdrag Handicap. Daarnaast zou ook de Raad van State in ieder advies moeten aangeven of het wetsvoorstel voldoet aan het VN-verdrag.

Tevens zou het ons inziens helpen als de verantwoordelijkheid voor de implementatie van het verdrag komt te liggen bij een bewindspersoon die expliciet de bevoegdheid krijgt om onafhankelijk en integraal te beoordelen of een wetsvoorstel in lijn is met alle principes van het VN-verdrag Handicap. Voor ons is het niet vanzelfsprekend dat deze bevoegdheid bij het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport komt te liggen.

Tenslotte willen we benadrukken dat de juiste inzet van ervarings- en inhoudsdeskundigen onmisbaar is, vanwege de noodzaak voor een volledige en tijdige implementatie van het VN-verdrag. Ervaringsdeskundigen hebben als geen ander inzicht en kennis de manieren waarop wet- regelgeving tegen elkaar in kan werken. Om te laten zien dat integraal beleid werkt, hebben we een ervaringsverhaal aan dit position paper toegevoegd.

---

<sup>10</sup> <https://www.kcbr.nl/beleid-en-regelgeving-ontwikkelen/beleidskompas>



## Bijlage aangenomen moties VN-verdrag Handicap

Kamerstuk#	Titel	link
<b>36600-VII-42</b>	Gewijzigde motie van het lid Ceder c.s. over de verschillen tussen en binnen gemeenten in de behandeling van personen met een beperking bestrijden met nationale normen en richtlijnen	<a href="https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z15667&amp;dId=2024D38047">https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z15667&amp;dId=2024D38047</a>
<b>24170-335</b>	Motie van het lid Westerveld c.s. over een inventarisatie per ministerie om in 2040 te voldoen aan de doelstellingen uit de nationale strategie	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48966">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48966</a>
<b>24170-336</b>	Motie van het lid Westerveld c.s. over een stappenplan met concrete en meetbare doelen voor de verbetering van bestaanszekerheid voor mensen met een beperking	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48967">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48967</a>
<b>24170-338</b>	Motie van het lid Rijkers-Oosterkamp c.s. over de uitvoering van het VN-verdrag Handicap kabinetsbreed meer urgentie geven en concrete stappen zetten richting naleving	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48969">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48969</a>
<b>24170-342</b>	Motie van de leden Dobbe en Paulusma over een uitvoeringstoets om te bezien of nieuwe wet- en regelgeving in lijn is met het VN-verdrag Handicap	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48969">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48969</a>



Kamerstuk#	Titel	link
<b>24170-343</b>	Motie van de leden Krul en Joseph over alle conclusies en aanbevelingen van het VN-comité in de werkagenda's opnemen met concrete en haalbare doelstellingen	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48974">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48974</a>
<b>24170-344</b>	Motie van het lid Paulusma c.s. over op nationaal niveau nauwe betrokkenheid en representatie van mensen met een beperking organiseren bij uitvoering van en besluitvorming rond het VN-verdrag	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48975">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48975</a>
<b>24170-345</b>	Motie van het lid Paulusma c.s. over afspraken maken over een landelijk ondersteunings- en adviespunt voor ervaringsdeskundigen met het oog op het realiseren van toegankelijk (regionaal)openbaar vervoer	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48976">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48976</a>
<b>24170-346</b>	Motie van het lid Joseph c.s. over binnen zes maanden expliciteren welke bepalingen uit het VN-verdrag Handicap nu rechtstreekse werking hebben	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48977">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48977</a>
<b>24170-347</b>	Motie van de leden Joseph en Krul over de artikelen 15 en 16 van het VN-verdrag Handicap met spoed opnemen in de nationale strategie en de werkagenda	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48978">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48978</a>



Kamerstuk#	Titel	Link
<b>24170-349</b>	Motie van het lid El Abassi over maatregelen nemen die de werkgelegenheid voor mensen met een arbeidsbeperking verbeteren, en discriminatie op de arbeidsmarkt tegengaan	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48980">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2024D48980</a>
<b>24170-365</b>	Motie van het lid Westerveld over afspraken maken om de toegankelijkheid van winkels te verbeteren	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38186">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38186</a>
<b>24170-369</b>	Motie van de leden Joseph en Krul over een monitoringssysteem voor de rechten, verplichtingen en aanbevelingen vanuit het VN-verdrag Handicap en het VN-comité	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38191">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38191</a>
<b>24170-372</b>	Motie van de leden Krul en Joseph over een concreet stappenplan voor het implementeren van de overige 64 aanbevelingen van het VN-comité	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38194">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D38194</a>
<b>28345-278</b>	Motie van het lid Westerveld over onderzoeken hoe de Inbreng van ervaringsdeskundigen op een zo gelijkwaardig mogelijke wijze gewaardeerd kan worden	<a href="https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D41194">https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D41194</a>



## Bijlage Prioriteitenlijst (gebaseerd op de Werkagenda VN-verdrag Handicap 2025-2030)

Thema	Prioriteiten
<b>Openbare ruimte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verplichte toegankelijkheidseisen in bestemmingsplannen en bouwbesluiten.</li> <li>• Structureel budget voor gemeenten voor Lokale Inclusie Agenda's, mét ervaringsdeskundigen.</li> <li>• Uniforme landelijke richtlijnen voor toegankelijke infrastructuur (verminder verschillen tussen gemeenten).</li> </ul>
<b>Digitale toegankelijkheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versnelde implementatie en handhaving van de Europese Toegankelijkheidsrichtlijn (2025).</li> <li>• Verplichte toegankelijke overheidscommunicatie (websites, apps, documenten).</li> <li>• Betrokkenheid ervaringsdeskundigen bij ontwikkeling digitale diensten.</li> </ul>
<b>Zorg en ondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén toegankelijk loket ('altijd de juiste deur') voor hulp en hulpmiddelen.</li> <li>• Versnelde invoering van ondersteunde besluitvorming.</li> <li>• Landelijke harmonisatie van regels en vergoedingen voor hulpmiddelen en zorg.</li> </ul>
<b>Werk en inkomen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen met een beperking moeten onder dezelfde arbeidsvoorwaarden werken als mensen zonder beperking.</li> <li>• Eenvoudige en eenduidige inkomensregelingen zodat werken loont.</li> <li>• Snellere toekenning van werkvoorzieningen en hulpmiddelen.</li> <li>• Structurele financiering van IPS-methodiek (Individuele Plaatsing &amp; Steun).</li> </ul>
<b>Cultuur en vrije tijd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegankelijkheid verplicht stellen bij subsidies en evenementenvergunningen.</li> <li>• Routekaart Toegankelijke Festivals als vaste norm in de cultuursector.</li> <li>• Eerlijke ticketverkoop: rolstoelplekken rechtstreeks reserveren, voorwaarden tegen hogere prijzen/beperkte toegang.</li> </ul>



Regeerakkoord 2025

# Wet integrale suicidepreventie: van papier naar praktijk

**113** zelfmoord  
preventie

202500037

**113** zelfmoord  
preventie

November 2025

Onderwerp: Breng de Wet integrale suicidepreventie van papier naar praktijk

Geachte Informateurs,

Voor alle mensen met depressieve en suicidale gedachten is het hoopgevend dat op 1 januari 2026 de Wet integrale suicidepreventie in werking treedt. Maar dan moeten we de wet wel van papier naar praktijk brengen. Want een wet verandert de wereld niet vanzelf.

Om mensen die hulp nodig hebben echt te helpen, moeten we de kracht mobiliseren van 18 miljoen burens, collega's, klasgenoten, familieleden en krachten in het sociaal domein.

Daarvoor is op lokaal, individueel en landelijk niveau nog veel nodig: u kunt dit mogelijk maken.

**Lokaal:** 113 heeft een wetenschappelijk onderbouwde aanpak voor effectief lokaal suicidepreventie beleid. Hier is bij gemeenten veel behoefte aan, de eerste gemeenten werken er al mee.

→ Neem structureel voldoende middelen op voor een effectieve aanpak (€ 20 miljoen extra).

**Individueel:** De hulplijn van 113 is 24/7 gratis bereikbaar. De hulpvraag groeit jaarlijks met zo'n 20% dat bedreigt de bereikbaarheid.

→ Neem structureel voldoende middelen op (€ 2 miljoen extra)

**Landelijk:** Gezondheid in alle domeinen is staand kabinetsbeleid. Dat omvat mentale gezondheid en suicidepreventie, zoals voor hoog risicogroepen.

→ Integreer suicidepreventiebeleid in andere beleidsterreinen

*Integrale suicidepreventie hoort in het regeerakkoord, bijvoorbeeld:*

Voldoende structurele middelen voor implementeren Wet integrale suicidepreventie via gemeenten en ministeries. En een blijvend bereikbare hulplijn, ook bij een groeiende hulpvraag.

Meer weten? Neem contact op met [redacted]

Met vriendelijk groet,

[redacted]  
ordpreventie

113 Zelfmoordpreventie  
AHTC, B toren 5<sup>e</sup> verdieping  
Paasheuvelweg 25  
1105 BP Amsterdam

+31 (0)20 3113 883  
info@113.nl  
113.nl

KvK 17 23 75 27  
IBAN NL40 RABO 0136 0505 65

# Deze partijen willen concreet aan de slag met suïcidepreventie

*Dit zeggen 9 partijen over suïcidepreventie in hun verkiezingsprogramma of in de Kieswijzer Mentale Gezondheid in 2025:*

**D66**

De bereikbaarheid en herkenbaarheid van de hulplijn voor mensen die rondlopen met suïcidedachten moet goed zijn. D66 investeert in structurele inzet en middelen voor de implementatie van de Wet integrale suïcidepreventie via gemeenten en ministeries.

**VVD**

We versterken de aanpak van suïcidepreventie en mentale gezondheid, door ggz, huisartsen, onderwijs, wijkteams, sportverenigingen en andere partijen meer samen te laten werken. 24/7-crisis zorg is hierin een belangrijke schakel.

**Christen Unie**

De rouw van nabestaanden bij dodelijk geweld of een suïcide is intens en complex. We zorgen voor aandacht en nazorg voor nabestaanden en hun omgeving. We implementeren de Wet integrale suïcidepreventie via ministeries en gemeenten. We zorgen voor voldoende middelen voor gemeenten en voor een bereikbare hulplijn, ook bij groei.

**CDA**

Het CDA heeft eerder specifiek aandacht gevraagd voor de relatie tussen gokverslaving en suïcide en psychische problematiek onder politieagenten en veteranen. Ook is het enorm belangrijk dat gemeenten hun ervaringen en kennis onderling delen, zodat we leren van goede voorbeelden uit de praktijk.

**BBB**

BBB ziet suïcidepreventie als een taak van de hele samenleving. Daarom willen we dat gemeenten, scholen, werkgevers, verenigingen én sectorgerichte initiatieven zoals Taboer actief betrokken worden bij het herkennen en bespreekbaar maken van suïcidale signalen.

**Christen Unie**

113 net zo bekend als 112. Suïcidepreventie is een opgave voor de hele maatschappij: van de GGZ, tot onderwijs en werkgevers. De landelijke en gemeentelijke overheid nemen het voortouw in integraal beleid voor suïcidepreventie, samen met andere sectoren. Daar moeten voldoende middelen voor beschikbaar zijn.

**Partij voor de Dieren**

Een aanpak voor suïcidepreventie, in onderwijs, zorg en op sociaaleconomisch terrein, is nodig om het aantal zelfdodingen terug te dringen. Suïcidepreventie wordt daarnaast wettelijk geborgd, met extra aandacht voor neurodivergente en LHBTIQIA+-personen.

**SGP**

De overheid moet de ambitie hebben om het aantal suïcides terug te dringen tot nul. Er komt een kabinetsbrede aanpak en financiering van suïcidepreventie. Privacywetgeving die hulp aan suïcidale personen in de weg staat, wordt aangepast. Aan nabestaanden van suïcide wordt voortaan altijd professionele nazorg aangeboden.

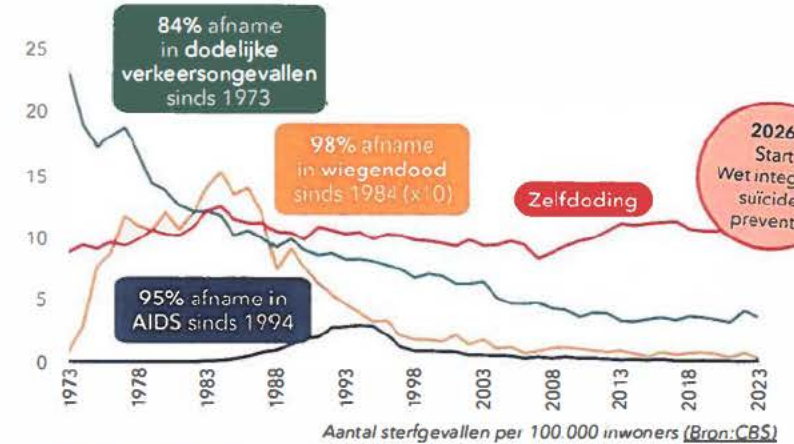
**Volt**

Het is belangrijk dat de overheid een regiefunctie heeft in het borgen van suïcidepreventie voor de lange termijn, ook via wetgeving. We investeren in het bereikbaar houden van de hulplijn en in een versterigde aanpak via de vierde Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

*Ook deze partijen stemden in 2024 voor de wet:*



Het kan wel: dit is het succes van preventie op andere beleidsterreinen



**Meer weten?**

*Scan de QR-code voor:*

- De volledige teksten in de verkiezingsprogramma's en de Kieswijzer Mentale Gezondheid van alle politieke partijen
- Een concrete toelichting op wat gemeenten kunnen doen met € 20 miljoen extra



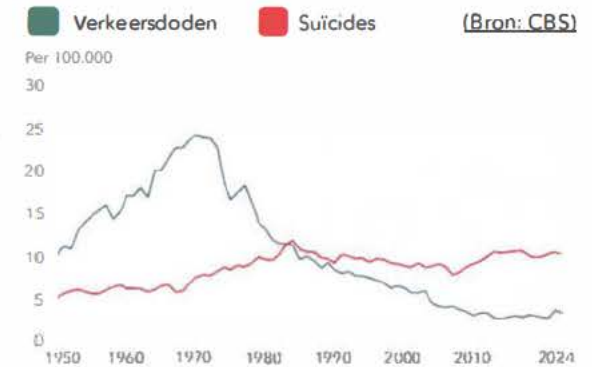
# Suïcidaliteit in Nederland: de actuele cijfers

Gemiddeld  
**5**  
zelfdodingen  
per dag  
1.849 in 2024  
Bron: CBS

Doodsoorzaak  
nummer 2 onder  
mensen van  
**15 - 64**  
jaar

Iedere zelfdoding  
raakt gemiddeld  
**135**  
mensen (per jaar  
meer dan 250.000)

## Ruim 2,5x meer suïcides dan verkeersdoden



## Achtergrond

Elke dag overlijden gemiddeld **5 mensen** eenzaam en radeloos door suïcide in Nederland. Jaarlijks zijn dat **meer dan 1.800**. Dat zijn ruim **2,5x** zoveel doden als bij verkeersongevallen. Suïcide is de belangrijkste **doodsoorzaak onder jongeren van 10 tot 30 jaar**. Het verdriet van een suïcide raakt zo'n **135 mensen**, dat zijn per jaar meer dan **250.000 mensen**, vergelijkbaar met het aantal inwoners van Eindhoven. Van alle mensen die overlijdt door zelfdoding was **60%** niet in zicht van de geestelijke gezondheidszorg. Maar die zijn wel in beeld bij óns allemaal.

Voor de wet had  
**86%**  
van de gemeenten  
nog **géén**  
suïcidepreventie beleid

Ruim  
**700.000**  
Nederlandse  
huishoudens hebben  
problematische  
schulden

---

Mensen met  
schulden hebben  
**2x**  
zo vaak suïcidale  
gedachten als mensen  
zonder schulden

  
t/m okt. 2025 al:  
**197.595**  
was 186.320 over heel 2024  
Subsidie iken op gem. groei  
20% per jaar bij streven van 95%  
bereikbaarheid.

Doodsoorzaak  
nummer 1 onder  
**jongeren**  
van 10 tot 30 jaar

**1 op de 2**  
heeft de huisarts  
nog gezien in hun  
laatste maand

**4 op de 10**  
suïcides is door  
mannen tussen de  
**40 - 70** jaar

**60%**  
suïcides niet in  
beeld van zorg

# Met deze 3 wettelijke pijlers implementeren we suïcidepreventie in de praktijk:



## Lokaal

Gemeenten hebben effectief suïcidepreventiebeleid

- Veel gemeenten gaan voortvarend aan de slag met lokaal suïcidepreventiebeleid, Bijv. op basis van het ondersteuningsprogramma van VNG, GGD GHOR NL en 113.
- 113 heeft een wetenschappelijk onderbouwde, effectieve aanpak: lokaal actienetwerk bouwen, publiekscampagne, trainen professionals, etc.
- Een effectieve aanpak in alle gemeenten vraagt €20 miljoen extra (er is nu €10 miljoen).

**Maak voor gemeenten een effectieve aanpak van suïcidepreventie mogelijk**



## Individueel

Een 24/7 bereikbare hulplijn

- De wet schrijft een 24/7 gratis bereikbare hulplijn voor.
- De hulpvraag groeit jaarlijks zo'n 20%.
- Het streven naar 95% bereikbaarheid - zie wetsbehandeling - moet leidend zijn bij het bepalen van de hoogte van de financiering.
- En zet blijvend in op innovatie van de hulplijn.

**Houd hulplijn 113 bereikbaar, ook bij groei**



## Landelijk

Ministeries hebben beleid suïcidepreventie

- Mobiliseer de kracht van 18 miljoen burens, collega's, klasgenoten, familieleden en krachten via het sociaal domein.
- Het kabinet staat voor (mentale) gezondheid in alle domeinen. Neem suïcidepreventie daarom op in beleid over problematische schulden, pesten, gokken, etc.
- Borg taken zo nodig in wet- en regelgeving, waaronder het Besluit integrale suïcidepreventie.

**Elk ministerie neemt maatregelen voor preventie van suïcides**

## Oproep van 113

- 1. Zorg voor voldoende structurele middelen voor gemeenten**  
→ maak voor gemeenten een effectieve aanpak van suïcidepreventie mogelijk
- 2. Houd hulplijn 113 bereikbaar**  
→ zorg voor voldoende middelen om jaarlijkse groei van 20% aan te kunnen
- 3. Veranker suïcidepreventie in alle beleidsterreinen**  
→ elk ministerie neemt maatregelen voor preventie van suïcides

**Zorgt u voor structureel voldoende middelen?**

### Financiën

€ 20 miljoen extra voor lokaal beleid  
€ 2 miljoen groei hulpvraag 113  
€ 22 miljoen jaarlijks

**Vragen of meer weten?**

## Uitvoering van de wet hoort in het regeerakkoord

Een wet verandert de wereld niet vanzelf. **Suïcides voorkom je samen.** In de buurt, op school, op werk en in de zorg. Hoe eerder je erbij bent, hoe beter. Voor een effectieve lokale aanpak van suïcidepreventie en een hulplijn die 24/7 bereikbaar blijft, is €22 miljoen structureel extra per jaar nodig.

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

113Zelfmoordpreventie  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Kenmerk: 202500038

Den Haag, 14 november 2025

Geachte [REDACTED],

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend  
[REDACTED]

Sybrand Buma  
Informatieur



202500040

De Tweede Kamer  
Bureau Woordvoering Kabinetsformatie  
T.a.v. de heren S. van Haersma Buma en G.J. Wijers  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

**Betreft: verlaging marge-BTW op antiek, kunst- en verzamelvoorwerpen**

Amsterdam, 13 november 2025

Geachte heren Buma en Wijers,

Deze week zijn de besprekingen begonnen voor de vorming van een nieuw kabinet. In dat kader vraagt de brede kunstmarkt in Nederland nogmaals uw aandacht voor de verhoging van de btw op voorwerpen van kunst en antiek die op 1 januari 2025 is ingegaan, als gevolg van de wijziging van de margeregeling.

Wellicht ten overvloede: deze btw staat volstrekt los van de discussie van afgelopen jaar over de verhoging van de btw op kunst en cultuur.

Tot de btw-verhoging is besloten middels een wijziging van de Wet op de omzetbelasting 1968, in verband met een aanpassing van de aanvullende regeling voor antiek, kunst- en verzamelvoorwerpen. Nederland was daartoe genoodzaakt vanwege de Tariefriichtlijn 2022/542 van de EU. Deze verplichtte lidstaten om vanaf 1 januari 2025 de speciale margeregeling, die voor de kunstmarktsector al 30 jaar van toepassing is, gedeeltelijk af te schaffen. Voor de kunstmarkt in Nederland heeft deze aanpassing bijzonder ernstige, negatieve gevolgen.

Concreet betekent de verhoging dat als een handelaar een kunstwerk inkoopt, hij in de meeste gevallen bij wederverkoop het huidige margestelsel niet meer mag toepassen. Bij het margestelsel betaalde hij alleen 21% btw over het verschil tussen de inkoop- en de verkoopprijs.

Voor enkele rekenvoorbeelden verwijzen we naar de bijlage in deze brief.

In het kort komt het erop neer dat:

1. De totale btw-druk stijgt drastisch, met een paar honderd procent.
2. Kunstwerken worden tenminste 15 procent duurder.

### **Aantasting concurrentiepositie**

De kunstmarkt wordt gekenmerkt door haar internationale, grensoverschrijdende karakter. Dit betekent dat 'de markt' altijd daar plaats vindt, daar waar de omstandigheden het gunstigst zijn. Kopers in Nederland kopen nu bij voorkeur kunstwerken in het buitenland of via andere buitenlandse actoren in de markt.

Met betrekking tot het lage btw-tarief speelt hier overigens ook nog dat Nederland op dit moment al niet sterk is gepositioneerd, omdat ons lage tarief flink hoger is dan in andere landen. Zo verliest ons land van een belangrijke concurrent als Frankrijk, waar het lage btw-tarief 5,5% bedraagt. Transacties kosten in Frankrijk daardoor bijna 25% minder btw dan in Nederland.

De Nederlandse btw-verhoging maakt dit alleen maar erger. Dat betekent dat Nederland nog minder een aantrekkelijk land zal zijn voor het aan- en verkopen van kunstvoorwerpen. Klanten wijken sneller uit naar andere landen in de EU, dan wel buiten de EU, aangezien daar niet een hoog btw-tarief is verschuldigd op de koop en verkoop van kunst. Nederlands als vestigingsland voor de kunstmarkt is hierdoor stevig onder druk komen te staan.

### **Positie kunstbeurzen bedreigd**

Wij zijn buitengewoon bezorgd dat de grote kunstbeurzen worden bedreigd in hun voortbestaan in ons land. We hebben het dan over TEFAF Maastricht en PAN Amsterdam, beurzen die wereldwijde bekendheid hebben. Andere locaties buiten Nederland zijn door de btw-verhoging alleen maar aantrekkelijker.

Buitenlandse handelaren worden ontmoedigd om deel te nemen aan een Nederlandse beurs. En voor Nederlandse handelaren wordt het steeds aantrekkelijker om werken in het buitenland te verkopen, bijvoorbeeld via de beurzen aldaar.

#### **Positie veilinghuizen bedreigd**

Hetzelfde geldt voor de veilinghuizen. Als men de keuze heeft om een object in Nederland of daarbuiten te laten veilen, dan is dat buitenlandse alternatief al heel snel veel voordeliger.

#### **Positie kunsthandelaren bedreigd**

Een aspect dat hierbij ook een rol speelt is de beeldvorming. Er wordt vaak gedacht dat de kunstmarkt een buitengewoon florerende sector is, waarin veel geld omgaat en waar veel wordt verdiend. Ten dele wordt deze beeldvorming veroorzaakt door incidentele verkopen die het nieuws halen. Dit zijn echter voorbeelden die volstrekt niet representatief zijn voor de gehele sector. Illustratief is dat het aantal handelaren in kunst en antiek de afgelopen jaren drastisch is afgenomen. Men weet het hoofd niet boven water te houden, als gevolg van een opstapeling van maatregelen.

De inkoop is daardoor voor Nederlandse handelaren steeds moeilijker geworden. Door het gebrek aan een gelijk speelveld kunnen hun buitenlandse collega's makkelijker inkopen.

De marges zijn te klein geworden en dat wordt met de btw-verhoging alleen maar erger. Als een bepaald object internationaal gezien € 500 waard is, dan kan een handelaar in Nederland dat voorwerp niet voor € 600 aanbieden.

Het loont dan, ook voor een Nederlandse koper, de moeite om het bijvoorbeeld in Frankrijk te kopen voor € 500. Bij kostbaarder kunstvoorwerpen, van bijvoorbeeld € 5.000 of hoger, worden die verschillen nog veel groter en is verlegging van de aankoop van vergelijkbare kunstobjecten naar het buitenland nog aantrekkelijker. Aangezien die markt, mede dankzij internet, zeer transparant en internationaal is, zien we dergelijke verschuivingen ook nu al plaatsvinden.

### **Positie particuliere en institutionele verzamelaars bedreigd**

Ook in groter verband heeft de btw-verhoging negatieve effecten. Van maatschappelijk belang is dat kunst die onder de margeregeling valt, zo'n tien procent duurder zal worden, hetgeen voor de museumwereld en dus voor de maatschappij slecht nieuws is. Voor musea wordt het immers nóg lastiger om kunstaankopen te financieren.

Hiermee is overigens ook vaak belastinggeld gemoeid, waardoor de btw-verhoging ten dele een vestzak-broekzak effect heeft ten nadele van de kunstsector. Museumdirecteuren hebben inmiddels hun grote zorgen hierover tegen ons uitgesproken.

Particuliere verzamelaars zijn eveneens de dupe van de btw-verhoging. Op langere termijn gaat dit tevens gevolgen hebben voor de musea in Nederland. Als verzamelen wordt ontmoedigd, zal er minder worden verzameld en zullen verzamelaars ook minder genegen zijn kunst na te laten aan musea. Dit is een sentiment dat nu al merkbaar is vanwege andere maatregelen.

### **Indirecte gevolgen**

De btw-verhoging raakt weliswaar heel direct de marktpartijen, maar de gevolgen voor de kunstmarkt zijn nog veel groter. Denk aan duizenden banen van toeleveranciers en betrokkenen, zoals restauratoren, verzekeraars, vervoerders, opslagfirma's, kunsthistorici en musea. Internationale impactstudies, zoals bijvoorbeeld uitgevoerd in België, tonen aan dat de btw-verhoging zeer kwalijke gevolgen zal hebben voor de Nederlandse brede kunstmarkt.

### **De gevolgen van de btw-verhoging samengevat**

- Kunst en antiek worden duurder.
- Musea en verzamelaars worden benadeeld.
- De toch al kwetsbare concurrentiepositie van Nederland op het gebied van de kunsthandel wordt fors aangetast.
- De grote beurzen komen in zwaar weer.

- De kunsthandel gaat voor een deel verdwijnen en degenen die het hoofd wél boven water kunnen houden zullen hun firma's naar het buitenland verplaatsen.
- De belastinginkomsten zullen naar verwachting afnemen.

### **Een oplossing**

In eerdere correspondentie met vorige staatssecretarissen van Financiën hebben we erop gewezen dat een relatief eenvoudige wijziging van de Nederlandse wetgeving de bovengenoemde zorgen kan wegnemen.

Op dit moment staat de Nederlandse wetgeving uitsluitend toe dat verkopen van kunstwerken onder het verlaagde btw-tarief van 9% vallen, wanneer ze worden gekocht van de kunstenaar zelf of de rechtsopvolger of worden gekocht van een belastingplichtige niet zijnde een professionele wederverkoper (zie tabel I, post 29a Wet op de omzetbelasting 1968). Dit is in lijn met de huidige Europese wetgeving. De Europese wetgeving staat de lidstaten sinds dit jaar echter ook toe om het btw-tarief van 9% toe te passen op alle verkopen van kunstwerken (behalve voor verkopen onder de margeregeling) ongeacht de status van de verkoper (zie artikel 3(1) van de wijzigingsrichtlijn gelezen in samenhang met punt 26 van de bijlage). Als de Nederlandse regering ervoor zou kiezen om gebruik te maken van deze ruimere toepassing van het verlaagde btw-tarief en een btw-tarief van 9% zou toestaan voor alle verkopen van kunstwerken, zou dit kunsthandels en veilinghuizen ontlasten van het heffen van 21% btw op de volledige verkoopprijs van verkochte kunstwerken.

### **Gelijk speelveld**

Het voordeel van het implementeren van de hiervoor toegelichte uitbreiding van toepassing van het verlaagde btw-tarief zou zijn dat het heffen van 9% btw in plaats van 21% btw, zoals de EU-wetgeving vanaf 2025 toelaat, de Nederlandse markt concurrerend en aantrekkelijk houdt in internationaal verband. Het zou de beoogde doelen van de wetgeving bereiken en tegelijkertijd de belangen van kunstliefhebbers, de industrie en de wetgever in gelijke mate dienen.

Als gezegd hebben de belangrijkste kunstmarkten binnen de EU – België, Duitsland, Frankrijk en Italië – al besloten deze maatregel te nemen door het verlaagde tarief te gaan toepassen. Ook andere lidstaten onderzoeken op dit moment ook de mogelijkheden en overwegen eveneens om tariefmaatregelen te nemen.

### **Kostenneutraal**

Belangrijk om te benadrukken is dat de maatregel om meerdere redenen niet zal leiden tot materiële extra kosten voor de Nederlandse schatkist.

Op dit moment is immers alleen de verkoopmarge btw-plichtig vanwege toepassing van de margeregeling, zodat op het grootste deel van de verkoopprijs ook nu al 9% btw drukt.

Bovendien hebben we aantal jaren geleden de concrete effecten gezien van de wijziging van btw-tarieven, toen de btw op de import van kunst en antiek van buiten de EU tijdelijk werd verhoogd van 6% naar 19%. Het gevolg was dat kunst en antiek vrijwel niet meer via Nederland in de EU werd ingevoerd maar via Lidstaten om ons heen, waar het tarief lager was. De impact van de verhoging was zo groot, dat ondanks het feit dat het btw-tarief steeg, de inkomsten voor de schatkist daalden. Het vorige – nu demissionaire – kabinet heeft een inschatting gemaakt de aanpassing van deze btw gaat leiden tot € 5 miljoen extra inkomsten. Wij verwachten op basis van de genoemde ervaring, dat de maatregel juist gaat leiden tot dalende inkomsten.

### **Gewijzigde omstandigheden**

De toenmalige staatssecretaris van Financiën heeft op 1 mei 2024, in reactie op onze brief, aangegeven dat 'gewijzigde omstandigheden reden kunnen zijn om maatregelen te heroverwegen, met aandacht voor uitvoerbaarheid, doelmatigheid en doeltreffendheid.' Op het moment van schrijven was het toenmalige kabinet echter demissionair en wilde het de besluitvorming hierover laten aan het opvolgend kabinet.

Wij zijn ervan overtuigd dat het gegeven dat België, Duitsland, Frankrijk en Italië hebben besloten het verlaagde btw-tarief te gaan toepassen een drastische, gewijzigde omstandigheid is, die reden geeft tot heroverweging. Ook leidt het geen

twijfel dat de eenvoudige oplossing die we aanreiken uitvoerbaar, doelmatig en doeltreffend is.

Nogmaals: dit gaat niet om een verzoek tot het toepassen van het lage btw-tarief om de kunsten te stimuleren. Het betreft hier enkel en alleen het deels opheffen van een grote concurrentieongelijkheid. Niets voor niets heeft *NRC Handelsblad* in juni 2024 in een groot artikel aandacht besteed aan dit onderwerp onder de kop 'De ándere belasting op kunst'.

Naar onze mening zijn de gevolgen groot en wordt dit nu niet voldoende onderkend. We zijn een land dat bovenmatig presteert op het gebied van cultuur en kunst mede door de positie van onze kunstmarkt en willen haar graag behouden.

Wij zouden graag met u over onze zorgen in gesprek gaan. En indien u meer informatie en inzicht wil krijgen, dan zijn wij vanzelfsprekend graag bereid u die te verstrekken. Wij vragen u dan contact op te nemen met Dr.mr. Antoon Ott ([info@artilaw.nl](mailto:info@artilaw.nl) of 06-28567654), die ons op dit dossier vertegenwoordigt.

Met vriendelijke groet namens de professionele kunstmarkt in Nederland:

Christie's Amsterdam

Federatie van Taxateurs, Makelaars en Veilinghouders in roerende zaken

Koninklijke Vereeniging van Handelaren in Oude Kunst in Nederland

PAN Amsterdam

Sotheby's Amsterdam

TEFAF Maastricht

## BIJLAGE REKENVOORBEELDEN

Eén van de fundamentele elementen van het businessmodel in de kunstmarkt is het toepassen van de zogenoemde margeregeling. Dit houdt in dat de btw die de markt afdraagt, wordt berekend op basis van het verschil tussen de aankoopprijs en de verkoopprijs.

Marktpartijen mogen van deze margeregeling gebruik maken bij het verkopen van buiten de EU geïmporteerde kunstvoorwerpen, voorwerpen die geleverd worden door kunstenaars of verkocht worden door kunsthandelaren of veilinghuizen in Nederland.

Onderstaande voorbeelden hebben allemaal betrekking op de verkoop van kunstvoorwerpen die vallen onder deze categorieën. De bedragen zijn afgerond naar hele euro's.

### Rekenvoorbeeld transactie via antiquair of kunsthandelaar.

Bij aankoop/import van kunst tegen het lage btw-tarief (9%) met een aankoopprijs van € 1.090 (inclusief 9% btw) met een verkoopprijs van € 1.500 (inclusief btw).

Vóór 2025 in Nederland		Vanaf 2025 in Nederland	
Inkoop (incl. 9% btw)	1.090	Inkoop (incl. aftrekbare 9% btw)	1.090
Verkoop (incl. btw)	1.500	Verkoop (incl. btw)	1.500
21% BTW over de marge (= $21/121 \times 410$ )	71	21% BTW over de verkoopprijs (= $21/121 \times 1.500$ )	260
Winst	339	Winst	240

De winst neemt met circa 30% af.

Indien de handelaar in 2025 dezelfde winst wil maken als voorheen, moet hij zijn verkoopprijzen met bijna tien procent te verhogen.

### Rekenvoorbeeld voor veilinghuizen in Nederland nu en vanaf 2025.

Vóór 2025 in Nederland		Vanaf 2025 in Nederland	
Hamergeld	1.000	Hamergeld	1.000
Opgeld 26%	260	Opgeld 26%	260
21% BTW over het opgeld	55	21% BTW over de	
Verkoopprijs	1.315	hamerprijs + het opgeld	265
		Verkoopprijs	1.525

Het kunstwerk wordt ruim 15% duurder.

### Vergelijking effect voor veilinghuizen Nederland – Frankrijk vanaf 2025.

Vanaf 2025 in Nederland		Vanaf 2025 in Frankrijk	
Hamergeld	1.000	Hamergeld	1.000
Opgeld 26%	260	Opgeld 26%	260
21% BTW over de		5,5% BTW over de	
hamerprijs + het opgeld	265	hamerprijs + het opgeld	66
Verkoopprijs	1.525	Verkoopprijs	1.329

Als dit object in Nederland wordt geveild in plaats van in Frankrijk is de btw-druk dus fors hoger.

De verkoopprijs is zo'n 15% hoger.

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Artilaw  


Kenmerk: 202500041


Den Haag, 14 november 2025

Geachte heer/mevrouw,

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend,  


  
Sybrand Buma  
Informatie  


202500042



PSP'92  
Mierlostraat 43  
6844 DW ARNHEM  
info@psp92.nl  
KvK 40537675

**Onderwerp:**  
**VERKENNING TK2025**

Uw kenmerk:

Arnhem,

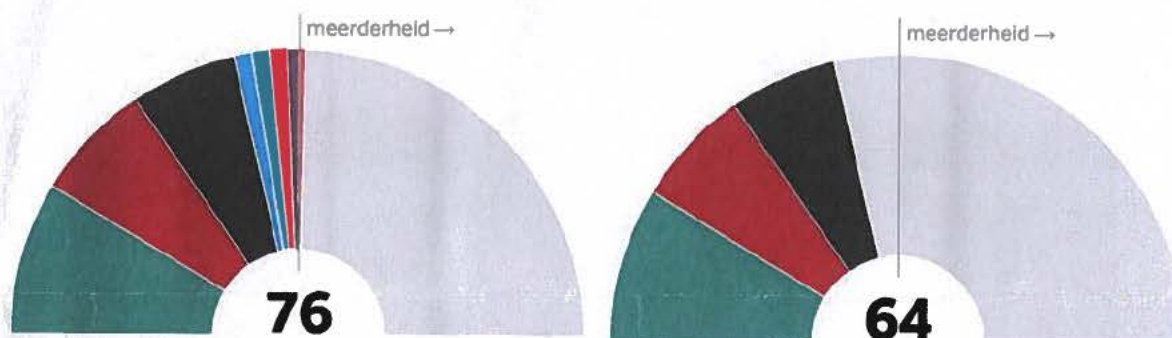
**07 NOV 2025**

Tweede Kamer der Staten-Generaal  
t.a.v. de Verkenner, de heer W. Koolmees  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Geachte heer Koolmees, *beste Wouter,*

U bent op dit moment in opdracht van de Voorzitter van de Tweede Kamer bezig met een verkenning naar een nieuw kabinet. Wij wensen u wijsheid en Gods zegen toe bij dit belangrijke werk voor ons land. Namens de PSP'92 geef ik graag onze mening mee voor de verkenning.

Wij staan voor een minderheidskabinet, zodat het kabinet steeds echt in gesprek moet met de volksvertegenwoordiging. Het zal u niet verbazen dat wij graag een links kabinet zien.



Wij zouden een kabinet voorstellen van D66, GL/PvdA en CDA. Dit kan rekenen op een linkse meerderheid in de Kamer, want Partij voor de Dieren, SP, ChristenUnie, DENK, VOLT en 50PLUS kunnen dit kabinet aan een meerderheid helpen.

Daarna zouden wij een minderheidskabinet van D66, CDA en VVD voorstellen. Ook hier geldt voor dat er genoeg mogelijkheden zullen zijn voor steun uit de Kamer.

Met vriendelijke groeten,  
Pacifistisch-Socialistische Partij '92,

, voorzitter

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

PSP'92

Kenmerk: 202500043

Den Haag, 17 november 2025

Geachte 

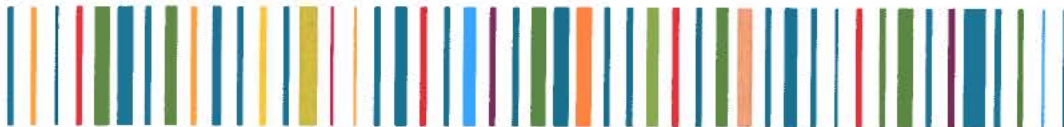
Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

  
Hoogachtend, 

  
Sybrand Burda  
Informatieur 



202500044

De Tweede Kamer der Staten-Generaal  
t.a.v. Bureau Wordvoering Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

*bezoekadres*  
Overgoo 13  
2266 JZ Leidschendam  
070 3376200  
[info@cbl.nl](mailto:info@cbl.nl)  
[www.cbl.nl](http://www.cbl.nl)

*postadres*  
Postbus 262  
2260 AG Leidschendam

Leidschendam, 14 november 2025

Referentie: 25.013/MJ/cb

IBAN: NL15 ABNA 0513 5446 74  
BIC: ABNANL2A  
KvK V 40412403

**Betreft: Samenwerken aan een duurzaam verdienvermogen en betaalbare boodschappen**

Geachte heer Buma,

Uw opdracht om te ondersteunen in het smeden van een regeerakkoord is van groot belang om op korte termijn een stabiel kabinet op het bordes te krijgen. De keuzes die daarbij worden gemaakt, raken direct aan thema's waarin de supermarkt- en foodservicebranche verantwoordelijkheid draagt. Het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) vertegenwoordigt de Nederlandse supermarkten en foodservicebedrijven: een sector die dagelijks miljoenen consumenten van voedsel voorziet en een cruciale rol speelt in voedselzekerheid, verduurzaming en werkgelegenheid. In onze branche komen veel maatschappelijke uitdagingen samen. Daarom nemen supermarkten en foodservicebedrijven verantwoordelijkheid om bij te dragen aan werkzame oplossingen.

Of het nu gaat om de toekomst van de landbouw, de energietransitie, goed werkgeverschap, een gezondere leefstijl of bestaanszekerheid en koopkracht: al deze thema's raken op de een of andere manier onze branche. Hierdoor ligt er een bijzondere verantwoordelijkheid bij onze branche om bij te dragen aan oplossingen voor maatschappelijke issues. Supermarkten en foodservicebedrijven zijn hierin een samenwerkingspartner en pakken de handschoen graag op. Vanuit deze positie delen wij graag enkele aandachtspunten voor het komende regeerakkoord.

**Versterk het Nederlandse verdienvermogen en herstel het ondernemersklimaat.** Een sterk Nederland vraagt om een concurrerende economie waarin ondernemers de ruimte krijgen om te investeren, te vernieuwen en samen te werken aan een robuuste samenleving. Supermarkten en foodservicebedrijven vormen daarbij een onmisbare schakel, als werkgever van ruim 400.000 mensen en met 93 procent van de Nederlanders als wekelijkse klant. Het nieuwe kabinet kan het verdienvermogen versterken met voorspelbaar beleid, minder regeldruk en een duidelijke koers die innovatie en investeringen stimuleert. Hierdoor kan de levensmiddelenhandel haar rol als aanjager van duurzame groei en welvaart verder versterken én blijft Nederland een toonaangevende speler in de internationale agrofoodketen.

**Bescherm koopkracht en houd boodschappen betaalbaar.** De betaalbaarheid van boodschappen is een belangrijk onderdeel van bestaanszekerheid en van sociale weerbaarheid. Nieuw beleid kan zich vertalen tot hogere prijzen in de keten en aan de kassa. Daarom pleit het CBL voor de invoer van een Boodschappentoets: een praktische beoordeling van hoe nieuwe maatregelen de boodschappenprijzen raken.



Kenmerk: 25.013/MJ/cb  
Datum: 14 november 2025

Tegelijkertijd zetten we ons als grote werkgever in voor een arbeidsmarkt waar werken loont. Daarom roepen we de politiek op om het netto-inkomen te versterken. Een stabiel kabinet kan koopkracht ondersteunen en houdt boodschappen voor iedereen bereikbaar.

**Maak verduurzaming uitvoerbaar en stimuleer gezondere keuzes.** Supermarkten en foodservicebedrijven dragen dagelijks bij aan een duurzamere en gezondere voedselomgeving. Succesvolle transities vragen om beleid dat samenwerking stimuleert en praktische uitvoering mogelijk maakt. Door ruimte te bieden voor vrijwillige ketenpremies kunnen boeren en telers bijvoorbeeld eerlijk beloond worden voor duurzame productie en wordt de samenwerking tussen boeren en supermarkten verder gefaciliteerd. Verduurzaming van de voedselketen kan hand in hand gaan met gezondheidsbeleid, door gezonde en duurzame keuzes aantrekkelijker en betaalbaar te maken. Bijvoorbeeld via een lagere btw op groente en fruit versnellen we samen de transitie naar een toekomstbestendige voedselketen.

Het CBL staat klaar om onze visie op deze thema's verder toe te lichten in de komende periode, tijdens en na de formatie. Wij wensen u veel succes met uw opdracht als informateur en wij hopen spoedig kennis te kunnen maken met een nieuw kabinet.

Met vriendelijke groet,



**Marc Jansen**  
Algemeen directeur

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

CBL



Kenmerk: 202500045

Den Haag, 17 november 2025

Geachte 

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

  
Hoogachtend,



  
Sybrand Buma  
Informateur



202500046

De Tweede Kamer  
t.a.v. de informateur  
p/a Bureau Woordvoering Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**BETREFT** SER-brief voor de informateur t.b.v. de kabinetsvorming

**DEN HAAG** 17 november 2025

**E-MAIL**

**ONS KENMERK** 25.32577

**TOESTELNUMMER**

**BIJLAGE(N)** 1

Geachte informateur,

*beste Sybrand,*

Wij werken graag met een nieuw kabinet en parlement samen aan stabiel beleid en herstel van vertrouwen. In een soms verdeeld land brengt de SER al 75 jaar partijen en belangen bij elkaar om tot gedragen oplossingen te komen. SER-adviezen kunnen rekenen op breed draagvlak, zowel onder werkgevers, werknemers, ZZP-vertegenwoordigers en kroonleden als breder in de samenleving. Zo komen SER-adviezen mede tot stand in samenwerking met bijvoorbeeld natuur- en milieuorganisaties en het SER Jongerenplatform.

De SER kiest voor een sociale markteconomie gebaseerd op brede welvaart. Brede welvaart is alleen bereikbaar als Nederland voldoende verdienvermogen heeft en houdt. Tegelijk draagt verdienvermogen alleen bij aan brede welvaart als de opbrengst bij de mensen en het collectief terecht komt en schade aan natuur en milieu wordt voorkomen en hersteld. We staan als Nederland op een kruispunt. Het is tijd voor het versterken van onze democratische rechtsstaat. Voor een overlegeconomie en geen vechteconomie. Polderen in plaats van polariseren. De SER staat aan uw zijde, en samen hebben we alles in huis om de economie van de toekomst vorm te geven.

Hierbij zien wij voor het gesprek met het volgende kabinet drie samenhangende prioriteiten voor een nieuwe investerings- en hervormingsplan:

- Nederland staat voor de kwaliteit van werk en kan niemand missen
- Nederland vooruit: ruimte voor kennis, verdienvermogen en ondernemerschap
- Nederland van het slot: oplossingen in het fysieke domein

In deze brief geven wij onze aanbevelingen op deze drie gebieden<sup>1</sup>. Daarnaast bieden we aan om in deze kabinetsperiode samen te werken op de WIA, landbouw, leven lang ontwikkelen, het belastingstelsel, IMVO/regeldruk en de opschaling bij defensie.

<sup>1</sup> Het betreft hier een selectie uit onze advisering, het totaal vindt u in onze brief aan verkiezingsprogrammacommissies: *SER (2025)*

## 1. Nederland staat voor de kwaliteit van werk en kan niemand missen

### Voer onverkort het SER-MLT uit voor een zekere en wendbare arbeidsmarkt:

De SER streeft naar een arbeidsmarkt gebaseerd op waardig werk, een arbeidsmarkt die werk en inkomenszekerheid biedt voor mensen en wendbaarheid voor ondernemingen.

De SER beveelt het volgende aan:

- Implementeer het arbeidsmarktpakket gebaseerd op het SER-advies *Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving*<sup>2</sup> door te zorgen voor voortgang van de wetstrajecten die de afgelopen jaren in gang zijn gezet. De SER hecht aan de integrale en gelijktijdige behandeling van deze maatregelen, zodat meer werk- en inkomenszekerheid voor werkenden en noodzakelijke flexibiliteit voor werkgevers in evenwicht zijn.

**Zorg ervoor dat de implementatie van het Pensioenakkoord en het akkoord 'Gezond naar het pensioen' onverkort doorgaan** en kom alle gemaakte afspraken uit beide akkoorden na.

**Verbeter de positie van internationale arbeidskrachten, en verminder de vraag naar laagbetaalde arbeid**<sup>3</sup>: arbeidsmigratie is onmisbaar in de Nederlandse open economie. Er zijn echter grenzen aan wat onze samenleving kan dragen; we zien te veel misstanden bij de omgang met internationale arbeidskrachten. De inzet van arbeidsmigranten sluit onvoldoende aan bij maatschappelijke opgaves en transitie waar Nederland voor staat. De SER heeft daarbij vier hoofdaanbevelingen:

- Verbeter de positie van laagbetaalde arbeidsmigranten, onder meer door strengere handhaving op misstanden en een inkomensgarantie vanaf de eerste werkdag voor uitzendkrachten.
- Bevorder investeringen in arbeidsbesparende technologie om de vraag naar laagbetaalde arbeid terug te brengen.
- Investeer in de mensen die nu nog langs de kant staan om minder op arbeidsmigratie te leunen.
- Onderzoek hoe vakkrachten gericht en onder goede voorwaarden kunnen worden aangetrokken voor het realiseren van maatschappelijke opgaves en transitie. Daarnaast blijven kenniswerkers van groot belang voor onze economie

## 2. Nederland moet vooruit: ruimte voor kennis en ondernemerschap

Teruglopende investeringen en stagnerende arbeidsproductiviteit bedreigen het behoud van onze welvaart, werkgelegenheid, bedrijven en belastinginkomsten. Het bedrijfsleven ervaart veel regeldruk. Om verdienvermogen te stimuleren bevelen we onder meer het volgende aan:

---

2 Specifiek gaat het om de trajecten Meer Zekerheid Flexwerkers, de introductie van een rechtsvermoeden voor zelfstandigen (VBAR), Wetsvoorstel personeelsbehoud bij crisis (Wpc), Basisvoorziening Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen (BAZ), Wijziging re-integratieverplichting 2e ziektejaar werknemers mkb en Toelating Terbeschikkingstelling van Arbeidskrachten (TTA).

3 Zie recente SER-advies (2025) – Arbeidsmigratie naar waarde: minder waar het kan, beter waar het moet

**Werk aan een stabiel, concurrerend en innovatief ondernemersklimaat:**

om bedrijvigheid in technologie van de toekomst te stimuleren<sup>4</sup>, de kansen van AI te benutten en het ondernemings- en investeringsklimaat te versterken, bevelen we onder meer aan:

- Verhoog de technologie-adoptie door het MKB meer bij de hand te nemen (bijvoorbeeld door een netwerk van digitale innovatie-platforms).
- Investeer in de digitale infrastructuur, voortbouwend op de positie van Nederland als digitale mainport, een AI-faciliteit kan hardware en diensten bieden aan bedrijven.

**Verhoog arbeidsproductiviteit: investeer in onderzoek, kennisverspreiding, sociale innovatie en zet productiviteit centraal in beleid:** Nederlandse investeringen in kennisontwikkeling blijven achter. Daarnaast rendeert nieuwe kennis en technologie pas echt in een goed opgeleide en gezonde beroepsbevolking met sterke (digitale) vaardigheden en een hoog adoptievermogen. De SER beveelt onder meer aan:

- Verhoog de publieke en private investeringen in R&D en draai bezuinigingen op onderwijs en onderzoek terug. Versterk funderend beroeps- en volwassenenonderwijs en stimuleer om- en bijscholing om te komen tot hogere mobiliteit op de arbeidsmarkt en bevorder de gezondheid van de beroepsbevolking.
- Zet gezamenlijk in op reële loongroei in lijn met de groei van arbeidsproductiviteit
- Creëer een gerichte stimuleringsregeling voor het MKB mbt. sociale innovatie en een 'platform sociale innovatie' vanuit de overheid en sociale partners.

Werk aan een ecosysteem voor zzp-ers en mkb-ondernemers dat verspreiding van koplopers naar het mkb bevordert (e.g. via coaching, kenniscentra). In de jaarlijkse beleidscyclus moet de National Productivity Board (NPB) een belangrijke rol spelen. Nederland heeft de rol van NPB bij het CPB neergelegd. Het is van belang om op korte termijn ook een onafhankelijke Productiviteitsraad in te richten, die naast analyse ook adviseert over de volle breedte van de economie (private en publieke sectoren, op macro- en sectoraal niveau) en met nauwe betrokkenheid van sociale partners.

**Stimuleer doorgroei van MKB door financieringsknelpunten aan te pakken:**

Beperkte financiering belemmert doorgroei van het MKB.<sup>5</sup> We bevelen onder meer aan:

- Moedig pensioenfondsen en andere institutionele beleggers aan om MKB-financiering en de start- en scale-up sector op te nemen in hun beleggingsmix.
- Onderzoek in hoeverre voorlichting en lagere transactiekosten burgers kan overtuigen spaargeld evenwichtiger te beleggen.
- Kijk bij financieringsmogelijkheden specifiek naar het instrumentarium voor bedrijfsklassen die knelpunten ervaren (financieringsvragen van <1 miljoen voor het brede mkb en knelpunten voor tickets >50 miljoen voor - scale-up sector).<sup>6</sup>

**3. Nederland van het slot: oplossingen in het fysieke domein****Versnel de verzwarening van het elektriciteitsnet en pak hoge energiekosten aan:**

Het slot op het fysieke domein maakt het steeds moeilijker om aan de economie van de toekomst te bouwen. Netcongestie hindert de energietransitie en woningbouw en verslechtert het vestigingsklimaat. Als gevolg van de stikstofproblematiek lopen woningbouw, infrastructuur, industrie én landbouw vast in de vergunningverlening.

4 SER-advies (2024), *Perspectief op brede welvaart in 2040; Bouwen aan de economie van de toekomst*

5 Staat van het MKB (2024)

6 Idem; Rijksoverheid (2025), *Vervolgadvies richting afsluiting gezantschapsperiode*. IBO (2024), *Kies voor baten - IBO bedrijfsfinanciering*.

Als we de energietransitie niet terug op de baan helpen, is er van toekomstig verdienvermogen überhaupt geen sprake.

De SER adviseert:

- Versnel de verzwaring en uitbreiding van het elektriciteitsnet, faciliteer daartoe de netbeheerders om voldoende personeel, materiaal en ruimte te krijgen en zorg voor snelle vergunningsprocedures. Neem bij de vergunningverlening het structurele effect op de stikstofreductie mee.
- Realiseer op korte termijn een gelijk speelveld met onze buurlanden om te voorkomen dat onze industrie omvalt, pak daarom gericht de hoge energiekosten aan. Voorkeur is hierbij een Europese oplossing, maar sluit nationaal ingrijpen niet uit. Parallel dient gekeken te worden hoe verduurzaming wordt beloond en kwetsbare groepen worden geholpen. Hiermee zorgen we dat de energietransitie voor burgers en ondernemers betaalbaar, haalbaar en rechtvaardig wordt en de overstap naar elektrificatie aantrekkelijk.
- Versnel de verduurzaming van de maakindustrie door – onder stevige waarborgen – sneller maatwerkafspraken te maken met grote uitstoters, de regionale cluster-aanpak, de SDE++ regeling en andere vormen van ondersteuning voor bedrijven die aantoonbaar bereid zijn te verduurzamen.

#### **4. Randvoorwaarden: stabiel beleid, verdediging van de rechtstaat en een Europese aanpak**

Voor het slagen van grote maatschappelijke transitieën gelden een aantal belangrijke randvoorwaarden.

**Voer stabiel, uitvoerbaar beleid en verdedig de rechtstaat:** om investeringen mogelijk te maken en burgers zekerheid te bieden is stabiel en voorspelbaar beleid een randvoorwaarde. Regelgeving is noodzakelijk, maar dient altijd uitvoerbaar en uitlegbaar te zijn. Rechtszekerheid, de bescherming van burgers en bedrijven tegen juridische willekeur is een bouwsteen van onze economie. De rechtstaat verdient dan ook onverkorte bescherming vanuit politiek en maatschappelijk middenveld. Als overlegeconomie zien we ons ook nadrukkelijk als deel van deze democratische rechtstaat. We nemen onze rol door belangen te wegen, kennis te bundelen en legitimiteit van beleid en besluitvorming te ondersteunen.

**Nederland dient zich actief, constructief en agenderend op te stellen in Brussel:** Nederland is voor zijn welvaart afhankelijk van het buitenland. Een versterkte interne markt en kapitaalmarktunie zijn van vitaal belang voor ons verdienvermogen en om investeringen mogelijk te maken. Daarnaast zijn vraagstukken als de energietransitie en transitie naar een circulaire economie vanwege het noodzakelijke gelijke speelveld enkel op Europees niveau vorm te geven. Een sterk economisch Europa is ook een sterk sociaal Europa, gericht op opwaartse convergentie voor stabiliteit en solidariteit.

**Voer begrotingsbeleid dat ruimte biedt om te investeren in transitieën:** Nederland en de EU staan voor grote en urgente opgaven. Adviesinstellingen roepen Nederland op om begrotingsbeleid meer te richten op de lange termijn en geld vrij te maken voor het oplossen van economische knelpunten. We sluiten ons aan bij deze oproep om te investeren in de toekomst. De Europese begrotingsregels bieden daar ook ruimte voor. Het is zaak om die ruimte verstandig te benutten en daarbij de ankers en begrotingsregels in acht te nemen.

## 5. Samen oplopen: aanbod aan een nieuw kabinet

De komende kabinetsperiode staan we een nieuw kabinet graag weer bij met onze advisering. Om ook van advies tot impact te komen, zijn we tevens een platform voor akkoorden of kunnen we een rol nemen in de uitvoering. Concreet bieden we in deze brief het volgende aan:

**We werken samen aan een beter arbeidsongeschiktheidsstelsel:** In de uitvoering loopt het stelsel vast. Hardheden in de WIA leiden tot inkomensonzekerheid. Uitval naar ziekte en arbeidsongeschiktheid is in Nederland te hoog. Ook omdat de WIA een werknemersverzekering is, kunnen structurele oplossingen niet zonder raadpleging en instemming van sociale partners. We bieden aan om:

- Samen met het kabinet te werken aan een gedragen aanpak om knelpunten, ziekteverzuim en bijbehorende hoge instroom in de WIA aan te pakken en te voorkomen.
- Komend jaar te werken aan een beter systeem rond arbeidsongeschiktheid in het algemeen en de WIA in het bijzonder.

**We maken door samenwerking en zelforganisatie de impact van regels voor bedrijven kleiner en de effectiviteit groter,** bijvoorbeeld bij Internationaal Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (IMVO). Al geruime tijd brengt de SER bedrijven, vakbonden en maatschappelijke organisaties samen om IMVO in de praktijk te brengen, de OESO heeft ons model internationaal als voorbeeld geroemd vanwege de resultaten die het oplevert. Waar regelgeving kan beginnen als ervaren last, transformeert deze aanpak de implementatie tot een kans waarin robuuste ketens resulteren in een goede concurrentiepositie.

SER-partijen zijn bereid om:

- Deze IMVO-aanpak breed onder het Nederlandse bedrijfsleven te organiseren, met de overheid als partner en co-financier.
- Ook op andere gebieden samen in kaart te brengen waar en hoe we noodzakelijke regels beter uitvoerbaar kunnen maken, bijvoorbeeld door vormen van zelfregulering en -organisatie. Hierbij dient speciale aandacht te komen voor toezicht en handhaving die toekomstbestendig, risicogericht en proportioneel dient te zijn.

**We werken aan toekomstperspectief voor de landbouw:** Boeren en tuinders staan onder grote druk met veel onzekerheid over de toekomst. Het vorige kabinet heeft de SER gevraagd<sup>7</sup> te werken aan toekomstperspectief voor de landbouw door kansen, barrières en oplossingsrichtingen voor de ontwikkelpaden in de landbouw in kaart te brengen en te adviseren over een passend beleidsinstrumentarium. In 2026 hoopt de SER met dit advies te komen.

**We komen samen tot een uitvoerbare regeling voor leven lang ontwikkelen ingebed in een effectievere arbeidsmarktinfrastuctuur:** De beroepsbevolking moet meer eigen regie krijgen op ontwikkeling. Tegelijkertijd begint een lerende economie op de werkvloer en moeten werkenden sneller op de juiste plek terechtkomen en hun weg kunnen vinden op de arbeidsmarkt. Om ook onze rol te nemen als sociale partners bieden we aan om:

- Te komen tot passende regelingen voor LLO, gebaseerd op SER-advisering<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Ministerie van Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur (2025), Adviesaanvraag SER Toekomstperspectief Landbouw.

<sup>8</sup> O.a. SER (2023) *Leven lang ontwikkelen. Structurele verankering in de samenleving.*

- Samen te werken aan een beter dekkende arbeidsmarktinfrastructuur met investeringen in om- en bijscholing, maar ook loopbaanbegeleiding, handige websites voor werkzoekenden en zij-instroomtrajecten voor sectoren met weinig personeel<sup>9</sup>.

**Wij werken graag samen met het kabinet verder rondom arbeidsmarktgevolgen van de opschaling bij Defensie.** We zetten hiermee het eerdere initiatief vanuit de Stichting van de Arbeid om reservisten te mobiliseren door<sup>10</sup>.

**We adviseren over belastingen en toeslagen in dienst van brede welvaart**

Het kabinet staat voor grote fiscale uitdagingen. Het toeslagenstelsel dient grondig herzien te worden. De SER is binnen de commissie vereenvoudiging belasting- en toeslagenstelsel gestart met het voorbereiden van adviezen over de inkomstenbelasting en de toeslagen:

- De SER is voornemens om medio 2026 met een advies te komen over toeslagen en belastinginkomsten uit arbeid.
- Daarna een vervolgadvisie te leveren over belastingheffing over kapitaal en de bredere belastingmix.
- In de periode hierna samen op te lopen en in gesprek te blijven om een langdurige transitie vorm te geven.

Het is gegeven de grote vraagstukken die om doorbraken vragen de komende periode extra belangrijk dat de politiek en de polder samenwerken en zorgen voor breed politiek en maatschappelijk draagvlak. Laten we daar met elkaar de schouders onder zetten.

We zien dit aanbod en deze voorstellen als een goede basis voor een stabiele politieke koers voor het nieuwe Nederland en gaan hierover graag met u in gesprek.

Wij wensen u en de politieke partijen veel succes en wijsheid in deze formatie.

Namens de Sociaal-Economische Raad,



Kim Putters  
Voorzitter SER

<sup>9</sup> Stichting van de Arbeid (2025), *Visie en aanpak partners op Van-Werk-Naar-Werk-stelsel*.

<sup>10</sup> Stichting van de Arbeid (2025), *Cao-afspraken reservisten*.

# Samenwerken aan het nieuwe Nederland

Stabiel beleid en brede samenwerking zijn onmisbaar om Nederland door de grote transitie van deze tijd te loodsen. In de komende kabinetsperiode staat de SER opnieuw klaar als bondgenoot van de politiek: niet alleen met advies, maar ook als platform voor akkoorden en partner in de uitvoering. Bouw samen met ons aan een nieuw, toekomstbestendig Nederland, waarin brede welvaart centraal staat.



## Randvoorwaarden

- Voer stabiel, uitvoerbaar beleid en verdedig de rechtstaat;
- Nederland dient zich actief, constructief en agenderend op te stellen in Brussel;
- Voer begrotingsbeleid dat ruimte biedt om te investeren in transitie.



## Arbeidsmarkt Nederland staat voor kwaliteit van werk en kan niemand missen

- Voer onverkort het SER-MLT uit voor een zekere en wendbare arbeidsmarkt;
- Zorg ervoor dat de implementatie van het Pensioenakkoord doorgaat;
- Verbeter de positie van internationale arbeidskrachten en verminder de vraag naar laagbetaalde arbeid.



## Verdienvermogen Nederland vooruit: ruimte voor kennis, verdienvermogen en ondernemerschap

- Werk aan een stabiel, concurrerend en innovatief ondernemersklimaat;
- Verhoog arbeidsproductiviteit: investeer in kennis en zet productiviteit centraal in beleid;
- Stimuleer doorgroei van MKB o.a. door financieringskelpunten aan te pakken.



## Fysiek Domein Nederland van het slot: oplossingen in het fysieke domein

- Versnel de verzwaring van het elektriciteitsnet;
- Pak hoge energiekosten aan.



## Aanbod van de SER

- We werken samen aan een beter arbeidsomgeschiktheitsstelsel;
- We maken door samenwerking en zelforganisatie de ervaren regeldruk voor bedrijven kleiner en de maatschappelijke impact groter;
- We werken aan toekomstperspectief voor de landbouw;
- We komen samen tot een uitvoerbare regeling voor leven lang ontwikkelen;
- Wij werken samen aan de arbeidsmarktgevolgen van de opschaling bij Delensie;
- We adviseren over belastingen en toeslagen in dienst van brede welvaart.

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

SER

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Kenmerk: 202500047

Den Haag, 17 november 2025

Geachte [REDACTED] [REDACTED]

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend, [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
Sybrand Buma  
Informatieur

202500052

Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Bureau woordvoering kabinetsformatie  
T.a.v. dhr. S. van Haersma Buma  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag



Betreft: Inbreng formatie: zorg kan toegankelijker door passende zorg en passende organisatie

Zoetermeer, 13 november 2025

Geachte heer S. van Haersma Buma,

Namens Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) stuur ik u deze brief. ZKN is de branchevereniging van 113 zelfstandige klinieken in Nederland met meer dan 440 klinieklocaties. Als een van de samenwerkende partijen van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), zijn wij positief over de stap naar voren die met het AZWA wordt gezet: door betere afspraken tussen het medisch en sociaal domein, meer aandacht voor preventie en een belangrijke rol voor de eerstelijnszorg (zoals huisartsen). **Maar we zijn er nog niet; er is meer voor nodig om de medisch-specialistische zorg (msz) toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij spelen klinieken (met ruim 1,3 miljoen patiënten) een belangrijke rol.**

#### Wat moet er gebeuren?

De zorgpartijen hebben een grote, gezamenlijke uitdaging: het personeelstekort loopt op terwijl onze bevolking in rap tempo vergrijsd en dus (meer) zorg nodig heeft. Samen staan we aan de lat voor goede, toegankelijke zorg waar de patiënt wat aan heeft, binnen een acceptabele wachttijd. Om dat doel te bereiken moeten we wat ons betreft de msz **slimmer organiseren**. Door:

- **De juiste zorg op de juiste plek te beleggen (= zorg verschuiven)**
- **Vol in te zetten op passende zorg**

Zie bijlage I

Als we erin slagen de juiste zorg naar de juiste plek te verschuiven, levert dit volgens PwC Strategy& een **besparing op van maximaal 14.000 zorgmedewerkers**.

#### Wat zijn de randvoorwaarden?

Voor een toegankelijke en toekomstbestendige zorg moeten we voldoen aan een aantal randvoorwaarden:

1. **Actieve sturing en kaders voor nodige verschuiving van zorg**
2. **Actieve sturing op passende zorg bij alle zorgaanbieders**
3. **Behoud vrije artskeuze binnen Zorgverzekeringswet**
4. **Ruimte voor ondernemerschap**

Zie bijlage II

#### Het kan écht anders

We moeten beschikbare capaciteit beter benutten, dus slimmer organiseren. En radicale keuzes maken: de zorg anders inrichten zodat de juiste zorg op de juiste plek terechtkomt. Alleen dan kunnen we meer patiënten helpen, kosten beteugelen en kwaliteit behouden. Klinieken zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid en dragen hier graag aan bij. En werken hiervoor graag samen met de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg.

Ik wens u, namens zelfstandige klinieken, veel succes en wijsheid toe tijdens de onderhandelingen.

Voor vragen naar aanleiding van deze brief sta ik vanzelfsprekend tot uw beschikking.

Met vriendelijke groet,

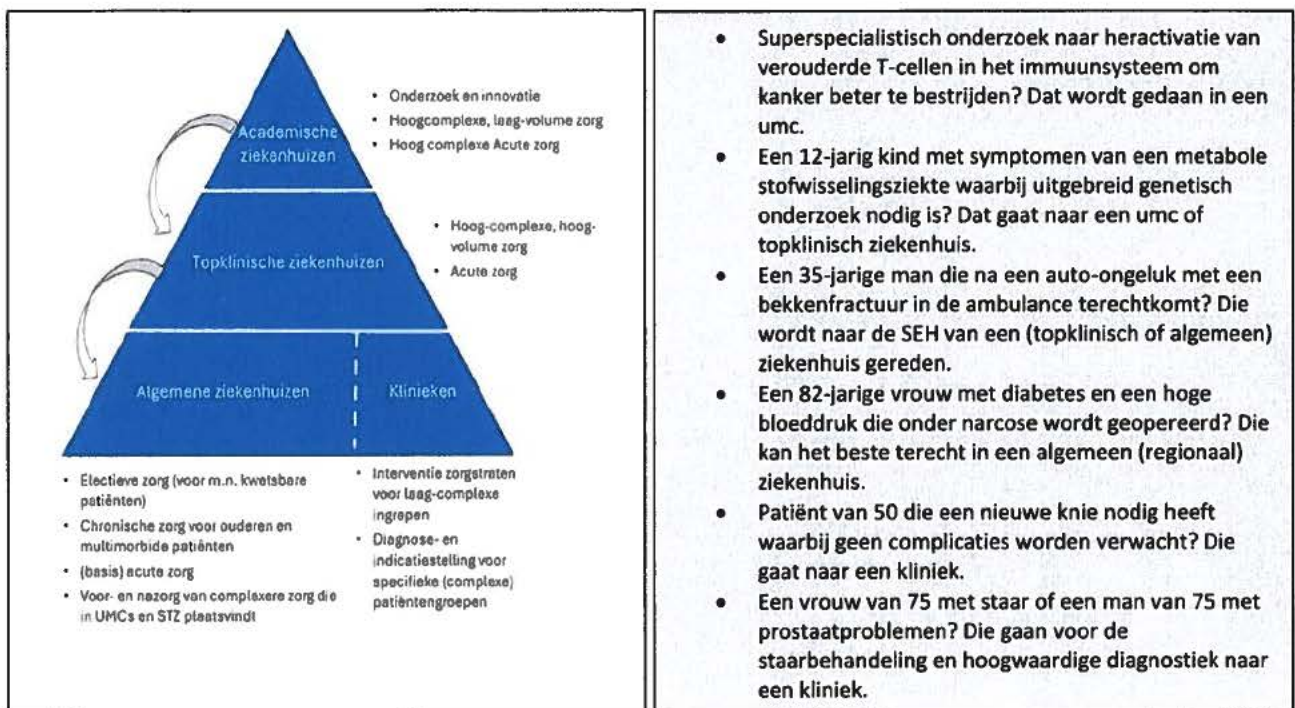
Hanneke Klopper  
Voorzitter ZKN

# Bijlage I

## Formatiebrief ZKN

### Slimmer organiseren door juiste zorg op juiste plek

- In bijna 50% van de gevallen moeten patiënten (veel) te lang wachten op zorg.
- Dus: we moeten onze bestaande arbeidscapaciteit beter, slimmer benutten.
- Alleen dan kunnen we meer patiënten behandelen.
- Hoe? Door te kijken welke zorgaanbieder we het beste kunnen inzetten voor verschillende zorgtypen.
- **Op deze manier werken betekent dat we een deel van de planbare msz verschuiven van umc's en topklinische huizen naar klinieken. Hiermee kunnen we tot 14.000 medewerkers besparen.**
- En ontstaat ruimte voor complexe(re) casuïstiek en acute zorg in (academische) ziekenhuizen.



### Slimmer organiseren door vol in te zetten op passende zorg

- Zorgaanbieders, over de volle breedte, moeten passende zorg bieden:
  - Effectieve, doelmatige zorg (dus geen onnodige) behandelingen.
  - Uitkomstgerichte behandelingen die samen met de patiënt zijn besloten en passen bij zijn of haar situatie.
  - Behandelingen die op de juiste plek door de juiste behandelaar worden gegeven.
  - Behandelingen die gericht zijn op gezondheid (wat kan de patiënt nog wél en wat kan de patiënt zelf doen om zijn gezondheid te verbeteren).
- Overheid en zorgverzekeraars moeten actiever op passende zorg sturen bij alle zorgaanbieders (transparant en meetbaar).



# Bijlage II

Formatiebrief ZKN



## Randvoorwaarden voor toegankelijke en toekomstbestendige zorg

### 1 Actieve sturing/kaders voor verschuiving zorg

Een efficiëntere organisatie van planbare zorg komt er niet vanzelf. Er zijn kaders nodig die de herverdeling van de medisch-specialistische zorg naar de meest passende organisatievorm ondersteunen en stimuleren. Elke zorginstelling in het zorglandschap moet een duidelijke rol krijgen; Zorgverzekeraars en verwijzers moeten zorgvolumes naar de juiste plek leiden; de NZa moet beschikken over de juiste handhavingsinstrumenten om te kunnen handhaven op zorgplicht (voor individuele patiënten en voor de gehele populatie verzekerden).

### 2 Actieve sturing op passende zorg álle zorgaanbieders

Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij meer passende zorg moeten gaan bieden. Zij moeten passend en uitkomstgericht werken, patiënten beter betrekken en patiënten helpen zelf gezonder te worden. Zorgaanbieders moeten dit meten en hier transparant over zijn (bijvoorbeeld: integratie passend zorg ZKN-keurmerk).

### 3 Behoud vrije artskenkeuze binnen Zorgverzekeringswet

De vrije artskenkeuze binnen de huidige Zorgverzekeringswet moet behouden blijven. Met de vrije artskenkeuze mogen patiënten hun eigen arts kiezen waarmee de *countervailing power* richting zorgverzekeraars behouden blijft. Daarnaast zorgt de vrije artskenkeuze ervoor dat nieuwe toetreders niet direct buiten spel worden gezet.

### 4 Ruimte voor ondernemerschap

Het is belangrijk dat we de positieve effecten van ondernemerschap (zoals efficiency, kostenbeheersing, innovatie) benutten en stimuleren. Ook de mogelijkheid voor nieuwe zorgaanbieders om toe te treden is belangrijk; zo zetten we het zorglandschap niet op slot. Op het gebied van ondernemerschap moeten we een gezonde balans vinden waarmee we de voordelen van ondernemerschap in de zorg benutten, en de risico's (zoals misbruik van publieke middelen door fraude of belangenverstremgeling) beperken. Maatschappelijk verantwoord ondernemen, continuïteit van zorg en behoud van kwaliteit van zorg moeten gewaarborgd zijn.

\*\*\*





**strategy&**

Part of the PwC network

---

## Passende organisatievormen voor planbare zorg

*Verkenningen en  
maatschappelijke impact*

Eindrapportage voor Zelfstandige Klinieken Nederland

Mei 2025

# Voorwoord



## **Marcel Otten**

Partner bij PwC Strategy& en leidinggevende voor de dienstverlening van PwC Strategy& binnen de zorgsector  
E-mail: marcel.otten@pwc.com



## **Ab Klink**

Executive advisor bij PwC Strategy&, hoogleraar zorg, arbeid en politieke sturing, lid van de WRR, voormalig minister van VWS en voormalig bestuurder van VGZ  
E-mail: ab.klink@pwc.com



## **Rutger Koning**

Director bij PwC Strategy& en adviseur voor organisaties in de zorg over bedrijfsvoering en strategievorming  
E-mail: rutger.koning@pwc.com



## **Max van der Sijp**

Associate bij PwC Strategy& (opgeleid als arts), gericht op zorgtransformatie in de medisch-specialistische zorg  
E-mail: max.sijp@pwc.com



## **Sander Visser**

Managing Partner bij PwC Strategy& Nederland en leider van de Europese PwC-activiteiten binnen de zorgsector  
E-mail: sander.visser@pwc.com

**PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.**  
Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam,  
Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam  
www.pwc.nl

Het is ondertussen algemeen bekend: Nederland staat voor grote inhoudelijke opgaven op het gebied van zorg en gezondheid. Met name het oplopende personeelstekort zal leiden tot grote druk op de zorg. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen.

In 2022 heeft het Zorginstituut het kader 'Passende Zorg' uitgebracht. Dit geeft belangrijke oplossingsrichtingen en kaders mee om de zorg toekomstbestendig te maken. In feite vraagt dit om de zorg zo in te richten dat we met het huidige personeelsbestand en bij een groeiende zorgvraag de zorg toegankelijk houden. Het kader 'Passende Zorg' stelt ook de activiteiten voor waar zorgaanbieders (en andere betrokken partijen in het stelsel) mee aan de slag moeten. Een belangrijke vraag daarbij is welke 'organisatorische context' er nodig is om hier optimaal invulling aan te kunnen geven.

PwC Strategy& accepteerde daarom graag de onderzoeksopdracht van Zelfstandige Klinieken Nederland, de branchevereniging van zelfstandige klinieken, om inzicht te verschaffen in de potentie van 'business model innovatie' in de zorg, de wijze waarop focusklinieken daar invulling aan geven en wat er nodig is om hier in het stelsel meer maatschappelijke waarde uit te halen (rekening houdend met reële knelpunten die daarbij mogelijk zijn voor alle betrokken partijen).

Dit onderzoek is niet bedoeld om aan te tonen wie 'beter' is: focusklinieken of ziekenhuizen. Beide type instellingen hebben andere kenmerken, zijn daarin complementair en hebben op basis daarvan een plek in het zorglandschap. Het punt dat wij onderzoeken is welke nieuwe perspectieven business model innovatie in de zorg geeft om maatschappelijke waarde te ontsluiten. Op basis van interviews, empirische data en literatuuronderzoek laten we zien welke potentie er is voor efficiëntie verbetering én passende indicatiestelling en welke bijdrage dat kan leveren aan het reduceren van het personeelstekort in de zorg. De kracht van dit onderzoek zit in een nieuwe logica en ander handelingsperspectief en potentie dat daaruit ontstaat en minder in een exacte detail-onderbouwing. Ook werken we uit tegen welke knelpunten partijen in deze transformatie mogelijk aanlopen en wat daarvoor mogelijke oplossingsrichtingen zijn.

Wij hebben in ons onderzoek kunnen leunen op de samenwerking met de bestuurders en medewerkers van onze opdrachtgevers en hebben de inzichten daaruit ook kritisch laten 'tegenlezen' door experts vanuit patiëntenfederatie, verzekeraars, wetenschap en zorgaanbieders. We zijn hen zeer dankbaar. De conclusies in dit onderzoek blijven uiteraard voor onze rekening.

# Over dit rapport

## Reikwijdte



Wij hebben de werkzaamheden uitgevoerd zoals met u afgesproken in de opdrachtbevestiging. In overeenstemming met de opdrachtbrief omvatte onze scope het inzichtelijk maken van het operationele efficiëntieverschil van focusklinieken t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen in termen van arbeidsproductiviteit (op casusniveau) en dat opschalen naar het potentieel voor Nederland door in te schatten welk deel van het zorgvolume in potentie verschoven kan worden naar focusklinieken. De scope omvatte daarnaast ook: (1) het landelijke efficiëntiepotentieel in context plaatsen van het verwachte personeelstekort in de MSZ, (2) de theoretische basis voor het efficiëntiepotentieel van focusklinieken, (3) de bredere potentie van ontvlechting van zorgvolumes naar gefocuste business modellen (incl. passende zorg impact), en (4) het identificeren van te verwachten praktische knelpunten en randvoorwaarden waar oplossingen voor gevonden moeten worden om het theoretische potentieel ook maatschappelijk te verzilveren.

Wij hebben onze analysewerkzaamheden afgerond op 31 maart 2025. Dit rapport bevat daarom niet de gevolgen van gebeurtenissen na die datum of de impact van later beschikbaar gekomen informatie.

## Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie



We hebben ons onderzoek gebaseerd op een combinatie van informatiebronnen, waaronder interviews (met o.a. specialisten die in focusklinieken én geïntegreerde ziekenhuizen werken, managers van focusklinieken en ziekenhuizen, en overige experts/adviseurs), wetenschappelijke literatuur, nieuwsartikelen, publieke databronnen (vb. CBS), productiviteitsdata van klinieken, en declaratiedata van ziekenhuizen vanuit de Strategy& database. De gehanteerde bronnen zijn in dit rapport steeds aangegeven op de respectievelijke pagina's.

We hebben geen benchmarkvergelijking tussen focusklinieken en geïntegreerde ziekenhuizen kunnen uitvoeren o.b.v. directe OK-productiedata omdat er onvoldoende ziekenhuizen waren die hun data hiervoor beschikbaar wilden stellen. We hebben ons daarom moeten baseren op OK-productiedata van klinieken en zelfgerapporteerde OK-output per dagdeel o.b.v. interviews met specialisten, managers en onafhankelijke adviseurs / benchmark experts.

Daarnaast heeft een brede groep van experts, managers en bestuurders vanuit de wetenschap, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenfederatie tegengelezen op een conceptversie van dit rapport. Zij hebben hun perspectief, opmerkingen en inzichten met ons gedeeld en onder andere ook input gegeven op de mogelijke risico's, kansen en oplossingsrichtingen om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken te realiseren.

## Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit of reviewstandaarden.

## Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor client met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de client aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins.

Zoals overeengekomen in onze opdrachtbrief, mag ons rapport uitsluitend voor informatieve doeleinden worden gedeeld.

## Overige opmerkingen

Het Rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het Rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.

# Inhoudsopgave

---

## 1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix



# Samenvatting (1/5)

## Introductie

Het toenemende personeelstekort in de zorg zet de toegankelijkheid onder druk. Om de zorg toegankelijk te houden zal de zorg de productiviteit moeten verbeteren (meer patiënten bedienen met minder mensen) en deze passender moeten leveren (minder zorg op de huidige populatie). Met de huidige manier van werken zouden we ~47.000 medewerkers tekort hebben voor de medisch specialistische zorg in 2033. Dat is 14% van het toekomstig benodigde personeel. En vandaag de dag ligt al 46% van de toegangstijden tot poliklinische medisch specialistische zorg hoger dan de treetnorm.

Focusklinieken bieden een specifiek deel van het pallet van zorg van algemene ziekenhuizen, gericht op hoog-volume / veel voorkomende zorg. Dat heeft als voordeel dat ze hun organisatiemodel voor een veel smaller pallet aan zorg kunnen optimaliseren. Daardoor kunnen focusklinieken zich vaak onderscheiden op het gebied van patiëntvriendelijkheid en efficiëntie.

Zelfstandige Klinieken Nederland heeft Strategy& gevraagd om in kaart te brengen hoeveel het efficiëntiepotentieel van focusklinieken zou kunnen bijdragen aan het toegankelijkheidsvraagstuk en op welke wijze dit potentieel kan worden gerealiseerd.

## Onderzoeksverantwoording

Op basis van interviews (o.a. medisch specialisten, management, benchmark experts) en wetenschappelijke publicaties is het efficiëntie voordeel van focusklinieken versus geïntegreerde ziekenhuizen ingeschat. De MSZ-omzet in Nederland is verdeeld naar 4 zorgtypen (acute zorg, electieve interventies, diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg) en een inschatting gemaakt welk % electieve interventies van het totaal in een focuskliniek setting gedaan zou kunnen worden (o.b.v. literatuur en inschattingen van de ASA 1-2 populatie). Tot slot is het efficiëntie-potentieel op deze basis vertaald naar een verlaging van toekomstige personeelsinzet en afgezet tegen het verwachte personeelstekort.

Een brede groep van experts vanuit de patiëntenfederatie, verzekeraars, wetenschap en zorgaanbieders heeft meegelezen op een conceptversie en input gegeven op mogelijke knelpunten en oplossingsrichtingen.

## Focusklinieken hebben organisatorisch voordeel ten opzichte van ziekenhuizen

Geïntegreerde ziekenhuizen bieden acute zorg, chronische zorg én electieve zorg onder één dak. De logica van alle zorg onder een dak is sterk voor bijvoorbeeld de acute zorg, de diagnose- en indicatiestelling voor ongedifferentieerde complexe zorgvragen en het uitvoeren van interventies waarvoor IC achterwacht nodig is.

De keerzijde van alles onder één dak is dat het voor geen van de zorgvormen optimaal is georganiseerd. In de basis biedt daarom het ontvlechten van de zorg in verschillende organisatievormen voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg potentieel voor productiviteitsverbetering. Dit is ook in lijn met de oproep van de NVZ om bekostiging te differentiëren naar verschillende typen zorg.

Focusklinieken hebben inmiddels al een fors marktaandeel in Nederland (ca. 6% van het budget en ca. 17% van het aantal patiënten). Focusklinieken zijn als business model innovatie vanuit ziekenhuizen ontstaan om in een eenvoudiger organisatie (zonder acute zorg en chronische zorg) zo efficiënt en klantgericht mogelijk aandoeningen te behandelen voor patiënten met een enkelvoudige, heldere zorgvraag.

Gefocust organiseren van hoog-volume electieve interventies in een separate organisatievorm ('buiten' een complexe ziekenhuisorganisatie) leidt tot hogere efficiëntie en dus lagere kosten en personeelsinzet per interventie, zonder in te boeten op zorgkwaliteit. Er is minder overhead nodig om een grote diversiteit aan activiteiten te coördineren, toegewijde (OK-)teams zijn goed op elkaar ingespeeld, routine en gestandaardiseerde werkwijzen verkorten operatietijden en er is continue aandacht voor 'operational excellence' om steeds efficiënter te worden.

# Samenvatting (2/5)

Internationaal empirisch onderzoek laat zien dat 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is op hoog-volume ingrepen in een focuskliniek t.o.v. een geïntegreerd ziekenhuis. De inschattingen in dit onderzoek op basis van focuskliniekdata en interviews met specialisten (operateurs) wijst op een verschil van 30-40% minder OK-tijd per ingreep voor bijvoorbeeld cataracten, knie- en heupprothesen, en hand- en polschirurgie. Focusklinieken die operationeel (bijna) volledig zelfstandig zijn van ziekenhuizen realiseren een hogere efficiëntieverbetering dan focusklinieken die operationeel nog (deels) verweven zijn met een ziekenhuis (vb. gedeeld personeel, gedeelde roosters, gedeelde inkoop, etc.).

**Potentieel van focusklinieken: 9.000 – 14.000 zorgmedewerkers m.b.t. electieve interventies vrijspelen door hogere arbeidsproductiviteit**

Een deel van de electieve zorg die nu nog in UMC's, STZ- en algemene ziekenhuizen gebeurt kan efficiënter plaatsvinden in een focuskliniek. Onze inschatting is dat tot €2,8mld extra aan additionele electieve zorgvolumes in een focuskliniek 'setting'<sup>1)</sup> kan worden uitgevoerd. De resulterende productiviteitswinst zou 9.000 - 14.000 zorgmedewerkers kunnen vrijspelen – 20-30% van het verwachte arbeidstekort in 2033.

In de praktijk moet deze potentie vertaald worden naar de regionale context en kan dit als concrete bijdrage aan toekomstige personeelstekorten ingebracht worden op regionale transformatietafels. De potentie per regio is afhankelijk van het verwachte personeelstekort en het aandeel electieve zorg dat nu in geïntegreerde ziekenhuizen geleverd wordt en in focusklinieken geleverd kan worden.

**Verder ontvlechten van diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg kan in potentie 29-46k medewerkers vrijspelen**

Ook voor andere zorgtypen dan electieve interventies kunnen gefocuste organisatievormen van meerwaarde zijn. Sommige ziekenhuizen richten hun organisatievorm op het samenwerken over domeinen (Wlz en Zvw) heen voor complexe zorgvraag voor ouderen en chronisch zieken.

Ook zijn er focusklinieken die zich richten op specifieke chronische aandoeningen (bijv. Diabetes) en aanbieders die zich met nieuwe hybride zorgpaden richten op *disease management* van meerdere chronische aandoeningen (bijv. Zorg bij Jou van de Santeon ziekenhuizen). Hun marktaandeel is nog fors lager dan het aandeel van de focusklinieken in de interventies. Toch heeft in bredere zin het ontvlechten van diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg en daarbij sturen op efficiëntie een fors arbeidsbesparingspotentieel

- Voor diagnose en indicatiestelling: Eerdere praktijkervaringen / evaluaties laten zien dat een volumereductie van 10-15% reëel is indien er programmatisch werk wordt gemaakt van verantwoorde volumereductie. Voorbeelden vanuit klinieken die zich richten op diagnose- en indicatiestelling van (meervoudig) complexe patiënten ondersteunen dit potentieel. Opgeschaald naar het totale electieve zorgvolume kan dit in potentie ca. 14.000-23.000 zorgmedewerkers in de toekomst vrijspelen.
- Voor chronische zorg biedt een gerichte, niet-traditionele organisatievorm potentieel ook voordelen waarbij het zorgvolume o.b.v. praktijkervaringen met 30-50% gereduceerd kan worden door fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatievorm. Op basis van de inschatting dat dit zou gelden voor 50% van de totale inzet op chronische zorg *disease management* zou dat ca. 6.000-9.000 zorgmedewerkers vrijspelen.

In totaal ontsluit ontvlechting van verschillende zorgtypen naar gefocuste, passende organisatievormen een totaalpotentieel om zo'n 29.000 – 46.000 zorgmedewerkers vrij te spelen, ofwel ca. 60-100% van het personeelstekort voor de MSZ in 2033.

De mate waarin het potentieel kan worden gerealiseerd is afhankelijk van de mate waarin het efficiëntievoordeel kan samengaan met passende zorg, en de mate waarin volumeverschuivingen naar focusklinieken kunnen plaatsvinden zonder de noodzakelijke infrastructuur van geïntegreerde ziekenhuizen uit te hollen.

# Samenvatting (3/5)

## **Maatschappelijk incasseren van het potentieel vraagt van focusklinieken een agenda op passende zorg**

Een eerste voorwaarde om het maatschappelijk potentieel te realiseren is dat focusklinieken een agenda maken van passende zorg. Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot supply induced demand: het hardnekkige gegeven dat nieuw aanbod ook leidt tot meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling voor ingrepen. Er is inmiddels veel bewijs voor de stelling dat indicatiestelling een grijs gebied is. Het risico op supply induced demand ontstaat bij het 'vullen' van nieuw geopende focusklinieken, maar ook bij het opvullen van eventueel vrijgekomen ruimte in ziekenhuizen.

Hierin schuilt echter ook direct de sleutel: aandacht voor passende diagnose- en indicatiestelling biedt juist ook de potentie om het aantal electieve interventies verantwoord te reduceren. Door de diagnose- en indicatiestelling separaat te organiseren van de uitvoering van interventies én separaat te bekostigen verdwijnt de prikkel voor ruimere indicatiestelling. Hierdoor kan er worden 'geïnvesteerd' in passende indicatiestelling wat leidt tot een verdienmodel op passende zorg in plaats van omzetverlies. Voorbeelden van ziekenhuizen én klinieken die zich bewust inrichten op passende diagnose en indicatiestelling laten zien dat dit ook in de praktijk werkt en bovendien een fors verbeterpotentieel kent. (bijvoorbeeld: focuskliniek 'Rugpoli' richt zich alleen op diagnose- en indicatiestelling en conservatieve behandeling – 50% van de patiënten met een tertiaire verwijzing voor operatie wordt alsnog conservatief behandeld). Dit laat zien dat efficiënte en passende zorg hand in hand kunnen en moeten gaan om maatschappelijk te renderen.

Om een volumeverschuiving naar focusklinieken te legitimeren, zullen klinieken dus (naast efficiëntie) ook transparant en inzichtelijk moeten maken hoe zij werk maken van passende indicatiestelling. Bijvoorbeeld: eigen werkwijze en praktijkvariatie benchmarken en transparant maken, passende zorg opnemen in het ZKN-keurmerk, scheiding tussen indicatiestelling en interventie organiseren, eigen passende zorg praktijken delen en praktijken van elders overnemen, etc.

## **Volumeverschuiving naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit vraagt een herschikking van het zorglandschap**

Een tweede voorwaarde is dat er een antwoord nodig is op de mogelijke schaaluitdagingen van geïntegreerde ziekenhuizen als gevolg van volumeverschuivingen. De concurrentie van focusklinieken kan voor ziekenhuizen al snel als oneerlijk worden ervaren, juist omdat zelfstandige klinieken niet de kosten hoeven te dragen van een geïntegreerd aanbod. De volumes binnen ziekenhuizen die in theorie te verschuiven zijn, zijn deels simpelweg noodzakelijk als inkomsten voor algemene beschikbaarheidsfuncties. Minder volume leidt dan al snel tot (schaal)uitdagingen voor regionale ziekenhuizen, vooral m.b.t. dienstbezetting voor de acute zorg, maar mogelijk ook m.b.t. opleidingen. Dit kan betekenen dat continuïteit van acute zorg in het geding komt of dat verzekeraars dubbel moeten betalen: voor nieuwe efficiënte capaciteit én voor de inefficiëntie van de bestaande capaciteit.

Dit legt een grote verantwoordelijkheid bij verzekeraars om enerzijds volumes te leiden naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit en anderzijds minimale schaal voor acute zorg in stand houden. Recht doen aan beide kanten vraagt een herschikking van het zorglandschap, met als contouren voor een nieuwe positionering:

- *Focusklinieken voor enkelvoudige medische, planbare zorgvragen*: bijdrage leveren aan toegankelijkheid door hoge arbeidsproductiviteit én passende zorg. Waar mogelijk samenwerken met ziekenhuizen op het gebied van dienstroosters voor acute beschikbaarheidsfuncties, opleiden van nieuwe artsen en personeel en gebruik maken van vrijkomende infrastructuur in ziekenhuizen
- *Algemene ziekenhuizen voor (meervoudig) medisch-maatschappelijk complexe zorgvragen*: Ziekenhuizen kunnen niet alles blijven doen en zullen zich opnieuw moeten uitvinden in verbinding met het regionale netwerk (huisartsen, VVT sociaal domein), als 'community hospitals', m.n. gericht op kwetsbare multimorbide ouderen, voor- / nazorg bij complexe zorgvragen en ingrepen die IC achterwacht vereisen
- *UMC's en STZ voor meervoudig medisch complexe zorgvragen*: Basiszorg kan deels verschuiven naar algemene ziekenhuizen om schaalproblematiek daar te voorkomen. Eventueel verdere concentratie van functies/ (sub)specialismen tussen UMC's en/of STZ om schaalproblematiek op dat niveau op te lossen.

# Samenvatting (4/5)

## Opgave voor ZKN

Klinieken kunnen vanuit innovatie- en veranderkracht een maatschappelijke motor vormen voor werkwijzen die bijdragen aan het verlagen van personeelsbehoefte.

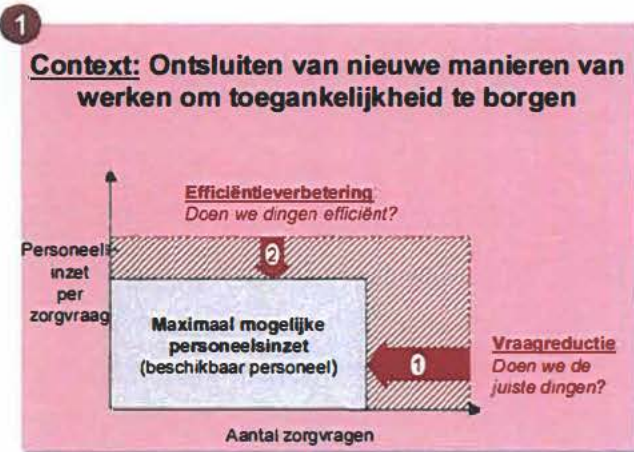
- 1. Agenda versterken op passende zorg:** Toon aan dat de ZKN werkwijze leidt tot zorg van gelijke of betere kwaliteit in combinatie met vermindering van de behoefte aan toekomstig personeel en reduceer het risico van supply induced demand
  - Inventariseer, ontwikkel en implementeer passende praktijken die leiden tot reductie van toekomstige personeelsbehoefte vanuit focusklinieken
  - Modelleer interne organisaties o.b.v. het onderscheid tussen diagnose- en indicatiestelling en behandeling om de inzet op efficiënte én passende zorg zoveel mogelijk institutioneel en voor stakeholders zichtbaar te maken
  - Verken op welke manier ZKN met haar keurmerk een bijdrage kan leveren aan het transparant maken van passende zorg praktijken en werkwijzen
  - Biedt vanuit transparantie de legitimerende rugdekking aan verzekeraars om in de contractering volume om te buigen naar aanbieders met hoge arbeidsproductiviteit én passende indicatiestelling
- 2. Inbrengen van de potentie in regio's:** Speel een actieve rol in regionale transformatietafels en draag oplossingen aan die bijdragen het verminderen van personeelstekort in de regionale context
  - Organiseer een aanspreekpunt voor verzekeraars en collega-zorgaanbieders op regio-niveau om aan tafel te kunnen komen
  - Stel gezamenlijk een personeelsplan op voor de regio waarbij schaars personeel zo efficiënt en effectief mogelijk ingezet wordt
  - Vertaal de potentie van focusklinieken naar de regionale context en maak afspraken met verzekeraars en aanbieders hoe daar invulling aan te geven
- 3. Helpen ondervangen van schaaluitdagingen van ziekenhuizen:** verken op welke manieren focusklinieken kunnen helpen bij het reduceren van minimale schaaluitdagingen van ziekenhuizen, bijvoorbeeld bij het ondervangen van acute zorg diensten en door bij te dragen aan gezamenlijke oplossingen m.b.t. opleidingen

## Opgave m.b.t. (her)organisatie van de zorg voor overheid en verzekeraars

Er is flankerend beleid nodig om tot een bredere herschikking van het zorglandschap te komen en deze beweging maatschappelijk te laten renderen.

- 1. Ondersteunen van de ontvlechting in vier zorgtypen:** Geef een impuls aan nieuwe werkwijzen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en klantgerichtheid door te erkennen dat verschillende zorgtypen een andere optimale organisatievorm en bekostiging vragen (in lijn met de oproep van de NVZ over passende bekostiging)
  - Werk alternatieve bekostigingsmethoden uit (gedifferentieerd naar zorgmodel) die de transformatie ondersteunt, met mogelijk ook tariefsdifferentiatie naar type (o.b.v. complexiteit)
  - Breng belemmeringen in het stelsel voor de zorgtypen in kaart en neem deze weg (bijv. schotten tussen WLZ en ZVW, bijvoorbeeld in de chronische zorg)
- 2. Opzetten van landelijke infrastructuur voor passende praktijken:** maak transparant op welke praktijken bijdragen aan het verminderen van personeelstekorten, zowel op het gebied van primaire zorgprocessen als van de organisatie van de zorg, en gericht op efficiëntie en doelmatigheid
- 3. Verkennen van een herschikking van patiëntstromen en het zorglandschap:** voer regie op de herschikking van het zorglandschap die nodig is om de zorg toegankelijk te houden. Bij de transitie dient wel oog te zijn voor de belangen die spelen, maar gevestigde belangen mogen niet leiden tot behoud van de status quo
  - Breng in kaart hoeveel basiszorg gespreid kan worden vanuit STZ-huizen en UMC's (dichterbij) naar regionale ziekenhuizen en klinieken
  - Verken – indien dit tot schaalproblemen bij STZ-huizen en UMC's leidt – in hoeverre concentratie van functies hier een oplossing kan zijn
  - Verken de minimaal benodigde acute zorg infrastructuur en op hoeveel plekken die noodzakelijk en mogelijk is
  - Verken welke functies en infrastructuur een herpositionering van algemene ziekenhuizen tot 'community hospitals' vraagt
  - Zet beschikbare (IZA-)transformatiemiddelen in om frictiekosten op het gebied van aanbod en organisatie van zorg te dekken

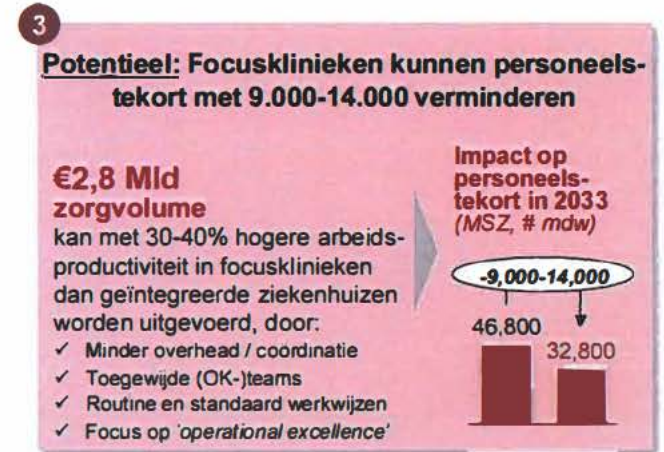
# Samenvatting (5/5)



**2**

**Perspectief: Passende én efficiënte zorg vereist passende organisatiemodellen en bekostiging**

Model	Organisatievorm: focus	Bekostiging
Diagnostiek & indicatie	Passende indicatiestelling: samen beslissen, etc	PxQ (fee-for-service)
Electieve interventies	Operational excellence	PxQ (fee-for-outcome)
Chronische zorg	Hybride zorg en netwerk samenwerking	Abonnementstarief
Acute zorg	Brede expertise en schaal	Beschikbaarheidsbijdrage



- 4**
- Klinieken: Agenda op passende zorg**
- Efficiëntie** **Passende zorg**
- Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand'
- ❑ Transparant maken hoe klinieken werk maken van passende indicatiestelling
  - ❑ Separaat organiseren en bekostigen van diagnose- en indicatiestelling en interventies



- 6**
- Operationalisatie: Praktische aanbevelingen voor ZKN, overheid en verzekeraars**
- ZKN:** bijdrage leveren aan regionale transformatietafels
- Inbrengen van het efficiëntiepotentieel als oplossingsrichting voor regionale personeelstekorten
  - Samenwerken met ziekenhuizen en helpen ondervangen van schaaluitdagingen
- Overheid en verzekeraars:** stimuleren van passende organisatievormen en passende bekostiging
- Passende praktijken, ook in organisatie van zorg
  - Passende bekostiging, gedifferentieerd naar type zorg

# Inhoudsopgave

---

1. Samenvatting
2. **Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en toegankelijkheid te borgen**
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix



# Het toenemende personeelstekort in de zorg zet de toegankelijkheid onder druk

## Transitiedoelen uit het conceptaanvullend zorg en welzijn akkoord<sup>1</sup>

### Transitiedoel 1: Vrijspelen van personeel

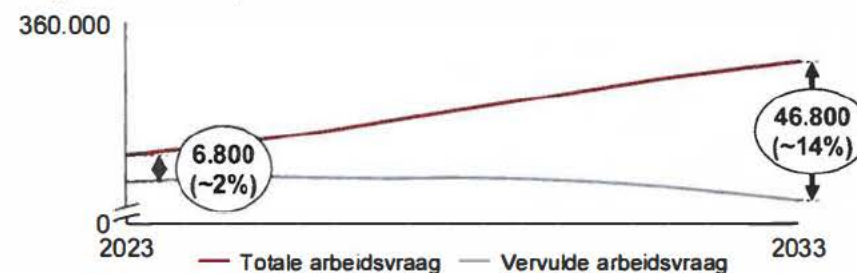
De grootste bedreiging van gelijkwaardige toegang tot zorg is het personeelstekort. De zorgvraag blijft toenemen tot 2040 en neemt pas af in 2060. Uitgaande van het prognosemodel Zorg & Welzijn moeten we tot en met 2033 de behoefte aan personele inzet van zorgmedewerkers in de medisch specialistische zorg met 47.000 verminderen om daarmee de zorg toegankelijk te houden

### Transitiedoel 2: Gelijkwaardige toegang

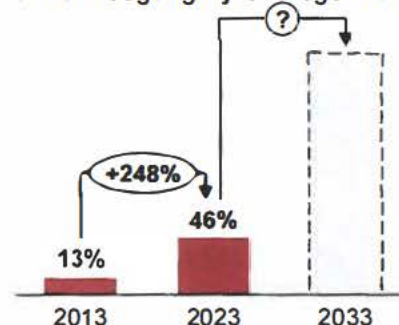
Mensen in Nederland moeten merken dat de toegang tot passende zorg gelijkwaardiger wordt, ongeacht waar je woont, hoeveel geld je hebt of wat je aandoening is. Daarvoor moeten we o.a. de wachttijden voor gelijkwaardige toegang tot passende zorg transparant maken en binnen hiervoor geschikte normen brengen.

## Illustratie

Prognose van het personeelstekort in de MSZ<sup>2</sup>



% van toegangstijden hoger dan de treetnorm<sup>3</sup>



*“Patiënten vragen zich hardop af: Kunnen wij over tien jaar nog wel de zorg krijgen die wij nodig hebben?”*

- Patiëntenfederatie

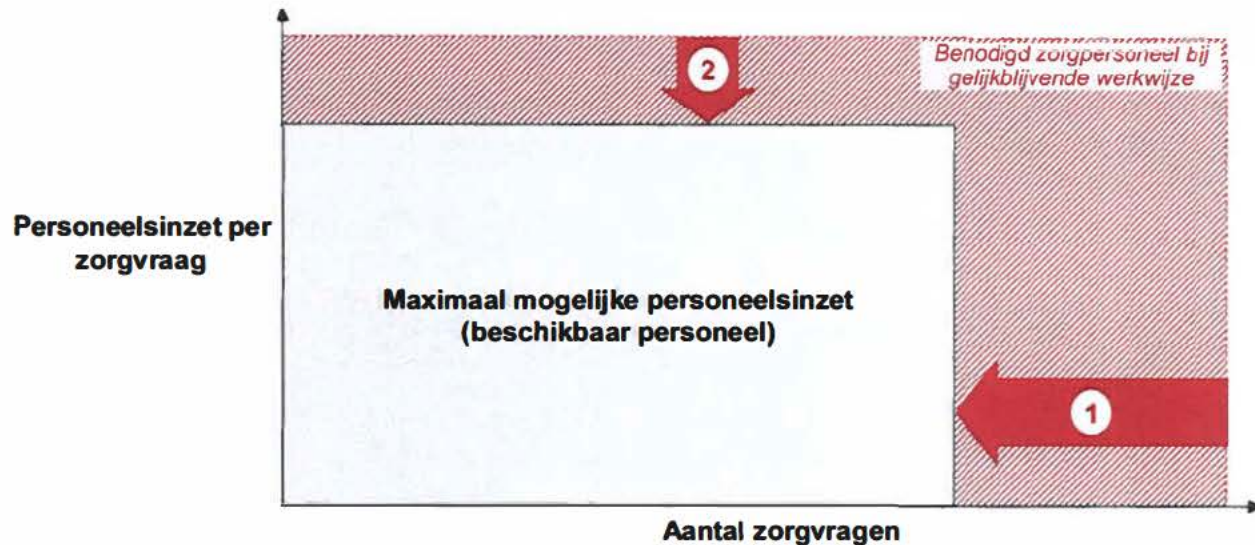
1) Bron: Concept aanvullende Zorg en Welzijn akkoord, gespecificeerd voor de MSZ

2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)

3) Bron: 1) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25) en CBS. 2) VZ info Wachttijd langer dan Treetnorm behandeling (2024); voor zover de helaas gebrekkige informatie over wachttijden hier een betrouwbaar beeld van schets!

# Zorgaanbieders moeten manieren van werken ontsluiten om personeelsbehoefte te verminderen (via vraagreductie en efficiëntieverbetering)

Twee sturingsopties: vraagreductie en productiviteitsverbetering



- 1 **Vraagreductie: verminderen aantal zorgvragen (Doen we de juiste dingen?)**

**Voorbeeld:** voorkomen van onnodige of te voorkomen consulten/ interventies (via passende indicatiestelling, demedicalisering, etc.)

- 2 **Efficiëntieverbetering: verlagen personeelsinzet per zorgvraag (Doen we dingen efficiënt?)**

**Voorbeeld:** verbeteren OK-output per dagdeel (door procesverbeteringen)

Verzekeraars moeten sturen op toegankelijkheid en de schaarse capaciteit/ personeel verdelen door keuzes in de inkoop te maken welke zorg het beste door welke aanbieder geleverd kan worden (op de meest passende manier én met de hoogste arbeidsproductiviteit)



# Inhoudsopgave

---

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
- 3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet**
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

# Focusklinieken bieden deel van het pallet van zorg van algemene ziekenhuizen en optimaliseren hun organisatiemodel daarvoor

**(Geïntegreerde) ziekenhuizen bieden alles onder één dak om o.a. te voorzien in ongedifferentieerde en acute zorgvraag**



Er is een sterke logica om diverse specialismen en zorgtypen onder één dak te organiseren

- Geïntegreerde ziekenhuizen zijn per definitie nodig voor acute zorg, diagnose- en indicatiestelling voor ongedifferentieerde complexe zorgvragen en het uitvoeren van electieve interventies waarvoor intensive care achterwacht nodig is
- Daarnaast geldt de maatschappelijke verwachting rondom toegankelijkheid van zorg in de volle breedte en niet voor bijvoorbeeld alleen cataracten en heupvervangingen

*>> De keerzijde van alles onder één dak is dat het voor geen van de zorgtypen écht optimaal is georganiseerd*

**Focusklinieken richten zich op het efficiënt en klantgericht behandelen van specifieke (planbare) zorgaandoeningen**



Ontvlechten van zorg naar gefocuste organisatievormen voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg biedt potentieel voor productiviteitsverbetering

- Focusklinieken zijn als 'business model innovatie' ontstaan en bieden een klein, specifiek deel van het zorgpallet van een geïntegreerd ziekenhuis
- Dit heeft als voordeel dat het organisatiemodel voor een smaller pallet aan zorg geoptimaliseerd kan worden
- Hierdoor kunnen focusklinieken zich vaak onderscheiden van geïntegreerde ziekenhuizen op efficiëntie en patiëntvriendelijkheid

# In bredere zin biedt het *ontvlechten* van zorg naar toegespitste organisatievormen potentieel voor efficiëntie en passende volumes

Zorgtype/ business model	Patiëntbehoefte	Zorgactiviteit	Maatschappelijke waarde	Passende organisatievorm	Passende bekostiging
 <b>Diagnostiek &amp; indicatie</b>	Begrijpen wat er aan de hand is en wat daar aan gedaan kan worden	Adviseren	<b>Vraagreductie:</b> Tijd voor betere indicatiestelling leidt tot passende behandelkeuzes (veelal tot minder/ conservatievere ingrijpen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tijd en ruimte voor (gezamenlijke) besluitvorming en multidisciplinaire diagnostiek</li> </ul>	PxQ (fee-for-service)
 <b>Electieve interventies</b>	Zo goed mogelijk uitvoeren van een interventie	Behandelen	<b>Efficiëntie:</b> met hetzelfde personeel meer zorg verlenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continue aandacht voor <i>operational excellence</i> en transparantie op uitkomsten</li> </ul>	PxQ (fee-for-outcome)
 <b>Chronische zorg</b>	Begeleid worden bij het leren leven met de chronische ziekte	Begeleiden/ monitoren	<b>Vraagreductie en efficiëntieslag</b> vanuit digitaal en transmuraal zorgpad redesign	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruimte voor digitale tools en ketensamenwerking (zorgpad inrichten vanuit het perspectief van de patiënt, niet aanbieder)</li> </ul>	Abonnements-tarief
 <b>Acute zorg</b>	Acuut geholpen worden wanneer nodig	Opvangen (adviseren/ behandelen)	<b>Beschikbaarheid</b> van acute zorg organiseren en voorkomen van instroom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brede expertise en zekere schaalgrootte nodig om beschikbaarheid te kunnen garanderen</li> </ul>	Beschikbaarheidsbijdrage

# Inhoudsopgave

---

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. **Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort**
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix



# Organiseren van electieve interventies in een focuskliniek leidt tot hogere efficiëntie: lagere kosten en personeelsinzet per ingreep

## Een focuskliniek richt zich op efficiënt en gestandaardiseerd uitvoeren van een beperkt aantal electieve interventietypes

Hoog-volume electieve interventies gefocust organiseren in een separate organisatievorm ('buiten' een complex ziekenhuis) leidt tot hogere efficiëntie en dus lagere kosten en personeelsinzet per interventie door diverse factoren, die zijn geïdentificeerd op basis van interviews met specialisten en experts:



**Beperkte overhead:** minder management- en ondersteunende functies nodig om een grote diversiteit aan activiteiten en personeel te coördineren



**Toegewijde (OK-)teams:** kleine, stabiele OK-teams die goed op elkaar zijn ingespeeld (m.n. anesthesiologie) én waarbij wordt (door)geselecteerd op culturele fit én prestaties



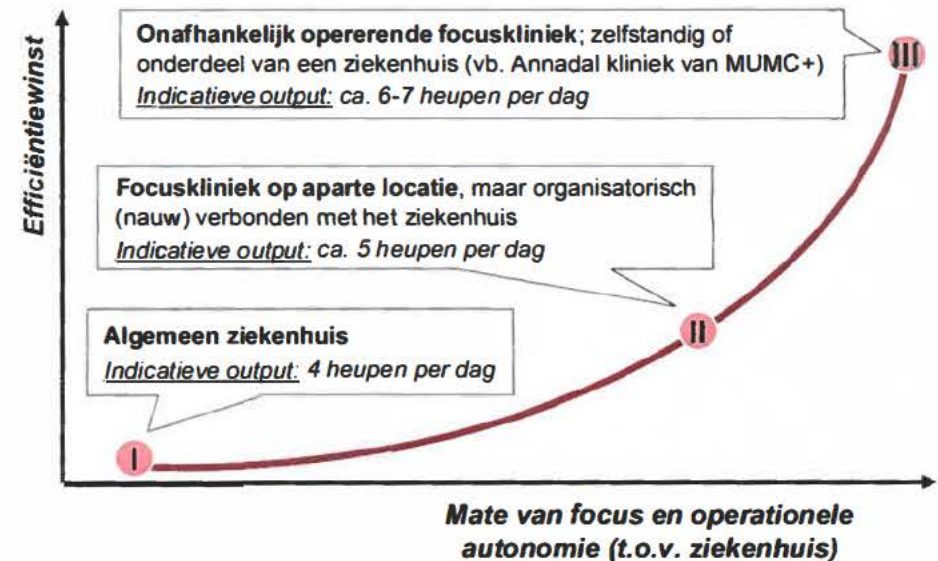
**Standaardisatie:** routine door vaak uitvoeren van dezelfde ingrepen en gestandaardiseerde werkwijzen vergroten voorspelbaarheid en verkorten operatietijden



**Continu verbeteren:** cultuur en aansturing gericht op leren en snel verbeteren t.o.v. heldere resultaat-KPI's (output/benutting/kwaliteit): 'wat kunnen we doen om extra output te realiseren?'

## Operationeel onafhankelijke / autonome focusklinieken blijken het meest efficiënt in termen van output per dag

Focusklinieken die operationeel (bijna) volledig zelfstandig zijn van ziekenhuizen realiseren een hogere efficiëntie dan focusklinieken die operationeel nog deels verweven zijn met een ziekenhuis (bijvoorbeeld: gedeeld personeel en roosters, gedeelde inkoop, etc.).



# O.b.v. wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen schatten we in dat focusklinieken planbare ingrepen ca. 30-40% efficiënter uitvoeren

**Internationaal onderzoek laat zien dat ca. 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is in een focuskliniek t.o.v. ziekenhuis**

Studie	Ingreep	Impact op tijd	Toelichting op impact
Enodien et al. 2022	Buikwandbreuken	-53%	• 36 (kliniek) vs. 76 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Gulati et al. 2019	Cataract	-40%	• 16 minuten langere gemiddelde totale OK tijd in het ziekenhuis, en 5 minuten langere wisseltijden
Hair et al. 2013	Diverse	-39%	• 83 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Iweala et al. 2019	Diverse orthopedische	-35%	• 88 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Imran et al. 2019	Diverse	-27%	• 56,2 (kliniek) vs. 77,4 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en significante verschillen in de wisseltijd, inleiding en uitleiding
Kruse et al. 2019	Cataract	-20%	• 4,2 activiteiten (kliniek) vs. 5,5 (ziekenhuis) • Activiteiten waaronder diagnostisch, anesthesiologisch, verpleging, consulten
Condron et al. 2022	Reconstructie voorste kruisband	-12%	• 91,5 (kliniek) vs. 105 (ziekenhuis) minuten operatietijd
MacKoul et al. 2019	Baarmoeder- verwijdering	-12%	• 53,7 (kliniek) vs. 61,3 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en 12 min minder anesthesietijd

**Ook in NL zien we o.b.v. kliniekdata en gesprekken met specialisten dat focusklinieken 30-40% efficiënter zijn<sup>1</sup>**

Type ingreep	Reductie OK-tijd	Toelichting op impactinschatting
Proctologie <sup>3</sup>	-50%	Gemiddeld 8-10 ingrepen per sessie in een kliniek en ongeveer de helft daarvan in een ziekenhuis
Hand- en polschirurgie <sup>2</sup>	-45%	Gemiddeld 14 operaties per sessie in klinieken gedreven door een effectieve planning van ingreepsoorten vs. 8 in ziekenhuizen
Cataract	-40%	Gemiddeld 6-7 per sessie in een algemeen ziekenhuis vs. 11-12 cataracten per sessie in een geoptimaliseerde kliniek
Totale heup prothese	-35%	Efficiëntie m.n. gedreven door kortere wisseltijden en anesthesie; gemiddeld 4-5 ingrepen vs. 6-8 ingrepen per sessie
Totale knie prothese	-30%	Gemiddeld 4-5 per sessie in een algemeen ziekenhuis vs. 6-7 per sessie in een focuskliniek

**Gehanteerde impact: -30-40%**

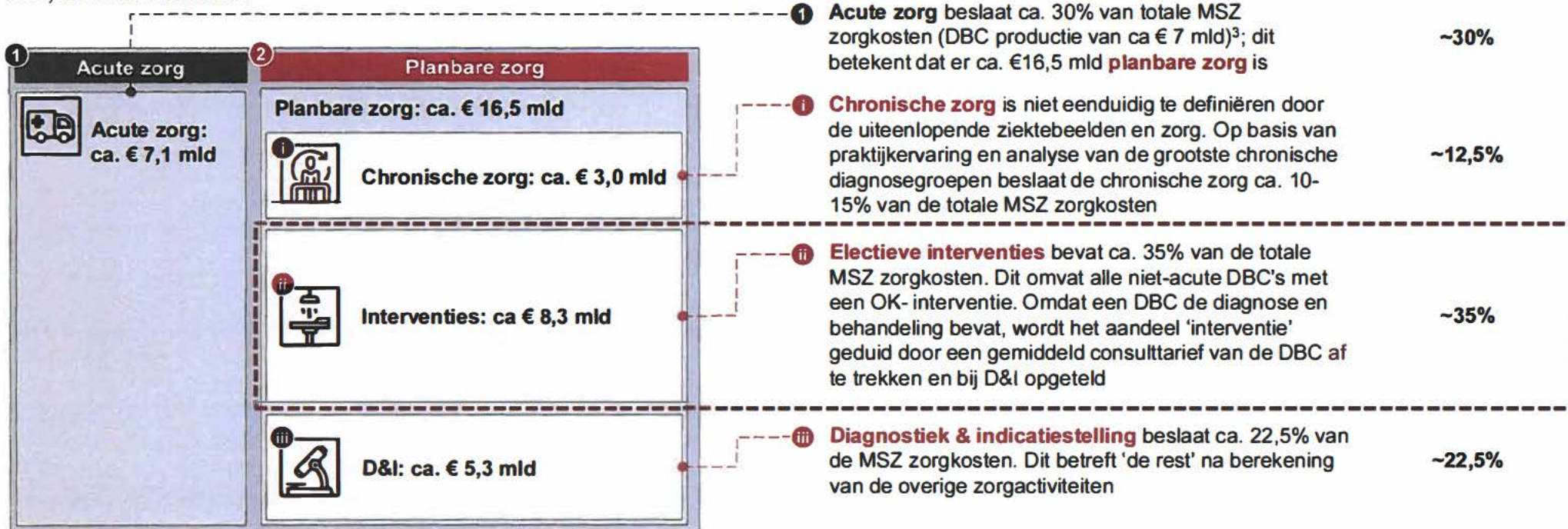
1) Bij dezelfde ingrepen op vergelijkbare patiëntmix – gebaseerd op OK-data van zelfstandige focusklinieken en interviews met specialisten (operateur) en experts met ervaring in ziekenhuizen en focusklinieken  
 2) O.a. carpal tunnel release, trigger finger release, kijkoperaties van de pols en skidurm herstel, het verschil wordt geobserveerd ondanks dat in klinieken deze ingrepen op OK plaatsvinden en in ziekenhuizen veelal op de POK  
 3) Waarvoor hemorroidopexie, hemorroidectomie en fissurectomie op OK

# Om de basis te bepalen waarop dit potentieel gerealiseerd kan worden is eerst het totaal volume aan electieve interventies benaderd

## Verdeling van de medisch specialistische zorg (2023)

Volledige MSZ: € 23,6 mld<sup>1</sup>

302,000 medewerkers<sup>2</sup>



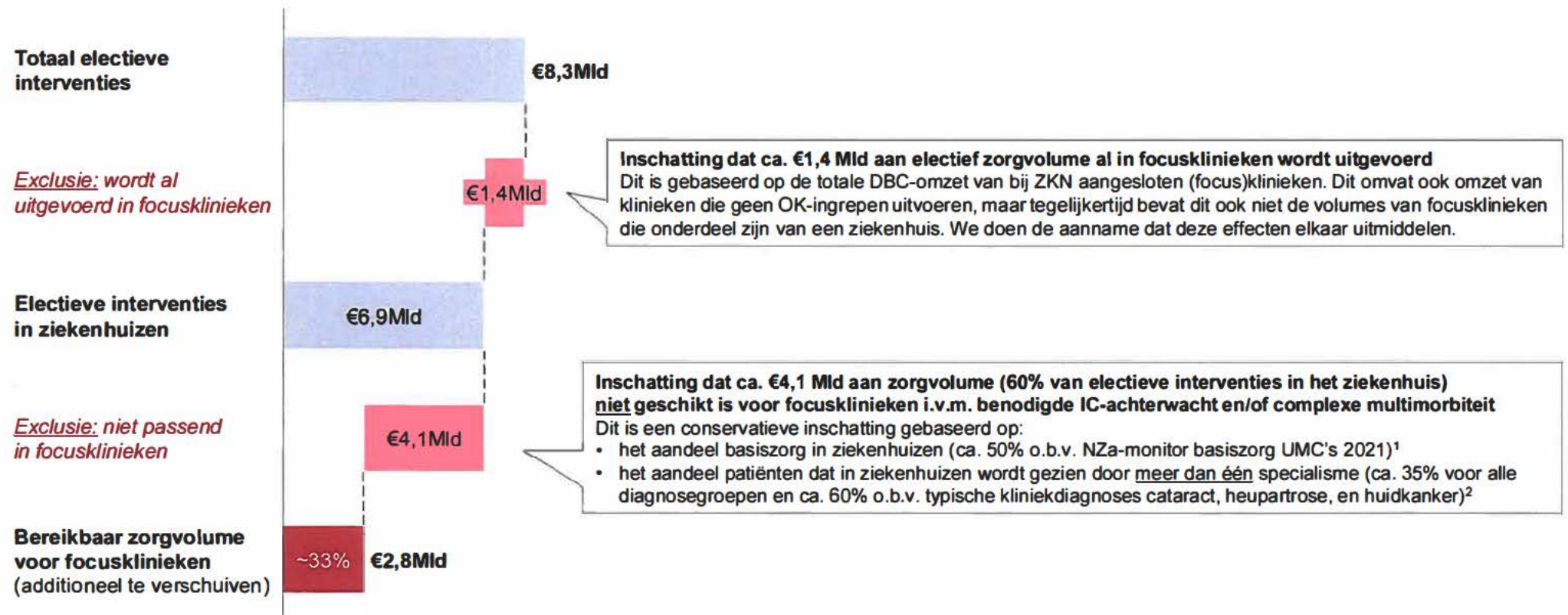
● / ● Volgorde berekening

1) Bron: Vektis data (2023, excl. DGM en OVPs);

2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)

3) Bron: Strategy& analyse o.b.v. ervaring elders a.d.h.v. DOTS die binnen 24 uur van een SEH bezoek zijn geopend. Getallen kunnen afwijken o.b.v. afrondingen

Vervolgens hebben we ingeschat welk deel van het electieve volume nog bereikbaar is voor verschuiving naar focusklinieken: ca. €2,8Mld



# Landelijk besparingspotentieel van verschuiving electieve zorg naar focuskliniek setting schatten we op ca. 9.000-14.000 zorgmedewerkers

Impactpotentieel (per ingreep)

**30-40% efficiëntiewinst**

- Organiseren van hoog-volume electieve interventies in een focuskliniek leidt tot hogere efficiëntie t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen
- Internationaal wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen in Nederland laten zien dat focus-klinieken planbare ingrepen ca. 30-40% efficiënter uitvoeren (meer output in dezelfde tijd)

Bereikbaar zorgvolume

**€2,8 mld zorgvolume**  
(~33% van €8,3m aan electieve OK-ingrepen)

- ca. € 8,3mld aan zorgvolume betreft electieve OK-ingrepen (ca. 35% van totale DBC-omzet)<sup>1</sup>
- Hiervan vindt een deel al plaats in focusklinieken (ca. €1,4 mld)<sup>2</sup> en is een deel niet geschikt voor focusklinieken i.v.m. benodigde IC-achterwacht en/of multimorbiditeit (conservatieve inschatting: 60% van electief volume in ziekenhuizen is niet geschikt voor focusklinieken)<sup>3</sup>
- Daarmee resteert ca. 33% van de totale electieve interventies die additioneel zou kunnen plaatsvinden binnen een focuskliniek




Landelijk besparingspotentieel

**9.000 - 14.200 zorgmedewerkers**  
(€0,7 - €1,1 mld zorgvolume)

- Op landelijk niveau bedraagt de potentiële besparing door electieve zorg in focuskliniek setting uit te voeren zo'n €0,7-1,1 mld aan zorgkosten, gedreven door efficiëntieverbetering
- Deze besparing staat gelijk aan zo'n 4-5% van de totale DBC-omzet in de MSZ en daarmee dus zo'n 9.000-14.200 medewerkers, die vrijgespeeld kunnen worden t.b.v. verbetering toegankelijkheid<sup>4</sup>
- Hiermee wordt zo'n 20-30% van het verwachte personeelstekort in de MSZ per 2033 opgelost<sup>5</sup>

1) Dit omvat omzet van alle niet-acute DBC's met een OK interventie, minus de kosten van diagnose en indicatiestelling (zie appendix voor details); 2) €1,4 mld gebaseerd op de totale DBC-omzet van ZKN-focusklinieken; 3) 60% gebaseerd op het aandeel patiënten dat gezien wordt door max. 1 specialisme en aandeel basiszorg in ziekenhuizen o.b.v. monitor basiszorg UMC's (2021), als benadering voor het aandeel ASA 3-4 patiënten; 4) Gebaseerd op de totale DBC-omzet in de MSZ van 23,6 mld (Vektis data 2023) en een totaal aantal zorgmedewerkers in de MSZ van 302.000 (prognosemodel Z&W, 2023); 5) Het verwachte personeelstekort in de MSZ per 2033 is 46.800 medewerkers (prognosemodel Z&W). Getallen kunnen afwijken o.b.v. afrondingen

# Breder zien we dat gefocuste, passende organisatievormen én daarbij sturen op passende volumes en efficiëntie forse besparingspotentie biedt

Zorgtype	Passende organisatievorm	Impactpotentieel	Bereikbaar zorgvolume	Landelijk potentieel
 Electieve interventies	Focuskliniek gericht op uitvoeren hoog-volume electieve interventies met aandacht voor 'operational excellence'	<b>30-40% efficiëntiewinst</b> door hoger aantal interventies in dezelfde tijd; impact o.b.v. internationaal onderzoek en praktijkervaringen in NL	<b>€2,8 mld zorgvolume</b> ~33% van €8,3mld aan electieve OK-ingrepen; inschatting voor ASA 1-2 excl. wat al in focusklinieken gebeurt	<b>9.000 - 14.200<sup>1</sup> zorgmedewerkers</b> (€0,7 - €1,1 mld zorgvolume)
 Diagnostiek & Indicatiestelling	Focus op effectieve en passende diagnose en indicatiestelling door aandacht voor o.a. doelmatige diagnostiek, Samen Beslissen, en multidisciplinaire indicatiestelling	<b>10-15% volumereductie</b> door conservatievere behandelkeuzes; impact o.b.v. ZBC-voorbeeld en ziekenhuizen met programmatische aanpak	<b>€8,3 mld zorgvolume</b> (100% van electieve OK-interventies)	<b>10.600 - 15.900 zorgmedewerkers</b> (€0,8 - €1,2 mld zorgvolume)
		<b>5-10% efficiëntiewinst</b> door 'one-time-right' en efficiëntere organisatie; impact o.b.v. praktijkvoorbeelden vanuit ZBC's	<b>€5,3 mld zorgvolume</b> (100% van alle zorgactiviteiten gerelateerd aan D&I)	<b>3.400 - 6.800 zorgmedewerkers</b> (€0,3 - €0,5 mld zorgvolume)
 Chronische zorg	Fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatiemodel gericht op effectief en efficiënt 'disease management'	<b>30-50% volumereductie / efficiëntieverbetering</b> door efficiënter (zelf)management en voorkomen exacerbaties; impact o.b.v. praktijkresultaten met o.a. thuismonitoring	<b>€3,0 mld zorgvolume</b> ~50% van de chronische zorg o.b.v. inschatting patiënten met voldoende digitale vaardigheden en bereidheid	<b>5.700 - 9.400 zorgmedewerkers</b> (€0,4 - €0,7 mld zorgvolume)
<p>Hiermee zou zo'n <b>60-100% van het verwachte personeelstekort</b> (46.800 medewerkers in 2033)<sup>2</sup> kunnen worden voorkomen</p>				<b>28.600-46.200 medewerkers</b> (€2,2 - €3,6 mld)

1) Het volume voor de efficiëntiewinst van electieve interventies betreft – indien gelijktijdig wordt ingezet op volumereductie D&I – geen €8,3mld, maar €7,0-7,4mld i.v.m. de D&I impact van passende indicatiestelling die hieraan vooraf gaat en daarmee ook invloed heeft op het verbeterpotentieel van electieve interventie

2) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan 25)

# Inhoudsopgave

---

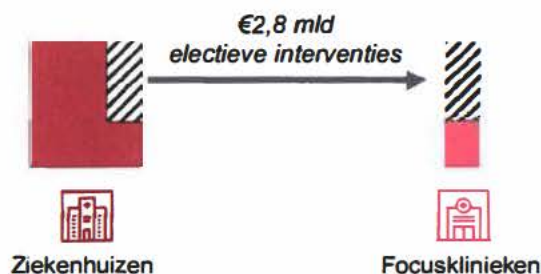
1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. **Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren**
6. Aanbevelingen

Appendix

# Verzilveren van maatschappelijk potentieel focusklinieken vereist verschuiving volumes en medewerkers én realiseren van 2 voorwaarden

## We moeten volume- en personeel verschuiven naar hogere productiviteit

- Verzilveren van het efficiëntiepotentieel van focusklinieken vereist een 'verschuiving' van electieve volumes vanuit ziekenhuizen naar focusklinieken – gestuurd door verzekeraars
- Gezien het personeelsschaarste kan dit alleen wanneer zorgpersoneel (deels) mee verschuift. Dit betekent dat huidige ziekenhuizen als totale groep zullen krimpen in personeel en volume



## Tegelijkertijd inzetten op voorwaarden om maatschappelijk potentieel te realiseren

### I Focusklinieken moeten hun werkagenda op passende indicatiestelling versterken

Zonder inzet op passende zorg leidt extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand': het feit dat er (bewust of onbewust) meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling

### II Herschikken van het zorglandschap (als antwoord op schaaluitdagingen)

Zonder inzet op herschikking leidt volumeverschuiving potentieel tot (schaal)uitdagingen voor ziekenhuizen op m.n. dienstbezetting in de 24/7 acute zorg en opleidings-/volumenormen

Verdieping op deze voorwaarden op de volgende pagina's

## Echter, deze voorwaarden mogen geen excuus vormen voor behoud status quo

- Als we niet veranderen komt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg verder onder druk te staan door het personeelstekort
- De sector heeft dan ook geen andere keuze dan aan de slag te gaan met transformatie en volumes te verschuiven naar de meeste passende én efficiënte aanbieders
- Hierbij hebben m.n. verzekeraars een leidende rol om ook de voorwaarden te realiseren om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken daadwerkelijk te kunnen verzilveren

# Voorwaarde 1: focusklinieken moeten hun werkagenda versterken op passende indicatiestelling om efficiëntiewinst ook echt te verzilveren

## **Randvoorwaarde: focusklinieken moeten hun werkagenda versterken op passende zorg / indicatiestelling**

- Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand': het hardnekkige gegeven dat nieuw aanbod leidt tot meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling voor ingrepen (bewust of onbewust)
- Dit risico ontstaat bij het 'vullen' van nieuw geopende focusklinieken, maar ook bij het opvullen van eventueel vrijgekomen ruimte in ziekenhuizen
- Om volumeverschuiving naar focusklinieken te legitimeren, zullen zij dus (naast efficiëntie) ook transparant en inzichtelijk moeten maken hoe zij werk maken van passende indicatiestelling

## Mogelijke agendaonderdelen:

- **Diagnose en indicatiestelling separaat organiseren** van de uitvoering van interventies én separaat te bekostigen. Hiermee verdwijnt het incentive voor ruimere indicatiestelling én kan er juist extra worden 'geïnvesteed' in en gefocust op passende indicatiestelling als verdienmodel
- **Eigen werkwijze en praktijkvariatie benchmarken** en transparant maken om een lerende beweging op te starten
- **Eigen passende zorg praktijken codificeren** en breed delen en praktijken van elders overnemen en implementeren

>> *Voorbeelden van ziekenhuizen én klinieken die zich focussen op passende indicatiestelling laten zien dat dit in de praktijk werkt én een fors verbeterpotentieel kent (zie voorbeelden rechts én in de appendix, waaruit blijkt dat reductie tussen 10-50% haalbaar is)*

## Praktijkvoorbeelden waar D&I losstaand zijn georganiseerd van de uitvoering van interventies



**RUGPOLI**

Focus op diagnose & indicatiestelling en conservatieve behandeling bij rugklachten; verwijzen door naar ziekenhuis als operatie nodig is



**50-80% van herniapatiënten met tertiaire OK-verwijzing toch conservatief behandeld**



Focus op diagnose & indicatiestelling door onafhankelijke specialisten als 'second opinion' op patiënten met een operatie-indicatie (Duitsland)



**ca. 60% krijgt alsnog conservatief behandeladvies en 79% volgt dit advies ook op**



**anser** prostaat centrum

Netwerk van 6 ziekenhuizen waarbij diagnose, indicatiestelling en nazorg wordt uitgevoerd op satellietlocaties

en organisatorisch is gescheiden van het efficiënt uitvoeren van operaties in één centraal ziekenhuis

# Voorwaarde 2: bredereerschikking van zorglandschap is belangrijk om schaaluitdagingen bij (regionale) ziekenhuizen te voorkomen

## **Randvoorwaarde: herschikking zorglandschap als antwoord op mogelijke schaaluitdagingen**

- Concurrentie van focusklinieken kan door ziekenhuizen als oneerlijk worden ervaren, juist omdat zelfstandige klinieken niet de kosten en complexiteit hoeven te dragen van een geïntegreerd aanbod
- De electieve volumes die in theorie te verschuiven zijn van ziekenhuizen naar focusklinieken, zijn soms noodzakelijk als bijdrage voor algemene beschikbaarheidsfuncties van ziekenhuizen
- Minder volume leidt dan potentieel tot (schaal)uitdagingen voor regionale ziekenhuizen, vooral m.b.t. (1) dekkende dienstbezetting in de 24/7 acute zorg, maar ook (2) opleiding- en volumennormen en (3) onderbenutting van bestaande ziekenhuisinfrastructuur
- Onopgelost zou dit kunnen betekenen dat de continuïteit van acute zorg in het geding komt of dat verzekeraars dubbel moeten betalen: voor nieuwe efficiënte capaciteit (focusklinieken) én voor inefficiënte van bestaande capaciteit (ziekenhuizen)

>> *herschikking van zorglandschap als antwoord op schaaluitdagingen van ziekenhuizen is een belangrijke voorwaarde om het potentieel van focusklinieken maatschappelijk maximaal te laten renderen*

## **Grote verantwoordelijkheid voor verzekeraars én ziekenhuizen zich zullen moeten herpositioneren**

Verzekeraars dragen de grote verantwoordelijkheid om:

- Volumes te leiden naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit
- De minimale schaal voor acute zorg in stand te houden

Invulling van beide verantwoordelijkheden vraagt een herschikking van het zorglandschap met als contouren (zie ook volgende pagina):

- **UMC en STZ:** focus op meervoudig medisch complexe zorgvragen en basiszorgvolumes spreiden naar algemene ziekenhuizen en klinieken zodat schaaluitdagingen daar worden voorkomen<sup>1</sup>
- **Algemene ziekenhuizen:** kunnen niet alles blijven doen en moeten zich duidelijker onderscheiden van UMC/STZ en focusklinieken door zich te herpositioneren tot *'community hospitals'* in verbinding met het regionetwerk en gericht op kwetsbare multimorbide ouderen
- **Focusklinieken:** zullen een bredere maatschappelijke rol op zich moeten nemen en o.a. ook bijdragen aan opleidingen, regionale dienstbezetting acute zorg en benutten van bestaande infrastructuur



# Herschikking zorglandschap: volumeverschuiving naar hogere arbeidsproductiviteit én herpositionering gericht op specifieke zorgvraagtypen

## Volumeverschuiving naar hogere arbeidsproductiviteit

*Inschatting dat ca. €8,7 mld aan basiszorg<sup>1</sup> binnen UMC en STZ ziekenhuizen wordt uitgevoerd (en dus theoretisch naar algemene ziekenhuizen of focusklinieken kan verschuiven om schaalproblematiek bij kleinere algemene ziekenhuizen te voorkomen)*

**Nuancering:** in praktijk kunnen waarschijnlijk niet alle basiszorgvolumes worden verschoven, omdat sommige UMC's / STZ ook een regionale basiszorgfunctie vervullen (vb. MUMC+)

*Inschatting dat ca. €2,8 mld zorgvolume<sup>2</sup> aan electieve interventies kan verschuiven naar focusklinieken*

**Arbeidsproductiviteit**



## Herpositionering zorgaanbieders naar type zorgvraag / patiënt

Type zorgvraag	Typische patiënten	Kernactiviteiten
<b>(Meervoudig) medisch complex</b>	Patiënten met weinig voorkomende (combinaties) van aandoeningen óf aandoeningen waar nog geen eenduidige behandeling voor is	(Multidisciplinaire) indicatiestelling, (acute) behandeling en onderzoek vanuit superspecialisaties
<b>(Meervoudig) medisch-maatschappelijk</b>	(Syndemisch) kwetsbare patiënten met multimorbiditeit; m.n. kwetsbare ouderen. (en ook: voor- en nazorg bij medisch complexe zorgvragen)	Acute zorg, multidisciplinaire indicatiestelling, behandeling kwetsbare patiënten (i.v.m. IC) Samenwerking tussen specialismen én met regionaal netwerk (o.a. huisartsen, VVT, sociaal domein)
<b>Enkelvoudig medisch planbaar</b>	'Gezonde' patiënten met enkelvoudige, veelvoorkomende zorgvraag met een duidelijk behandelingsmethode	Passende diagnose & indicatiestelling voor veelvoorkomende, enkelvoudige zorgvragen Efficiënte uitvoering van planbare ingrepen

# Inhoudsopgave

---

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
- 6. Aanbevelingen**

Appendix



# ZKN en ZKN-klinieken kunnen vanuit hun innovatie- en veranderkracht een aanjager zijn in de beweging o.b.v. een maatschappelijke werkagenda

## 1 Agenda maken van passende zorg

*Toon aan dat ZKN werkwijze leidt tot zorg van gelijke of betere kwaliteit in combinatie met vermindering van de behoefte aan toekomstig personeel en reduceer het risico van supply induced demand*

- Inventariseer, ontwikkel en implementeer passende praktijken die leiden tot reductie van toekomstig personeelsbehoefte vanuit focusklinieken
- Modelleer interne organisaties o.b.v. het onderscheid tussen diagnose- en indicatiestelling en behandeling om de inzet op efficiënte én passende zorg zoveel mogelijk institutioneel en voor stakeholders zichtbaar te maken
- Verken op welke manier ZKN met haar keurmerk een bijdrage kan leveren aan het transparant maken van passende zorg
- Biedt vanuit transparantie de legitimerende rugdekking aan verzekeraars om in de contractering volume om te buigen naar aanbieders met hoge arbeidsproductiviteit én passende indicatiestelling

## 2 Inbrengen van de potentie in regio's

*Speel een actieve rol in regionale transformatietafels en draag oplossingen aan die bijdragen het verminderen van personeelstekort in de regionale context*

- Organiseer een aanspreekpunt voor verzekeraars en collega-zorgaanbieders op regio-niveau om aan te tafel te kunnen komen
- Stel gezamenlijk een personeelplan op voor de regio waarbij schaars personeel zo efficiënt en effectief mogelijk ingezet wordt
- Vertaal de potentie van focusklinieken naar de regionale context en maak afspraken met verzekeraars en aanbieders hoe daar invulling aan te geven

## 3 Helpen ondervangen van schaaluitdagingen ziekenhuizen

*Verken op welke manieren focusklinieken kunnen helpen bij het reduceren van minimale schaaluitdagingen van ziekenhuizen*

- Bijvoorbeeld: gezamenlijk ondervangen van acute zorg diensten en door bij te dragen aan gezamenlijke oplossingen m.b.t. opleidingen

# Flankerend is beleid nodig om tot bredereerschikking van het zorgland- schap te komen en deze beweging maatschappelijk te laten renderen

## 1 **Ondersteunen ontvlechting naar 4 zorgtypen / business modellen**

Geef een impuls aan nieuwe werkwijzen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en klantgerichtheid door te erkennen dat verschillende zorgtypen een andere optimale organisatievorm en bekostiging vragen (in lijn met oproep NVZ over passende bekostiging)

- **Werk alternatieve bekostigings- methoden** uit (gedifferentieerd naar zorgmodel) die de transformatie ondersteunt, met mogelijk ook tariefsdifferentiatie naar type (o.b.v. complexiteit)
- **Breng belemmeringen in het stelsel voor de zorgtypen in kaart** en neem deze weg (bijv. schotten tussen Wlz en Zvw bij chronische zorg)

## 2 **Opzetten landelijke infrastructuur voor transparantie op passende en efficiënte zorgpraktijken**

Maak transparant welke praktijken bijdragen aan het verminderen van personeelstekorten, zowel op het gebied van primaire zorgprocessen als van de organisatie van de zorg, en gericht op efficiëntie en doelmatigheid

- **Transparantie op passende en efficiënte zorgpraktijken** via landelijke inventarisatie en infrastructuur faciliteert passende competitie op transitiedoelen in een lerend systeem
- **Deze zorgpraktijken moeten bijdragen aan volumereductie of efficiëntieverbetering** en kunnen gericht zijn op primaire zorg- processen, maar daarnaast juist ook op organisatie en inrichting van de zorg

## 3 **Verkennen en regie voeren op herschikking van patiëntstromen en het landschap van aanbieders**

voer regie op de herschikking van het zorglandschap die nodig is om de zorg toegankelijk te houden. Bij de transitie dient wel oog te zijn voor de belangen die spelen, maar gevestigde belangen mogen niet leiden tot behoud van de status quo

- **Breng het basiszorgvolume in kaart** dat vanuit UMC's en STZ gespreid kan worden naar algemene huizen en/of focusklinieken
- **Verken mogelijkheden voor concentratie van specialistische functies** tussen UMC's / STZ, indien spreiding basiszorg tot schaaluitdagingen voor UMC/STZ leidt
- **Onderzoek minimaal benodigde en realiseerbare acute zorg infrastructuur** (welke locaties en welk profiel)
- **Verken herprofilering van algemene ziekenhuizen** tot 'community hospitals', incl. verkenning welke functies en infrastructuur dat vraagt
- **Zet beschikbare (IZA-) transformatie-gelden in** om frictiekosten op het gebied van aanbod en organisatie van zorg te dekken



# Inhoudsopgave

---

## 1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

## Appendix

- **Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen**
- Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ
- Begrippenlijst

# Onderzoeksverantwoording

## Prognose arbeidsmarkttekort 2033 en vertaling potentie naar personeel

- Het MSZ-arbeidsmarkttekort in 2033 is gebaseerd op het prognosemodel Zorg & Welzijn 2024<sup>1</sup>: prognose arbeidsvraag minus vervulde vraag, gecorrigeerd voor de minimale vacaturegraad
- Het (later berekende) landelijke besparingspotentieel van focusklinieken hebben we gerelateerd aan bovenstaand arbeidsmarkttekort door het besparingspotentieel (uitgedrukt in zorgvolume) te vermenigvuldigen met de ratio van totaal aantal medewerkers en totaal zorgvolume in de MSZ (o.b.v. prognosemodel Z&W 2024 en Vektis 2023 excl. DGM en OVP)

## Inschatting efficiëntievoordeel van focusklinieken per ingreep (%)

- We hebben efficiëntievoordeel van focusklinieken t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen uitgedrukt in aantal meer (%) operaties per tijdseenheid (bij een vergelijkbare patiëntmix)<sup>2</sup>
- Dit voordeel is ingeschat op basis van triangulatie tussen 3 bronnen:
  - Internationale wetenschappelijke literatuur met aantal operaties per tijd of operatieduur als uitkomstmaat (na 2010 en peer-reviewed)
  - Ca. 10-15 interviews met medisch specialisten (operators), management van klinieken en ziekenhuizen, benchmark experts om aantal operaties per OK-sessie in te schatten én onderliggende mechanismen voor efficiëntie
  - Data over gerealiseerd aantal operaties per OK-sessie per diagnosegroep / type ingreep, aangeleverd vanuit focusklinieken
- Het (productiviteits)voordeel van bredere ontvlechting is gebaseerd op diverse overige bronnen<sup>3</sup>

## Inschatting bereikbaar zorgvolume voor focuskliniek setting (€ Mld)

- We hebben het totale zorgvolume in de medisch specialistische zorg bepaald o.b.v. DBC-declaratiedata uit Vektis 2023, excl. DGM en OVP en uitgedrukt in miljarden euro's
- We hebben dit volume indicatief verdeeld naar 4 zorgtypen<sup>4</sup> o.b.v. een verschillende methodiek per zorgtype – bijv. het %-aandeel van niet-acute DBC's met operatieve OK-ingreep minus de kosten van de goedkoopste ambulante DBC per diagnosegroep; o.b.v. declaratiedata van enkele representatief veronderstelde ziekenhuizen (PwC-database)
- Vervolgens hebben we ingeschat welk deel van het volume additioneel in focuskliniek setting gedaan zou kunnen worden o.b.v. aandeel wat nu al in focusklinieken gebeurt én een inschatting van het aandeel ASA 1-2 patiënten




## Identificeren van mogelijke kansen, risico's en oplossingsrichtingen

- Een brede groep van experts en bestuurders vanuit de wetenschap, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenfederatie hebben tegengelezen op een eerdere conceptversie van dit rapport
- Zij hebben hun perspectieven, opmerkingen en inzichten met ons gedeeld en onder andere ook input gegeven op mogelijke risico's, kansen en oplossingsrichtingen om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken te realiseren
- Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun bijdragen. De conclusies van dit onderzoek blijven uiteraard voor onze rekening

<sup>1</sup>) Het prognosemodel Zorg en Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan 2025) houdt rekening met meerdere korte-termijn (4 jaar) en lange-termijn historische trends in de arbeidsvraagontwikkeling (bijv. 0,3% verbetering arbeidsproductiviteit per jaar); <sup>2</sup>) o b v. interviews en het onderzoek 'de Kracht van Focus' (2022) is er beperkt verschil in de patiëntmix op hoog-volume ingrepen zoals heupvervangings en cataractoperatie. <sup>3</sup>) zie volgende pagina's in de appendix. <sup>4</sup>) 4 zorgtypen: acute zorg, diagnose & indicatiestelling, electieve zorg, chronische zorg



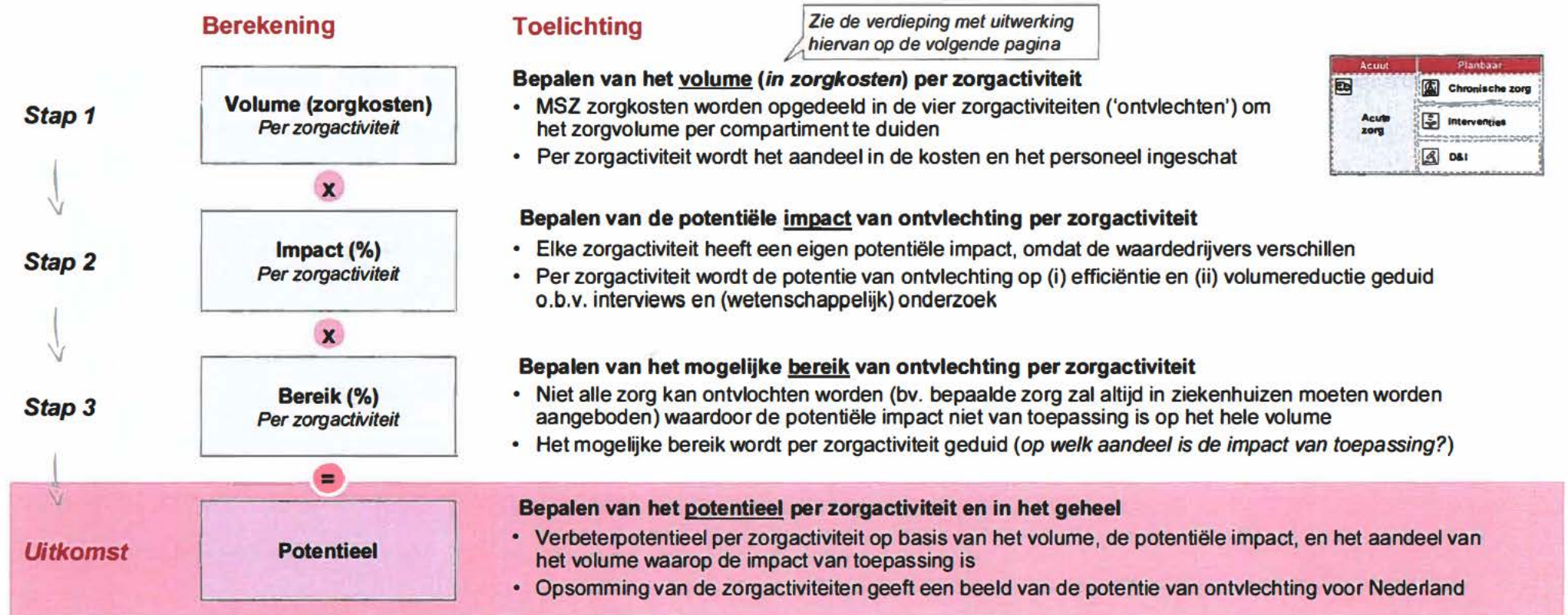
# We zien in de breedte dat gefocuste organisatievormen én daarbij sturen op passende volumes en efficiëntie fors besparingspotentieel biedt

Zorgtype	Gefocuste organisatievorm	Impactpotentieel	Bereikbaar zorgvolume	Landelijk potentieel
 Electieve interventies	Focuskliniek gericht op uitvoeren hoog-volume electieve interventies met aandacht voor 'operational excellence'	<b>30-40% efficiëntiewinst</b> door hoger aantal interventies in dezelfde tijd; impact o.b.v. internationaal onderzoek en praktijkervaringen in NL	<b>€2,8 mld zorgvolume</b> ~33% van €8,3mld aan electieve OK-ingrepen; inschatting voor ASA 1-2 excl. wat al in focusklinieken gebeurt	<b>9.000 - 14.200<sup>1</sup> zorgmedewerkers</b> (€0,7 - €1,1 mld zorgvolume)
 Diagnostiek & Indicatiestelling	Focus op effectieve en passende diagnose en indicatiestelling door aandacht voor o.a. doelmatige diagnostiek, Samen Beslissen, en multidisciplinaire indicatiestelling	<b>10-15% volumereductie</b> door conservatievere behandelkeuzes; impact o.b.v. ZBC-voorbeeld en ziekenhuizen met programmatische aanpak	<b>€8,3 mld zorgvolume</b> (100% van electieve OK-interventies)	<b>10.600 - 15.900 zorgmedewerkers</b> (€0,8 - €1,2 mld zorgvolume)
		<b>5-10% efficiëntiewinst</b> door 'one-time-right' en efficiëntere organisatie; impact o.b.v. praktijkvoorbeelden vanuit ZBC's	<b>€5,3 mld zorgvolume</b> (100% van alle zorgactiviteiten gerelateerd aan D&I)	<b>3.400 - 6.800 zorgmedewerkers</b> (€0,3 - €0,5 mld zorgvolume)
 Chronische zorg	Fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatiemodel gericht op effectief en efficiënt 'disease management'	<b>30-50% volumereductie / efficiëntieverbetering</b> door efficiënter (zelf)management en voorkomen exacerbaties; impact o.b.v. praktijkresultaten met o.a. thuismonitoring	<b>€3,0 mld zorgvolume</b> ~50% van de chronische zorg o.b.v. inschatting patiënten met voldoende digitale vaardigheden en bereidheid	<b>5.700 - 9.400 zorgmedewerkers</b> (€0,4 - €0,7 mld zorgvolume)
<p>Hiermee zou zo'n <b>60-100% van het verwachte personeelstekort</b> (46.800 medewerkers in 2033)<sup>2</sup> kunnen worden voorkomen</p>				<b>28.600-46.200 medewerkers</b> (€2,2 - €3,6 mld)

1) Het volume voor de efficiëntiewinst van electieve interventies betreft – indien gelijktijdig wordt ingezet op volumereductie D&I – geen €8.3mld, maar €7.0-7.4mld i.v.m. de D&I impact van passende indicatiestelling die hieraan vooraf gaat en daarmee ook invloed heeft op het verbeterpotentieel van electieve interventies  
 2) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan 25)

# We bepalen het potentieel door per gefocuste organisatievorm een inschatting te maken van het relevante volume, impact en bereik

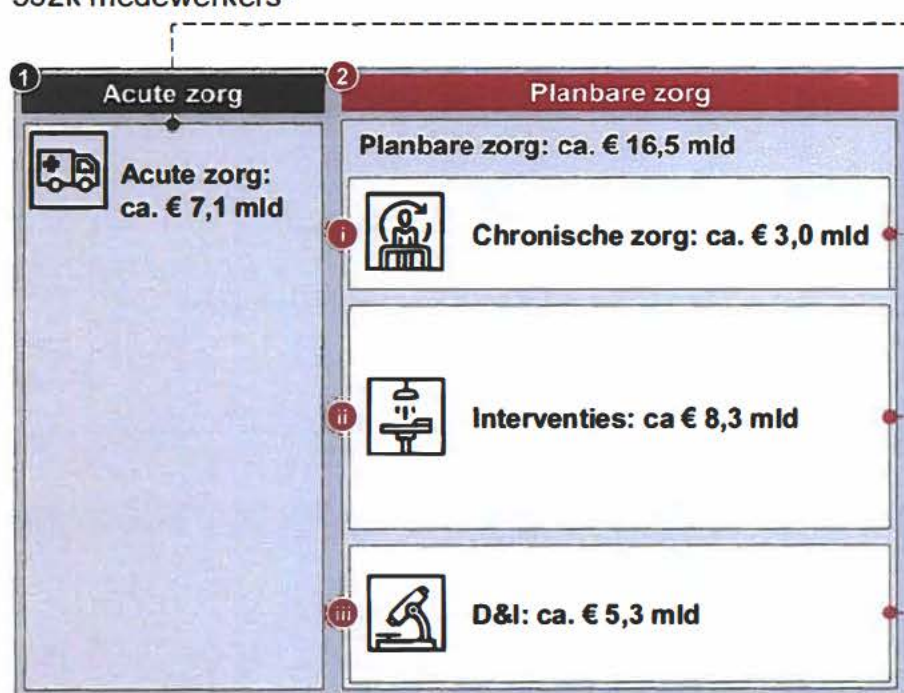
## Berekening potentie van ontvlechting naar gefocuste organisatievorm



# Stap 1: Bepalen van het volume (in zorgkosten) per zorgactiviteit

## Verdeling van de medisch specialistische zorg (2023)

Volledige MSZ: € 23,6 mld<sup>1</sup>  
302k medewerkers<sup>2</sup>



Zorgactiviteit	Aandeel zorgkosten
<b>1 Acute zorg</b> beslaat ca. 30% van totale MSZ zorgkosten (DBC productie van ca € 7 mld) <sup>3</sup> ; dit betekent dat er ca. €16,5 mld <b>planbare zorg</b> is	~30%
<b>i Chronische zorg</b> is niet eenduidig te definiëren door de uiteenlopende ziektebeelden en zorg. Op basis van praktijkervaring en analyse van de grootste chronische diagnosegroepen beslaat de chronische zorg ca. 10-15% van de totale MSZ zorgkosten	~12,5%
<b>ii Electieve interventies</b> bevat ca. 35% van de totale MSZ zorgkosten. Dit omvat alle DOTs met een OK interventie. Omdat een DBC de diagnose en behandeling bevat, wordt het aandeel 'interventie' gedeuid door een gemiddeld consulttarief van de DBC af te trekken en bij D&I opgeteld	~35%
<b>iii Diagnostiek &amp; indicatiestelling</b> beslaat ca. 22,5% van de MSZ zorgkosten. Dit betreft 'de rest' na berekening van de overige zorgactiviteiten	~22,5%

● / ● Volgorde berekening

1) Bron: Vektis data (2023, excl. DGM en OVPs).  
 2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)  
 3) Bron: Strategy& analyse o b v. ervaring elders a.d.h.v. DBC's die binnen 24 uur van een SEH bezoek zijn geopend. Getallen kunnen afwijken o b v. afrondingen

## Stap 2: internationaal onderzoek laat zien dat ca. 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is in een focuskliniek t.o.v. ziekenhuis

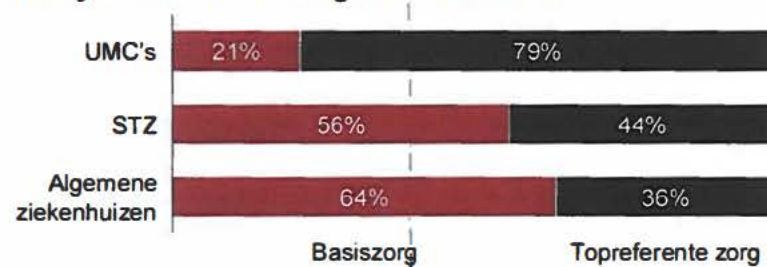
Studie	Omschrijving studie	Specialisme	Type ingreep	Impact op OK-tijd	Toelichting op impact
Enodien et al. 2022	Retrospectief onderzoek naar anesthesietijd en snijtijd bij 234 behandelingen in een kliniek en ziekenhuis in Zwitserland <sup>4</sup>	Heelkunde	Buikwandbreuken	-53%	<ul style="list-style-type: none"> <li>36 (kliniek) vs. 76 (ziekenhuis) minuten operatietijd</li> <li>Verskil door: een vast team, geen operaties door artsen in opleiding, anesthesie techniek en preoperatieve voorbereiding</li> </ul>
Gulati et al. 2019	Statusonderzoek van OK tijden bij 7847 cataract behandelingen in een Amerikaans ziekenhuis zonder opleidingen en de 2 geaffilieerde klinieken <sup>5</sup>	Oogheelkunde	Cataract	-40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 minuten langere gemiddelde totale OK tijd in het ziekenhuis, en 5 minuten langere wisseltijden</li> <li>Verskil door: standaardisatie en training van het team</li> </ul>
Hair et al. 2013	Onderzoek van 5,5 mln ingrepen uit een nationale survey van klinieken, met een vergelijking van vrijgevestigde klinieken t.o.v. een gevestigd binnen een zkh in de VS <sup>7</sup>	Diverse	Diverse	-39%	<ul style="list-style-type: none"> <li>83 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd</li> </ul>
Iweala et al. 2019	Operatieduur in ziekenhuizen of dagbehandeling klinieken m.b.v. de kwaliteitsregistraties van de American College of Surgeons met meer dan 500k patiënten <sup>1</sup>	Orthopedie	Diverse ingrepen (orthopedische)	-35%	<ul style="list-style-type: none"> <li>88 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd</li> </ul>
Imran et al. 2019	Statusonderzoek met 220 ingrepen in een kliniek van een ziekenhuis op een externe locatie vs. een interne kliniek in datzelfde ziekenhuis in de VS <sup>8</sup>	Diverse	Diverse	-27%	<ul style="list-style-type: none"> <li>56,2 (kliniek) vs. 77,4 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en significante verschillen in de wisseltijd, inleiding en uitleiding</li> </ul>
Kruse et al. 2019	Aantal perioperatieve activiteiten bij complexe cataractoperaties in Nederlandse klinieken o.b.v. verzekeraarsdata <sup>6</sup>	Oogheelkunde	Cataract	-20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>4,2 (kliniek) vs. 5,5 (ziekenhuis) activiteiten (diagnostisch, anesthesiologisch, verpleging, consulten)</li> </ul>
Condron et al. 2022	In een statusonderzoek naar de OK duur met 135 chirurgen uit dagbehandeling klinieken en ziekenhuizen en meer dan 1300 procedures in de VS <sup>2</sup>	Orthopedie	Reconstructie voorste kruisband	-12%	<ul style="list-style-type: none"> <li>91,5 (kliniek) vs. 105 (ziekenhuis) minuten operatietijd</li> <li>Verskil door: vast OK-team</li> </ul>
MacKoul et al. 2019	Retrospectieve Amerikaanse studie met 2000+ hysterectomieën in klinieken versus ziekenhuizen <sup>3</sup>	Gynaecologie	Baarmoeder-verwijdering	-12%	<ul style="list-style-type: none"> <li>53,7 (kliniek) vs. 61,3 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en 12 min minder anesthesietijd in kliniek</li> <li>Verskil door: ervaren, efficiënte teams en processen</li> </ul>

Noot: Internationale wetenschappelijke literatuur geïdentificeerd o.b.v. een 'forward en backward snowballing' aanpak, waarbij studies met aantal operaties per tijd of operatieduur als uitkomstmaat, publicatiedatum na 2010 en peer-reviewed als selectiecriteria zijn gebruikt

## Stap 3 (1/2): inschatting dat ca. 60% van de electieve interventies in het ziekenhuis niet in een focuskliniek kunnen worden uitgevoerd

Het is niet mogelijk eenduidig vast te stellen hoe groot het aandeel zorg is dat in een passendere organisatievorm plaats kan vinden, maar een aantal belangrijke indicatoren geven een orde van grootte

### Proxy: Aandeel basiszorg in ziekenhuizen<sup>1</sup>



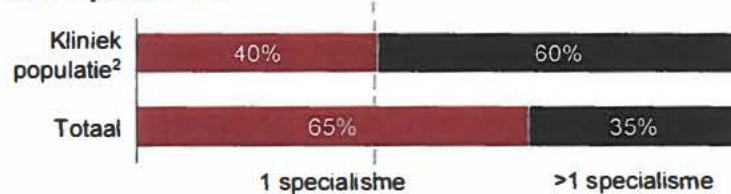
### Bereik

21-64%

Gewogen gemiddelde: 54%

- Mogelijke onderschatting van ASA 3-4 populatie doordat in de basiszorg ook zorgzware patiënten zitten met aanvullende behoeften
- Mogelijke overschatting doordat topreferente zorg ook in specialistische organisatievormen kan plaatsvinden (zie bijvoorbeeld de Martini-Kliniek, Duitsland, voor prostaatkanker)

### Proxy: Aandeel dat in ziekenhuizen gezien wordt door maar 1 specialisme<sup>2</sup>



35-60%

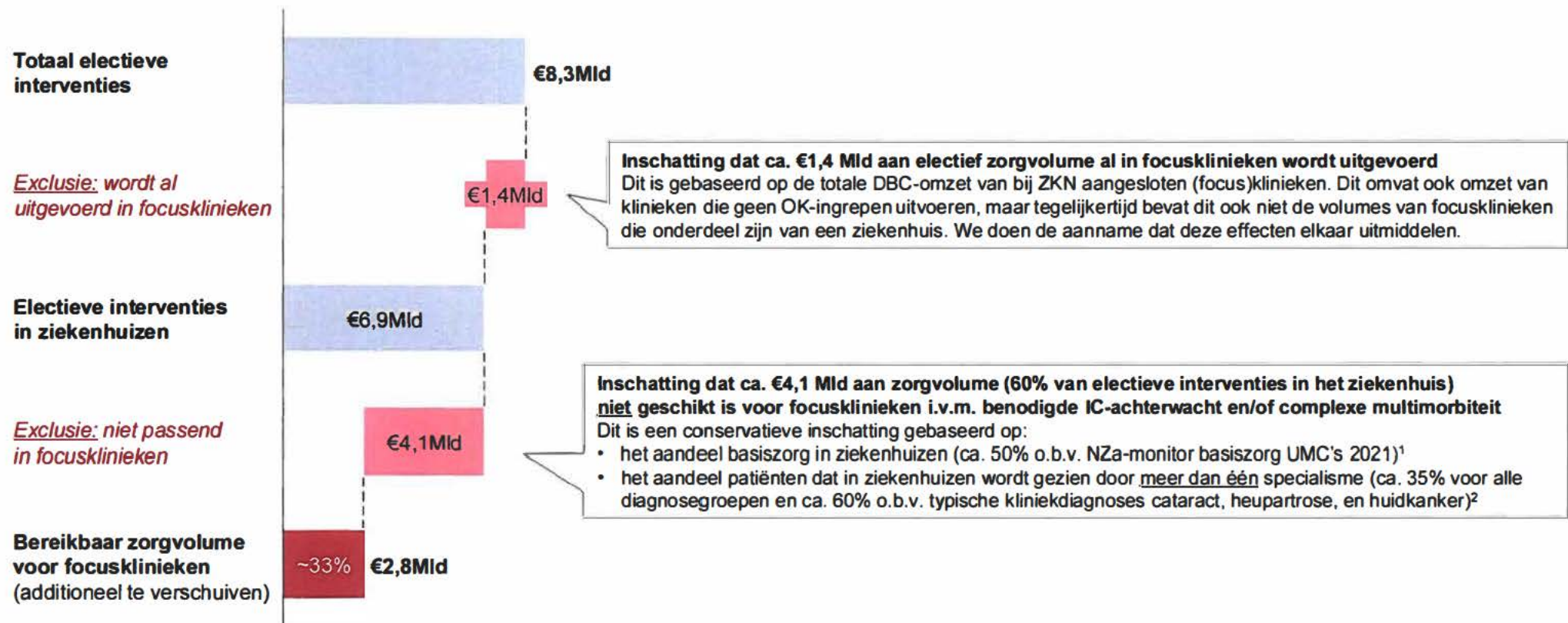
- Mogelijke overschatting van ASA 3-4 populatie doordat veel aandoeningen waarvoor patiënten gezien worden in een ziekenhuis niet direct effect hoeven te hebben op de conditie van een patiënt (vb. een patiënt die gezien wordt door een orthopeed voor rugklachten én de dermatoloog voor psoriasis)

**Gehanteerd bereik: 60% niet in een focuskliniek**

De ASA classificatie is een belangrijke factor die wordt gehanteerd als selectie criterium voor operaties in klinieken. Echter kent een bepaling van het bereik op basis van deze factor belangrijke limitaties doordat:

- Overschatting: Zorg kan ook om andere redenen dan de conditie van de patiënt in ziekenhuis moeten plaatsvinden
- Onderschatting: ingrepen zonder narcose kunnen ook voor ASA 3-4 plaatsvinden in klinieken. Daarnaast zijn er ook mogelijkheden waarin door samenwerking klinieken ASA 3-4 kunnen opereren (met IC achterwacht vanuit ziekenhuizen)

## Stap 3 (2/2): we schatten in dat ca. €2,8Mld van het electieve volume nog bereikbaar is voor verschuiving naar focusklinieken



## Stap 2 (1/2): indicatiestelling kent een groot 'grijs gebied'; deze ruimte in de besluitvorming geeft aanknopingspunten voor verbeterpotentie

Onderbehandeling

Algemeen geaccepteerde medische praktijk

Overbehandeling

Toelichting

'Grijs gebied'

Aantal prostaatoperaties per 1.000 BPH patiënten

Verskil  
interventiegrade  
min-max ziekenhuis

x 56

Aantal staaroperaties per 1.000 cataract patiënten



x 18

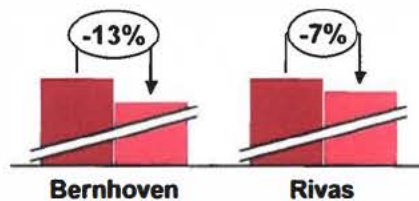
Academisch ziekenhuis    Algemeen ziekenhuis    Gem.

- Binnen de algemeen geaccepteerde medische praktijk maken (artsen in) verschillende ziekenhuizen radicaal andere keuzes bij dezelfde aandoening (bv. 56 keer zo vaak een prostaatoperatie)
- Oorzaken zijn o.a.:
  - Onduidelijkheid over de gewenste uitkomst (vb. levensverwachting vs. kwaliteit van leven)
  - Gebrek aan wetenschappelijk bewijs (~50% van alle behandelingen zijn niet 'evidence based')
  - Meerdere behandelopties met diverse risico's en voordelen
- Vanuit passende zorg is het belangrijkste uitgangspunt **dat de behandelkeuze aansluit bij de behandeldoelen van de patiënt**
- De praktijk leert dat patiënten vaker conservatieve behandelkeuzes maken dan artsen
- In relatie tot passende zorg toont dit aan dat inzet op passende diagnose- en indicatiestelling de potentie heeft om gelijktijdig:
  - Kwaliteit te verbeteren (de behandeling sluit goed aan op de behandeldoelen van de patiënt)
  - Zorgvolume te verminderen (door conservatievere keuzes)

## Stap 2 (2/2): inzet op passende indicatiestelling laat forse impact op zorgvolumes zien; zowel vanuit ziekenhuizen als vanuit klinieken

### A. Programmatische inzet op passende zorg leidt tot brede volumereductie

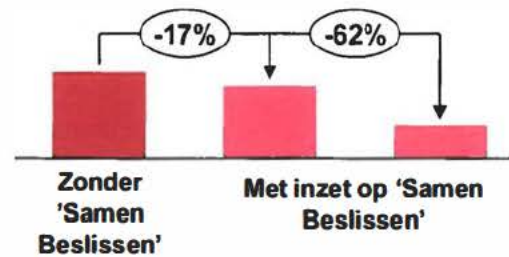
Zorgvolumes voor het programma    Zorgvolumes na het programma



- In 2015 hebben Bernhoven en Rivas omvangrijke veranderprogramma's ingevoerd gericht op passende zorg
- Evaluatie door CPB, IQ healthcare en de NZa over de eerste drie jaar toont een **volumereductie van 7% en 13%** t.o.v. controleziekenhuizen<sup>1</sup>

### B. Specifiek: Inzet op Samen Beslissen leidt tot volumereducties in interventies

Zorgvolume



- 'Samen Beslissen' zet gezamenlijke besluitvorming met de patiënt centraal bij de totstandkoming van het behandelplan
- In de praktijk leidt dit tot conservatievere behandelkeuzes en daarmee werklastreductie
- Door 'Samen Beslissen' kunnen **volumereducties van 17-62%** worden bereikt<sup>2</sup>

### C. Focuskliniek: specifieke werkwijzen die leiden tot lagere volumes

Voorbeelden resultaten D&I klinieken<sup>3</sup>

**RUGPOLI**    **50-80%** van hernia patiënten doorverwezen voor OK kunnen conservatief behandeld worden

**~50%** minder operaties bij plasklachten én **57%** minder onnodige biopsies    **ANDROS CLINICS**

**5-10%** lagere kosten door efficiënt D&I-proces

**Xpert Clinics**    **~90%** van patiënten worden conservatief behandeld  
HAND- EN POLSZORG

**10%** minder MRI-aanvragen door inzet van echoapparatuur

1) Bron: Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven, CPB (2020)

2) Bron: Wetenschappelijke onderzoeken naar keuzehulp: o.a. Latenstein et al 2019 (-17%, liesbreukoperatie), Vuorma et al 2004 (-62%, Menorragie-behandeling), en ook Arterburn et al 2012, Deyo et al 2000. De grote variabiliteit in de uitkomsten is te wijten aan de diverse wijzen waarop de inzet wordt vormgegeven, en de mate waarin essentiële randvoorwaarden (bv. financieel comfort bij volumedaling) zijn ingeregeld

3) Bron: interviews met medewerkers van de klinieken door Strategy&

## Stap 1: chronische zorg is niet eenduidig, maar schatten we op 10-15% van het MSZ-volume o.b.v. de 16 grootste chronische diagnosegroepen

### Het chronische zorgvolume is niet eenvoudig te isoleren

- Het is niet eenvoudig om het zorgvolume gerelateerd aan chronische aandoeningen te isoleren omdat mensen met chronische aandoeningen vaak meerdere vormen van zorg ontvangen (bv. doorlopende begeleiding in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, én zorg bij periodieke exacerbaties)
- Daarbij is het de vraag welk deel van de zorg voor chronische aandoeningen ook daadwerkelijk 'chronische zorg' is, en niet (bv.) acute zorg bij een exacerbatie of ongerelateerd gezondheidsprobleem
- Hier wordt met chronische zorg bedoeld: *alle planbare zorg bij aandoeningen waarbij de behandeling zich richt op effectief management van langdurige ziekten, inclusief eventuele behandeling bij verslechtering maar exclusief acute zorg*
- Voor de bepaling van het aandeel chronische zorg in de MSZ is een selectie gemaakt van de grootste chronische diagnosegroepen en de gerelateerde zorgkosten

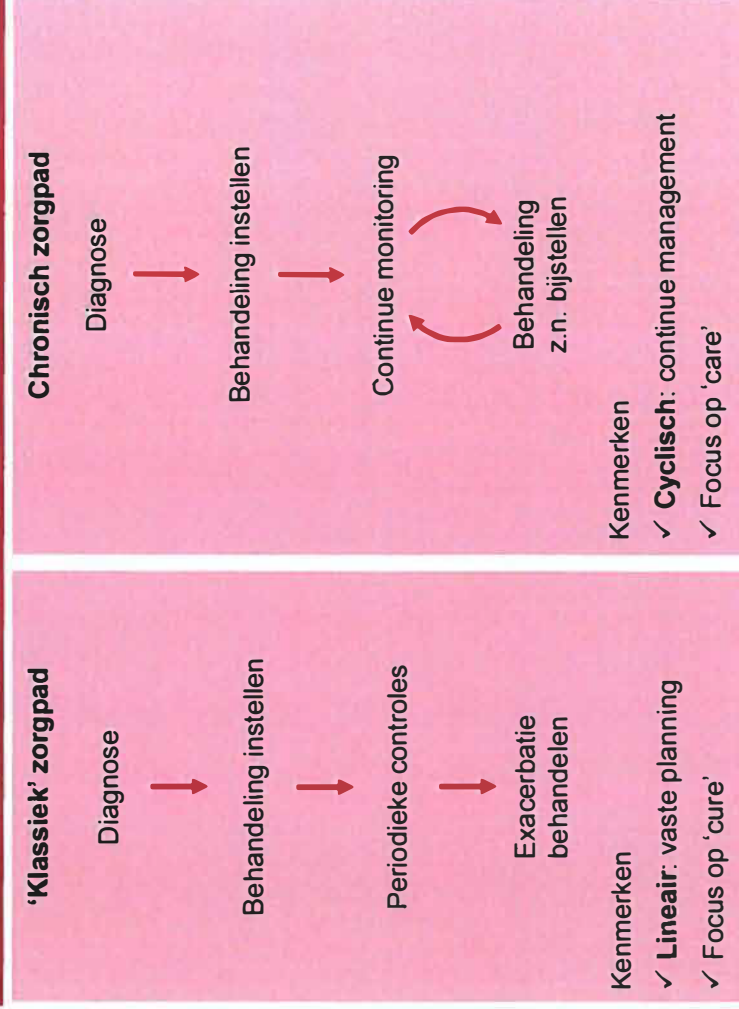
### Inschatting: Chronische zorg is ca. 10-15% van de MSZ kosten

Chronische diagnosegroepen <sup>1</sup>	MSZ kosten <sup>2</sup> (€, mln)
Nierfalen	729,2
Hartritmestoornissen	513,0
Stofwisselingsziekten (overige)	451,6
Hartfalen	377,4
Dementie	351,7
Inflammatoire darmziekten	295,3
COPD	249,2
Reumatoïde artritis	233,3
Astma	205,1
Diabetes mellitus	200,6
Epilepsie	119,7
Multipele Sclerose	114,7
Artrose (overige)	95,7
Hypertensie	82,9
Ziekte van Parkinson	28,7
Osteoporose	27,9
<b>Totaal</b>	<b>4.079</b>
<b>Aandeel chronische zorg van de totale MSZ<sup>2</sup></b>	<b>14%</b>

Omdat binnen deze zorgkosten mogelijk ook een deel acute kosten zitten, en anderzijds omdat deze lijst niet uitputtend is, gaan we uit van een **spreiding van 10-15%** en hanteren we **12,5%**

## Stap 2 (1/3): Klassieke zorgpaden sluiten vaak niet goed aan op het non-lineaire beloop van chronische aandoeningen

### Chronische zorg kent een ander beloop dan een klassiek zorgpad



### Dit leidt tot uitdagingen en hoger zorggebruik

#### Uitdagingen: Zorg sluit niet aan bij 'de zorg'

- De 'care' behoefte van chronische zorg sluit niet aan bij de 'cure' inrichting van de zorg, en specifiek de MSZ
- Dit leidt tot niet-passende zorg:
  - belasting van patiënt door periodieke controles met beperkte waarde (omdat er op dat moment geen nieuwe klachten zijn)
  - beperkte beschikbaarheid van poliklinische zorg wanneer het wél nodig is (door lange toegangstijden)
  - alleen acute beschikbaarheid van zorg bij ernstige verslechtering (die voorkomen had moeten worden)
- De zorgverlener heeft beperkt zicht op het dagelijkse verloop van de aandoening, waardoor exacerbaties niet voorkomen kunnen worden
- De patiënt heeft beperkt zicht op de impact van het eigen gedrag en weinig regie over de eigen gezondheid
- Als gevolg wordt meer zorg ingezet dan nodig en wenselijk vanuit patiënt perspectief, door onnodige controles en zorg bij exacerbaties die voorkomen hadden kunnen en moeten worden

## Stap 2 (2/3): Organisaties die inzetten op innovatie van chronische zorg geven zo effectief invulling aan de behoeften van patiënten

### Voorbeelden

#### Organisatie



#### Innovatie

- Bieden 24/7 bereikbaarheid voor spoedvragen
- Zijn continu beschikbaar via mail en voor evaluaties van digitaal geüploade zelfmetingen
- Faciliteren bijeenkomsten voor ouders, kinderen en leerkrachten van patiënten
- Organiseren maandelijkse 'Diabeter Live' uitzendingen, waarin actuele onderwerpen worden belichten en kijkers live vragen kunnen stellen aan een van de sprekers (experts op het gebied van type 1 diabeteszorg)



- Gebruiken HartWacht voor thuismonitoring d.m.v. zelfmetingen waarvan de resultaten via een app worden gedeeld met het behandelteam
- Werken nauw samen met ziekenhuizen voor hybride behandeltrajecten waarbij de (chronische) nazorg plaatsvindt buiten het ziekenhuis



- Faciliteren thuismonitoring vanuit een gecentraliseerd centrum voor de diverse diagnosegroepen
- Bouwen een platform voor 24/7 dienstverlening en online consulten
- Sturen a.d.h.v. data en onderzoek steeds effectiever op (secundaire) preventie
- Werken samen met andere digitale oplossingen (vb. BeterDichtbij, Patient Journey)



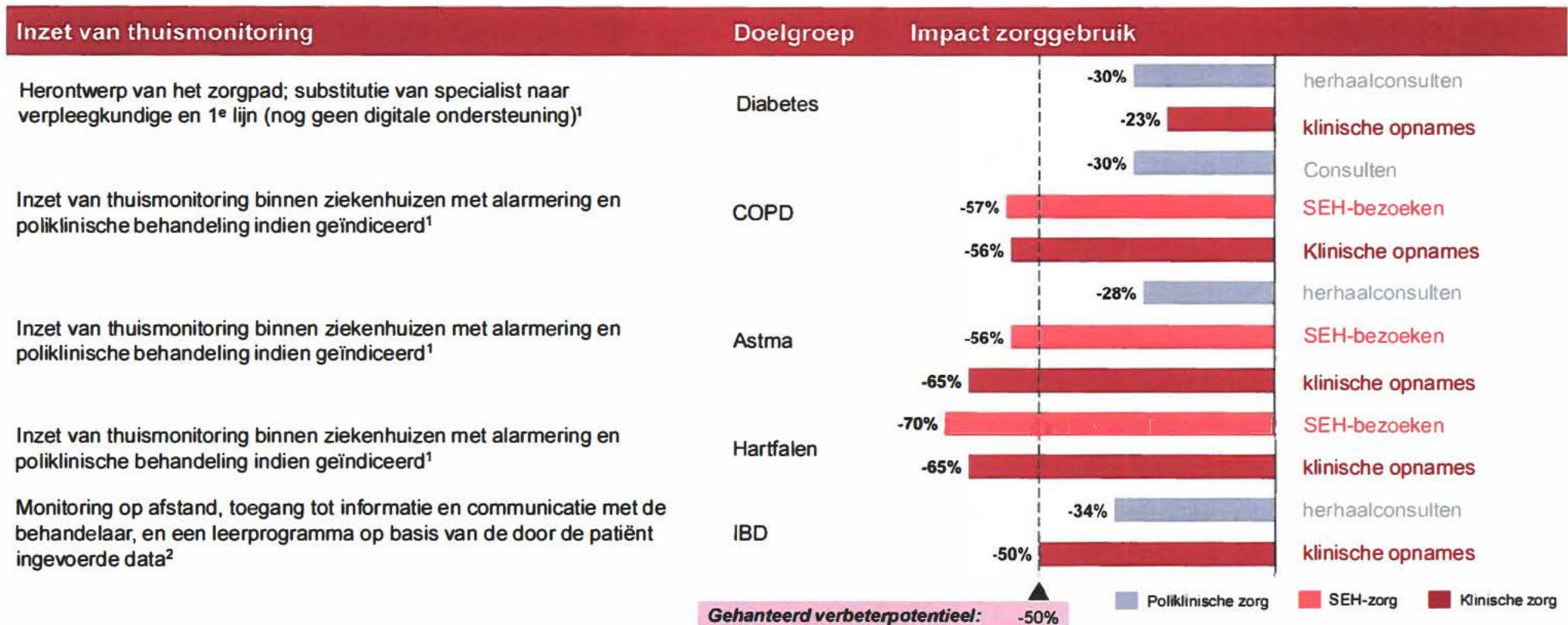
- Bieden innovatieve revalidatieprogramma's (multidisciplinaire behandeling en groepstherapie) voor mensen met chronische pijnklachten
- Werken vanuit een coördinerende rol samen met ziekenhuizen en huisartsen om na een uitgebreide screening van de klachten met de patiënt te bepalen wat de juiste zorg op de juiste plek is
- Beperken onnodige behandelingen met aandacht voor psychosociale aspecten, participatie en zingeving

*Chronische zorg klinieken zijn nog relatief zeldzaam*

*De meeste 'chronische zorg' klinieken bieden slechts tijdelijke behandeltrajecten aan (gericht op het verbeteren van verwachtingen, klachten en zelfmanagement)*

*Dit lijkt vooral te komen door het ontbreken van een passend verdienmodel voor échte begeleiding van chronische patiënten*

# Stap 2 (3/3): Praktijkonderzoek wijst erop dat met thuismonitoring een kwaliteitsverbetering en reductie van het zorggebruik mogelijk is



1) Bron: Praktijkervaringen Strategy& o.b.v. pilots in ziekenhuizen waarbij resultaten nog niet extern zijn gepubliceerd.

2) Bron: de Jong et al. Lancet 2017



# Inhoudsopgave

---

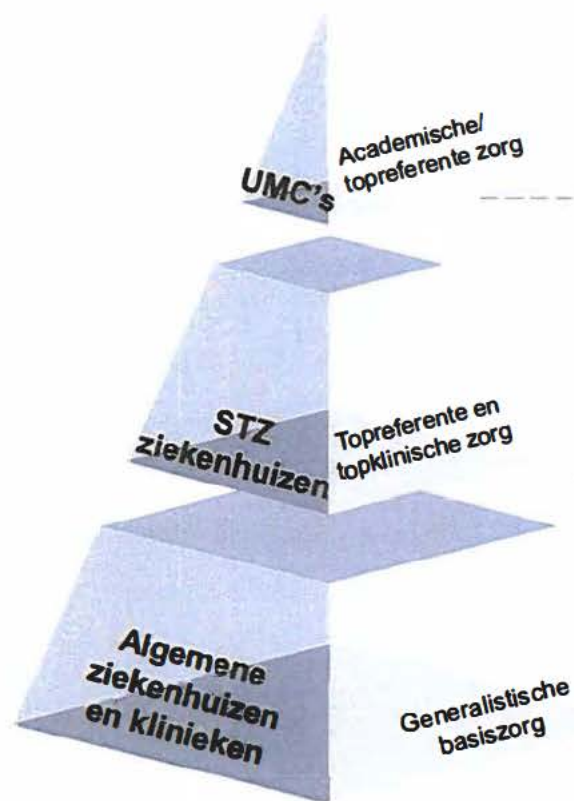
## 1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

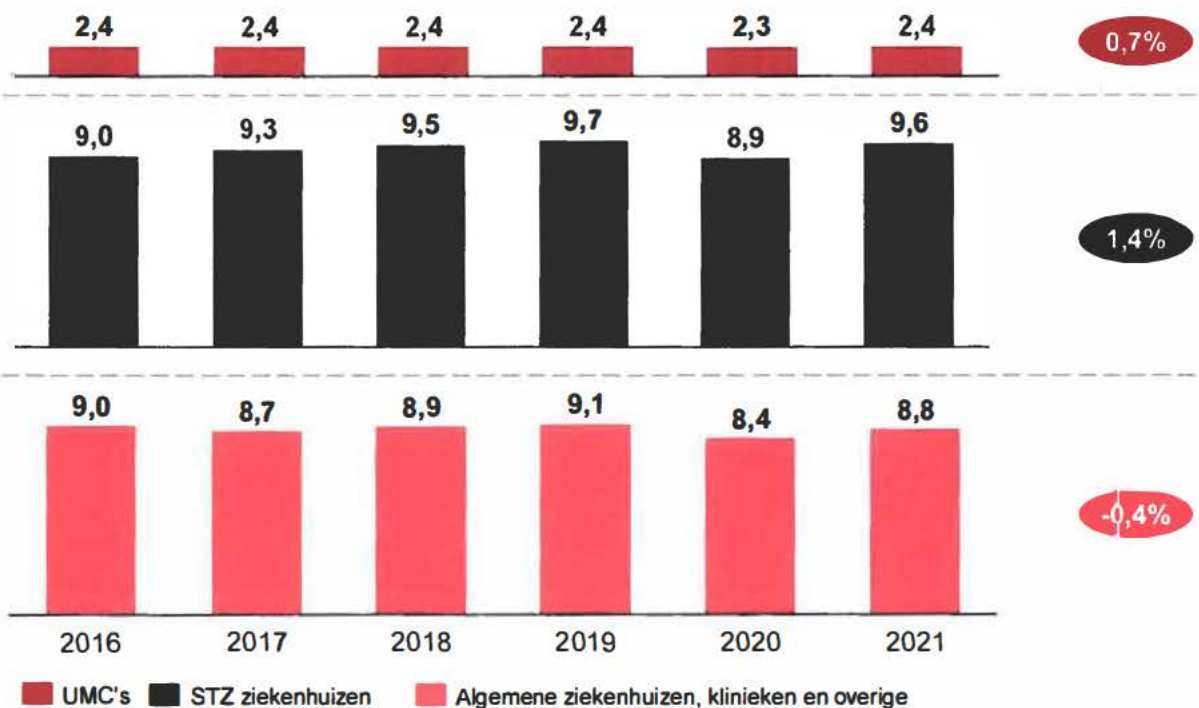
## Appendix

- Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen
- **Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ**
- Begrippenlijst

# Academische en STZ huizen realiseren volumegroei, waardoor de basis in algemene ziekenhuizen versmalt

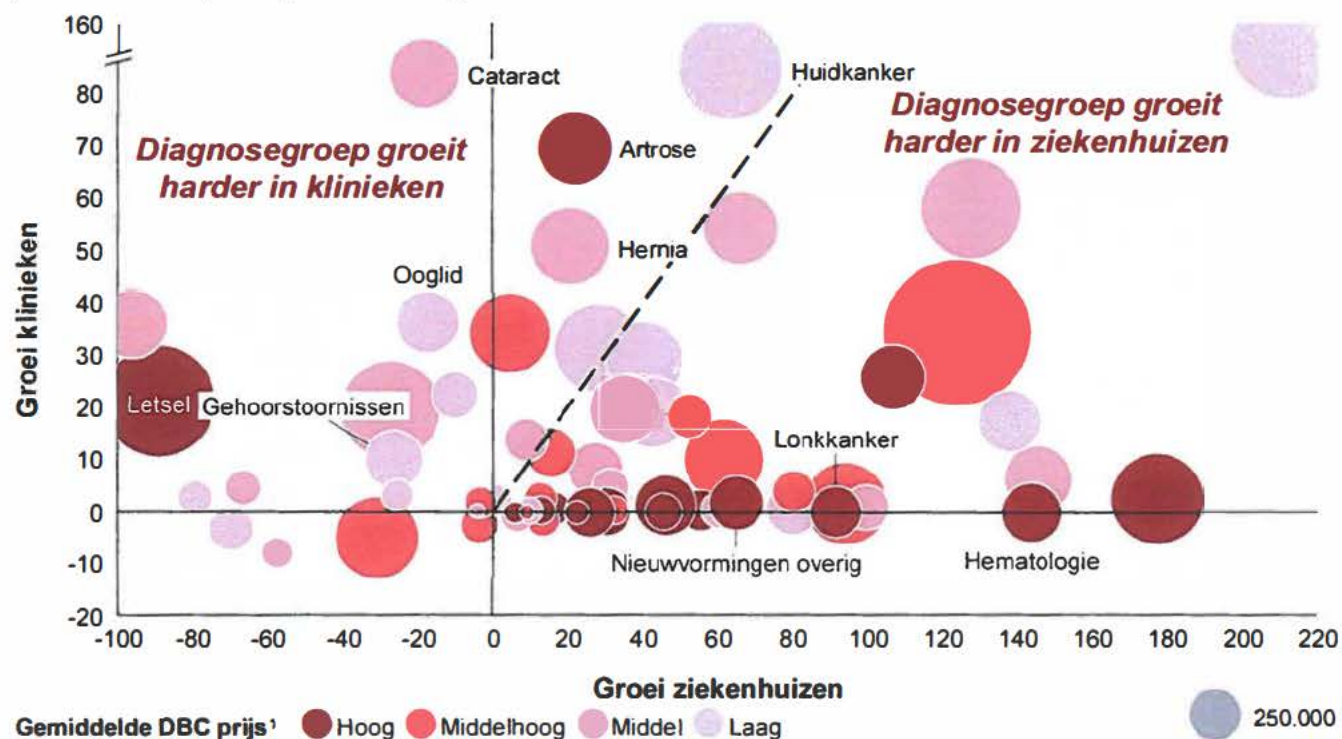


**Ontwikkeling van volume binnen MSZ instellingen**  
(volume in aantal geopende DBC's, mln)



# Relatief goedkope DOTs zijn verschoven richting klinieken, waarmee ruimte is vrijgekomen voor duurder zorg in ziekenhuizen

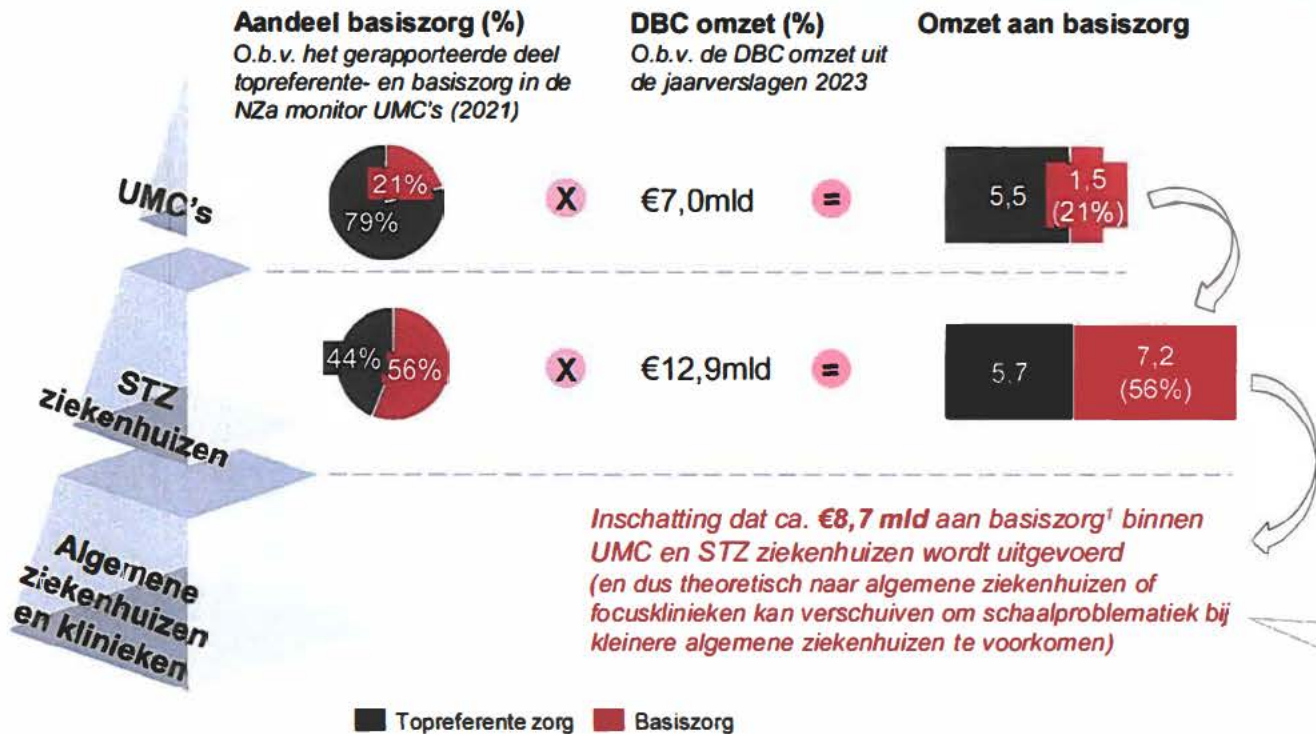
**Absolute groei in volume per diagnosegroep**  
(aantal DBC's, '000; 2013-2021)



- In het verleden kon relatief goedkope zorg verschuiven van ziekenhuis naar kliniek om ruimte te maken voor andere, duurder typen zorg in ziekenhuizen
  - Sommige goedkope DBCs groeien in klinieken en krimpen in ziekenhuizen (bijv. cataract, ooglid, gehoorstoornissen)
  - Andere goedkope DBC groeien nog wel in ziekenhuizen (huidkanker, hernia), maar sterker in klinieken
  - De meer zorgzware diagnoses, met duurder DOTs, groeien vooral in ziekenhuizen (bijv. lonkkanker, hematologie, nieuwvormingen overig)
  - Opvallende uitzondering (bijv. letsel, artrose) zijn veelal brede diagnosegroepen waarbij de gemiddelde DBC prijs door sommige erg dure interventies een verkeerd beeld geven
- Naar de toekomst toe kan een verschuiving van zorg niet meer leiden tot meer ruimte voor andere zorg in ziekenhuizen. Vanwege het personeelstekort gaat groei in klinieken ten koste van capaciteit in ziekenhuizen

# Een verschuiving van electieve interventies naar klinieken kan opgevuld worden met spreiding van basiszorg vanuit UMC's en STZ

Het beschikbare volume voor het verstevigen van de basis met spreiding van basiszorg langs de zorgpiramide is niet eenduidig, maar in te schatten o.b.v. topreferente zorg<sup>1</sup>



Herschikking van patiëntenstromen is mogelijk en gewenst

Spreiden van basiszorg naar regionale ziekenhuizen is goed voor patiënten en zorgt bovendien voor minder spanningen (en kosten) rond de bekostiging van de minimale schaal van algemene ziekenhuizen

Voor zover dit leidt tot schaalproblematiek bij afdelingen van grotere STZ-ziekenhuizen ligt concentratie van complexere zorg voor de hand. Die concentratie kan ook een impuls aan de kwaliteit van de zorg geven (volumes nemen toe en daarmee vaardigheden van artsen en hun teams)

Nuancering: in praktijk kunnen waarschijnlijk niet alle basiszorgvolumes worden verschoven, omdat sommige UMC's / STZ ook een regionale basiszorgfunctie vervullen (vb. MUMC+)

# Inhoudsopgave

---

## 1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

## Appendix

- Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen
- Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ
- **Begrippenlijst**

# Overzicht van afkortingen (1/2)

	Definitie / omschrijving
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists – een classificatiesysteem voor de algehele (preoperatieve) gezondheidstoestand van patiënten: <b>ASA 1-2 (lager risico patiënten):</b> Gezonde patiënten of patiënten met milde aandoeningen zonder beperkingen <b>ASA 3-4 (hoger risico patiënten):</b> Patiënten met ernstige systemische aandoeningen die functionele beperkingen of constante levensbedreiging met zich meebrengen
<b>AZWA</b>	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord; een uitbreiding op het Integraal Zorgakkoord. Met het AZWA wordt ingezet op verbreding, intensivering en concretisering van het IZA, waarin gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidsmarkttekort centraal staan
<b>BPH</b>	Benigne prostaathyperplasie
<b>CBS</b>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische obstructieve longziekte)
<b>D&amp;I</b>	Diagnostiek en indicatiestelling – alle zorgactiviteiten waarmee de aandoening wordt vastgesteld en de behandelkeuze wordt gemaakt, voorafgaand aan behandelingen (of het afzien daarvan)

	Definitie / omschrijving
<b>DBC</b>	Diagnose Behandelcombinatie - een landelijk gestandaardiseerd 'zorgproduct' welke alle zorg die is geleverd voor een specifieke aandoening en behandeling omvat en waarvoor tussen zorgverleners en zorgverzekeraars een prijs is afgesproken
<b>DGM</b>	Dure Geneesmiddelen
<b>IBD</b>	Inflammatory Bowel Disease (Inflammatoire darmziekten)
<b>IC</b>	Intensive Care
<b>IZA</b>	Integraal Zorgakkoord – een meerjarige overeenkomst (tot 2028) tussen de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om de zorg toekomstbestendig te maken
<b>KPI</b>	Key Performance Indicator
<b>MSZ</b>	Medisch Specialistische Zorg
<b>MUMC+</b>	Maastricht Universitair Medisch Centrum
<b>NVZ</b>	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen – brancheorganisatie voor algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale zorginstellingen in Nederland
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit



## Overzicht van afkortingen (2/2)

Definitie / omschrijving	
<b>OK</b>	Operatiekamer
<b>OVP</b>	Overige zorgproducten <sup>1</sup>
<b>POK</b>	Poliklinische operatiekamer
<b>PxQ</b>	Prijs x Kwantiteit – een bekostigingsmodel waarin er wordt betaald op basis van geleverde (zorg)volumes
<b>SEH</b>	Spoedeisende hulp
<b>STZ</b>	Stichting Topklinische Ziekenhuizen
<b>UMC</b>	Universitair Medisch Centrum
<b>VVT</b>	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>ZBC</b>	Zelfstandig behandelcentrum
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet
<b>ZKN</b>	Zelfstandige Klinieken Nederland – brancheorganisatie van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) met ca. 123 leden die goed zijn voor zo'n 95% van alle zorg die wordt geleverd in ZBC's

# Begrippenlijst (1/3)

Definitie / omschrijving	
<b>Business model</b>	Een business model is de manier waarop een organisatie waarde toevoegt en bestaat uit een (maatschappelijke en financiële) waardepropositie, de daarvoor benodigde middelen (medewerkers, technologie, infrastructuur) en de capabilities en processen die nodig zijn om dat te ondersteunen
<b>Business model innovatie</b>	Business model innovatie is het ontwikkelen van nieuwe business modellen die op een specifiek gebied meer waarde kunnen creëren. In dit rapport beargumenteren we dat de 4 verschillende zorgtypen ook een ander businessmodel vragen (organisatievorm, werkprocessen, bekostiging, etc.)
<b>Conservatieve behandeling</b>	Een medische behandeling die niet-invasieve of minder ingrijpende technieken gebruikt, zoals bijvoorbeeld medicatie, fysiotherapie, en aanpassingen in levensstijl, om een aandoening te beheersen of te verbeteren zonder ingrijpende medische (chirurgische) ingreep
<b>Electieve interventies</b>	Medische ingrepen die niet spoedeisend en daarmee planbaar zijn. In de context van dit rapport definiëren we dit als (OK)-ingrepen, maar in bredere zin vallen bijvoorbeeld ook radio- en chemotherapieën hieronder
<b>Focuskliniek</b>	Een medisch specialistische zorginstelling of afdeling gericht op een beperkt aantal aandoeningen, patiënten en/of behandelingen

Definitie / omschrijving	
<b>Hybride zorgpaden</b>	Een deels digitaal (online) en deels fysiek (offline) zorgpad
<b>Indicatiestelling</b>	Proces waarbij zorgverleners bepalen of een specifieke medische behandeling of interventie geschikt is voor een patiënt, op basis van medische diagnose, individuele behoeften en behandelopties
<b>Multi-morbiditeit</b>	Patiënten met twee of meer (chronische) aandoeningen of ziekten
<b>Ontvlechting naar zorgtypen</b>	Scheiden van verschillende zorgtypen door deze afzonderlijk te organiseren en te bekostigen
<b>Passende zorg</b>	Zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen én oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Het is daarmee een individueel en collectief begrip, gebaseerd op professionele waarden van zorgverleners, persoonlijke waarden van mensen en maatschappelijke waarden van de samenleving
<b>Passende indicatiestelling</b>	Indicatiestelling gebaseerd op de uitgangspunten van passende zorg (o.a. om daarmee onnodige electieve ingrepen te voorkomen)
<b>Passende praktijken</b>	Voorbeelden van passende zorg uit de praktijk die zichtbare impact hebben op meer persoonsgerichte, houdbare en duurzame zorg. Passende zorgpraktijken laten de zorg van de toekomst zien en zijn daarmee een praktisch voorbeeld voor anderen



# Begrippenlijst (2/3)

	Definitie / omschrijving
<b>Samen beslissen</b>	Proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen
<b>Sociaal domein</b>	Gemeentelijke activiteiten en voorzieningen gericht op zorg en ondersteuning van burgers met een hulpvraag, gericht op o.a. participatie, zorg, jeugd, onderwijs en inburgering
<b>Supply induced demand</b>	Een fenomeen waarbij de vraag naar producten of services stijgt wanneer de beschikbaarheid ervan toeneemt (een illustratief voorbeeld hiervan buiten de zorg zijn snelwegen, waar uitbreiding vrijwel altijd leidt tot meer weggebruikers)
<b>Sydemische kwetsbaarheid</b>	Opeenstapeling van sociale problemen en gezondheidsproblemen die elkaar in negatieve zin versterken
<b>Tertiaire verwijzing</b>	Verwijzing van patiënt door een 2 <sup>e</sup> lijn zorgverlener (vb. algemeen ziekenhuis) patiënt naar 3 <sup>e</sup> lijns zorgverlener (vb. UMC)
<b>Treeknorm</b>	Een richtlijn in de Nederlandse gezondheidszorg die de maximale wachttijd aangeeft voor patiënten op verschillende stadia van zorg, zoals de tijd tot een eerste consult of behandeling

	Definitie / omschrijving
<b>Zelfstandige kliniek</b>	Een onafhankelijke – niet aan een ziekenhuis verbonden – aanbieder van medisch specialistische zorg, vaak met een focus op specifieke aandoeningen, patiënten of behandelingen (focuskliniek)
<b>(Geïntegreerd) ziekenhuis</b>	Aanbieder van medisch specialistische zorg waar verschillende specialismen samenwerken binnen één organisatie om verschillende zorgtypen te leveren (acute zorg, chronische zorg, diagnose en indicatiestelling en electieve zorg)
<b>ZKN-keurmerk</b>	Alle klinieken die bij ZKN zijn aangesloten moeten jaarlijks het ZKN-keurmerk behalen. Het keurmerk is bedoeld de professionaliteit, kwaliteit en veiligheid van ZKN-klinieken continu te verbeteren. Toetsing gebeurt door een onafhankelijke auditor van Kiwa of Qualicor. Het College van Deskundigen bewaakt de kwaliteit en actualiteit van de keurmerkeisen en is verantwoordelijk voor aanpassingen van de toetsingscriteria
<b>Zorgpalet</b>	Het volledige aanbod aan zorgdiensten en -voorzieningen dat een zorginstelling of -systeem aanbiedt

# Begrippenlijst (3/3)

	Definitie / omschrijving	Definitie / omschrijving
Zorgtypen	<b>Acute zorg:</b> alle medisch specialistische zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen een paar minuten of uren, verleend moet worden om schade aan de gezondheid of overlijden door een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen	<b>Basiszorg:</b> niet-topreferente medisch specialistische zorg
	<b>Planbare zorg:</b> alle noodzakelijke, niet-acute medisch specialistische zorg die kan worden afgesproken en ingepland, zoals bijvoorbeeld routinecontroles en niet-spoedeisende operaties	<b>Topreferente zorg:</b> zeer specialistische medische zorg voor patiënten met moeilijk te behandelen aandoeningen, moeilijk vast te stellen diagnoses of zeldzame ziekten. Voor inschatting van de omvang van topreferente zorgvolumes wordt gebruik gemaakt van de ROBIJN-systematiek.
	<b>Chronische zorg:</b> langdurige, vaak levenslange zorg voor mensen met een chronische aandoening of beperking, waarbij de focus ligt op het ondersteunen van kwaliteit van leven, het bevorderen van zelfredzaamheid en het omgaan met de gevolgen van de aandoening (vb. diabetes, hartziekten, astma)	<b>Z&amp;W (prognose-model)</b> Zorg en Welzijn (prognosemodel) – een prognosemodel voor het arbeidsmarkttekort in de zorg opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS
	<b>Diagnose &amp; Indicatiestelling (D&amp;I):</b> alle zorgactiviteiten waarmee de aandoening wordt vastgesteld en een keuze wordt gemaakt voor de meest passende behandeling (of afzien daarvan)	
	<b>Electieve interventies:</b> Medische ingrepen die niet spoedeisend en daarmee planbaar zijn. In de context van dit rapport definiëren we dit als (OK)-ingrepen, maar in bredere zin vallen bijvoorbeeld ook radio- en chemotherapieën hieronder	





**strategy&**

*Part of the PwC network*

# Thank you

---

**[strategyand.pwc.com](https://strategyand.pwc.com)**

© 2025 PwC. All rights reserved.

PwC refers to the PwC network and/or one or more of its member firms, each of which is a separate legal entity. Please see [pwc.com/structure](https://pwc.com/structure) for further details.

Disclaimer: This content is general information purposes only, and should not be used as a substitute for consultation with professional advisors.

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

ZKN

Kenmerk: 202500053

Den Haag, 17 november 2025

Geachte

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend,

Sybrand Buma  
Informatieur



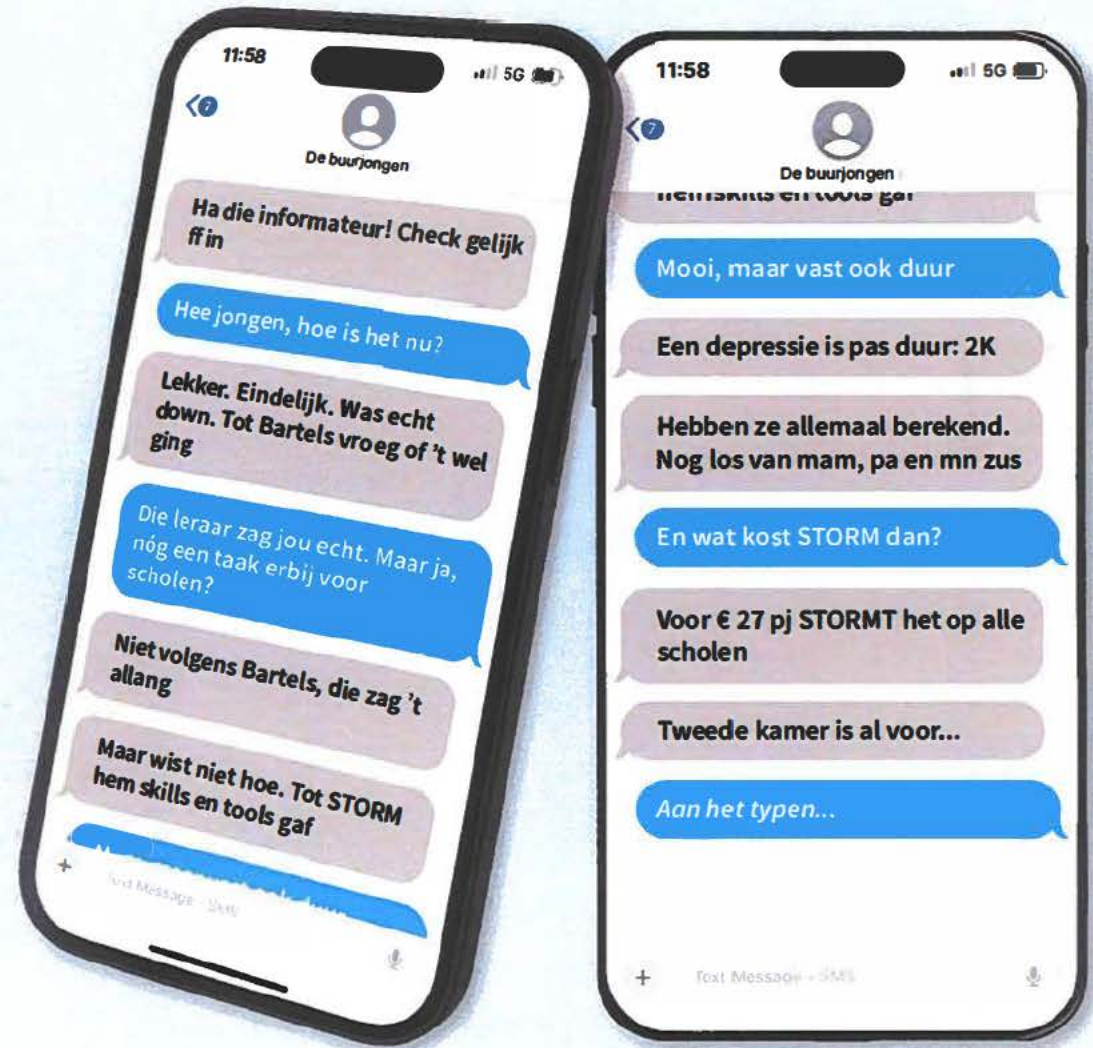
# Neem budget op in het regeerakkoord voor STORM voor depressiepreventie en suïcidepreventie onder jongeren

Tweede Kamer, scholen en GGD's willen aan de slag met STORM

202500054

15%  
jongeren  
scoort hoog op  
DEPRESSIE

5%  
SUÏCIDALITEIT



# STORM op alle scholen: neem structurele middelen op in het regeerakkoord

Stimuleer mentale veerkracht van jongeren en screen op depressieve klachten en op suïcidaliteit met STORM



## STORM-aanpak

De ontwikkeling van een positief zelfbeeld, **weerbaarheid en veerkracht bij alle jongeren**, dat is wat de STORM-aanpak stimuleert.

Jongeren leren wat ze zelf kunnen doen om lekker in hun vel te zitten, ook als het even iets minder gaat.

Bij jongeren die zich minder goed voelen, worden klachten vroeg gesignaleerd en zij worden op korte termijn geholpen door de krachtige keten tussen onderwijs en zorg.

Psychische aandoeningen ontstaan vroeg

**50%**  
voor het  
14<sup>e</sup> levensjaar

**75%**  
voor het  
25<sup>e</sup> levensjaar

Bron: (Kessler et al., 2005)

### Impact depressieve symptomen op jonge leeftijd



problemen in sociale en familiale relaties



groot risico op depressie op latere leeftijd



lagere schoolprestaties en hogere schooluitval



suicide doodsoorzaak nr. 1 tot 30 jaar



iemand met **depressie** verliest gemiddeld

**20**

gezonde levensjaren

## Motie STORM aangenomen

14 partijen verzochten de regering op 27 mei 2025 in gesprek te gaan met scholen en andere stakeholders over hoe suïcidepreventie, waaronder STORM, beter te borgen en te implementeren is op scholen, en knelpunten die door stakeholders worden ervaren te inventariseren, en de Kamer hierover te informeren.

Bekijk de motie



Schooljaar 2024-2025:

**20.000 van de 816.000**  
leerlingen gescreend



Screen met STORM alle leerlingen op alle scholen: neem de structurele middelen daarvoor op in het regeerakkoord.

# STORM-aanpak: vroegtijdige effectieve preventie bij jongeren

## Basisprincipe

**Alles-in-1-pakket:** van iedereen meer kennis over mentale gezondheid, signaleren en bespreekbaar maken tot individuele hulp voor wie dat nodig is. De GGD screent alle leerlingen van een STORM-school op depressieve symptomen én suïcidale gedachten. De enige bewezen effectieve depressiepreventie aanpak, ook gericht op suïcidaliteit.



## Kern-interventies STORM-aanpak

Bewust worden	Lessen over mentale gezondheid
Signaleren en bespreekbaar maken	Mentoren en docenten als gatekeeper
Signaleren en bespreekbaar maken	Vroegsignalering en gesprekken door GGD
Geïndiceerde preventie	Op Volle Kracht-training

## STORM stimuleert een gezonde schoolomgeving

Het kabinetsbeleid richt zich op een (mentaal) gezonde generatie in 2040 door bewezen effectieve maatregelen. O.a. door het stimuleren van een gezondere schoolomgeving.

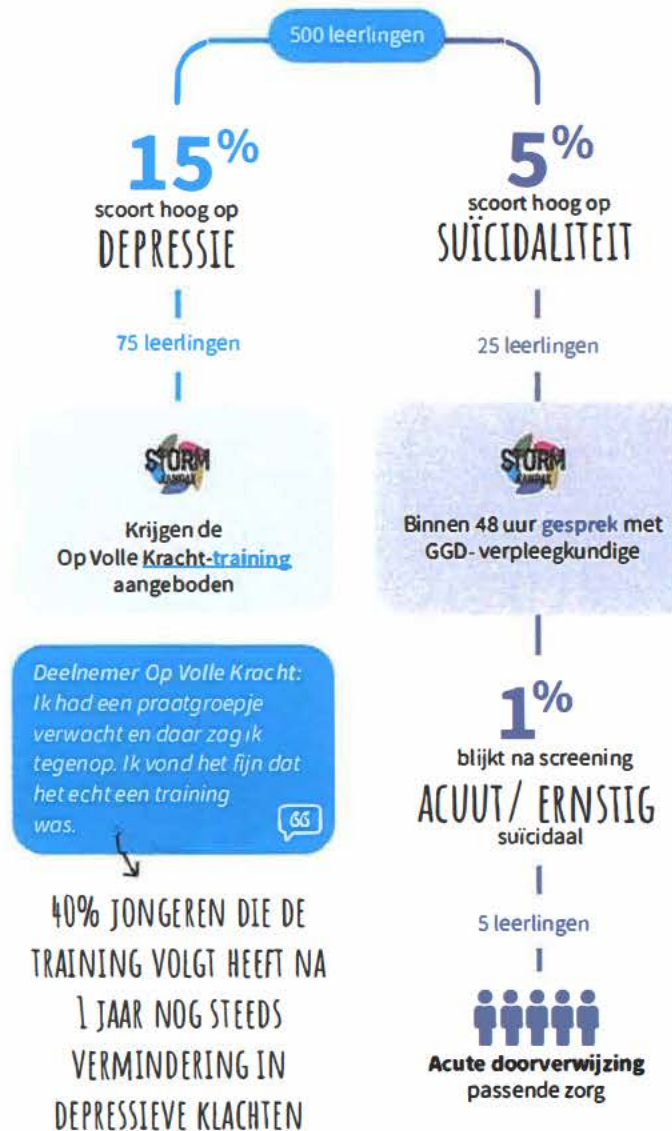
STORM is zo'n bewezen effectieve preventie-maatregel met stevige regionale ketensamenwerking en wetenschappelijk onderzoek. STORM zorgt er op scholen voor dat signalen van somberheid snel worden opgepikt én aangepakt.



Bekijk pag. 72, Regeerprogramma



## Rekenvoorbeeld STORM-aanpak op een middelbare school met 500 leerlingen



**Deelnemer Op Volle Kracht:** Ik had een praatgroepje verwacht en daar zag ik tegenop. Ik vond het fijn dat het echt een training was.

**Docenten / mentor:** Nu ik deze training heb gevolgd, heb ik wel een aantal leerlingen in gedachten met wie ik toch eens een gesprek ga voeren. Ik weet nu ook dat ik er gewoon naar kan vragen.

**Nathalie Kramers, wethouder Leeuwarden en lid landelijke Stuurgroep STORM:** Vanuit onze ervaring de afgelopen jaren steunen we de STORM-aanpak van harte. Jongeren worden echt gezien en ondersteund waar nodig. Met landelijke, duurzame financiering gaat de netwerkaanpak echt het verschil maken.

Een 14-jarige jongen scoorde hoog bij de screening en heeft daarom een gesprek met de GGD-verpleegkundige. Toen hij mij vertelde over zijn vergevorderde plannen voor suïcide, konden we snel hulp organiseren.

**Joost Hendriks, wethouder Land van Cuijk:** Dankzij dit programma kon enkele keren net op tijd worden ingegrepen, omdat een jongere vertelde dat hij of zij ernstig suïcidaal was. Een beter resultaat kan ik me niet wensen.

# Maak STORM-aanpak op het hele Voortgezet Onderwijs mogelijk

STORM-aanpak is  
**kosteneffectief\*** want:

## Vergroot:

- » Kennis over mentale gezondheid
- » Vaardigheden professionals om te werken aan mentale gezondheid jongeren

## En leidt tot afname van:

- » Depressieve klachten onder jongeren
- » Depressie in volwassenheid
- » Risico op suïcidaliteit bij jongeren

\*Advies STORM-aanpak, MKBA Berenschot

### VO-Raad:

STORM ervaren wij als toegevoegde waarde voor onze scholen. Het is een excellente werkwijze om samen preventie vanuit zorg en onderwijs te organiseren.



### LAKS:

Mentale gezondheid bespreken in de klas is belangrijk. Doe dat mét, niet over de leerling. STORM biedt leerlingen tools en zorgt voor handelingsbekwame docenten, mentoren en zorgmedewerkers.



Investering na de periode van opbouw:

**€ 27,-**

structureel per leerling, per jaar

- » Uitgaande van een bereik van 85% van de 816.000 VO, PrO en VSO-leerlingen
- » In de opbouwperiode is het totaalbedrag lager, terwijl het bedrag per leerling hoger is

voor 2026	vanaf 2030
76.000 leerlingen	85% van 816.000 leerlingen
€5 miljoen	€22 miljoen structureel

De jaarlijkse investering in detail:



IN HET  
KORT

- ✓ Alles-in-1-pakket
- ✓ Stimuleert de ontwikkeling van een positief zelfbeeld, weerbaarheid en veerkracht
- ✓ Van breed trainen en vroegsignaleren tot extra vaardigheidstrainingen voor wie dat nodig is
- ✓ Bewezen effectieve depressiepreventie, ook gericht op suïcidaliteit
- ✓ Krachtige keten, domein overstijgend en in de praktijk beproefd

**Neem structurele middelen op in het regeerakkoord voor STORM**

**Vragen en meer info?**

*"Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt."*

*(IBO mentale gezondheid en ggz)*

STORM-aanpak is de enige bewezen effectieve depressiepreventie-aanpak, ook gericht op suïcidaliteit

*(Bekijk wetenschappelijke publicaties over STORM-aanpak)*



Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

STORMaanpak

Kenmerk: 202500055

Den Haag, 17 november 2025

Geachte

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend

Sybrand Buma  
Informateur

De Tweede Kamer  
t.a.v. Bureau Woordvoering Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

Betreft: Inbreng digitale sector t.b.v. Kabinetsformatie 2025  
Plaats: Breukelen  
Datum: 13 november 2025

Geachte heren Wijers en Van Haersma Buma,

NLdigital, de branchevereniging van ruim 600 bedrijven in de digitale sector in Nederland, is ervan overtuigd dat digitalisering onmisbaar is, zowel om de grote maatschappelijke en economische uitdagingen van ons land het hoofd te bieden, als om nieuwe kansen te grijpen. Wij vragen u daarom nadrukkelijk om maatschappelijke en economische digitalisering een centrale plaats te geven in het hoofdlijnenakkoord en het toekomstige kabinetsbeleid. Al versnelt deze transitie en verdient daarom op meerdere thema's specifieke aandacht.

De Nederlandse economie staat onder druk door een structureel tekort aan arbeidskrachten, vergrijzing en internationale concurrentie. Digitalisering is cruciaal voor groei, innovatie en bestaanszekerheid. Het biedt ook allerlei kansen: door technologie slim in te zetten kunnen we onze productiviteit verhogen, onze publieke sector versterken en onze strategische autonomie behouden.

### **Negen aanbevelingen voor versterking economie d.m.v. digitalisering**

#### **1. Herstel vertrouwen: stabiel beleid zonder Nederlandse koppen op EU-regels**

Terwijl andere landen de rode loper uitrollen voor tech-talent en innovatie, zakt Nederland op internationale ranglijsten. Om deze beweging tegen te gaan is stabiel overheidsbeleid een noodzaak. Implementeer daarom EU-wetgeving zonder Nederlandse koppen. Pak een Europese leidende rol in de inzet op simplificatie en het vergroten van de impact van bestaande Europese digitale regulering. Introduceer geen nieuwe regulering, zoals de Digital Fairness Act, zolang de bestaande trajecten niet voltooid zijn. Bestendig daarnaast huidige succesvolle regelingen die innovatie stimuleren, zoals de WBSO en de Innovatiebox.

#### **2. Investeer in omscholing voor AI en digitalisering**

Nederland staat voor een historische uitdaging: in 2030 wordt een tekort van 1,4 miljoen arbeidskrachten verwacht. Tegelijkertijd groeit de groep ouderen die zorg nodig heeft. We moeten met minder mensen meer gaan doen - en digitalisering is daarvoor cruciaal. AI biedt ongekennde mogelijkheden voor productiviteitsgroei, maar vergt tegelijkertijd nieuwe vaardigheden. Versnel daarom de invoering van digitale geletterdheid in het curriculum en integreer digitale geletterdheid ook in de lerarenopleiding. Introduceer daarnaast een structureel omscholingsprogramma voor werkenden met een budget van €2000 per werkende Nederlander. Alleen zo kunnen miljoenen Nederlanders leren omgaan met AI, data en digitale systemen.

#### **3. Versterk digitale autonomie door inzet op keuzevrijheid en Europese AI-capaciteit**

Nederland weet al jaren de vruchten te plukken van de open economie, die onze kracht en welvaart historisch heeft gevormd. Tegelijk is niet te ontkennen dat hierdoor ook afhankelijkheden zijn ontstaan. Om onze digitale autonomie te verhogen zonder protectionistisch te worden, moeten er duidelijke keuzes gemaakt en eisen gesteld



worden aan producten. Een risico-gebaseerde benadering die verschilt per sector en toepassing is daarbij cruciaal. Keuzevrijheid van afnemers moet voorop staan, met een focus op interoperabiliteit en uitwijkmogelijkheden. Dit geldt nadrukkelijk ook voor Europese en Nederlandse AI-capaciteit: investeer in alternatieven om eenzijdige afhankelijkheid te voorkomen.

#### *4. Investeer in datacenters, glasvezel en energie voor de digitale economie*

Zonder betrouwbare digitale infrastructuur stagneert economische groei en blijven de kansen van AI liggen. Ontwikkel daarom een nationale strategie die datacentercapaciteit, glasvezelnetwerken, 5G/6G-uitrol, fotonica en een slimme duurzame energievoorziening in samenhang aanpakt. Een infrastructuur die niet alleen AI aankan, maar ook weerbaar is tegen geopolitieke spanningen en cyberaanvallen.

#### *5. Investeer in uitvoering Nederlandse Digitaliseringsstrategie*

Afgelopen zomer is de Nederlandse Digitaliseringsstrategie (NDS) gelanceerd. De NDS is een breed gedragen visie op de digitale overheid met samenwerking tussen overheid, bedrijfsleven en wetenschap. NLdigital onderschrijft de NDS en draagt bij aan de uitvoering van deze agenda. Het is dan ook van belang dat de NDS de komende jaren de kans krijgt de ambities waar te maken. Het nieuwe kabinet moet dan ook steun uitspreken aan de NDS, de uitvoering ervan prioriteren en de nodige investeringsagenda ervoor te realiseren.

#### *6. Benoem Minister voor Digitale Economie: AI-revolutie vraagt ministeriële focus*

De groei van digitalisering, het belang voor ons verdienvermogen en de versnelling van innovaties die AI mogelijk maakt verdienen een eigen bewindspersoon. Deze zou zich bij Economische Zaken volledig moeten richten op vestigingsklimaat, innovatiebeleid en internationale concurrentiekracht van digitale bedrijven. Laat digitalisering van de overheid bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Zo ontstaat een heldere scheiding tussen beleid voor digitale economie (EZ) en beleid voor overheidsdienstverlening (BZK). Dit creëert bestuurlijke focus en versterkt de verbinding tussen technologie, economie en samenleving.

#### *7. Investeer 5% BBP in R&D: van AI-fabriek Groningen tot start-up-ecosysteem*

Nederland blijft achter op internationale benchmarks als het gaat om investeren in R&D. Investeer daarom 5% van het BBP in onderzoek, innovatie en start-ups. Concrete voorbeelden: realiseer de duurzame AI-fabriek in Groningen en vergroot het budget voor de nieuwe Groeimarkten-aanpak en start-up/scale-ups. Zet ook vol in op het Europese Schaalfonds voor het versterken van de infrastructuur voor private investeringen, zoals via pensioenfondsen.

#### *8. Besteed verhoogde NAVO-norm aan digitale defensie en cyberbeveiliging*

Hybride oorlogsvoering is aan de orde van de dag sinds Rusland de oorlog tegen Oekraïne startte. Defensie-uitgaven moeten daarom ook digitale weerbaarheid versterken. Er is grote noodzaak voor extra inzet op veiligheid van de (decentrale) overheid, van het hoger onderwijs en ter ondersteuning van het maatschappelijke middenveld. Bouw voort op bestaande publiek-private samenwerkingen met organisaties als NCSC en Digital Trust Center. Innovaties zoals AI en geavanceerde detectiesystemen bieden daarbij krachtige nieuwe mogelijkheden voor mitigatie en preventie van cyberaanvallen, maar zijn alleen effectief met investeringen in de technologie en het personeel.

#### *9. Waarborg een positief beleid voor hoogopgeleide kennismigranten*

Kennismigranten leveren een belangrijke bijdrage aan duurzame groei van de digitale sector, in Nederland en binnen Europa meer algemeen. Een positief beleid om kennismigranten aan te trekken en te behouden voor de

Nederlandse economie van de toekomst, is van groot belang. Denk bij deze maatregelen bijvoorbeeld aan het behoud (en volledige correctie) van de zogenaamde expat regeling (de "30%-regeling") en zie af van het voorstel om de termijn voor naturalisatie tot Nederlanderschap te verhogen van 5 naar 10 jaar.

### **Digitalisering is onmisbaar voor een sterke economie**

De keuzes die in deze formatie worden gemaakt, bepalen of Nederland digitaal vooroploopt of achteropraakt. NLdigital en haar leden staan klaar om de formatie te ondersteunen met kennis en praktijkervaring uit de digitale sector. Laten we samen bouwen aan een beter digitaal Nederland.

Wij wensen u veel wijsheid en staan uiteraard klaar deze brief verder toe te lichten.

Dagmar Lens  
Algemeen Directeur NLdigital

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

NLDigital

Kenmerk: 202500057

Den Haag, 17 november 2025

Geachte

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hooftend

Sybrand Buma  
Informatieur

202500058

## Nu aan de slag

voor een eerlijke en circulaire samenleving van morgen

**Geachte Hans Wijers en Sybrand Buma,**

Namens de Branchevereniging Kringloop Nederland (BKN) wil ik uw aandacht vragen voor de grote uitdagingen op het gebied van een eerlijke, inclusieve arbeidsmarkt en circulaire economie. BKN vertegenwoordigt ruim 60 kringlooporganisaties met gezamenlijk 250 vestigingen in het hele land, waar meer dan 18.500 mensen dagelijks werken aan een inclusieve en circulaire samenleving. Bij de kringloop maken we werk van de circulaire economie. Helaas stapelen de uitdagingen voor de sector zich op, en wordt het voor ondernemers steeds moeilijker om het hoofd boven water te houden. Daarom roepen wij het nieuwe kabinet met klem op om bij de formatie rekening te houden met de uitdagingen waar onze inclusieve- en circulaire ondernemers tegenaanlopen.

### Circulariteit nu, voor de toekomst

Wij willen de formerende partijen meegeven dat een gebrek aan circulaire ambities Nederland niet alleen in de toekomst zal schaden, maar dat nu al doet. We zien bedrijven die bijdragen aan hergebruik, reparatie, recycling, en verwerking van reststromen omvallen terwijl de lineaire economie floreert. We verliezen grip op strategische voorraden, terwijl we blijven consumeren en importeren alsof er geopolitiek geen problemen bestaan. We produceren een berg afval waar geen hergebruik en recycling tegenop gewassen is. Daarom is het aan het nieuwe kabinet om lef te tonen en stappen te zetten om de transitie van een lineaire- naar een circulaire economie vorm te geven.

Om het gewicht van de circulariteit te benadrukken stellen wij voor dat het nieuwe kabinet een **minister van Klimaat en Circulaire Economie** benoemt. Deze ministerspost brengt de thema's bij elkaar waarbinnen de grootste uitdagingen voor onze samenleving samenkomen op het gebied van klimaat, economie en milieu. Daarnaast vragen wij het nieuwe kabinet om:

- **De bezuinigingen in de circulaire economie terug te draaien.** Het vorige kabinet heeft met Prinsjesdag ervoor gekozen om 20% van het budget voor de circulaire economie weg te bezuinigen. Draai dit om en investeer juist in de economie van de toekomst. Dit draagt bij aan onze grondstoffenafhankelijkheid, innovatie en toekomstbestendig verdienvermogen;
- Ervoor te zorgen dat we **essentiële onderdelen** van de transitie naar een circulaire economie kunnen **versnellen en opschalen**. Daarbij is de sturende en ondersteunende rol van het kabinet onvermijdelijk, bijvoorbeeld als het gaat om een landelijk dekkend netwerk van circulaire ambachtscentra;
- **Fiscale maatregelen te nemen die circulaire initiatieven stimuleren en beter mogelijk maken.** Om te beginnen moet er deze kabinetsperiode een einde komen aan de dubbele btw die betaald wordt over tweedehands producten. Daarom vraag ik u namens de Branchevereniging Kringloop Nederland: verlaag het btw-tarief op tweedehandsproducten naar 0%. Dit draagt bij aan het halen van circulaire ambities, zoals een circulair Nederland in 2050, en zorgt bij kringlooporganisaties voor minder druk op de bedrijfsvoering en geeft ze meer bestaanszekerheid. Bovendien is het van groot belang om belasting te verschuiven van arbeid naar grondstoffengebruik. Zo komt er eindelijk een einde aan de oneerlijke concurrentie tussen de lineaire- en circulaire economie en geeft u uitwerking aan het principe 'de vervuiler betaalt'.



- **Ruimte te geven aan wat waardevol is.** Pak de voortdurende marktonderminning en de uitwassen van *fast fashion, fast electronics, en fast furniture* aan. Deze producten vormen een directe bedreiging en oneerlijke concurrentie voor Nederlandse ondernemers. Kom met een reclameverbod, voer importheffingen in en ga aan de slag met duidelijke kwaliteitseisen voor producten die onze markt opkomen. Hier kunnen we niet langer mee wachten, ondernemers hebben al tijden last van oneerlijke concurrentie. Neem het voortouw en trek samen met andere Europese landen op als voorlopers in deze transitie.

## Een eerlijke arbeidsmarkt, voor iedereen

In Nederland staan nog té veel mensen, die wel graag willen werken, langs de kant. Er zijn allerlei redenen waarom zij ondersteuning kunnen gebruiken om deel te nemen aan het arbeidsproces. De kringloop is de plek waar zij vol zingeving, lokaal aan de slag kunnen en werk- en ontwikkelkansen krijgen. Helaas is het beleid nu zo ingewikkeld dat werkgevers die in de praktijk inclusieve werkgelegenheid realiseren, vaak geen gebruik (kunnen) maken van regelingen die er zijn.

Daarom roepen wij het nieuwe kabinet op: houdt bij hervorming van het arbeidsmarktbeleid rekening met inclusieve werkgevers, en al die mensen die nu langs de kant staan. Zorg ervoor dat mensen aan de slag kunnen in de banen van de toekomst, die met name gaan ontstaan binnen de circulaire sector. Daar liggen volop kansen om mensen waardevol, toekomstbestendig werk te bieden. Concreet vragen wij het nieuwe kabinet om:

- **Te investeren in de kringloop als inclusieve werkgever én in begeleidingsvergoedingen voor mensen met een ondersteuningsvraag.** Passende begeleiding is nodig om een inclusieve arbeidsmarkt draaiende te houden. Zorg voor begeleidingsvergoedingen die daadwerkelijk terecht komen bij de inclusieve werkgever. De kringloopsector biedt veel baan- en ontwikkelkansen voor mensen met een ondersteuningsvraag, en iedereen is welkom bij de kringloop. Geef kringlooporganisaties daarin de ruimte, zodat zij in de praktijk de juiste begeleiding kunnen bieden aan die mensen. Zo ondersteun je juist de organisaties die gelijkwaardige kansen bieden aan bijvoorbeeld mensen met een arbeidsbeperking, statushouders of jongeren in een kwetsbare positie. Daarmee helpen we samen meer mensen aan passend werk.
- **De circulaire economie als kansensector aan te wijzen en te zorgen voor een sectoraal ontwikkelpad.** Zo openen we de weg voor opleidingen, investeringen en (nieuwe) banen in de sector voor de toekomst. Hiermee investeer je in circulaire vaardigheden, leren in de praktijk op de werkvloer en in leven lang ontwikkelen, juist in de kansrijke circulaire sector. Dit draagt niet alleen bij aan meer reparateurs (die we hard nodig hebben), inclusieve banen en meer hoogwaardig hergebruik, maar zo voorkomen we dat we deze essentiële ambachten en vakvaardigheden verliezen, die zonder deze maatregelen dreigen te verdwijnen.
- **Inclusief arbeidsmarktbeleid integraal op te pakken, het gaat immers over alle banen van de toekomst en we moeten het zien als een gezamenlijke opgave.** Arbeidsmarktkrapte raakt ook de circulaire- en kringloopsector, een sector die bij uitstek inclusief is. Ook binnen Circulaire Ambachtscentra zijn veel baan- en ontwikkelkansen. Verbindt de beleidsdoelen van het Nationaal Programma Circulaire Economie dan ook aan het arbeidsmarktbeleid van het Ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid en aan het onderwijsbeleid van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Breid het actieplan *Groene & digitale banen* verder uit met de banen van de toekomst. Dit biedt meer ruimte voor innovatie, inclusief- én circulair ondernemerschap. Zo werken we samen écht toe naar een circulaire economie in 2050, waarin baankansen volop benut worden die nodig zijn in deze grondstoffentransitie.

De onderwerpen die ik in deze brief aandraag zijn allemaal hard nodig om écht werk kunnen te maken van een circulaire economie in Nederland. Ik wil u ook vragen om tijdens de formatie concreet voorstellen te doen die zowel de circulaire economie als inclusief werkgeverschap vooruithelpen.

Wij staan klaar om aan de slag te gaan voor een eerlijke en circulaire samenleving. Hopelijk neemt u deze overwegingen mee in de besprekingen. Uiteraard staan wij tot uw beschikking om een toelichting te geven, in gesprek te gaan over wat wij denken dat nodig is voor Nederland in de toekomst of u op locatie te laten zien welke kansen de kringloop biedt voor de circulaire economie én inclusief werkgeverschap.

Een kopie van dit schrijven verstuur ik aan alle fractievoorzitters in de Tweede Kamer.

Hoogachtend,

Rachel Heijne  
Directeur, Branchevereniging Kringloop Nederland (BKN)

**Over de Branchevereniging Kringloop Nederland**

De Branchevereniging Kringloop Nederland (BKN) vertegenwoordigt ongeveer 60 kringlooporganisaties in Nederland. Deze leden exploiteren gezamenlijk zo'n 250 vestigingen verspreid over het hele land. BKN-leden zijn non-profit en not-for-profit organisaties, voornamelijk stichtingen die belangrijk werk doen op de thema's inclusieve arbeidsmarkt en circulaire economie en komen daarbij tot mooie resultaten in de markt.

De aangesloten kringlooporganisaties voeren het [Keurmerk Kringloop Nederland](#), waarvoor hun bedrijfsvoering op basis van het Keurmerk iedere 1 ½ jaar wordt gecontroleerd. Met het Keurmerk onderscheiden zij zich binnen de sector door professionaliteit, integriteit en de bijdrage aan de inclusieve en circulaire samenleving.

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Kringloop Nederland

Kenmerk: 202500059

Den Haag, 17 november 2025

Geachte

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend

Sybrand Buma  
Informatieur

Aan de Informateurs S.M. van Haersma Buma en G.J. Wijers  
De Tweede Kamer - t.a.v. Bureau Woordvoering Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

202500060

Betreft: Lelystad Airport

Dalfsen, 14 november 2025.

Geachte Informateurs,

Met het oog op de formatie van het nieuwe kabinet ben ik zo vrij u en de onderhandelende partijen om aandacht te vragen voor diverse argumenten om Lelystad Airport (LA) niet open te stellen voor 'groothandelsverkeer'.

Ik doe dit namens SATL (Samenwerkende Actiegroepen Tegen Laagvliegen), dat sinds 2017 de krachten bundelt van inmiddels 26 burgergroepen uit 6 provincies: Drenthe, Flevoland, Fryslân, Gelderland, Noord-Holland en Overijssel. De groepen komen voort uit ongerustheid over de gevolgen van plannen om vanaf LA over lange afstanden te gaan laagvliegen boven grote delen van Nederland.

SATL is niet op voorhand gekant tegen burgerluchtvaart als zodanig, maar wel alert en kritisch over nodeloos veel en schadelijk vliegen. Het is er door ervaring en onderzoek van overtuigd geraakt dat opening van LA voor de burgerluchtvaart onherroepelijk hiertoe zal leiden. Daarin voelt SATL zich gesterkt door diverse uitspraken van de Tweede Kamer over onder meer de onwenselijkheid van autonome groei op LA alsook door de motie-Teunissen c.s. van 30-01-2024 om LA dicht te houden.

Desondanks zijn er allerlei signalen dat bewindslieden van het demissionaire rompkabinet-Schoof nog voor het einde van dit jaar een voldongen feit willen creëren door op twijfelachtige gronden de opening te forceren.

Het is uiteraard aan u en de onderhandelende partijen om de consequenties van zo'n geforceerd besluit op zijn merites te beoordelen. SATL is evenwel van mening dat het politiek, bestuurlijk en maatschappelijk niet door de beugel kan. In een brief d.d. 22-09-2025 is dit ook al aan de vaste Kamercommissies kenbaar gemaakt.

Zonder uitputtend te zijn, noem ik hier de volgende argumenten tegen Lelystad Airport.

1. **(Economisch) nut niet bewezen.** Uit diverse Maatschappelijke Kosten Baten Analyses (MKBA's) blijkt dat het punt waarop de luchtvaart in positieve zin bijdraagt aan de Nederlandse economie allang is gepasseerd. Uit dezelfde rapportages blijkt ook dat de economische meerwaarde van LA voor de regio vrijwel nihil is. (Nota bene: een volledige MKBA voor een opening van LA voor de burgerluchtvaart is nooit gemaakt, terwijl dat wel verplicht is.)

2. **Wel autonome groei.** In strijd met het herhaaldelijk door de Kamer in moties herbevestigde, *exclusieve* doel van LA (uitsluitend overloop en beslist geen autonome groei) gaat LA onafwendbaar en in toenemende mate autonome groei faciliteren. In onze studie *Schiphol regert* hebben wij aangetoond, dat dit inzicht bij de insiders van meet af aan bekend was, maar niet werd gedeeld met de volksvertegenwoordiging. Daarbij is de oorspronkelijke doelstelling, om van LA een overloophaven

met vakantievluchten te maken zodat Schiphol kan groeien met intercontinentale vluchten en transfers, achterhaald.

**3. Laagvliegen niet opgelost.** In tegenstelling tot wat de Schiphol Groep, LA en het ministerie van IenW 'framen', is met hun 'oplossing' voor het laagvliegen op het routedeel bij Lemelerveld, de laagvliegproblematiek in werkelijkheid *niet* opgelost. Vooral boven Gelderland, Overijssel en Flevoland blijft het laagvliegen problematisch. Voor de bebouwde kommen en de N2000 van de Kop van de Veluwe wordt de situatie als gevolg van doorstijgen zelfs slechter. Van voorgespiegelde oplossingen in het kader van de luchtruimherziening is weinig meer over.

**4. Geen natuurvergunning.** De aanvraag voor een natuurvergunning is reeds 5 jaar oud, omdat er grote hobbels zijn (zowel inhoudelijk als juridisch) om tot een houdbare vergunning te komen. Probleem is dat de stikstofdepositie van LA meerdere kwetsbare N2000-gebieden raakt, waaronder de Veluwe. In deze gebieden is al sprake van structurele overbelasting. De provincie Gelderland bijvoorbeeld wil daarom de stikstofuitstoot in zones van 500 meter rond natuurgebieden aan banden leggen. Extern salderen van stikstof is juridisch inmiddels niet meer voor de hand liggend, omdat saldering het natuurherstel elders volgens de RvS niet mag belemmeren (additionaliteitsvereiste) en dit niet kan worden aangetoond. Ook voor Schiphol is de gevraagde natuurvergunning om vergelijkbare redenen vernietigd.

**5. Geen soelaas voor omgeving Schiphol.** Opening van LA gaat niet leiden tot vermindering van de overlast bij Schiphol; het omgekeerde is het geval. Door uitplaatsing naar LA vrijkomende 'slots' worden onmiddellijk opgevuld met vooral transatlantische vluchten. Aangezien deze doorgaans door grotere vliegtuigen worden uitgevoerd, zal per saldo het aantal (ernstig) gehinderden en slaap verstoorden rond Schiphol daardoor toenemen. Tel daar de nieuwe (ernstig) gehinderden en slaap verstoorden onder de laagvliegroutes van LA maar bij op. Dit laatste aantal is overigens een veelvoud van wat Schiphol Groep, LA en IenW beweren.

**6. Wel nachtvluchten.** De Kamer en de omgeving is bezworen: op LA geen nachtvluchten. Bovendien is in de *Luchtvaartnota* als belangrijk generiek beleidsdoel geformuleerd dat om gezondheidsredenen nachtvluchten zullen worden teruggedrongen en dat dit om dezelfde redenen niet tot meer vliegen in de randen van de nacht mag leiden. In strijd met zowel het een als het ander gaan de beoogde openingstijden en businesscase van LA onherroepelijk leiden tot relatief veel vliegbewegingen in de nacht en in de 'randen'. De nachtrust van LA zal krimpen van de huidige 9 uren naar standaard 7 uren en in drukke vakanties en weekends geregeld naar slechts 6 uren. Een evidente verslechtering, die bovendien haaks staat op de trend bij Maastricht, Rotterdam en Eindhoven.

**7. Salomitactiek.** LA heeft voor slechts 10.000 vliegtuigbewegingen (vtb) een omgevings- en natuurvergunning en een luchthavenbesluit aangevraagd, terwijl expliciet en met klem wordt vastgehouden aan het oogmerk van 45.000 vtb. Dit is een nieuw staaltje van de vaker in dit dossier geconstateerde salomitactiek van het stapsgewijs creëren van een reeks voldongen feiten. Er is weinig fantasie nodig om de volgende zinnen uit te tekenen, als deze stap wordt gehonoreerd: omdat LA met 10.000 vtb structureel verlies lijdt, de overheden telkens moeten bijspringen, werkgelegenheid in het geding is en de investeringen in het putje dreigen te verdwijnen, moeten de afspraken en regels inzake nacht, vracht, emissies et cetera echt opzij worden geschoven om meer vluchten mogelijk te maken. Want, zo waarschuwt SATL, 'eenmaal open, is nooit meer dicht'.

**8. Nieuwe vliegtuigen voor omgeving niet stiller en schoner.** Voorstanders van LA schermen met de ontwikkeling van stillere en schonere vliegtuigen. Op papier produceren nieuwe types inderdaad vaak minder decibellen, maar voor het menselijke gehoor zijn die paar decibel minder niet echt hoorbaar. Het effect is, dat op papier de geluidsdruk afneemt, maar omwonenden daardoor juist nog meer overlast krijgen, doordat de berekende 'geluidswinst', (deels) mag worden gebruikt voor groei van de luchtvaart. Met als gevolg meer vliegbewegingen per etmaal, waarvan de mens niet hoort, dat ze per passage wat stiller zijn. Daarnaast produceren nieuwere vliegtuigtypes weliswaar minder CO<sub>2</sub>, maar door hogere verbrandingstemperaturen stoten zij juist meer NO<sub>x</sub> en Zeer Zorgwekkende Stoffen (ZZS) uit.

Het hoeft geen betoog dat ons land dringend behoefte heeft aan een goed en stabiel bestuur. Een landsbestuur dat vooruit wil zien en zich laat leiden door een sterk besef van verantwoordelijkheid

voor een gezonde, leefbare toekomst voor deze en komende generaties, in Nederland en daarbuiten. Naar onze stellige overtuiging zal een besluit om Lelystad Airport definitief gesloten te houden voor commerciële burgerluchtvaart daartoe zeker bijdragen.

Namens SATL wens ik u en uw gesprekspartners veel wijsheid toe.

Afschriften van deze brief gaan per e-mail naar de leden van de Tweede Kamer.

Met hoogachting en vriendelijke groet,



dr. ir. Leon Adegeest (voorzitter)

SATL  
Om de Landskroon 3  
7722 VG Dalfsen  
[info@satl-lelystad.nl](mailto:info@satl-lelystad.nl)

---

SATL laat zich voorstaan op:

- Een sterk besef van verantwoordelijkheid voor het behoud, c.q. herstel of verbetering van woongenot, welzijn, volksgezondheid, natuur, klimaat en duurzame economie – hier en nu en voor toekomstige generaties wereldwijd.
- Een grote gehechtheid aan een goed functionerende rechtsstaat en een transparant politiek-bestuurlijk systeem dat het algemeen belang daadwerkelijk vooropstelt.
- Partijpolitieke ongebondenheid.

Uit: Mission statement SATL. Voor meer informatie: <https://satl-lelystad.nl/>

Bureau Kabinetsformatie  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

SATL

Kenmerk: 202500061

Den Haag, 17 november 2025

Geachte

Dank voor de brief die ik van u mocht ontvangen.

In het kader van mijn werkzaamheden ontvang ik veel brieven, nota's en verzoeken. Ik verricht mijn werkzaamheden op basis van een door de Tweede Kamer geformuleerde opdracht en de daarvoor gestelde termijn. Dat maakt dat ik helaas niet zelf inhoudelijk op uw schrijven kan reageren. Ik vraag hiervoor uw begrip.

Uw brief zal ook in de volgende fase van de kabinetsformatie beschikbaar blijven voor degenen die daarbij zijn betrokken.

Hoogachtend,

Sybrand Buma  
Informatieun