

# De toekomst van de zorg en het zorgstelsel

Ontwikkelingen, dynamiek en trends in het zorglandschap

Guus van Montfort



u i t g e v e r i j

**SWP**

## **De toekomst van de zorg en het zorgstelsel**

Ontwikkelingen, dynamiek en trends in het zorglandschap

*Guus van Montfort*

ISBN 978 90 8560 354 2

NUR 882 / THEMA MBNH

© 2024 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# INHOUD

|   |    |
|---|----|
| <b>Betekenis van dit boek</b>   | 7  |
| <b>Hoofdstuk I. Niet alles is wat het lijkt!</b>  | 9  |
| <b>Hoofdstuk II. Ontwikkeling zorglandschap in de toekomst</b>  | 13 |
| <b>Hoofdstuk III. Analyse ontwikkeling zorgkosten in perspectief</b>  | 17 |
| III.1 Analyse zorgkostenontwikkeling  | 17 |
| III.2 Baten van de zorg: gezondheidswinst   | 28 |
| Conclusie: Nuanceringen op paniek over zorgkosten   | 30 |
| Bijlage III.1 Aandeel collectieve uitgaven besteed aan zorg internationaal  | 32 |
| Bijlage III.2 Uitgaven aan de gezondheidszorg als percentage van BBP 2021   | 33 |
| Bijlage III.3 Gemiddelde jaarlijkse groei nominale zorguitgaven 2019–2022   | 34 |
| <b>Hoofdstuk IV. De rol van zorgverzekeraars: verzekeraar en belegger</b>   | 35 |
| Bijlage IV.1 Schema opbouw verschil nominale en rekenpremie   | 40 |
| Bijlage IV.2 Tabellen analyses data premieopbouw  | 41 |
| Bijlage IV.3 Reactie op ‘Sustainability and Resilience in the Dutch Health System’ van Marco Varkevisser, Erik Schut, Frederique Franken en Stephanie van der Geest | 44 |
| Bijlage IV.4 Wetsvoorstel vrije artsenkeuze: het verhaal van het kanon en de mug?   | 50 |
| <b>Hoofdstuk V. Belangrijkste beleidsmedicijn: vertrouwen</b>   | 57 |
| <b>Hoofdstuk VI. Conclusies en (beleids)aanbevelingen</b>   | 61 |
| Bijlage VI.1 Driemarktenmodel: rol van de overheid  | 70 |



## BETEKENIS VAN DIT BOEK

In de zorg draait het om wat er gebeurt op de werkvloer: de (vertrouwens)relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional(s). De dynamiek in de zorg wordt ontwikkeld, geïnitieerd en geïmplementeerd op en door de werkvloer. Die dynamiek betreft innovatie en kwaliteits- en efficiencyverbetering. Dit zijn continue processen. Immers, patiënten veranderen, zorgprofessionals veranderen, de technologie en wetenschappelijke inzichten veranderen permanent. Het zorgstelsel en beleidsmaatregelen moeten erop gericht zijn om die dynamiek te faciliteren. Dus niet andersom. Dit vraagt om vertrouwen. De werkvloer heeft dit vertrouwen in de afgelopen vijftig jaar meer dan verdiend. Ook de komende vijftig jaar hebben we die zorgdynamiek op de werkvloer hard nodig om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen. Om dat vertrouwen te bestendigen, is het belangrijk dat de werkvloer transparant is. Betrek het bestuur en management, de zorgverzekeraars en de overheid vroegtijdig bij nieuwe initiatieven. Zij moeten deze gaan ondersteunen en faciliteren.

De zorg heeft met name door patiënten en zorgprofessionals een mooie toekomst. Om dat te realiseren moet er wel wat gebeuren. We gaan dat in onderhavige bijdrage uitvoerig toelichten. Het belangrijkste dat het beleid moet doen, is het voorschrijven en toepassen van het (beleids)medicijn, met als werkzame stof ‘vertrouwen’. Dat heeft de werkvloer, patiënten en zorgprofessionals, in de afgelopen jaren meer dan verdiend. En natuurlijk moet de overheid macro-financiële kaders aangeven en in het kader van algemene toegankelijkheid en solidariteit het basispakket definiëren en de zorgtoeslag vaststellen (het regiemodel). Daarnaast zal de overheid c.q. zullen zorgverzekeraars mogelijke maatregelen met betrekking tot bijvoorbeeld de bekostiging moeten afstemmen op de min of meer autonome dynamiek op de werkvloer (het inspeelmodel). Uitgangspunt hierbij moet zijn dat de werkvloer de nodige ruimte moet hebben om verder te gaan op het pad van innovatie en kwaliteits- en efficiencyverbetering, zoals men dat in de afgelopen 52 jaar – ondanks vaak terecht geklaag over de steeds toenemende registratie- en administratieve lastendruk – ook heeft gedaan en dat met goede resultaten.

Goede resultaten in termen van kwaliteitsverbetering, gezondheidswinst en dat tegen redelijke kosten. In het Tienpuntenplan is een concreet (globaal) bekostigingsmodel uitgewerkt alsmede zijn nieuwe c.q. aangepaste rollen van overheid, zorgverzekeraars en instellingsbestuurders en management aangegeven. Ik pleit niet voor een fundamentele aanpassing van het zorgstelsel, maar aanpassingen binnen het stelsel. Er is binnen het huidige stelsel veel meer mogelijk dan weleens wordt gedacht.



## HOOFDSTUK I.

# NIET ALLES IS WAT HET LIJKT!

Er wordt veel gediscussieerd en geklaagd over bepaalde ontwikkelingen in de zorg en dan vooral over knelpunten in de zorg. En natuurlijk zijn er ook nu echte knelpunten in de zorg, bijvoorbeeld wachtlijsten in bepaald sectoren, personeels tekorten, grote gezondheidsverschillen bij lage ses-groepen. Maar als we vergelijken met 1970 dan zijn we er echt op vooruitgegaan wat betreft gezondheidswinst (sterke verhoging levensverwachting en ook meer gezonde levensjaren), veel meer samenwerking, veel meer (secundaire en tertiaire) preventie. We kunnen echter ook constateren dat er vaak discussies plaatsvinden over zogenoemde feiten. We zien veel napraten, zonder zelf na te gaan hoe het nu werkelijk is.

Enkele voorbeelden.

### ***Verpleeghuiscasus***

In 2016 sprak de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid in het NOS-Journaal over ‘rotte appelen’ onder de verpleeghuizen en publiceerde hij de zogenoemde zwarte lijst van elf verpleeghuizen. Deze verpleeghuizen waren ‘structureel en langdurig’ onder de maat. De staatssecretaris kondigde een interventieteam aan. In de Tweede Kamer werd uitgebreid gediscussieerd over deze zwarte lijst en dan vooral over ‘falende’ zorgbestuurders (zie Van Montfort, 2019, Essay II, pagina 58, e.v.). Drie maanden later waren zes verpleeghuizen weer van deze zwarte lijst afgevoerd en als normaal goed functionerend bevonden. Hoe is het mogelijk dat een verpleeghuis, dat wat betreft de kwaliteit van zorg structureel en langdurig ver onder de maat is, in drie maanden tijd – ook nog in de zomervakantie – van de zwarte lijst konden worden gehaald? En dan ook nog door de zittende bestuurders. Kortom, wat is de werkelijkheid?

## ***Casus Sluiting Zuyderland Ziekenhuis in Heerlen***

Er is recent een discussie ontstaan over de sluiting van het ziekenhuis in Heerlen. Omtzigt stelde in de verkiezingscampagne dat het ziekenhuis in Heerlen niet gesloten mocht worden. En Frans Timmermans liep mee met een demonstratie tegen de sluiting van het ziekenhuis in Heerlen. Maar de werkelijkheid is dat het ziekenhuis helemaal niet gesloten wordt. Er is alleen sprake van concentratie van de zwaarpatiënten naar de eigen locatie in Sittard en Geleen. Dat gaat om enkele procenten van het totaal aantal patiënten, die met adequate ambulances ook nog een betere behandeling kunnen krijgen dan in de huidige situatie. Volgens de raad van bestuur wordt de locatie in Heerlen een groot centrum voor dag-klinische patiënten. Kortom, wat is de werkelijkheid?

## ***Casus Dramatische zorgkostenontwikkeling***

In vele discussies is een centraal thema de dramatische zorgkostenontwikkeling, die bovendien andere collectieve uitgaven verdringt (het koekoeksjong-effect). Als we naar de cijfers kijken dan komen we echter tot andere conclusies (zie hoofdstuk II). Samenvattend kunnen we concluderen dat de zorgkostenontwikkeling in de afgelopen jaren redelijk beheerst is geweest. We geven nu circa 10 procent van het bnp uit aan zorg. De dramatische voorspellingen in het verleden zijn niet uitgekomen. Ook de (beleidsarme) ramingen van het CPB en de data uit het zeventiende rapport van de ambtelijke werkgroep Begrotingsruimte laten zien dat tot en met 2028 het percentage van het bnp iets boven de 10 procent uitkomt. Ook in het Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven (dec. 2023) worden deze cijfers gehanteerd. Ook voor de stelling dat de zorg het koekoeksjong is, is in dat rapport geen onderbouwing te vinden, eerder voor het omgekeerde. Dit wil niet zeggen dat er geen prioriteitenstellingsvraagstuk is. Dat is er immers altijd, of de ontwikkelingen in bepaalde sectoren nu wat mee- of tegenvallen. Maar wij pleiten ervoor dat deze afwegingsdiscussie op basis van feiten en goede data plaatsvindt.

Kortom, wat is de werkelijkheid!?

Dit waren enkele voorbeelden. In Van Montfort (2022, hoofdstuk IV) is dat verder uitgewerkt. Ik wil nog eens herhalen dat er wel zeker problemen en knelpunten zijn in de zorg. Wachtlijsten voor patiënten, gebrekkige informatie aan patiënten,

(vaak terecht) geklaag over de sterk toegenomen registratie en administratieve lastendruk. Natuurlijk zijn er grote personeelstekorten, een hoog ziekteverzuim en doorstroming. Ook over de personeelstekorten valt nog wel nuancering aan te brengen op basis van CBS-cijfers en wetenschappelijk onderzoek. We komen daar nog op terug. En ook al valt de zorgkostenstijging minder dramatisch uit dan wel wordt gezegd of verwacht, dan nog hebben we – zoals reeds opgemerkt – natuurlijk een prioriteitenstellingsvraagstuk over de keuzes waaraan we de collectieve uitgaven besteden.

Maar de oplossing van deze vraagstukken moeten we niet plaatsen in de context van verkeerde c.q. niet-juiste beelden. Nog veel belangrijker is dat we de oplossing van deze vraagstukken moeten plaatsen in de context van het zich continu ontwikkelende zorglandschap. Een zorglandschap dat verandert door de – voor het beleid van overheid en zorgverzekeraars en (soms/vaak zelfs) van instellingsbestuurders – min of meer autonome dynamiek in de zorg op de werkvloer.

## **Literatuurlijst hoofdstuk I**

1. Guus van Montfort en Rob van Wylick. *Zorg in perspectief van de patiënt*. Uitgeverij SWP Amsterdam, Essay II, 2019.
2. Ministeries VWS/FIN. *Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven*. Den Haag, 11-12-2023.
3. Zeventiende Studiegroep Begrotingsruimte. *Ambtelijk rapport*. 2023.
4. Guus van Montfort. *De Zorg is van de Patiënten en de Zorgprofessionals!* Uitgeverij SWP Amsterdam, 2022.





## **HOOFDSTUK III.**

# **ANALYSE ONTWIKKELING ZORGKOSTEN IN PERSPECTIEF**

We gaan in de eerste paragraaf nader in op de ontwikkeling van de zorgkosten en in de tweede paragraaf behandelen we de baten c.q. gezondheidswinst van de zorg.

### **III.1 Analyse zorgkostenontwikkeling**

In dit deel proberen we de zorgkosten te ontrafelen. Er zijn vele cijfers, analyses, definities, opvattingen en uitspraken. Deze beschouwingen gaan over het macro-niveau en dus niet over de kostenstructuur op patiënt- respectievelijk instellingsniveau en ook niet over bekostigingssystemen en de bijbehorende (des-)incentives. Daarvoor verwijs ik naar mijn boeken en boekjes van 2022 en 2023. Ik baseer mij vooral op publicaties van het CPB, het CBS en het RIVM. Daarin komen ook internationale data van onder andere de Oeso aan de orde. Van groot belang is om op te merken dat prognoses en ramingen over de zorgkosten geplaatst moeten worden in het kader van (deels voor het beleid autonome) ontwikkelingen en veranderingen in het zorglandschap. Het doortrekken van lijntjes is niet effectief en kan alleen maar leiden tot verwarring en vooral ook tot beelden van de werkelijkheid die niet realistisch zijn. Hoe moeilijk het ook is om een realistisch beeld van de toekomst te schetsen, paniek is geen goede raadgever. Het kan ook demotiverend werken voor de zorgmedewerkers, die al vele jaren hun uiterste best doen om goede en efficiënte zorg te verlenen. Vertrouwen in en op de werkvloer is het effectiefste, beste en goedkoopste beleidsmedicijn. Neemt niet weg dat ook de werkvloer – dus zorgmedewerkers en patiënten – zich moet realiseren dat er beperkte middelen zijn en dat ook zij een bijdrage kunnen en moeten leveren voor een zo effectief en efficiënt mogelijk gebruik. Daarom is het zeer belangrijk dat de werkvloer transparant is. Hierbij is het creëren van bewustwording, bijvoorbeeld middels hoofdlijnenakkoorden, IZA's, van groot belang en op zich een goed beleidsinstrument. Maar baseer dat macrobeleid op realistische data.

En zoals reeds opgemerkt, maak hierbij in ruime mate gebruik van het medicijn, met vertrouwen als werkzame stof. Daarom pleiten wij ervoor om vooral naar de zorgkosten te kijken vanuit de baten, de gezondheidswinst en de grote ontwikkelingen in het zorglandschap. We hebben in het verleden gezien, dat – ondanks vaak terecht geklaag over de zeer grote registratie en administratieve lastdruk – de kwaliteitsverbetering en gerichte vernieuwingen door de werkvloer zijn geïnitieerd en geïmplementeerd. Dat moeten we vooral zo houden, maar dan met een grote vermindering van de administratieve lastendruk, waardoor de ruimte voor de werkvloer sterk kan worden vergroot.

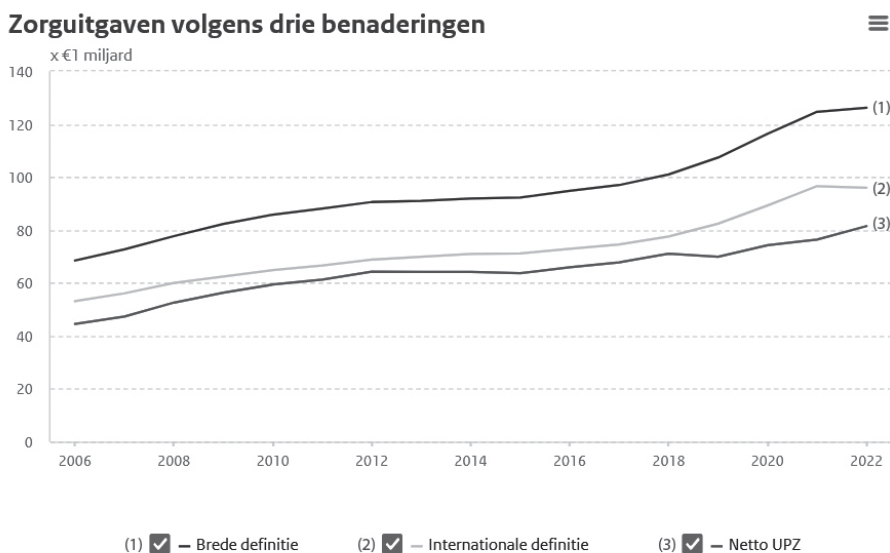
### ***Zorgkosten of zorguitgaven***

We komen zowel het begrip zorgkosten als zorguitgaven tegen. Er zijn verschillen tussen deze twee begrippen. Uitgaven zijn concrete geldstromen, het zijn directe betalingen, bijvoorbeeld het ontvangen en daadwerkelijk betalen van een factuur. Dit zijn ook kosten. Maar kosten zijn ook afschrijvingen op vaste activa, die meerdere jaren worden gebruikt, een ziekenhuisgebouw of een röntgenapparaat. De rekening van de aannemer zijn uitgaven, die in kostentermen echter over meerdere jaren worden gespreid. Aangezien afschrijvingen ook kosten zijn, gebruiken wij in principe de term zorgkosten.

### ***Definitie zorgkosten***

Op de site VZinfo worden in een artikel, getiteld ‘Zorguitgaven: volgens drie benaderingen’, drie definities gegeven van zorguitgaven c.q. kosten. De term ‘Zorguitgaven in brede zin’: het gaat om kosten voor alle maatschappelijke uitgaven aan gezondheid en welzijn. Dit is dus inclusief de kosten voor de welzijnssector, de jeugdzorg en kinderopvang. De term ‘Zorguitgaven internationale definitie’: hieronder vallen alle kosten van de gezondheidszorg. De kosten voor welzijn en sociale zorg worden hier dus niet meegerekend. Dit is de definitie die internationaal (System of Health Accounts; SHA) wordt gehanteerd om onderling te vergelijken. De term ‘Netto Uitgavenplafond zorg (UZP)’: dit was voorheen het BKZ (budgettair kader zorg). Het omvat de kosten op grond van de Zvw (Zorgverzekeringswet), de Wlz (Wet langdurige zorg) en een deel van de kosten die betaald worden vanuit de WMO voor wat betreft beschermd wonen. Het verschil tussen bruto en netto ligt in de kosten van het verplicht eigen risico in de basisverzekering en de eigen

bijdrage in de Wlz. Voor het macrobeleid is de derde definitie het meest relevant. In onderstaande grafiek wordt het verschil tussen de drie benaderingen in absolute bedragen weergegeven.



Bron: [CBS StatLine](#)

Uit deze grafiek blijkt het grote verschil. Als we kijken naar de relevantie voor het macro-zorgkostenbeleid van de overheid, dan is de internationale definitie van zorgkosten en het (netto) uitgavenplafond – dus het UZP/BKZ – het meest relevant. We zullen in principe de internationale definitie hanteren in dit artikel. Wij zeggen niets over de relevantie van bijvoorbeeld kinderopvang op zich, maar die is niet direct als een zorguitgave te typeren. De jeugdzorg die middels de WMO wordt bekostigd, is wel een directe zorguitgave.

### **Ontwikkeling zorgkosten in de afgelopen jaren**

We kunnen de zorgkostenontwikkeling – conform de internationale definitie – relateren aan het bnp. In tabel 1 worden deze cijfers weergegeven.

**Tabel 1 Zorgkosten als % van bnp**

| Jaar | Zorgkosten als % van bnp |
|------|--------------------------|
| 1970 | 6,3                      |
| 1998 | 7,8                      |
| 2000 | 7,7                      |
| 2005 | 9,1                      |
| 2010 | 10,2                     |
| 2015 | 10,3                     |
| 2020 | 11,2                     |
| 2021 | 11,1                     |
| 2022 | 10,0                     |
| 2023 | 9,5                      |
| 2024 | 9,9                      |
| 2025 | 10,1                     |
| 2026 | 10,3                     |
| 2027 | 10,4                     |
| 2028 | 10,6                     |

Cijfers t/m 2022: CBS, 07-07-2022

Cijfers vanaf 2023: Zeventiende Studiegroep Begrotingsruimte 2023

Dan zien we dat in 1998 het percentage van het bnp 7,8 procent is en in 2022 10,0 procent. Kijken we vanaf 2005 tot 2022 dan zien we een toename van 9,1 procent naar 10,0 procent. We kunnen constateren dat vanaf 2010 de ontwikkeling vrij stabiel is. En geen stijgingen laat zien, zoals we die in de publieke discussies vaak horen. De stijgingen die we in de tabel zien in de jaren 2020 en 2021 is vooral te verklaren uit de effecten van de covidcrisis. Er was zowel sprake van een tellereffect als van een noemereffect. De noemer, het bnp, daalde en wat betreft de teller waren er extra kosten voor de covidbestrijding. Er waren ook kostenverlagende effecten in die zin dat de zorgvraag niet ten volle werd beantwoord en er wachtlijsten ontstonden. In 2022 zien we weer een daling naar