

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**

3854035-1067741-MEVA

**Bijlage(n)**

-

**Kenmerk afzender**

Datum 27 juni 2024  
Betreft Opties om de loonkloof binnen zorg en welzijn te dichten

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Op 14 december 2023 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van een drietal onderzoeken naar de beloning in zorg en welzijn<sup>1</sup>. Het betrof een update van het AWWN-beloningsonderzoek waarin de salarissen van een zevental cao's binnen zorg en welzijn zijn vergeleken met de salarissen van cao's in de marktsector en de publieke sector op basis van functiezwaarte. Uit dit onderzoek bleek ondermeer dat de zorg een inhaalslag heeft gemaakt, maar dat de eindsalarissen in het midden van het loongebouw in een aantal zorgcao's nog steeds wat achterlopen op de mediaan van de markt en de publieke sector. Het tweede onderzoek keek naar de relatie tussen uitstroom en arbeidsvoorwaarden. Daaruit bleek dat arbeidsvoorwaarden binnen de zorg en welzijn een beperkte rol spelen bij een keuze om de sector te verlaten. Andere zaken zoals ontwikkelingsmogelijkheden, professionele autonomie en zeggenschap zijn belangrijker. In het derde onderzoek (uitgevoerd door SEO) werd het uurloon van werknemers binnen de zorg vergeleken met het uurloon van werknemers buiten de zorg met vergelijkbare achtergrondskennmerken. Uit dit onderzoek bleek ondermeer dat het gemiddelde uurloon in de zorg vergelijkbaar is met vergelijkbare medewerkers in de marktsector, maar dat medewerkers met een mbo- en hbo-opleiding in veel gevallen een lagere beloning krijgen dan vergelijkbare medewerkers in andere sectoren. Op 19 maart jl. heeft uw Kamer de motie van het lid Slagt-Tichelman<sup>2</sup> aangenomen die constateert dat zorgverleners met een mbo- of een hbo-opleiding, zoals verpleegkundigen en verzorgenden, vaak een lager loon krijgen dan werknemers met vergelijkbaar werk in andere sectoren. Deze motie verzoekt de regering om meerdere opties in kaart te brengen over hoe deze loonkloof te dichten, en uw Kamer daar vóór de VWS-begroting over te informeren.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2023-2024, kamerstukken 29282, nr. 552

<sup>2</sup> Tweede Kamer, 2023-2024, kamerstukken 29282, motie nr. 561

Middels deze brief voer ik de motie uit. Daarbij ga ik allereerst uitgebreider in op de beloning in de zorg ten opzichte van andere sectoren op basis van de eerdergenoemde beloningsonderzoeken. Vervolgens breng ik de gevraagde opties om het verschil in beloning te dichteren in beeld. Het gaat daarbij om een technische toelichting. Eventuele besluitvorming over deze opties is aan het nieuwe kabinet. Tot slot ga ik in op verschillende uitvoeringstechnische aspecten die komen kijken bij een eventueel besluit om – boven op de reguliere overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) – extra arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar te stellen.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

### Loonkloof

Voor het uiteenzetten van de opties om “de loonkloof” te dichteren, is het van belang een goed beeld te hebben van deze loonkloof. Hieronder zet ik de relevante inzichten uit twee van de eerdergenoemde beloningsonderzoeken uiteen. Hieruit zal blijken dat er niet één uniforme loonkloof is, maar dat dit beeld verschilt tussen branches en (beroeps)groepen. Daarbij wil ik ook opmerken dat de beloningsonderzoeken uit gaan van vrij recente data, maar dat ondertussen in sommige branches na het verschijnen van deze rapporten nieuwe cao-afspraken zijn gemaakt die hierin dus niet zijn meegenomen. Dit zal het overkoepelende beeld naar verwachting niet veranderen, maar dit zou voor de uitkomsten van sommige sectoren enige procentpunten kunnen schelen.

Uit het SEO-onderzoek blijkt dat het gemiddeld uurloon van werknemers in zorg en welzijn vergelijkbaar is met dat van vergelijkbare werknemers in de marktsector en wat achterblijft bij het gemiddelde van de publieke sector. Achter deze gemiddelden gaan echter wel verschillen schuil tussen branches binnen zorg en welzijn en tussen (beroeps)groepen binnen zorg en welzijn. Zo ligt het gemiddelde uurloon in de umc’s ruim boven het uurloon van vergelijkbare werknemers zowel in de marktsector als de publieke sector, terwijl het uurloon in de gehandicaptensector of sociaal werk eronder ligt. Daarnaast zien we dat in de sector zorg en welzijn de hoogte van de beloning meer dan in andere sectoren samenhangt met opleidingsniveau en werkervaring. Voor mensen met een mbo-opleiding of zonder startkwalificatie geldt dat ze in zorg en welzijn in de meeste branches minder verdienen dan vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Het beeld voor medewerkers met een hbo-opleiding verschilt sterk per branche, maar gemiddeld genomen voor de hele sector zorg en welzijn blijft de beloning iets achter ten opzichte van vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Medewerkers met wo-niveau verdienen relatief meer dan in andere sectoren in Nederland (behalve in het sociaal domein). Volgens SEO kan deze sterkere relatie tussen beloning en opleidingsniveau komen door een striktere loonstructuur binnen de zorg, waarbij er beperkingen zijn in de loongroei die men kan realiseren gegeven een bepaald(e) opleidingsniveau en functie. Daar staat tegenover dat er in zorg en welzijn over het algemeen meer opleidingsmogelijkheden zijn om de positie te verbeteren dan in private cao’s. Voor de in de motie genoemde doelgroep verzorgenden en verpleegkundigen geldt dat verzorgenden (mbo 3) in de VVT gemiddeld genomen evenveel verdienen als gelijken in andere sectoren. Helpenden (mbo 2) en zorghulpverleners verdienen minder dan gelijken in andere sectoren. Verpleegkundigen die werkzaam zijn bij de umc’s en in de VVT verdienen meer dan vergelijkbare werknemers in andere sectoren, terwijl verpleegkundigen in de ziekenhuizen gemiddeld genomen een lager uurloon hebben dan gelijken.

In het AWWN-beloningsonderzoek is het salaris conform de salarisschalen van een zevental cao's binnen zorg en welzijn<sup>3</sup> vergeleken met het mediane salaris conform de salarisschalen van cao's in de private en de publieke sector. De cao's zijn vergelijkbaar gemaakt door een conversie van de onderliggende functiewaarderingssystemen. Dit is dus een andere aanvliegroute dan de SEO-studie. Uit het AWWN-onderzoek blijkt dat het eindsalaris in de verschillende salarisschalen bij umc's boven marktconform ligt. Voor de cao's binnen de VVT, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en GGZ geldt in grote lijnen dat het eindsalaris aan de onderkant van het loongebouw (tot en met FWG 30) gemiddeld genomen marktconform is en aan de bovenkant (FWG 70 en hoger) boven marktconform. De eindsalarissen in het midden van het loongebouw (FWG 35 tot en met FWG 65) blijven gemiddeld genomen wat achter bij de mediaan van de eindsalarissen in de markt (en de publieke sector). De eindsalarissen bij de cao sociaal werk liggen tot en met FWG 40 op ongeveer hetzelfde niveau als de mediaan van de marktsector. Daarboven liggen de eindsalarissen van de Cao Sociaal werk lager en neemt de afstand met de mediaan van de markt toe naarmate de functiezwarte hoger is. De eindsalarissen in de cao Jeugdzorg liggen over de gehele linie lager dan in de marktsector en de zorgcao's.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

#### Opties om de loonkloof te dichten

Zoals hierboven beschreven bestaat er geen uniforme loonkloof binnen de zorg. Het beeld verschilt per branche/cao. Het gedifferentieerd en gericht toekennen van extra arbeidsvoorwaardenruimte per branche/cao is echter uitvoeringstechnisch zeer complex en het is zeer de vraag of dit in de praktijk haalbaar is (zie voor gedetailleerde toelichting hieronder). Ook is niet voor alle branches/cao's binnen zorg en welzijn voldoende informatie beschikbaar, bijvoorbeeld over de verdeling van werknemers over de verschillende salarisschalen per cao om een gedetailleerde berekening te maken en daarmee een gerichte toedeling van middelen per branche voor alle branches en cao's te kunnen onderbouwen. Daarbij moet bedacht worden dat er meer dan 15 verschillende cao's gelden binnen zorg en welzijn. Daarom is gekozen voor een aantal uniforme opties die aansluiten bij de grote lijnen/gemiddelden uit de beloningsonderzoeken, maar deze zullen dus niet precies aansluiten bij de situatie van ieder afzonderlijke cao. Dit nog afgezien van het feit dat het sociale partners zijn die cao-afspraken maken en de overheid überhaupt niet kan en mag<sup>4</sup> voorschrijven hoe zij hun cao aanpassen. Bij de onderstaande opties 2 tot en met 4 is in beeld gebracht wat het kost om het verschil met de markt of de publieke sector in één keer te dichten. Het is bij deze opties natuurlijk ook mogelijk om kleinere stappen te zetten met naar rato lagere kosten. Optie 1 is budgetneutraal en biedt beperkte mogelijkheden om de achterstand in beloning voor bepaalde groepen in de zorg in te halen.

#### *Optie 1: aanpassen cao's door sociale partners*

Uit de beloningsonderzoeken bleek dat in een aantal branches in de zorg medewerkers aan de bovenkant van het loongebouw meer dan marktconform verdienen. Daarmee hebben sociale partners in die branches ook zelf mogelijkheden om een gedeelte van de loonkloof te dichten. Sociale partners zouden bij het afsluiten van een nieuwe cao zelf de afweging kunnen maken om een lagere contractloonstijging toe te kennen aan de bovenkant van het loongebouw en dit ten goede te laten komen aan groepen die minder dan

<sup>3</sup> Cao VVT, Cao Ziekenhuizen, Cao Umc's, Cao Gehandicaptenzorg, Cao GGZ, Cao Jeugdzorg en Cao Sociaal domein.

<sup>4</sup> Dit zou in strijd zijn met internationale verdragen (ILO, ESH en EVRM) die vrije cao-onderhandelingen voorschrijven.

marktconform verdienen. Het verschilt daarbij per branche/cao hoeveel mogelijkheden dit in potentie geeft. Bij de GGZ en ziekenhuizen biedt dit bijvoorbeeld meer ruimte dan bijvoorbeeld binnen de VVT of de gehandicaptenzorg, omdat in de GGZ en ziekenhuizen relatief meer werknemers aan de bovenkant van het loongebouw zitten dan bij de VVT en de gehandicaptenzorg. Er zijn ook cao's – zoals Jeugdzorg en Sociaal werk - waar herverdeling binnen de cao geen soelaas biedt, omdat daar geen salarisschalen zijn die boven marktconform zijn. Sociale partners zouden in theorie ook afspraken kunnen maken om loonruimte tussen cao's te verschuiven, van cao's waar boven marktconform wordt betaald naar cao's waar geen salarisschalen boven marktconform zijn. De overheid zou dit dan moeten faciliteren via aanpassingen in de financiële kaders en zorginkopers via de zorginkoop. Dit is uitvoeringstechnisch zeer complex.

In de meeste cao's hebben sociale partners in het verleden wel eens gedifferentieerd in loonstijging tussen verschillende groepen binnen de cao (vaak ten gunste van de onderkant). Zoals eerder aangegeven kan en mag de overheid sociale partners niet voorschrijven hoe zij hun cao aanpassen.

*Optie 2: extra indexeren van de loonschalen in het midden van het loongebouw*

Deze optie sluit aan bij de constatering uit het AWWN-beloningsonderzoek dat de eindsalarissen van de salarisschalen in het midden van het loongebouw in de cao's van ziekenhuizen, GGZ, VVT en gehandicaptenzorg (circa driekwart van alle werknemers binnen zorg en welzijn valt onder deze vier cao's) achterblijven ten opzichte van de mediaan van de private sector en publieke sector. Het ophogen van de loonschalen in het midden van het loongebouw door de salarisbedragen extra te indexeren tot de mediaan van de marktsector kost naar schatting circa 2,3 miljard euro in 2025 oplopend tot 2,4 miljard euro structureel. Het dichten van het gat naar de mediaan van de publieke sector kost naar schatting circa 3,2 miljard euro in 2025 oplopend tot 3,4 miljard euro structureel. Deze berekening gaat ervan uit dat de hele sector zorg en welzijn er via de ophoging van de ova en ophoging van het gemeentefonds (voor Wmo en de Jeugdwet) er evenveel loonruimte bij krijgt.

*Optie 3: het toevoegen van extra treden aan het einde van de loonschalen in het midden van het loongebouw*

Deze optie sluit net als optie 2 aan bij de constatering uit het AWWN-beloningsonderzoek dat de eindsalarissen van de salarisschalen in het midden van het loongebouw in de cao's van ziekenhuizen, GGZ, VVT en gehandicaptenzorg achterblijven ten opzichte van de mediaan van de private sector en publieke sector. Anders dan optie 2 gaat deze optie ervan uit dat er 1 of 2 periodieken aan de bovenkant van de loonschalen in het midden van het loongebouw worden toegevoegd. Daarmee komen de eindsalarissen binnen deze salarisschalen op een hoger niveau te liggen en zijn er dus meer doorgroeimogelijkheden in salaris. Deze optie levert anders dan optie 2 (waar de gehele salarisschaal omhoogschuift) geen directe loonstijging op voor de werknemers die nog niet aan het einde van hun salarisschaal zitten. Dit is gemiddeld genomen iets meer dan de helft van alle werknemers in de betreffende schalen, maar dit verschilt per cao. Het toevoegen van één periodiek aan de salarisschalen FWG 35 tot en met FWG 65 van gemiddeld 2,75%<sup>5</sup> kost naar schatting ruim 0,8 miljard euro in 2025 oplopend tot

<sup>5</sup> De procentuele stijging die gepaard gaat met de stap naar een hogere trede/periodiek verschilt per schaal en per cao. Hier is uitgegaan van 2,75%, wat ongeveer de gemiddelde procentuele stijging is per trede aan het einde van de verschillende loonschalen in de verschillende cao's.

1,5 miljard euro structureel. Gemiddeld is ongeveer 1,33 periodiek nodig om het gat met de marktsector te dichten (kosten ruim 0,8 miljard euro in 2025 oplopend tot 2 miljard euro structureel). Om het verschil met de mediaan van de eindsalarissen in de publieke sector te overbruggen is het nodig om gemiddeld bijna 2 extra periodieken toe te voegen. Dit kost naar schatting ruim 0,8 miljard euro in 2025 oplopend tot 2,85 miljard euro structureel. Ook deze berekening gaat er weer vanuit dat de hele sector zorg en welzijn er via de ophoging van de ova en ophoging van het gemeentefonds (voor Wmo en de Jeugdwet) evenveel loonruimte bij krijgt.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

#### *Optie 4: extra middelen voor de Cao's Jeugdzorg en Sociaal werk*

Uit het AWWN-onderzoek blijkt dat de salarisbedragen voor een groot deel van de schalen binnen de Cao Jeugdzorg en de Cao Sociaal werk achterlopen bij de mediaan van zowel de marktsector als de publieke sector en bij de andere onderzochte cao's binnen zorg en welzijn. Het optrekken van de eindsalarissen in alle salarisschalen voor zowel jeugdzorg als sociaal werk naar de mediaan van de marktsector en de publieke sector kost respectievelijk circa 525 miljoen euro en circa 620 miljoen euro structureel per jaar. Dit loopt dan via een extra storting in het gemeentefonds, waarbij richting gemeenten wordt aangegeven dat deze middelen specifiek bedoeld zijn om de tarieven te verhogen van instellingen die vallen onder de cao's Jeugdzorg en Sociaal werk en niet voor instellingen die werken onder andere cao's (bijvoorbeeld de Cao Gehandicaptenzorg of Cao GGZ). Het is wel de vraag in hoeverre dit voor gemeenten uitvoerbaar is. Bovendien is het in een gedecentraliseerd stelsel aan gemeenten hoe zij hier precies invulling aan geven.

Optie 4 kan ook gecombineerd worden met optie 2, waarbij zorg en welzijn breed de ova uniform wordt opgehoogd conform optie 2, maar gemeenten procentueel meer extra middelen krijgen via het ophogen van het gemeentefonds om de tarieven specifiek voor instellingen die vallen onder de Cao Jeugdzorg en de Cao Sociaal werk extra te verhogen. Deze combinatie van optie 2 en 4 kost 2,6 miljard euro in 2025 oplopend tot structureel 2,7 miljard euro structureel om de lonen op te trekken naar de mediaan van de marktsector en 3,55 miljard euro in 2025 oplopend tot 3,7 miljard euro structureel om de lonen op te trekken naar de mediaan van de publieke sector.

#### Uitvoering

Sociale partners kunnen te allen tijde zelf besluiten om hun cao aan te passen en daarbij inzetten op een hogere loonstijging voor de groepen die minder dan marktconform verdienen ten koste van de groep die meer dan marktconform verdient (optie 1). Indien er besloten zou worden tot het beschikbaar stellen van extra arbeidsvoorwaardenruimte (optie 2 tot en met 4), dan zouden er enkele aanvullende stappen doorlopen moeten worden om ervoor te zorgen dat een dergelijk besluit ook in de praktijk leidt tot hogere lonen voor zorgpersoneel. Daarbij is de overheid afhankelijk van de medewerking van zorginkopers en (net als bij optie 1) van sociale partners.

Voordat ik in ga op de verschillende stappen wil ik eerst nog ingaan op de timing van een eventueel besluit met betrekking tot het beschikbaar stellen van extra arbeidsvoorwaardenmiddelen. In het voorjaar vindt de integrale uitgavenbesluitvorming plaats en idealiter wordt het beschikbaar stellen van extra middelen daarmee gewogen in het voorjaar van het jaar ervoor.

Daarnaast is er nog een aantal andere redenen waarom besluitvorming bij voorkeur in het voorjaar of anders uiterlijk in de zomer in het jaar voorafgaand aan de verhoging plaatsvindt. Het gaat dan onder meer om het niet doorkruisen van het contracteerproces binnen de zorginkoop, een ordentelijk proces van aanpassing van de vereveningsbijdrage in de Zorgverzekeringswet en het meenemen van de effecten van het verhogen van de lonen in de zorg in de begroting(sbesluitvorming) en koopkracht(besluitvorming). De echt uiterlijke deadline voor het beschikbaar stellen van extra middelen voor een extra loonsverhoging is de eerste helft van september. Voor 2025 betreft dit dus eerste helft september 2024. Dit in verband met de vereveningsbijdrage in de Zorgverzekeringswet die jaarlijks uiterlijk 1 oktober vast moet staan. Zo'n late besluitvorming verdient echter zeker niet de voorkeur vanuit het perspectief van de uitvoering.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

De eerste stap die genomen zou moeten worden om extra arbeidsvoorwaardenmiddelen beschikbaar te kunnen stellen, is het beleidsmatig verhogen van de ova. Het ova-percentage kan echter niet eenzijdig door de overheid worden opgehoogd, hiermee moet een meerderheid van de werkgevers binnen zorg en welzijn formeel instemmen. Bij een uniforme verhoging van de ova zal dit vermoedelijk geen discussie opleveren, maar als er een politieke wens is om alleen bepaalde sectoren extra arbeidsvoorwaardenruimte te geven of te differentiëren in de ophoging van de ova tussen branches, dan is het niet bij voorbaat evident dat een meerderheid van de werkgevers hiermee akkoord gaat.

De tweede stap zou zijn dat VWS de financiële kaders verhoogd binnen het uitgavenplafond zorg, de VWS-begroting en de algemene uitkering aan gemeenten wordt verhoogd met het oog op hogere uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg<sup>6</sup>. Bij een uniforme verhoging van de arbeidsvoorwaardenruimte is dit relatief eenvoudig, maar indien er differentiatie moet plaatsvinden tussen cao's is dit veel ingewikkelder en in sommige gevallen uitvoeringstechnisch niet mogelijk. De afbakening van cao's komt namelijk geenszins overeen met de verschillende financiële kaders binnen zorg en welzijn. Zo is er één kader medisch specialistische zorg, die relevant is voor drie verschillende cao's, namelijk voor ziekenhuizen, umc's en zelfstandige klinieken. VWS kan er daarbij niet op sturen dat er meer middelen bij de ene dan bij de andere branche/cao terecht komt. In theorie zouden zorginkopers dit wel grotendeels kunnen doen (zie stap 3 hieronder). Aan de andere kant heb je bijvoorbeeld de Cao VVT, waarvoor verschillende kaders/geldstromen relevant zijn namelijk de contracteerruimte voor verpleeghuiszorg (Wlz), het kader wijkverpleging (Zvw) en de algemene uitkering in het gemeentefonds (huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging binnen de Wmo). Dat maakt het ook uitvoeringstechnisch ingewikkeld.

De derde stap zou zijn dat de verhoging van de ova moet doorwerken in de tarieven voor aanbieders, zodat de middelen ook bij hen terecht komen. De NZa zou in dat geval per brief moeten worden verzocht om de verhoging van de ova door te vertalen in de gereguleerde tarieven. Voor de medisch specialistische zorg zijn de tarieven voor 2025 al vastgesteld, voor andere sectoren geldt dat de tarieven voor 2025 uiterlijk 1 juli worden vastgesteld door de NZa. Differentiatie tussen cao's is niet mogelijk. De NZa stelt een gereguleerd tarief per zorgprestatie vast ongeacht welke zorgaanbieder deze levert.

---

<sup>6</sup> Een beleidsmatige verhoging van de ova leidt ook tot hogere uitgaven op de begroting van OCW (werkplaatsfunctie umc's) en J&V (uitgaven aan forensische GGZ).

Verder moeten er afspraken worden gemaakt met zorginkopers (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) over het doorvertalen van de extra arbeidsvoorwaardenmiddelen in de (vrije) tarieven. Hierbij kan aangesloten worden bij de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) over het doorvertalen van de ova in de tarieven binnen de Zorgverzekeringswet en voor Wmo en Jeugd bij de standaardcontracten waarin de ova leidend is voor het indexeren van het loongerelateerde deel van het tarief. Binnen de Wlz heeft een eventuele verhoging van de ova via hogere gereguleerde tarieven automatisch doorwerking in de zorginkoop. Wanneer het de bedoeling is dat er gedifferentieerd wordt in extra loonruimte in cao's dan zouden zorginkopers hierop moeten sturen in hun zorginkoop. Dat lijkt in de praktijk lastig uitvoerbaar en administratief zeer belastend voor zorginkopers. Daarbij komt dat een aanpassing van de ova (ook via de gereguleerde tarieven) gedurende de bilaterale onderhandelingen consequenties heeft voor het contracteerproces. Met betrekking tot de Zorgverzekeringswet hebben de IZA-partijen afgesproken om ernaar te streven om het inkoopproces uiterlijk 12 november af te ronden, zodat verzekerden gedurende het overstapseizoen weten met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten. Aanpassingen gedurende het contracteerseizoen zijn belemmerend voor een soepel contracteerproces.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

De vierde stap is dat sociale partners cao's aanpassen conform de gewenste richting. De overheid is echter geen partij aan de cao-tafel. Zij mag zich niet in cao-onderhandelingen mengen en kan aanpassing van de cao's zeker niet opleggen i.v.m. contractvrijheid van partijen en internationale verdragen die vrije cao-onderhandelingen voorschrijven. Afspraken op hoofdlijnen over de besteding van de extra middelen kunnen wel worden gemaakt, zonder vast te leggen hoe dit precies in cao's wordt vertaald. Daarbij is ook relevant dat er meer dan 15 verschillende cao's binnen zorg en welzijn gelden en er dus heel veel partijen betrokken zijn. Het is daarbij naar verwachting makkelijker afspraken maken met sociale partners indien er vanuit de overheid extra middelen beschikbaar worden gesteld (opties 2 tot en met 4), dan wanneer dit niet het geval is (optie 1).

Er zijn dus veel afspraken op verschillende tafels nodig om ervoor te zorgen dat extra arbeidsvoorwaardenmiddelen op de gewenste manier terecht komen in cao's. Daarbij geldt tevens dat afspraken op landelijk niveau geen garanties geven dat alle individuele partijen zich aan die afspraken houden, bijvoorbeeld omdat de VNG geen bindende afspraken kan maken namens gemeenten. Bij het beleidsmatig beschikbaar stellen van extra arbeidsvoorwaardenruimte voor 2022 voor het midden van het loonebouw in zorg en welzijn bleek wel dat dit in de meeste cao's heeft geleid tot een extra loonsverhoging voor de groep waarvoor de extra middelen waren bedoeld. Dat ging om uniforme verhoging van de ova en de tarieven, analoog aan de opties 2 en 3.

#### Slot

In deze brief heb ik conform de wens van uw Kamer de opties voor het dichten van de loonkloof in beeld gebracht. Hierbij wil ik uw Kamer nog twee zaken meegeven.

Ten eerste wil ik niet onvermeld laten dat een eventuele investering in extra loonruimte voor de zorg ook budgettair gedekt moet worden en ceteris paribus een negatief effect heeft op de koopkracht van burgers die niet in zorg en welzijn werken via een hogere zorgpremie.

Ten tweede wil ik opmerken dat een extra salarisverhoging het werken in de zorg aantrekkelijker kan maken en daarmee kan bijdragen aan het terugdringen van de personeelstekorten in zorg en welzijn, maar dat de personeelstekorten in de zorg hiermee niet opgelost zullen worden. Daarvoor zijn de tekorten simpelweg te groot en is het effect van een salarisverhoging op de personeelstekorten naar verwachting te gering. Ook kan dit ertoe leiden dat personeel uit andere sectoren met een maatschappelijke functie - zoals onderwijs of kinderopvang - worden weggetrokken.

**Kenmerk**  
3854035-1067741-MEVA

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Conny Helder