

Vergaderjaar 2022–2023

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1987

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 december 2022

Een deel van de zorgmedewerkers dat besmet is geweest met COVID-19 (hierna: COVID), heeft nog dagelijks te maken met langdurige post-COVID klachten. De aard van deze klachten en de impact hiervan op hun leven varieert per persoon. Er is helaas een groep waarvoor de gevolgen behoorlijk groot zijn. Eenvoudige, alledaagse taken en activiteiten kunnen soms niet meer worden uitgevoerd, en sommige zorgmedewerkers zijn minder of helemaal niet meer in staat om te werken. Het kabinet is zich bewust van de ingrijpende gevolgen van COVID voor eenieder die hiermee kampt en leeft mee met hun situatie.

De afgelopen maanden heeft het kabinet interdepartementaal verkend hoe zorgmedewerkers met post-COVID klachten als gevolg van een besmetting in de eerste golf extra ondersteund kunnen worden. Dit mede naar aanleiding van de aangenomen motie van de leden Paulusma en Bikker.¹ De uitkomsten van deze verkenning zijn door middel van een verzoek tot voorlichting voorgelegd aan de Afdeling Advisering van de Raad van State. Op 5 december is de voorlichting van de Raad van State gepubliceerd, waarna ik deze voorlichting tevens aan uw Kamer heb aangeboden.²

Ik informeer u met deze brief, mede namens de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (hierna: SZW), over het kabinetsbesluit als reactie op de voorlichting van de Afdeling Advisering van de Raad van State. Daarnaast licht ik toe welke ondersteuning beschikbaar is voor mensen met post-COVID en zal ik een reactie geven op het rapport «*(Maat)werk bij langdurige klachten na COVID*» van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS).

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1908

² Kamerstuk 25 295, nr. 1972

In deze brief ga ik achtereenvolgens in op:

- De voorlichting van de Raad van State en het vervolg daarop. Het kabinet gaat op korte termijn met werkgevers- en werknemersorganisaties in gesprek over een collectieve regeling van deze partijen en is bereid daaraan een financiële bijdrage te leveren;
- De reactie op diverse moties, waaronder:
 - Het verzoek voor het instellen van een tegemoetkomingsfonds long COVID naar analogie van de regeling Tegemoetkoming Stoffenge-relateerde Beroepsziekten (motie van de leden Kathmann en Maatoug³).
 - De ondersteuning voor mensen met post-COVID en specifiek beleid voor zorgmedewerkers, met daarin tevens een reactie op het verzoek tot het verkennen van het vergoeden van zorgkosten voor zorgmedewerkers met post-COVID klachten (motie van de leden Paulusma en Bikker);
 - De aard en omvang van de problematiek, met daarin een reactie op het verzoek om het aantal zorgwerknemers in beeld te brengen dat niet meer van werk naar werk begeleid kan worden (motie Van den Hil en Tielen⁴).
- De reactie op het rapport «(Maat)werk bij langdurige klachten na COVID» van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS).

1. Financiële ondersteuning voor zorgmedewerkers

Zoals aangegeven heeft het kabinet afgelopen zomer een interdepartementale verkenning uitgevoerd hoe zorgmedewerkers met post-COVID klachten extra kunnen worden ondersteund. Deze verkenning heeft geresulteerd in een voorstel voor een onverplichte tegemoetkoming aan zorgmedewerkers die in de eerste golf (maart tot en met juni 2020) van de coronapandemie zorg hebben verleend aan COVID-19 patiënten en in die periode COVID-19 hebben opgelopen en als gevolg daarvan langdurig ziek zijn geworden. Gelet op de complexiteit van het vraagstuk heeft het kabinet besloten om de Afdeling Advisering van de Raad van State te verzoeken om voorlichting. In het verzoek tot voorlichting is gevraagd naar de precedentwerking van het voorstel, de juridische houdbaarheid van het voorstel en de hoogte van de tegemoetkoming. Op 5 december jl. is de voorlichting van de Raad van State gepubliceerd, waarna ik de voorlichting aan uw Kamer heb aangeboden.

1.1 Voorlichting van de Raad van State

De Afdeling Advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling) begrijpt de wens van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) om voor zorgmedewerkers met langdurige post-COVID klachten een voorziening te treffen. De Afdeling wijst daarbij met nadruk op het belang van een goede grondslag voor deze voorziening, waarbij ook rekening wordt gehouden met de verantwoordelijkheden van de werkgever ingevolge de arbeidsomstandighedenwetgeving en de mogelijke aansprakelijkheid van de werkgever en/of de overheid. Immers, daar waar het gaat om ziekte opgelopen tijdens het werk, is de werkgever/opdrachtgever de *eerste aansprakelijke partij*. Er bestaat reeds een systeem voor risicotoedeling bij arbeidsongeschiktheid en een collectieve ziektekostenregeling voor medische kosten.

De Afdeling onderkent dat de overheid een dringend beroep heeft gedaan op de zorg en zorgmedewerkers om essentiële functies overeind te houden. Dit kan leiden tot aansprakelijkheid van de overheid, wanneer zij

³ Kamerstuk 25 883, nr. 436.

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1889.

een rol heeft gespeeld in het ontstaan van een onveilige werksituatie. De Afdeling geeft echter aan dat de vraag of de werkgevers/opdrachtgevers en/of de overheid aansprakelijk zijn voor schade die is geleden door zorgmedewerkers die langdurig ziek zijn geworden als gevolg van post-COVID klachten nader onderzoek vereist en op voorhand niet vast te stellen is.

Voornoemd dringend beroep kan naar het oordeel van de Afdeling aanleiding zijn om een voorziening te treffen ter voldoening aan een natuurlijke verbintenis: een niet rechtens afdwingbare dringende morele verplichting⁵.

De term «onverplichte tegemoetkoming» acht de Afdeling niet passend. Het enkel hanteren van «erkenning van leed» als grondslag voor de afbakening van een regeling is onvoldoende onderscheidend vanuit het oogpunt van het gelijkheidsbeginsel, omdat ook personeel in andere sectoren dat is getroffen door langdurige post-COVID klachten vergelijkbaar ernstig leed kan ondervinden.

1.2 Kabinetsbesluit

Het kabinet heeft op basis van de voorlichting van de Afdeling een zorgvuldige afweging gemaakt. Buiten kijf staat dat veel zorgmedewerkers zich tomeloos hebben ingezet om COVID-patiënten te blijven verzorgen, ondanks alle onzekerheden over de gezondheidsrisico's die het nieuwe virus met zich meebracht tijdens de eerste golf. Het kabinet, en de hele samenleving, is hen daarvoor zeer erkentelijk. Dat sommigen van hen vervolgens post-COVID klachten hebben ontwikkeld, met verstrekkende gevolgen voor hun privéleven, werk en financiële situatie, betreurt het kabinet ten zeerste. Uit de persoonlijke gesprekken die ik heb gevoerd blijkt hoe schrijnend de situatie is voor sommige zorgmedewerkers. Het kabinet voelt de urgentie dat deze zorgmedewerkers, vanwege de uitzonderlijke situatie waarin zij hun werk hebben verricht, worden ondersteund.

De Afdeling concludeert naar de mening van het kabinet terecht dat de werkgever of opdrachtgever de eerste aansprakelijke partij is voor de schade die is ontstaan als gevolg van een ziekte opgelopen tijdens het werk. Maar zoals de Afdeling ook onderkent is de aansprakelijkheidsvraag in veel gevallen complex.

Zoals gezegd vindt de Afdeling dat het dringende beroep van de overheid op de zorg aanleiding kan zijn om een voorziening te treffen ter voldoening aan een natuurlijke verbintenis: een niet rechtens afdwingbare dringende morele verplichting⁶. Volgens de Afdeling ligt het in dit geval in de rede dat een regeling wordt getroffen in het collectieve arbeidsvoorwaardenoverleg. Dit kan ook bijdragen aan de formulering van de specifieke criteria door sociale partners die de feitelijke omstandigheden van nabij kennen. De overheid kan – gezien de uitzonderlijke situatie – een bijdrage leveren aan sociale partners in de kosten van deze collectieve regeling. Op deze wijze zou de verdeling van verantwoordelijkheden zoveel mogelijk intact worden gelaten.

Het kabinet leest de voorlichting van de Afdeling als een ondersteuning om een bijdrage aan een collectieve regeling te leveren om zodoende deze zorgmedewerkers vanuit een morele verplichting tegemoet te komen. Het kabinet hecht eraan op te merken geen voorziening voor ogen

⁵ Artikel 3, tweede lid, onder b, van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

⁶ Artikel 3, tweede lid, onder b, van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

te hebben die bedoeld is eventuele aansprakelijkheid te reguleren. Het kabinet vindt het belangrijk om zoveel mogelijk de rolverdeling tussen werkgevers/opdrachtgevers en werknemers/opdrachtnemers in stand te houden. Daarom gaat het kabinet, in lijn met de voorlichting, op korte termijn met werkgevers- en werknemersorganisaties in gesprek over een dergelijke collectieve regeling van sociale partners. Indien werkgevers- en werknemers – met inachtneming van de onderstaande afbakening en met de andere aandachtspunten van de Afdeling – komen tot een regeling, bijvoorbeeld middels een nader op te zetten fonds, dan is het kabinet bereid om hieraan, in aanvulling op de substantiële bijdrage van werkgevers, een gemaximeerde bijdrage in 2023 te doen, rekening houdend met relevante wet- en regelgeving. Het kabinet kijkt mee op de vormgeving van deze regeling.

1.3 Afbakening

Een bepaalde groep zorgmedewerkers is vanwege post-COVID inmiddels meer dan twee jaar ziek met geen of verminderde inzetbaarheid op het werk als gevolg. Om deze groep nader af te bakenen gelden de volgende afbakeningscriteria:

Veelvuldig, intensief en onvermijdelijk in contact met COVID-patiënten

Een aantal zorgmedewerkers heeft in de periode van de eerste golf vanwege het verlenen van zorg veelvuldig en intensief contact gehad met COVID-patiënten, terwijl nog weinig bekend was over hoe het virus zich verspreidde en wat de precieze risico's op besmetting/overdracht van COVID waren. Zij waren veelvuldig, intensief en onvermijdelijk in de directe nabijheid van (vermoedelijke) COVID-patiënten. Zoals de Afdeling terecht schetst was het in deze gevallen voor zorgmedewerkers geen reële mogelijkheid om de bijzondere risico's te vermijden: het niet verlenen van zorg aan COVID-patiënten was geen optie, terwijl in veel andere sectoren reguliere activiteiten konden worden stopgezet of op andere wijze konden worden ingericht én er in die sectoren geen sprake was van veelvuldig en intensief contact met mensen die met grote mate van waarschijnlijkheid COVID-patiënten waren. Hierdoor lag de intensiteit van de blootstelling aan het risico van besmetting voor deze groep zorgmedewerkers aanzienlijk hoger dan bij andere zorgmedewerkers of cruciale beroepsgroepen waar de samenleving een beroep op heeft gedaan.

Uitzonderlijke situatie in de eerste golf

De eerste golf van de coronapandemie (maart – juni 2020) onderscheidt zich van latere periodes doordat in deze periode de wereld werd overvallen door een pandemie die ongekend was in haar aard. Een nieuw en onbekend virus overspoelde de Nederlandse samenleving en de zorg, terwijl er nog geen vaccin beschikbaar was en zorg verleend moest worden op basis van de toen beperkt beschikbare kennis. In de tweede golf kon vervolgens de opgedane kennis en ervaring met het virus worden benut om de besmettingsrisico's op het werk en breder in de samenleving te beperken. Tijdens de eerste golf verspreidde het virus zich bijvoorbeeld onopgemerkt, vanaf de tweede golf kon de verspreiding al veel beter gemonitord worden. Dat komt mede doordat in de eerste golf gewerkt werd op basis van een selectief testbeleid, terwijl in de tweede golf iedereen getest kon worden. Daarnaast waren de behandelmethodes voor COVID-patiënten tijdens de eerste golf nog in de absolute pioniersfase, terwijl in de tweede golf meer duidelijk werd over de bestrijding van en mogelijkheden tot bescherming tegen de ziekte. Ook was er door de onbekendheid met dit nieuwe virus in de eerste golf minder data

beschikbaar op basis waarvan maatregelen genomen konden worden ter bescherming tegen het virus.⁷

De bovenstaande criteria hebben geleid tot het onderstaande voorstel van het kabinet voor een afbakening:

Zorgmedewerkers

- 1) *die in de eerste golf van de coronapandemie veelvuldig en intensief zorg hebben verleend aan COVID-patiënten en/of daar nauw betrokken bij waren (maart tot en met juni 2020),⁸*
- 2) *die langer dan twee jaar post-COVID klachten ondervinden die zijn vastgesteld door een arts volgens de op dat moment geldende beroepslijn⁹ en als gevolg hiervan minder of helemaal niet meer kunnen werken, blijkend uit een WIA-beoordeling of vergelijkbaar¹⁰, en*
- 3) *vanwege een arbeidsrelatie (in vaste dienst, ingehuurd of met een tijdelijk dienstverband) gedurende de periode van maart 2020 tot en met juni 2020 werkten voor of in opdracht van een werkgever in de branches¹¹:*
 - *de verzorgings- en verpleeghuizen¹²,*
 - *de (universitaire) ziekenhuizen,*
 - *de gehandicaptenzorg,*
 - *de wijkverpleging,*
 - *de geboortezorg,*
 - *de ambulancezorg,*
 - *de intramurale jeugdzorg,*
 - *de justitiële inrichtingen (alleen medisch, BIG-geregistreerd personeel),*
 - *de intramurale geestelijke gezondheidszorg, of*
 - *de huisartsenzorg.*

Zoals gezegd is het kabinet bereid om in 2023 een gemaximeerde bijdrage te doen indien werkgevers- en werknemersorganisaties tot een collectieve voorziening komen. Hierbij is het noodzakelijk dat bij de vormgeving van de collectieve voorziening bovenstaande afbakening en de andere aandachtspunten van de Afdeling in acht wordt genomen.

⁷ RIVM, Het nieuwe coronavirus in Nederland, Wat is het verschil tussen de eerste en tweede golf? Oktober 2020.

⁸ Het gaat hier zowel om de handen aan het bed – de verpleegkundigen, de verzorgenden en de artsen die de directe zorg verleenden – als de handen voor het bed – de mensen die op de werkvloer de zorg mogelijk maakten en daarvoor veelvuldig en intensief verbleven in ruimten waar voor COVID-patiënten werd gezorgd, bijvoorbeeld diegenen die de kamers van COVID-patiënten schoonmaakten.

⁹ In de actuele richtlijn van de NHG gaat het om langdurige klachten na COVID-19, waaronder vermoeidheid of verminderde inspanningstolerantie, spiermassa- of spierkrachtverlies, disfunctioneel ademen, cognitieve klachten zoals vergeetachtigheid en moeite met concentreren en/of reuk- en smaakstoornissen. In dit geval gaat het om zorgmedewerkers die deze klachten langer dan twee jaar ervaren met als gevolg dat zij minder of helemaal niet meer kunnen werken.

¹⁰ Voor ZZP'ers is een WIA-beoordeling niet aan de orde. ZZP'ers zullen op een nog uit te werken wijze moeten aantonen dat zij al meer dan twee jaar door post-COVID klachten ziek zijn en hierdoor minder of niet meer inzetbaar zijn voor werk. Zorgpersoneel waarvoor een verlenging van de loondoorbetaling is afgesproken, kunnen met die verlenging aantonen dat zij een aanvraag voor een WIA-uitkering hadden kunnen doen en vallen daarmee onder de doelgroep.

¹¹ Het defensiepersoneel dat tijdens de eerste golf is ingezet in de reguliere zorg valt ook onder deze doelgroep.

¹² Inclusief eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg.

1.4 Uitkomsten verkenning aansluiting TSB-regeling (motie Kathmann en Maatoug)

In de motie Kathmann en Maatoug wordt verzocht om een financiële ondersteuning aan werknemers in het onderwijs en de zorg naar analogie van de regeling Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten (TSB-regeling). Zoals de Raad van State ook beschrijft, is het bieden van ondersteuning naar analogie van de TSB-regeling niet passend. In tegenstelling tot beroepsziekten vanwege gevaarlijke stoffen, wordt COVID veroorzaakt door besmetting met een virus (een zgn. biologisch agens) en is het daardoor een infectieziekte. Bovendien gaat het in het geval van stoffengerelateerde beroepsziekten om situaties waarin tussen de blootstelling aan een gevaarlijke stof en het ontstaan van de ziekte, tientallen jaren kunnen verstrijken. Daar waar de TSB-regeling beoogt de complexiteit van het aansprakelijkheidsvraagstuk te vergemakkelijken (vanwege het tijdsverloop tussen blootstelling en ziektebeeld), beoogt de bijdrage van het kabinet aan een collectieve regeling voor zorgmedewerkers met post-COVID invulling te geven aan een natuurlijke verbintenis en de morele verplichting die het kabinet voelt.

2. Aanvullende ondersteuning bij post-COVID

Het kabinet is zich bewust dat financiële ondersteuning slechts gedeeltelijk tegemoetkomt aan de ingrijpende gevolgen van post-COVID op het alledaagse leven van mensen. Daarom wordt intensief ingezet om bredere ondersteuning te bieden aan eenieder met post-COVID klachten. In reactie op de motie Paulusma en Bikker kan ik het volgende melden over de aanvullende ondersteuning:

2.1 Algemene ondersteuning

Zoals ik eerder in mijn Kamerbrief van 27 juni jl. heb beschreven, onderneemt het kabinet langs drie sporen generieke activiteiten gericht op mensen met post-COVID: onderzoek, verbetering van het ondersteuningsaanbod voor mensen met post-COVID en de ondersteuning bij werk. Naar aanleiding van de motie van de leden Hijink en Paulusma¹³ voerde het Ministerie van VWS gesprekken met betrokken organisaties. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat het veld twee trajecten noodzakelijk acht. Dit betreft een overkoepelende kennisagenda en een expertisecentrum.¹⁴ Over deze trajecten heeft het Ministerie van VWS afgelopen periode een aantal overleggen georganiseerd. Dit wordt de komende weken vervolgd. Hierbij worden ook patiëntenorganisaties (zoals PostCovid NL, Long Covid Nederland en Longalliantie Nederland) betrokken om te borgen dat de onderzoeken aansluiten bij de behoefte vanuit het veld. Het doel van deze gesprekken is om (meer) duidelijkheid en richtinggevende afspraken over inhoudelijke aspecten van beide trajecten te krijgen. Denk bijvoorbeeld aan de eerste afbakening van de overkoepelende kennisagenda, de samenstelling van het expertisecentrum (universitaire en perifere ziekenhuizen), de planning, personeel (type en aantal fte) en een kostenindicatie. Daarnaast blijft de Minister van VWS bij zijn Europese collega's aandacht vragen voor gezamenlijk onderzoek naar post-COVID en het faciliteren van data-uitwisseling en betere kennisdeling van behandelopties voor post-COVID. Het bovenstaande is tevens de kabinetsreactie op het verzoek van Paulusma tijdens de procedurevergadering van 30 november jl. De Minister van VWS zal in de komende periode uw Kamer blijven informeren over de voortgang hiervan.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1892.

¹⁴ Zie ook de bijlage bij de Kamerbrief van 16 september jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1959)

Daarnaast is op 1 oktober 2020, in navolging op een motie van Jetten en Marijnissen¹⁵ en in opdracht van het Ministerie van VWS, besloten om C-support op te richten. C-support ondersteunt en adviseert mensen met langdurige coronaklachten (post-COVID) in heel Nederland en deelt deze kennis met andere (zorg)professionals. Ze biedt brede ondersteuning en advies op het gebied van lichamelijke en geestelijke gezondheid, het sociale leven, werk en inkomen en helpt bij het vinden van de juiste zorgverleners.

2.2 Re-integratie en scholing

Het kabinet onderschrijft het belang van een goede re-integratie van mensen met post-COVID zodat zij beschikbaar kunnen blijven voor de arbeidsmarkt. De Raad van State geeft echter terecht aan dat de omstandigheden voor re-integratie werden bemoeilijkt door de uitzonderlijke situatie van de pandemie. Alle werkgevers kunnen met hun werknemers een vrijwillige loondoorbetaling na het tweede ziektejaar afspreken, zodat gezamenlijk langer gewerkt kan worden aan de re-integratie. Specifiek voor zorgmedewerkers heb ik de subsidieregeling «*Behoud langdurig zieke zorgwerknemers*» opgezet, die ik in mijn brief van 25 februari jl. aankondigde.¹⁶ In de zorgsector gold namelijk dat het re-integreren extra moeilijk werd omdat deze sector zich bevond in de crisismodus. Zorgwerkgevers die na het tweede ziektejaar de loondoorbetaling met 6 tot 12 maanden verlengen en met de medewerker blijven werken aan herstel en re-integratie, kunnen een subsidie krijgen die een deel van de kosten dekt. Op peildatum 1 december 2022 hebben 113 werkgevers een aanvraag ingediend voor in totaal 161 werknemers. Daarvan zijn 36 aanvragen toegekend voor in totaal 58 werknemers, zijn 2 aanvragen afgewezen en zijn 75 aanvragen nog in behandeling. Een reden voor afwijzing is in veel gevallen omdat de opgegeven informatie niet correspondeert met de gegevens van het UWV. Werkgevers kunnen nog tot en met 31 januari 2023 een subsidieaanvraag indienen. Daarom is nog geen compleet beeld te geven van het totaal aantal ingediende en toegekende subsidieaanvragen.

Ten aanzien van scholing kan ik melden dat de professionals van C-support trainingen en nascholingen geven. Dit doen ze vaak samen met andere organisaties. Onderwerpen die hier worden behandeld zijn zeer divers: van arbeid, werk en inkomen tot wetgeving en postinfectieuze klachten.

2.3 Lotgenotencontact voor de post-COVID doelgroep (Amendement Paulusma c.s.)

Eind vorig jaar is het amendement van het lid Paulusma c.s.¹⁷ aangenomen over extra subsidiebudget, à € 500.000 voor een periode van twee jaar, voor het organiseren en versterken van hybride (fysiek en digitaal) lotgenotencontact voor de post-COVID doelgroep door PostCovid NL (onderdeel van het Longfonds en voorheen bekend als coronaplein.nu). Hierin is ook specifiek aandacht voor de onzichtbare of moeilijk bereikbare doelgroep met bijvoorbeeld beperkte gezondheidsvaardigheden, lage SES en/of een migratieachtergrond. Hierbij informeer ik uw Kamer over de voortgang hiervan.

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 325

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1813; Stcrt. 2022, nr. 16010.

¹⁷ Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 32

De afgelopen maanden is door PostCovid NL hard gewerkt aan het vormgeven van het hybride lotgenotencontact afgestemd op de behoeften en wensen van de post-COVID doelgroep. Hierin wordt ook samengewerkt met andere patiëntenorganisaties en -platforms. Momenteel zijn beide vormen van lotgenotencontact, fysiek en digitaal, beschikbaar voor de post-COVID doelgroep. Het aanbod van PostCovid NL wordt goed gevonden door de doelgroep: eind dit jaar zullen iets minder dan 200 mensen gebruik hebben gemaakt van de faciliteiten op het gebied van fysiek lotgenotencontact op ten minste 10 locaties verspreid door Nederland. Ook hebben er meer dan 30.000 mensen deelgenomen aan de verschillende opties van digitaal lotgenotencontact. Dit betreft onder meer de digitale meetings van PostCovidNL waarvoor mensen zich kunnen inschrijven, het forum van PostCovid NL op de website www.postcovidnl.nl waar mensen hun ervaringen kunnen uitwisselen en andere al bestaande online platforms waarmee PostCovid NL samenwerkt. De groeiende vraag naar en behoefte aan lotgenotencontact van de doelgroep blijkt groter dan in eerste instantie verwacht. PostCovid NL zal haar aanbod van lotgenotencontact daarom versneld opschalen in 2023. Ook wordt er de komende maanden samen met Pharos extra ingezet op de moeilijk bereikbare doelgroep. Daarnaast bestaat er een grote informatiebehoefte onder de post-COVID doelgroep. De website van PostCovid NL heeft in 2022 alleen al 2,5 miljoen bezoekers ontvangen, waarvan 17 procent vaker terugkeert.

2.4 Uitkomsten verkenning zorgkosten (motie Paulusma en Bikker)

Met deze motie wordt verzocht in overleg met zorgverzekeraars te verkennen hoe aanvullend mogelijk kan worden gemaakt dat zorgmedewerkers met post-COVID klachten (en evt. ander personeel), de zorgkosten die zij vanwege post-COVID klachten maken en die bijdragen aan hun herstel, vergoed krijgen.¹⁸ Met goedkeuring van de indieners van deze motie heb ik deze verkenning uitgevoerd voor zorgmedewerkers.

In principe worden de meeste zorgkosten vergoed vanuit het basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), mits deze zorg effectief is gebleken volgens de stand van de wetenschap en de praktijk. Dit geldt ook voor de paramedische herstellzorg, dat wegens het onderzoek naar de effectiviteit van herstellzorg tijdelijk vanuit de basisverzekering wordt vergoed.¹⁹ Over zorgkosten die vergoed worden vanuit het basispakket, zoals de paramedische herstellzorg, betalen verzekeringnemers wel hun eigen risico. Het kan voorkomen dat mensen met post-COVID klachten gebruik maken van zorg die niet vergoed wordt vanuit het basispakket, zoals behandelingen van een psycholoog, intensievere paramedische zorg of experimentele medisch specialistische zorg. Ook komt het voor dat mensen niet meer in aanmerking komen voor de regeling van paramedische herstellzorg, omdat er maximaal zes maanden mag zitten tussen het einde van het acute infectiestadium van de COVID-besmetting en het moment van verwijzing.

Ik vind het onwenselijk om buiten de regels van de Zvw, zorgkosten voor een specifieke groep, zoals zorgmedewerkers, te vergoeden of het eigen risico kwijt te schelden. De regels rondom de vergoeding van zorg zijn voor eenieder in Nederland gelijk. Daarbij geldt dat de zorg effectief moet zijn bevonden volgens de stand van de wetenschap en de praktijk. Het is daarnaast niet uitvoerbaar om deze kosten specifiek voor zorgmedewerkers te gaan vergoeden. In dat geval zou in kaart moeten worden gebracht welke kosten in verband met post-COVID gemaakt zijn, hierbij kan worden gedacht aan een vergoeding van behandelingen die buiten de

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1908.

¹⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 1146.

basisverzekering vallen en een vergoeding van het eigen risico. Daarnaast zou moeten worden bepaald wie hiervoor in aanmerking komt en wie niet. Zorgverzekeraars beschikken niet over de capaciteit om dit op individueel niveau te doen.

3. Aard en omvang problematiek (motie Van den Hil en Tielen)

Langdurige post-COVID klachten kunnen tot langdurige ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers leiden. De motie Van den Hil en Tielen²⁰ verzoekt de regering om de aard en omvang in beeld te brengen van het aantal zorgwerknemers dat niet meer van werk naar werk begeleid kan worden. Om deze vraag te beantwoorden, kan worden gekeken naar het aantal mensen dat een WIA-aanvraag indient. Onderdeel van deze WIA-beoordeling is een sociaal medische beoordeling die een indicatie geeft voor het percentage dat iemand arbeidsongeschikt is.²¹ De mate van arbeidsongeschiktheid is geen sluitende maatstaf voor het aantal mensen dat, vanwege ziekte, niet van werk naar werk begeleid kan worden, bijvoorbeeld omdat zzp'ers niet verzekerd zijn via de WIA. Het geeft echter wel een redelijk goede indicatie van de aantallen.

Op verzoek van het Ministerie van SZW heeft UWV een analyse gedaan van alle WIA-claimbeslissingen die in de eerste 10 maanden van 2022 genomen zijn. De gegevens van deze analyse zijn in tabel 1 en tabel 2 weergegeven. Het is belangrijk te benadrukken dat de genoemde aantallen in de analyse voorlopig zijn.²² UWV maakt in de analyse een onderscheid tussen werknemers in de sector zorg en welzijn, overige sectoren en sector onbekend. De sector zorg en welzijn (sectorcode 35 Belastingdienst) is overigens breder dan enkel de zorg en bevat bijvoorbeeld ook kinderopvang en kerkgenootschappen.

Tabel 1: Aantal WIA-claimbeslissingen en aandeel corona januari-oktober 2022

	Overige sectoren	Zorgsector	Sector onbekend	Totaal
Aantallen				
corona als hoofddiagnose	871	440	10	1.321
corona als nevendiagnose	534	196	12	742
overige diagnoses inclusief onbekend	36.744	9.684	3.190	49.618
Totaal	38.149	10.320	3.212	51.681
Percentages				
corona als hoofddiagnose	2,3%	4,3%	0,3%	2,6%
corona als nevendiagnose	1,4%	1,9%	0,4%	1,4%
overige diagnoses inclusief onbekend	96,3%	93,8%	99,3%	96,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Corona als hoofd- of nevendiagnose				
Aantal	1.405	636	22	2.063
Percentage	3,7%	6,2%	0,7%	4,0%

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1889.

²¹ Bij de sociaal-medische beoordeling wordt beoordeeld wat de theoretische verdien capaciteit van iemand met een ziekte of beperking is. Op basis daarvan wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld. De mate van arbeidsongeschiktheid heeft geen rechtstreekse relatie met de mate van de beperkingen of klachten die iemand heeft, maar met de relatie tussen diens oude en huidige verdien capaciteit. Als er sprake is van minstens 35% arbeidsongeschiktheid ontstaat er recht op een WIA-uitkering.

²² Er zullen nog coronadiagnoses bijkomen onder andere vanwege uitstel van WIA-beoordeling door verlenging van de loondoorbetaling na het tweede ziektejaar of door achterstanden in de WIA-beoordelingen in het algemeen.

Zoals op te maken uit tabel 1 heeft het UWV bij 2.063 WIA-claimbeslissingen corona als een diagnose geregistreerd.²³ Daarvan zijn er 636 personen werkzaam in de sector zorg en welzijn (31%). Uit de analyse blijkt dat in de zorgsector vaker sprake is van corona als diagnose dan in de overige sectoren: 6,2% versus 3,7% van de WIA-claimbeslissingen. Corona is in de zorgsector ook vaker een hoofddiagnose dan in de overige sectoren. Bijna een derde van de personen met een WIA-beoordeling en een corona-diagnose is werkzaam in de sector zorg en welzijn.

Tabel 2: Uitkomst WIA-claimbeslissingen met corona januari–oktober 2022

	Overige sectoren		Zorgsector		Sector onbekend		Totaal	
Corona hoofd- of nevendiagnose								
IVA	152	11%	61	10%	3	14%	216	10%
WGA 80–100	640	46%	325	51%	6	27%	971	47%
WGA 35–80	357	25%	138	22%	3	14%	498	24%
Geen recht ¹	256	18%	112	18%	10	45%	378	18%
Totaal	1.405	100%	636	100%	22	100%	2.063	100%

¹ Een afwijzing betekent niet altijd dat sprake is van minder dan 35% arbeidsongeschiktheid, de reden kan ook zijn dat men niet voldoet aan de criteria voor een WIA-aanvraag. Veel voorkomende situaties zijn: niet verzekerd zijn, aanvraag intrekken of niet doorzetten (bijvoorbeeld na een «loonsanctie»), herstel, niet voldoende aannemelijk dat er verergering is van klachten na eerdere WIA 35-min, bereiken AOW-leeftijd of overlijden.

Verder blijkt uit de analyse (zie tabel 2) dat bij een corona-diagnose de WIA-claimaanvraag zowel in de zorgsector als overige sectoren relatief vaak is toegekend. In de zorgsector is echter vaker sprake van volledige arbeidsongeschiktheid, ook wel geduid als IVA. Dit betekent een volledige en duurzame ongeschiktheid en impliceert dat werkenden niet meer van werk naar werk begeleid kunnen worden en geeft daarmee antwoord op de motie Van den Hil en Tielen. Door het relatief nieuwe karakter van het ziektebeeld is nog te weinig bekend om aan te kunnen nemen dat de beperkingen duurzaam zijn. In de eerste tien maanden van 2022 hebben van de 636 zorgmedewerkers met een coronadiagnose er 61 een IVA-uitkering toegekend gekregen (10%). Bij een meerderheid van hen was corona niet de enige diagnose (79%), bij 12 zorgmedewerkers (21%) was dit wel het geval.

5. Reactie RVS-rapport «(Maat)werk bij langdurige klachten na COVID»

Begin juli 2022 heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) het rapport «(Maat)werk bij langdurige klachten na COVID» gepubliceerd. Het kabinet is de RVS zeer erkentelijk voor het onder de aandacht brengen van deze problematiek. Uw Kamer heeft mij gevraagd om te reageren op dit rapport. In de volgende alinea's ga ik, mede namens de Minister van SZW, in op de aanbevelingen van de RVS.

Ruimhartigheid geboden bij zorgpersoneel

De RVS concludeert dat ruimhartigheid geboden is bij de omgang met zorgmedewerkers die in de frontlinie hebben gestaan om de samenleving draaiend te houden. Specifiek voor zorgmedewerkers met langdurige klachten na COVID, die de initiële besmetting opliepen in deze eerste golf, adviseert de RVS dat zij tegemoetgekomen zouden moeten worden om

²³ In het UWV-persbericht van 2 november 2022 staat dat er tussen januari en september 2022 1.239 WIA-beoordelingen zijn gedaan bij mensen die twee jaar ziek zijn vanwege coronaklachten. Het betreft hier uitsluitend beoordelingen waarbij corona de hoofddiagnose is. In de huidige analyse zijn alleen de claimbeoordelingen meegenomen die gekoppeld konden worden aan de officiële WIA-claimbeslissingenstatistiek, waardoor een (klein) deel wegvalt. Deze analyse bevat verder ook de claimbeoordelingen waarbij corona als nevendiagnose is geregistreerd.

onder andere inkomensverlies te compenseren en hun leed te erkennen. Zoals aangekondigd in deze brief is het kabinet bereid om een bijdrage te verstrekken aan een collectieve regeling tussen werkgevers en werknemers.

Re-integratieperiode

De RVS concludeert verder dat de groep mensen met langdurige klachten na COVID en de pandemische context een uitzonderlijke combinatie is die specifieke maatregelen legitimeert. In die context merkt de RVS op dat een deel van de mensen met langdurige klachten na COVID al geruime tijd arbeidsongeschikt is, en dat die periode midden in een pandemie viel, waardoor herstel mogelijkheden slechter waren dan gebruikelijk en re-integratie niet naar behoren kon plaatsvinden. De RVS acht het wenselijk dat de overheid verlenging van de re-integratieperiode voor personen, bij welk beroep dan ook, stimuleert en faciliteert als onderdeel van het pakket aan steunmaatregelen, om te compenseren voor gemiste re-integratiekansen. Daarnaast zou maatwerk binnen de Wet verbetering poortwachter moeten worden gestimuleerd.

Het klopt dat re-integratie gedurende de pandemie in sommige gevallen moeilijk was en dat voor sommige personen met langdurige klachten na COVID geldt dat zij hier last van hebben ondervonden. Dat is voor betrokkenen een vervelende situatie. Er zijn echter veel situaties denkbaar zijn waarbij de re-integratie een periode stilligt. Zo kan het voorkomen dat iemand als gevolg van een langdurig behandeltraject pas na anderhalf jaar ziekte kan starten met re-integratie. Daarnaast geldt helaas voor veel ziekten dat het verloop slecht te voorspellen valt en zullen de aard en ernst van de klachten en ervaren belemmeringen per individu variëren. De situatie dat mensen gedurende de periode van twee jaar loondoorbetaling niet optimaal kunnen re-integreren, deed zich niet alleen tijdens de pandemie voor en niet alleen voor personen met post-covid. Juist daarom is re-integratie altijd maatwerk. De re-integratieactiviteiten zijn sterk afhankelijk van de functionele mogelijkheden van de werknemer en het huidige beleid biedt de nodige ruimte aan werkgevers en werknemers om samen te bepalen welke re-integratieroute past bij de werknemer. In die gevallen dat werkgever en werknemer samen constateren dat er meer tijd nodig is voor de re-integratie, bestaat de mogelijkheid voor werkgevers om, in overleg met de werknemer, te kiezen voor vrijwillige verlening van de loondoorbetalingsperiode. Zo kan er meer tijd genomen worden voor herstel en re-integratie bij de huidige werkgever. Deze mogelijkheid is er voor alle werkgevers en kan dus benut worden om personen met post-COVID tegemoet te komen. Het kabinet ziet geen aanleiding om specifiek voor personen met post-COVID af te wijken van de bestaande systematiek.

In het huidige stelsel voor ziekte en arbeidsongeschiktheid bestaat een balans tussen het bieden van inkomenszekerheid en het stimuleren van mensen om hun mogelijkheden maximaal te benutten. Er is tevens een balans in de rechten en plichten van werkgevers en werknemers. In de twee jaar voorafgaand aan de WIA verplicht de Wet verbetering poortwachter de werkgever en werknemer om al het mogelijke te doen om terugkeer in werk te realiseren. De werkgever is verplicht het loon van een werknemer in de eerste twee jaar van ziekte door te betalen. Daarnaast moet een werkgever zorgen voor een tijdige en adequate verzuim- en re-integratieaanpak. Ook geldt gedurende de eerste twee jaar van ziekte een opzegverbod. Na afloop van deze periode van loondoorbetaling bij ziekte, is het voor een werkgever van groot belang om te weten waar hij aan toe is, zodat hij keuzes kan maken in zijn bedrijfsvoering, bijvoorbeeld over permanente vervanging van de zieke medewerker. Het verlengen van

de re-integratieperiode naar rato van gemiste re-integratietijd, is onevenredig belastend voor de werkgever en verstoort de balans, zelfs wanneer de kosten hiervan vergoed zouden worden. Het gaat er immers in de eerste plaats om dat het voor de bedrijfsvoering van wezenlijk belang is, dat er een moment is waarop zekerheid ontstaat, bijvoorbeeld over de (permanente) vervanging van een zieke medewerker.

Het kabinet heeft de subsidieregeling «Behoud langdurig zieke zorgmedewerkers» opgezet. Deze regeling voorziet in een deel van de kosten die de werkgever maakt om iemand vrijwillig langer in dienst te houden. De RVS acht dit onvoldoende en adviseert deze regeling verplicht te maken voor 12 maanden en de kosten voor de werkgever volledig te dekken. Een verplichte verlenging van de loondoorbetaling voor deze groep langdurig zieken is een forse extra verplichting voor werkgevers, bovenop de reeds bestaande verplichtingen bij ziekte van werknemers, en kan een grote impact hebben op de bedrijfsvoering, ook bij volledige compensatie van de kosten. Bovendien is het in strijd met het uitgangspunt dat ons stelsel van sociale zekerheid geen onderscheid maakt naar ziekte. Tevens zijn er praktische bezwaren. Vanuit het privacy-oogpunt zijn er beperkingen rondom het uitwisselen van gegevens over de gezondheid van personeel. Daarnaast is er vanuit de staatssteunregels geen mogelijkheid om een kostendekkende subsidie voor de verlenging van de loondoorbetaling te bieden.

Vergrootglas op bestaande knelpunten

De RVS concludeert dat de casus «langdurige klachten na COVID» de urgentie van het aanpakken van langer bestaande knelpunten op het gebied van de arbeidsmarkt en sociale zekerheid benadrukt en adviseert aan de slag te gaan met de toenemende flexibilisering van de arbeidsmarkt. Het kabinet is het zeer eens dat de problematiek rond langdurige post-COVID in sommige gevallen een vergrootglas legt op bestaande knelpunten, bijvoorbeeld met betrekking tot de toenemende flexibilisering van de arbeidsmarkt. Het kabinet herkent de urgentie en gaat ook hiermee aan de slag. Het kabinet heeft deze ambitie opgenomen in het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) en zijn visie op de hervorming van de arbeidsmarkt nader uitgewerkt in de hoofdlijnenbrief Arbeidsmarkt.²⁴ Daarin heeft het kabinet het voornemen uiteengezet om de wendbaarheid voor ondernemingen te vergroten door het stimuleren van duurzame arbeidsrelaties en flexibele arbeid te reguleren. In de hoofdlijnenbrief Arbeidsmarkt is ook de inzet om te komen tot een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen vermeld, waarbij wordt geborgd dat zelfstandigen bij ingetreden arbeidsongeschiktheid kunnen terugvallen op een uitkering. Het kabinet is aan de slag met de uitwerking van deze maatregelen en zal de voortgang hierop begin 2023 aan uw Kamer melden.

De RVS stelt onder deze conclusie ook dat bij de WIA-beoordeling van mensen met post-COVID, vanwege de onbekende en onbegrepen aard van de klachten, «subjectiviteit en willekeur» op de loer liggen. Dat zou ook gelden voor andere moeilijk te objectiveren aandoeningen. Dit herkent het kabinet niet. Voor elke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling die UWV doet, geldt dat een verzekeringsarts zich houdt aan geldende wet- en regelgeving en voldoet aan de geldende criteria rondom bijscholing. Verzekeringsartsen maken daarnaast gebruik van beschikbare richtlijnen en hebben toegang tot de beschikbare kennis van bestaande en nieuwe ziektebeelden. De werkwijze bij een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vindt plaats op basis van objectieve medische gegevens en wordt

²⁴ Kamerstuk 29 544, nr. 1112

toegepast op alle werknemers, ongeacht de aandoeningen of beperkingen. De beoordeling is niet gebaseerd op ziektebeeld maar hangt af van wat iemand nog kan verdienen door te werken, ongeacht of de beperking veroorzaakt is door omstandigheden op het werk (of bijvoorbeeld een bedrijfsongeval), of een andere oorzaak kent. Dit alles geldt ook voor het «nieuwe» ziektebeeld van post-COVID. De uitkomsten van de WIA-beslissingen tot en met oktober 2022 laten zien dat 57 procent van de werknemers met een corona-diagnose (op dit moment) volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard.

De motie van het lid Van Kent²⁵ roept op tot een meer eenduidige vaststelling rondom arbeidsongeschiktheid en verzoekt het kabinet tot vaststelling van een protocol voor moeilijk objectiveerbare aandoeningen. Het kabinet is, conform deze motie, aan het onderzoeken wat de mogelijkheden en effectiviteit kunnen zijn van het opstellen van een protocol voor moeilijk objectiveerbare ziekten. Hierbij zijn vele partijen betrokken, zoals UWV, verzekeringsartsen en patiëntenorganisaties. De Minister van SZW zal u in het voorjaar nader informeren over de uitkomsten hiervan.

Daarnaast acht de RVS het wenselijk om werknemers die het niet eens zijn met de conclusies van de WIA-beoordeling, de mogelijkheid te bieden van een second opinion door een onafhankelijke, niet eerder betrokken instantie, zoals een geschillencommissie. Een beslissing van UWV kan grote gevolgen hebben voor iedereen die een dergelijk traject doorloopt. Daarom is er nu al een proces ingericht, waarin een werknemer bezwaar kan maken voor het geval deze het niet eens is met de beslissing. Als een werknemer het niet eens is met de beslissing kan deze bezwaar maken. In de bezwaarfase beoordeelt een ander dan de bij het primaire besluit betrokken verzekeringsarts opnieuw de mogelijkheden van de werknemer. Hiermee zijn er voldoende waarborgen in de primaire besluitfase en de eventueel daaropvolgende bezwaarfase. Deze bezwaarfase heeft juist als functie om laagdrempelig, betrekkelijk eenvoudig en goedkoop tot heroverweging van de betreffende zaak te komen.

Na de bezwaarfase staat de mogelijkheid van (hoger) beroep open, waarbij een onafhankelijke rechter het besluit kan toetsen. Het toevoegen van een geschillencommissie zou bijdragen aan verdere juridisering (bij meerdere instanties). Na de bezwaarfase zou er dan immers zowel een geschillencommissie als de mogelijkheid van (hoger) beroep open staan.

Tot slot concludeert de RVS dat het belangrijk is om interne flexibiliteit te creëren om mensen te behouden voor de arbeidsmarkt. De RVS geeft terecht aan dat de arbeidsmarkttekorten een bijkomend argument zijn om ruimhartig om te gaan met de re-integratie van personeel.

Tot slot

Zoals toegelicht in het begin van deze brief, ben ik mij bewust dat post-COVID klachten ingrijpende gevolgen heeft. Het betreurt het kabinet ten zeerste dat een groep zorgmedewerkers deze klachten heeft ontwikkeld, terwijl zij zich hebben ingezet om patiënten te helpen tijdens deze uitzonderlijke situatie in de periode van de eerste golf. Om deze groep financieel te ondersteunen is het kabinet bereid om een bijdrage te verstrekken aan een collectieve regeling tussen werkgevers en werknemers. Het kabinet is zich echter ook bewust dat financiële

²⁵ Kamerstuk 26 448, nr. 674

ondersteuning de problematiek niet (volledig) oplost. Daarom blijft het kabinet zich inzetten met aanvullende ondersteuning met het oog op het herstel en de re-integratie op het werk.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder