Rapport

# Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak

WRR

*Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* is een advies aan de regering uit naam van de voltallige Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. WRR-Rapport 104 is voorbereid en geschreven door:

Prof. dr. M. (Marianne) de Visser (raadslid),
Prof. dr. A.W.A. (Arnoud) Boot (raadslid),
Dr. G.D.A. (Gijsbert) Werner (projectcoördinator),
Dr. A. (Arthur) van Riel (projectmedewerker),
Prof. dr. M.I.L. (Mérove) Gijsberts (projectmedewerker).

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid werd in voorlopige vorm ingesteld in 1972. Zijn positie is definitief vastgelegd bij wet van 30 juni 1976 (Stb. 413). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is een onafhankelijk adviesorgaan. De WRR informeert en adviseert de regering en het parlement over sectoroverstijgende vraagstukken die grote impact hebben op de samenleving. De adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderzoek en gericht op een langetermijnperspectief.

De huidige zittingsperiode loopt tot 31 december 2022.
De samenstelling van de raad is:

Prof. dr. mr. C .C .J.H. (Catrien) Bijleveld,
Prof. dr. A .W. A . (Arnoud) Boot,
Prof. dr. mr. M. A .P. (Mark) Bovens,
Prof. dr. G.B.M. (Godfried) Engbersen,
Prof. dr. S.J.M.H. (Suzanne) Hulscher,
Prof. mr. J.E .J. (Corien) Prins (voorzitter),
Prof. dr. M. (Marianne) de Visser,
Prof. dr. C .G. (Casper) de Vries,

Secretaris: Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom.

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid,
Den Haag 2021

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn, bij voorkeur als: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR-Rapport 104, Den Haag: WRR.

Rapport

# Kiezen voor houdbare zorg

## Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

Redactie: Simone Langeweg, Leiderdorp
Uitgever: WRR

Vormgeving binnenwerk: Ready for take-off, Den Haag
Omslagafbeelding: Steffie Padmos, Amsterdam
Figuren en tabellen: Ready for take-off, Den Haag

ISBN : 978-94-90186-97-5
e-ISBN: 978-94-90186-95-1
NUR: 740

**Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid**
Buitenhof 34
Postbus 20004
2500 EA Den Haag
070-356 46 00
info@wrr.nl
wrr.nl

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

Aan de Minister-President
Voorzitter van de Ministerraad
De heer drs. M. Rutte
Postbus 20001
2500 EA Den Haag

**ons kenmerk**
2021/CP/FB

**telefoonnummer**
070 356 4694

**onderwerp**
WRR-rapport nr. 104
*Kiezen voor houdbare zorg*

**e-mail**
secretariaat@wrr.nl

**datum**
10 september 2021

Het doet ons genoegen u hierbij het rapport *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* aan te bieden. In dit rapport bepleit de WRR dat de overheid scherpere keuzes moet maken om zo de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg in de toekomst te blijven borgen.

De Nederlandse zorg presteert over het algemeen goed, maar de groei van de zorg(vraag) is op termijn onhoudbaar. We gebruiken steeds meer en steeds duurdere zorg, waardoor de grenzen van de financiële, personele en de maatschappelijke houdbaarheid in zicht komen. Zo zou zonder veranderingen over veertig jaar één op de drie mensen in de zorg moeten werken. De afgelopen tientallen jaren is daarom ingezet op meer doelmatige organisatie van zorg, en op werving van meer personeel. Daar moeten we ook zeker mee doorgaan, maar het zal in de toekomst niet genoeg zijn. Daarvoor is de opgave te groot.

De WRR komt tot de conclusie dat we – om de *groei* van de zorg te begrenzen - beter moeten gaan kiezen waar onze prioriteiten in de zorg liggen. Als uitgangspunt zijn hierbij drie overwegingen leidend. Waar kunnen we de meeste gezondheidswinst behalen voor zoveel mogelijk mensen? In welke delen van de zorg moeten kwaliteit en toegankelijkheid versterkt worden? En hoe houden we de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid op de lange termijn op peil en in balans?

Om op een betere manier keuzes over de houdbaarheid van zorg te maken, adviseert de WRR een aanpak langs drie pijlers. Ten eerste moeten burgers voorbereid worden op schaarste in de zorg, en meegenomen in de keuzes die daarom nodig zijn. Bijvoorbeeld door het instellen van een burgerforum. Ten tweede dient de politiek haar verantwoordelijkheid voor houdbaarheid van zorg actiever op te pakken door prioriteiten te stellen. Dat betekent bijvoorbeeld inzetten op sectoren waar kwaliteit en toegankelijkheid structureel onder druk staan, maar ook op preventie. Ten derde moeten we meer dan nu voor alle zorgsectoren de collectief georganiseerde zorg helder afbakenen. Dat vraagt een heldere verdeling van verantwoordelijkheden tussen politiek en uitvoeringsorganisaties.

Overeenkomstig de Instellingswet ziet de raad graag de bevindingen van de ministerraad tegemoet.

De voorzitter,

Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins

De secretaris,

Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom

Buitenhof 34, Postbus 20004, 2500 EA Den Haag
telefoon (070) 356 46 00, website: www.wrr.nl, e-mail: info@wrr.nl

# Inhoudsopgave


| | | |
|---|---|---|
| | **Samenvatting** | **9** |
| | **Ten geleide** | **21** |
| **1** | **Inleiding** | **23** |
| 1.1 | Achtergrond en aanleiding | 23 |
| 1.2 | Publieke waarden en goede zorg | 26 |
| 1.3 | Dimensies van houdbaarheid – Financieel, personeel en maatschappelijk | 28 |
| 1.4 | Kiezen voor houdbare zorg | 30 |
| 1.5 | Opzet rapport | 32 |
| **Deel 1** | **Stand van zaken, ontwikkelingen en gevolgen voor houdbaarheid** | **37** |
| **2** | **Gezondheidszorg in een veranderende context** | **39** |
| 2.1 | Drijvende krachten achter het groeiende zorggebruik | 39 |
| 2.2 | Demografische ontwikkelingen | 41 |
| 2.3 | Ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking | 48 |
| 2.4 | Economische ontwikkelingen | 58 |
| 2.5 | Technologische ontwikkelingen | 61 |
| 2.6 | Sociaal-culturele ontwikkelingen | 68 |
| 2.7 | Gevolgen in deelsectoren van de zorg | 72 |
| 2.8 | Veranderende context in relatie tot de drie dimensies van houdbaarheid | 75 |
| **3** | **Houdbaarheid in drie dimensies** | **77** |
| 3.1 | Financiële houdbaarheid | 77 |
| 3.2 | Personele houdbaarheid | 94 |
| 3.3 | Maatschappelijke houdbaarheid | 109 |
| 3.4 | Toenemende druk op onderling vervlochten houdbaarheden | 127 |
| **4** | **Inrichting en prestaties van de Nederlandse zorg** | **129** |
| 4.1 | De organisatie van het huidige zorglandschap | 129 |
| 4.2 | Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in levensloopperspectief | 139 |
| 4.3 | Conclusie: meer urgentie voor goede zorg in specifieke sectoren | 154 |
| **Deel 2** | **Bestaande aanpak van houdbaarheidsopgaven** | **157** |
| **5** | **Beleidsgeschiedenis van de Nederlandse zorg** | **159** |
| 5.1 | Uitbreiding van collectieve zorg, de periode tot 1968 | 161 |
| 5.2 | Van maakbare samenleving naar kostenbeheersing, 1968-1987 | 166 |
| 5.3 | Van kostenbeheersing naar gereguleerde marktwerking, 1987-2006 | 170 |
| 5.4 | Gereguleerde marktwerking en decentralisatie, de periode na 2006 | 178 |
| 5.5 | De historische lessen van zorgbeleid | 184 |

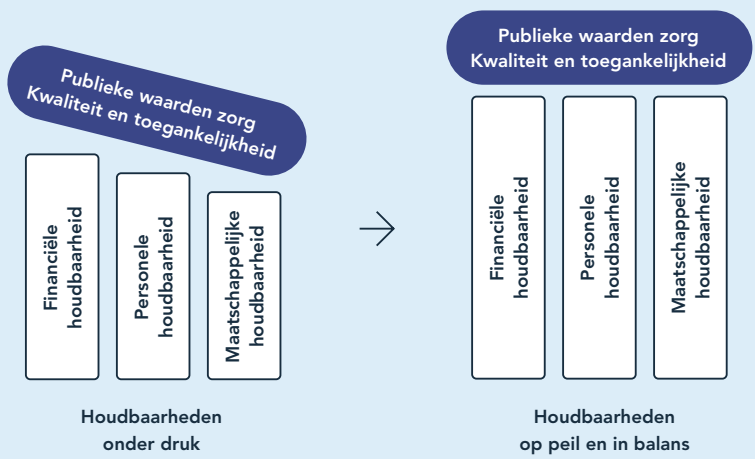
| | | |
|---|---|---|
| **6** | **Houdbaarheid door doelmatigheid** | **187** |
| 6.1 | Doelmatigheidsbeleid en complexiteit als bestuurlijke beperking | 188 |
| 6.2 | Stelselwijzigingen en houdbaarheid | 198 |
| 6.3 | Doelmatigheid verbeteren binnen het zorgstelsel | 204 |
| 6.4 | Conclusie: inzet op doelmatigheid is nodig maar niet afdoende | 214 |
| **7** | **Houdbaarheid van personeel** | **217** |
| 7.1 | Arbeidsproductiviteit, technologie en houdbaarheid | 219 |
| 7.2 | Arbeidsmarktbeleid in de zorg – inzetten op meer personeel | 228 |
| 7.3 | Mogelijke effecten van beleid op personele tekorten in de zorg | 247 |
| 7.4 | Conclusie: inzetten op (meer) personeel is nodig maar niet afdoende | 250 |
| **Deel 3** | **Op een betere manier keuzes maken over de zorg** | **253** |
| **8** | **Prioriteiten en verdeling rondom zorg** | **255** |
| 8.1 | Grenzen aan groei van de zorg – een kwestie van keuzes en prioriteiten | 256 |
| 8.2 | Hoe keuzes te maken in de zorg? De theorie | 258 |
| 8.3 | Keuzes in de praktijk – prioritering binnen domeinen van de zorg | 265 |
| 8.4 | Keuzes in de praktijk – verdeling tussen zorgsectoren | 275 |
| 8.5 | Keuzes in de praktijk – verdeling tussen collectief en individu | 284 |
| 8.6 | Keuzes in de praktijk – verdeling tussen de zorg en andere sectoren | 291 |
| 8.7 | Knelpunten rondom keuzes en verdeling in de zorg | 293 |
| **9** | **Naar betere keuzes over de zorg** | **299** |
| 9.1 | Psychologische perspectieven op keuzes in de zorg | 300 |
| 9.2 | Het perspectief van belangen bij keuzes in de zorg | 304 |
| 9.3 | Institutionele perspectieven op keuzes in de zorg | 309 |
| 9.4 | Keuzes in de zorg als een vraagstuk van timing | 317 |
| 9.5 | Burgerinspraak en -participatie bij keuzes in de zorg | 320 |
| 9.6 | Naar betere keuzes in de zorg | 323 |
| **10** | **Kiezen voor houdbaarheid: conclusies en aanbevelingen** | **327** |
| 10.1 | Er ligt een grote en urgente opgave op drie dimensies van houdbaarheid: financieel, personeel en maatschappelijk | 329 |
| 10.2 | Inzetten op doelmatigheid en (meer) personeel is noodzakelijk maar niet afdoende | 334 |
| 10.3 | Kiezen voor houdbaarheid | 340 |
| 10.4 | Aanbevelingen: Drie pijlers voor betere keuzes | 348 |
| 10.5 | Beter kiezen – geen panacee, wel grote noodzaak | 371 |
| | **Gesproken personen** | **373** |
| | **Literatuur** | **377** |

## Samenvatting

Goede zorg voor iedereen vergt weloverwogen keuzes. Om toegankelijkheid en kwaliteit te borgen moet de zorg in financieel, personeel en maatschappelijk opzicht houdbaar zijn. Omdat deze dimensies steeds meer onder druk staan en nauw met elkaar zijn verknoopt, is houdbaarheid vooral een kwestie van afwegen: keuzes maken en prioriteren. In dit rapport pleit de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) voor weloverwogen, heldere en soms scherpe keuzes in het belang van toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg en van brede gezondheidswinst. Een dergelijke prioritering is allereerst een verantwoordelijkheid van de politiek, en daarnaast van zorgverleners in alle sectoren en van burgers zelf.

Vroeg of laat krijgt we allemaal te maken met gezondheidsproblemen. We vertrouwen erop dat er in dat geval tijdig zorg van goede kwaliteit beschikbaar is. Kwaliteit en toegankelijkheid zijn volgens de WRR dan ook de belangrijkste publieke waarden van zorg. Op die waarden presteert de Nederlandse zorg over het algemeen goed, ook in internationaal verband.

**Figuur 1** Publieke waarden zijn geborgd als alle drie de dimensies van houdbaarheid op peil en in balans met elkaar zijn

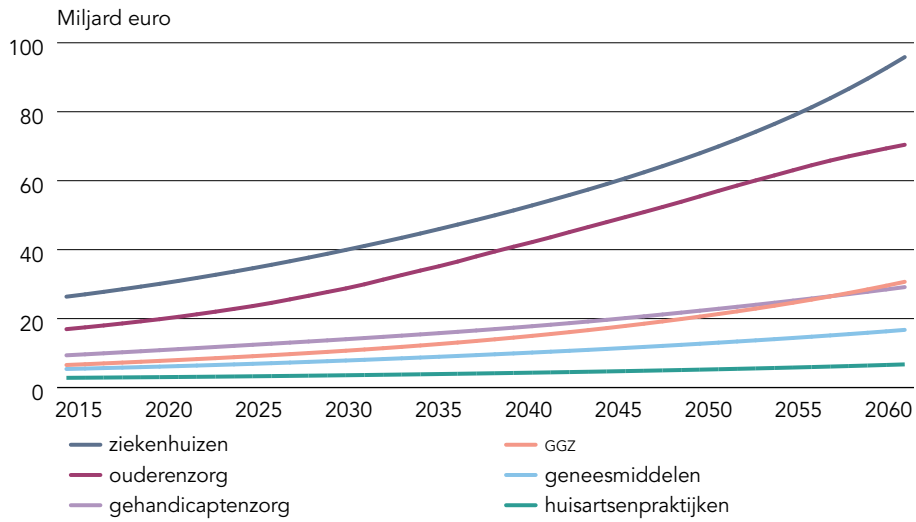


Om die publieke waarden in stand te houden, nu én in de toekomst, dient onze zorg houdbaar te blijven, ook als de samenleving steeds meer vergrijst en nieuwe zorgtechnologie steeds meer mogelijk maakt. Om het begrip 'houdbaarheid' handen en voeten te geven, onderscheidt de WRR een financiële, een personele en een maatschappelijke dimensie van houdbaarheid. Ofwel: hebben we de middelen, hebben we de mensen, en is er voldoende draagvlak voor het zorgstelsel? Alleen wanneer deze drie dimensies op peil én in balans met elkaar zijn, is de zorg houdbaar (figuur 1). In dit rapport trekken wij drie algemene conclusies.

*Conclusie 1: Houdbaarheid langs drie dimensies onder druk door aanhoudende groei van zorg*

De samenleving gebruikt steeds meer en steeds duurdere zorg. Ook de komende decennia blijft de zorgvraag stijgen, onder andere door de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en leefstijlfactoren zoals overgewicht. De mate waarin deze factoren optreden verschilt per sector binnen de zorg. Toch is het brede beeld duidelijk: de komende decennia stijgt het gebruik van de zorg sneller dan de groei van de economie en vooral van de beroepsbevolking kunnen bijbenen (figuur 2). Daardoor komen de grenzen van de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg steeds meer in zicht.

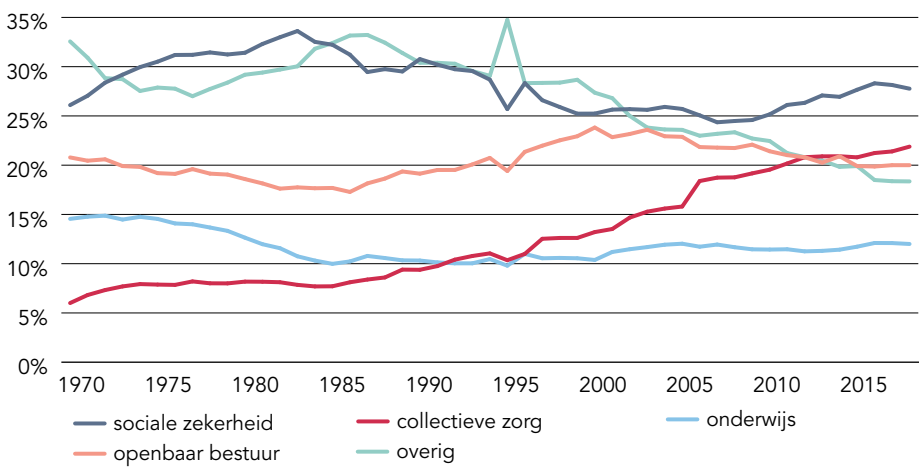
**Figuur 2** Zorguitgaven groeien de komende decennia snel




Bron: Vonk et al. 2020.

Maar waarom zou deze groei niet houdbaar zijn? Is het niet mogelijk gewoon meer mensen en middelen uit te trekken voor de zorg? Er zijn diverse argument en die hier tegen pleiten. Ten eerste kent deze oplossing grenzen omdat een verdergaande groei van het zorggebruik steeds hogere maatschappelijke kosten met zich meebrengt. Op de financiële dimensie van houdbaarheid zouden de uitgaven voor de zorg dan die voor andere beleidsdoelen gaan verdringen, en dat terwijl de zorg de afgelopen decennia als enige grote publieke sector al structureel meer middelen te besteden heeft gekregen (figuur 3). Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten ook voor de Nederlanders zelf, die via premies, belastingen of eigen betalingen bijna alle toekomstige welvaartsgroei zullen moeten uitgeven aan meer of betere zorg.

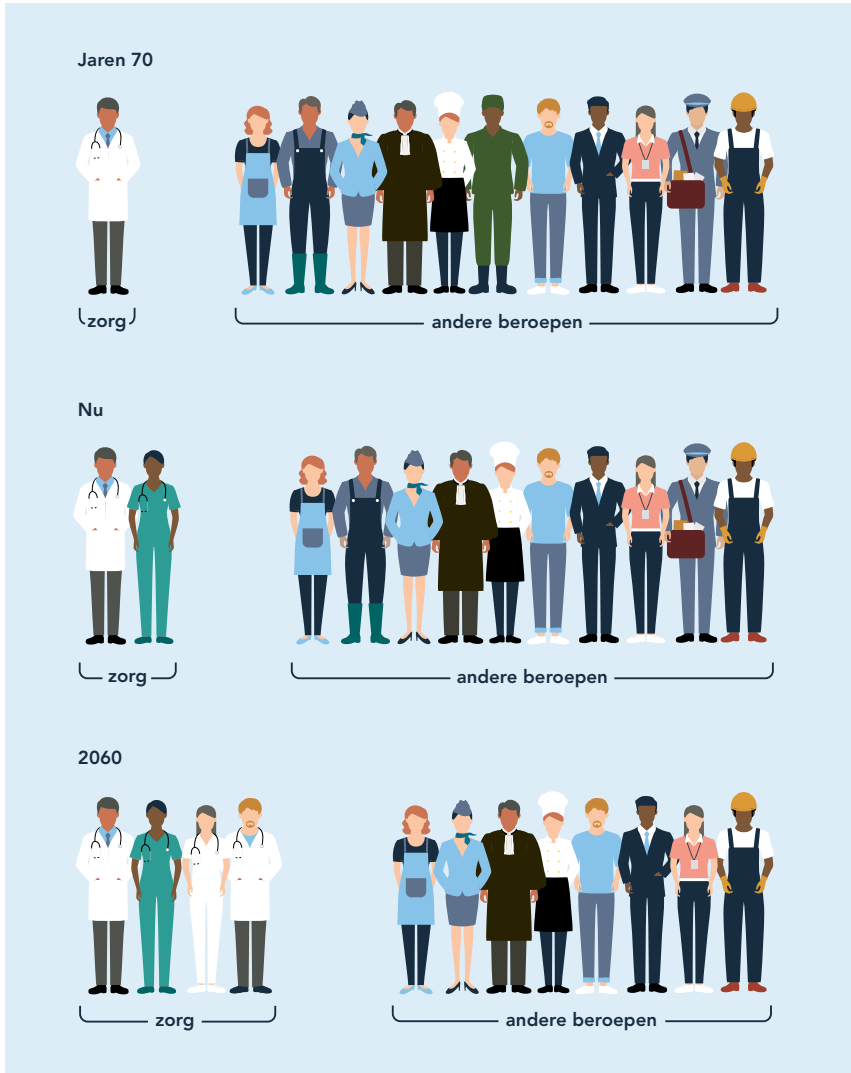
**Figuur 3** Alleen aan zorg nemen de overheidsuitgaven structureel toe (1970-2018)




Bron: CPB, lange tijdreeksen overheidsfinanciën.

Ten tweede stellen de personele vooruitzichten de samenleving voor problemen. Gegeven de toenemende zorgvraag (en de stagnerende groei van de beroepsbevolking) zou, onder redelijke aannames, over veertig jaar één op de drie werknemers in de zorg moeten werken, vergeleken met één op de zeven nu (figuur 4). Dat leidt tot competitie om schaars personeel met andere (publieke) sectoren, tot tekorten in die sectoren en daarmee waarschijnlijk ook tot druk op de competitiviteit van de economie.

**Figuur 4** Een steeds groter deel van onze bevolking is nodig voor de zorg



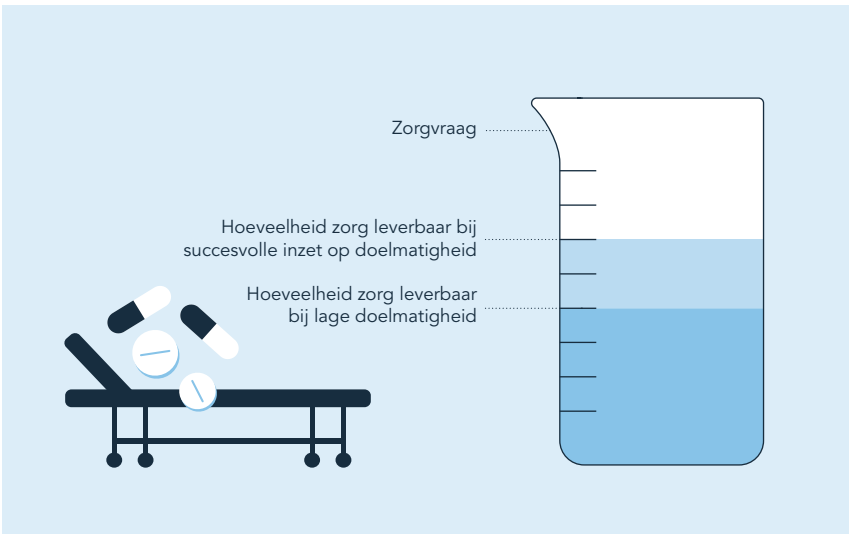

Ten derde zijn er knelpunten voor het maatschappelijk draagvlak van de zorg. Burgers maken zich zorgen over personeelstekorten in de zorg en over de kwaliteit en toegankelijkheid van sommige zorgsectoren. Ook staat de bereidheid om voor anderen te betalen onder druk, juist daar waar in de toekomst een groter beroep op de solidariteit nodig zal zijn, zoals bij leefstijlgerelateerde aandoeningen (bijvoorbeeld roken en obesitas). Zo dreigt een steeds groter gat tussen de door burgers ervaren kosten en baten van ons zorgstelsel.

De drie dimensies van houdbaarheid zijn nauw met elkaar verknoopt. Dat betekent dat houdbaarheid in veel gevallen vooral een kwestie van afwegen is. Bezuinigingen kunnen ten koste gaan van de werving of het behoud van personeel, en zo de financiële houdbaarheid weliswaar stutten maar de personele houdbaarheid juist schaden. Een te sterke sturing op één dimensie kan al snel contraproductief uitpakken en tot 'slingerbeleid' leiden.

*Conclusie 2: Meer doelmatigheid en meer personeel: noodzakelijk maar niet afdoende*

Een doelmatiger of efficiënter organisatie van de zorg was de afgelopen decennia een centraal doel van het beleid, om de stijgende zorgvraag binnen de personele, maatschappelijke en financiële grenzen te laten passen. Een verdere inzet op doelmatigheid is echter geen afdoende oplossing voor de houdbaarheidsopgave voor de Nederlandse zorg. Daarvoor is die opgave te groot, en het potentieel voor verbetering dat deze strategie biedt, te beperkt. Iets vergelijkbaars geldt voor de strategie om meer zorgpersoneel aan te trekken: een gelijkblijvende beroepsbevolking waarbinnen de arbeidsparticipatie al hoog is, vormt hiervoor een grote beperking. Beide strategieën blijven van belang, ook voor de maatschappelijke houdbaarheid, zo constateert de WRR, maar kunnen geen afdoende antwoord bieden op de drievoudige houdbaarheidsopgave. De grenzen van dit beleidsmodel komen zo steeds meer in zicht.

**Figuur 5** Een grotere doelmatigheid maakt het mogelijk met dezelfde middelen meer zorg te leveren. Dat potentieel is echter niet afdoende gezien de stijgende zorgvraag, die daarboven blijft uitstijgen.



*Conclusie 3: Kiezen voor houdbaarheid*

Als bestaande strategieën – hoe belangrijk en waardevol ook – niet afdoende zijn om met de houdbaarheidsopgave om te gaan, wat staat ons dan te doen? Een noodzakelijke en urgente aanvulling, waar we niet mee kunnen wachten, is prioritering, concludeert de WRR. En prioritering vergt een betere manier van kiezen over de zorg. Daarnaast is het essentieel om deze *aanvullende* strategie centraal te stellen in het politieke en maatschappelijke debat. Samenleving, politiek en bestuurders moeten zich namelijk voorbereiden op een tijdperk waarin schaarste in de zorg onontkoombaar is en een steeds grotere rol gaat spelen. Met de beschikbare ruimte zullen we op een verstandige manier moeten omgaan.

De huidige keuzeprocessen zijn niet toekomstbestendig. Dat uit zich zowel binnen als buiten de zorg in negatieve effecten op onze publieke waarden. In beide gevallen gaat het hierbij op de keper beschouwd om verdringing. Doordat de groei van de zorg en de verdeling daarvan op dit moment te veel een automatisme zijn, ontstaat bijvoorbeeld druk op de kwaliteit en de toegankelijkheid in delen van de jeugdzorg, de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en de zorg voor groepen kwetsbare ouderen. Verder leidt het toenemend beslag van de zorg op mensen en middelen er in de toekomst toe dat andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, huisvesting, armoedebestrijding en leefomgeving, in het nauw komen. Dat is niet in het belang van de publieke waarden in die sectoren, en kan paradoxaal genoeg per saldo zelfs negatief uitpakken voor de (volks)gezondheid.

*Uitgangspunten voor beter kiezen over de zorg*

De keuzeprocessen over de zorg, en over de inzet en verdeling van mensen en middelen daarbij, moeten dus beter vorm krijgen. Daarbij hanteren we drie uitgangspunten, namelijk meer dan nu:

1. Kiezen vanuit publieke waarden binnen en buiten de zorg,
2. Kiezen voor gezondheidswinst, en
3. Kiezen voor balans in houdbaarheden op de lange termijn.

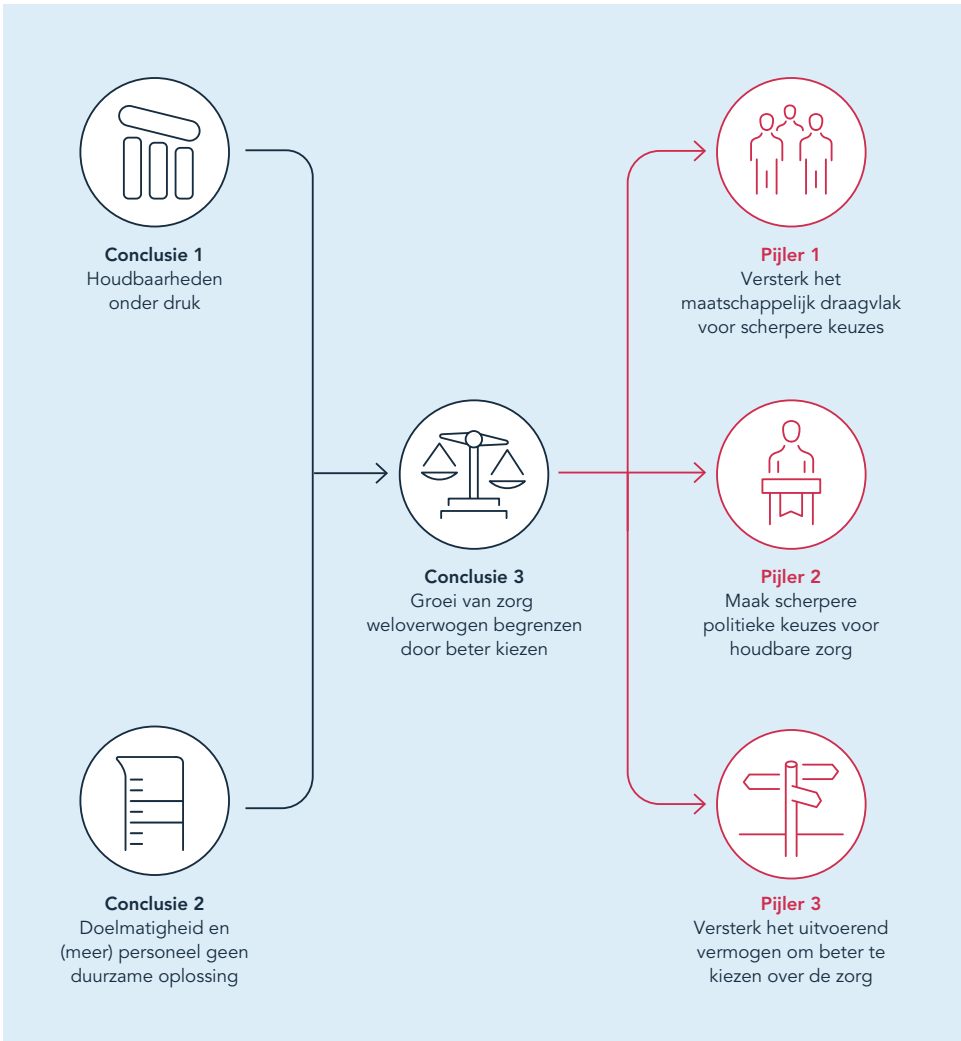
*Uitgangspunt 1:*

**Kiezen voor publieke waarden binnen en buiten de zorg**

Breng overal in de zorg de minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid op orde, ook in minder prominente sectoren en voor minder zichtbare patiënten. Voorkom hierbij dat de publieke waarden buiten de zorg in het gedrang komen door de groei van zorg.

*Uitgangspunt 2:*
**Kiezen voor gezondheidswinst**
Zet meer dan nu mensen en middelen in op een manier die de gezondheid bevordert, en die tot grotere gezondheidswinst (een langere gezonde levensverwachting) leidt.

*Uitgangspunt 3:*
**Kiezen voor balans in de houdbaarheden op de lange termijn**
Bewaak de interactie en balans tussen de houdbaarheden van de zorg vanuit een langetermijnperspectief.



*Aanbevelingen – Drie pijlers voor beter kiezen over de zorg*

Hoe komen we volgens deze uitgangspunten tot betere keuzes? Wat vergt dat van samenleving, politiek en uitvoerende instituties? De WRR onderscheidt drie pijlers waarbinnen actie nodig is:

1. Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes,
2. Maak scherpere politieke keuzes voor een houdbare zorg, en
3. Versterk het uitvoerend vermogen om beter te kunnen kiezen over de afbakening van de collectieve zorg.

Deze pijlers dienen parallel aan elkaar opgepakt te worden – ze zijn nauw met elkaar verbonden en versterken elkaar.

**Pijler 1: Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes**

1. Bereid de samenleving voor op toenemende schaarste in de zorg en de noodzaak tot keuzes.
2. Ontwikkel een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg.
3. Zorg ervoor dat keuzes over de zorg maatschappelijk gelegitimeerd zijn, bijvoorbeeld via een burgerforum.

Maatschappelijk draagvlak is onmisbaar om tot betere keuzes over de zorg te kunnen komen. Bereid de samenleving er daarom op voor dat mensen en middelen in de zorg steeds schaarser worden, en neem haar mee in de keuzes die voorliggen. Doordat mensen zich daar nu nog onvoldoende bewust van zijn, komt het maatschappelijk debat over de rol van de zorg en de afbakening van de collectief te borgen kern onvoldoende op gang. Het maken van keuzes betekent overigens niet dat er op de zorg bezuinigd moet worden, wel dat een maatschappelijk debat nodig is over de noodzaak om de zorg beter te begrenzen en de groei en verdeling ervan te sturen.

Ontwikkel in het bijzonder een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ. Het succesvol kunnen borgen van de houdbaarheid van onze zorg hangt in belangrijke mate samen met de ouderenzorg: daar vindt (samen met de ziekenhuiszorg) de komende decennia namelijk een groot deel van de groei plaats, zowel in mensen als in middelen (figuur 2). De jeugdzorg en GGZ zijn in omvang weliswaar kleiner dan de ouderenzorg maar zijn de afgelopen jaren

snel gegroeid; dat geldt met name voor de lichtere vormen van zorg. Parallel aan die groei is de druk op de kwaliteit en toegankelijkheid hier fors toegenomen. In al deze sectoren speelt de sociale omgeving een belangrijke rol, en is de technologische component vooralsnog relatief beperkt. Om deze redenen is een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de afbakening van de collectieve kern van zorg juist hier cruciaal. Behoren lichte vormen van ondersteuning bijvoorbeeld wel tot de collectieve zorg? Ook zal het in de ouderenzorg nodig zijn om wonen en zorg meer te scheiden, en de rol van eigen bijdragen uit te breiden voor aspecten van zorg die niet tot die collectieve kern behoren.

Het gaat erom dergelijke keuzes over de zorg – en over de principes die daaraan ten grondslag liggen – zoveel mogelijk te maken in samenspraak met de samenleving. Daarom is de maatschappelijke legitimiteit van die keuzes essentieel. Die legitimiteit kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door een breed burgerforum op te zetten over keuzes en prioriteiten in de zorg. Zo kunnen burgers – na scholing en voorlichting – de politiek adviseren over de prioriteiten voor de zorg, én voor de preventie daarvan.

**Pijler 2: Maak scherpere politieke keuzes voor houdbare zorg**

4. Maak politieke keuzes vanuit alle dimensies van houdbaarheid en gericht op de lange termijn. Evalueer zorgbeleid daarom tijdig en stuur bij waar nodig, maar voorkom bestuurlijk ongeduld.
5. Versterk de grip van de politiek op de omvang van de collectieve zorguitgaven. Richt daarom de begrotingssystematiek voor de zorg in zoals in andere publieke sectoren.
6. Accepteer niet dat de kwaliteit en toegankelijkheid in kwetsbare delen van de zorg beneden de norm vallen. Maak vooraf en openbaar een inschatting van de effecten van nieuw beleid.
7. Zet op een meer verplichtende manier en vanuit verschillende beleidsterreinen in op brede gezondheid en preventie.
8. Help het personeelstekort in de zorg te beperken door een brede politieke afweging te maken over de inzet van fiscale maatregelen, de balans tussen thuis en werk, en gerichte werving van zorgpersoneel uit het buitenland.

De politiek dient haar verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van de zorg actiever op te pakken door prioriteiten te stellen. De aanbevelingen binnen deze pijler hangen allemaal samen met deze constatering. Allereerst is het

nodig politieke keuzes in de toekomst meer te maken met het oog op de balans tussen de drie dimensies van houdbaarheid op de lange termijn. Bij nieuw beleid vereist dat een inschatting *vooraf* van de te verwachten effecten op de personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid én op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Daarbij verdienen kwetsbare groepen in het bijzonder aandacht, omdat hun stem in het publieke debat minder snel en effectief klinkt. Zonder zo'n inschatting vooraf zou het parlement terughoudend moeten zijn om nieuw beleid voor de zorg goed te keuren.

Hiernaast is het van belang om het zorgbeleid tijdig en breed te evalueren – er zijn immers altijd vooraf onvermoede neveneffecten. Leg daarbij vooraf de criteria voor bijsturing van het beleid vast, om niet door te schieten in 'incidentenpolitiek'. Voorkomen moet worden dat de kwaliteit en toegankelijkheid in delen van de zorg structureel onder de minimumnormen komen te vallen. En vermijd ten slotte 'bestuurlijke drukte'. Verandering in de zorg duurt jaren, en vergt een lange adem. Geef initiatieven en zorgverleners dan ook de tijd, en overlaad de sector niet met nieuwe programma's, acties en initiatieven.

Ook voor het bewaken van de belangen van beleidsterreinen buiten de zorg draagt de politiek verantwoordelijkheid. Versterk daarom de grip op de omvang van de collectieve zorguitgaven. Richt daartoe de begrotingssystematiek voor de zorg meer in zoals die voor andere publieke sectoren, waar het totaal een politieke afweging is en geen automatisme. Een politiek vastgestelde norm voor de kostengroei in de zorg – eventueel gerelateerd aan de gemiddelde economische groei – kan helpen als disciplineringsinstrument. Daarnaast vergt zo'n systematiek een andere manier van omgaan met ramingen van de zorguitgaven: het basispad moet in Den Haag als minder dwingend gezien en gepresenteerd worden. Dit is ook in het belang van de maatschappelijke houdbaarheid en voorkomt de perceptie van 'bezuinigen', zelfs wanneer de reële uitgaven feitelijk blijven stijgen.

Een grotere politieke verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van de zorg betekent ook dat de brede prioriteiten meer moeten worden bezien vanuit het potentieel voor gezondheidswinst. De WRR pleit daarom voor een structureel grotere inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen en op brede preventie. Deze aanpak levert meer gezondheid op, ondersteunt de maatschappelijke houdbaarheid in een situatie waarin (meervoudige) aandoeningen vanuit leefstijl steeds prominenter voorkomen, en remt de instroom in de zorg. Het is bij uitstek een taak voor de overheid om hierbij een overkoepelend langetermijnperspectief te bieden. Dat betekent dat zij zelf meer middelen moet inzetten voor preventie en brede gezondheid, of veldpartijen moet stimuleren of verplichten om dit te doen. Daarbij mag een verplichtender inzet via verschillende wettelijke vormen van preventie geen taboe zijn.

Om het personeelstekort in de zorg te beperken is het ten slotte zaak om een brede politieke afweging te maken vanuit de aanpalende beleidsterreinen. Het gaat dan specifiek om (1) fiscale maatregelen, (2) de balans tussen thuis en werk, en (3) zorgpersoneel uit het buitenland. Zo kan een gradueler verloop van belastingen naar inkomen en een hervorming van het toeslagstelsel zorgpersoneel stimuleren meer uren te gaan werken. Ook toegankelijker en ruimhartiger overheidsregelingen voor kinderopvang en mantelzorg kunnen dat effect hebben. En een gerichte inzet op het aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland kan knelpunten op de zorgarbeidsmarkt helpen beperken. Elk van deze drie richtingen heeft ook buiten de zorg vergaande implicaties op de samenleving, de economie en het overheidsbeleid. Daarom is een brede politieke afweging hier onmisbaar.

**Pijler 3: Versterk het uitvoerend vermogen om beter te kiezen over de afbakening van collectieve zorg**

9. Verbreed de reikwijdte van het pakketbeheer: toets niet alleen de geneesmiddelen op (kosten-)effectiviteit, maar voer ook voor andere vormen van zorg zulke toetsing in.
10. Baken in het pakketbeheer de rollen van zorginkopers, politiek en toezichthouders helder af.
11. Onderzoek in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg en gebruik doorzettingsmacht om te stoppen met het vergoeden van niet-passende zorg.
12. Beleg de eindverantwoordelijkheid voor het systematisch ontwikkelen, bijeenbrengen en ontsluitenvan uitkomstgegevens bij één organisatie.

Om de groei van de zorg op een verstandige manier te begrenzen en te sturen is het in de eerste plaats nodig de collectieve aanspraken op een weloverwogen manier af te bakenen. Die afbakening vergt verbeteringen van het pakketbeheer in brede zin, in de curatieve zorg én daarbuiten. Allereerst adviseert de WRR om voor een groter deel van de (nieuwe) zorg de (kosten)effectiviteit expliciet te beoordelen. Nu gebeurt dat alleen voor een deel van de geneesmiddelen – andere zorg stroomt via een 'open' route automatisch het pakket binnen. Dat is niet houdbaar in het licht van het grote aantal (dure) genees- en hulpmiddelen die op de zorg afkomen. Bij deze aanbeveling gaat het niet alleen om een verbreding binnen de Zorgverzekeringswet, bijvoorbeeld naar medische hulpmiddelen, het gaat er óók om de afweging van kosteneffectiviteit toe te passen in andere

sectoren en in andere stelselwetten, zoals de langdurige zorg (Wlz), de GGZ en de jeugdzorg. Dat is alleen al nodig omdat ook in die sectoren de ontwikkeling van zorgtechnologie, zoals *e-health*, medische hulpmiddelen en robotica, met rasse schreden vordert. Om ook buiten de curatieve zorg de (kosten)effectiviteit van (nieuwe) zorg systematisch te onderzoeken is het daarom nodig de onderzoekscultuur te versterken en deze voldoende te financieren.

In de tweede plaats is het noodzakelijk de rollen en verantwoordelijkheden van zorginkopers, politiek en toezichthouders helder af te bakenen. Zorginkopers, zoals zorgverzekeraars, missen de maatschappelijke legitimiteit om vast te stellen wat verzekerde zorg is. Deze rol hoort, waar het de algemene criteria betreft – bijvoorbeeld, hoeveel is een extra levensjaar ons waard? –, bij de politiek. Gaat het daarentegen om de toepassing van die criteria op concrete behandelingen, dan past de politiek juist meer afstand dan nu. Die rol hoort thuis bij een onafhankelijke toezichthouder. Zorginkopers kunnen zich dan concentreren op het zo doelmatig mogelijk organiseren van de verzekerde zorg. Deze helderdere afbakening van rollen en verantwoordelijkheden stelt alle drie de partijen beter in staat hun taak te vervullen.

Onderzoek ten derde in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg actiever en gebruik waar nodig onafhankelijke doorzettingsmacht om te stoppen met het aanbieden en vergoeden van zorg die niet wetenschappelijk onderbouwd is ('niet-passende' zorg). Een beter pakketbeheer vergt namelijk ook een doordachte uitstroom van 'oude' zorg uit het pakket. Daarvoor is het nodig de effectiviteit van de bestaande zorg systematisch te onderzoeken, bijvoorbeeld door te werken met voorwaardelijke toelating of uitstroom.

Ten slotte adviseert de WRR om te komen tot gesystematiseerde, langlopende uitkomstdata over de zorg in alle sectoren en om de verantwoordelijkheid voor de ontsluiting daarvan te beleggen bij één organisatie. De Nederlandse zorg kent een overdaad aan prestatie- en uitkomstdata, en tegelijkertijd een gebrek aan overzicht en systematische ontsluiting. Dat zorgt voor een grote administratiedruk en beperkt ons vermogen om de effectiviteit van zorg, en van beleid, goed te monitoren. Om dat vermogen te verbeteren is het van belang de verantwoordelijkheid voor die data voor de lange termijn te beleggen én stabiel te financieren.

### *Beter kiezen – geen panacée, wel grote noodzaak*

Prioritering in de zorg is iets dat politiek en samenleving ten diepste ongemakkelijk vinden. Met dit rapport heeft de WRR dan ook als doel om de samenleving voor te bereiden op een toekomst waarin het debat over deze dilemma's veel meer gevoerd moet worden. Tegelijk mag het betrekken van de samenleving geen excuus worden voor de politiek om beslissingen over de zorg te vermijden. Geen keuze maken is ook een keuze, en heeft evengoed consequenties.

## Ten geleide

Dit rapport is opgesteld door een projectgroep bestaande uit prof. dr. Marianne de Visser (eerstverantwoordelijk raadslid), dr. Gijsbert Werner (projectcoördinator), dr. Arthur van Riel (staflid), prof. dr. Mérove Gijsberts (staflid) en prof. dr. Arnoud Boot (raadslid). In een eerder stadium van het project heeft mr. drs. Josta de Hoog (staflid) de functie van projectcoördinator vervuld. Tijdelijk verbonden aan de projectgroep waren dr. Peter de Goede (staflid), Aukje Muller (stagiair), Jasmin Palamar (stagiair), Lynn Colder (stagiair) en Lisa Janssen (stagiair). Ondersteuning werd verzorgd door Magda de Wit, Paul van den Berg, Mitra Javanmardi en Dmitri Berkhout.

*Kiezen voor houdbare zorg* kwam tot stand op basis van een uitvoerige studie van de wetenschappelijke literatuur en beleidsstukken, gesprekken met deskundigen, discussiebijeenkomsten, speciaal voor dit project door externe deskundigen geschreven voorstudies en eigen analyse.

Door dr. Florien Kruse, prof. dr. Patrick Jeurissen, prof. dr. Tineke Abma, dr. Elena Bendien, dr. Iris Wallenburg, dr. Hester van de Bovenkamp, Hugo Peeters, Hanna Stalenhoef, Gijs Steinmann en Oemar van der Woerd is ter voorbereiding van dit rapport een landenvergelijkend onderzoek gedaan naar de houdbaarheid van de langdurige en sociale ouderenzorg. Dit onderzoek is onder de titel *Houdbare ouderenzorg – Ervaringen en lessen uit andere landen* gepubliceerd als WRR Working Paper en is beschikbaar op onze website. Door dr. Roland Bertens en Jasmin Palamar is een historisch onderzoek gedaan naar de beleidsgeschiedenis van houdbaarheidsopgaven in de Nederlandse zorg. Dit onderzoek is onder de titel *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017* gepubliceerd als WRR Working Paper en is eveneens beschikbaar op onze website.

Daarnaast is door dr. Robert Vonk, dr. Henk Hilderink, ir. drs. Marjanne Plasmans, ir. Geert Jan Kommer en prof dr. Johan Polder een kwantitatief vooronderzoek uitgevoerd over zorguitgaven in de toekomst. Dit onderzoek is onder de titel *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060* gepubliceerd als RIVM-rapport en is beschikbaar op de website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Tenslotte is door prof. dr. Johan Polder, dr. ir. Jeljer Hoekstra en dr. Robert Vonk een vooronderzoek uitgevoerd over de brede maatschappelijke en gezondheidsbaten van zorg. Dit onderzoek is onder de titel *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg* gepubliceerd als RIVM-rapport en is beschikbaar op de website van het RIVM.

Met ruim honderddertig externe deskundigen in de publieke en private sector zijn gesprekken gevoerd: wetenschappers, politici, beleidsmakers, toezichthouders, bestuurders, zorgverleners, patiëntenorganisaties en vertegenwoordigers van het bedrijfsleven. Daarnaast zijn diverse werkbezoeken afgelegd, onder andere aan de *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) in Parijs en aan het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) in Londen. Ook hebben we bijeenkomsten georganiseerd over de rol van complexiteit in sturing van de zorg en over keuzeprocessen in de zorg (Hollands Spoorbijeenkomst). We zijn onze gesprekspartners zeer erkentelijk voor hun bereidheid hun inzichten met ons te delen en de belangrijke bijdrage die dat aan ons rapport heeft geleverd. Hun namen staan achterin vermeld.

In de laatste fase van het project hebben we teksten voorgelegd aan prof. dr. Louise Gunning-Schepers (Hoogleraar Gezondheid en Maatschappij), prof dr. Patrick Jeurissen (Hoogleraar Betaalbaarheid van Zorg), prof. dr. Pauline Meurs (Hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg), prof dr. Rob Baltussen (Hoogleraar Global Health Economics) en prof. dr. Ronald Batenburg (Hoogleraar Arbeids- en organisatievraagstukken in de zorg). We danken hen voor hun waardevolle suggesties.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Als Nederlanders wordt gevraagd wat zij belangrijk vinden in het leven, is één van de eerste antwoorden steevast: "een goede gezondheid". Gezondheid is een belangrijke voorwaarde om een goed leven te kunnen leiden.[1] Gezondheid betekent dingen kunnen ondernemen, kunnen genieten, grip op je leven hebben en participeren in de samenleving. Vroeg of laat krijgen we echter allemaal met gezondheidsproblemen te maken. We vertrouwen erop dat er op dat moment goede zorg beschikbaar is: voor onszelf en voor onze naasten, voor jong en oud, voor laag- en hoogopgeleiden, voor mensen met een lager en hoger inkomen. En we vertrouwen erop dat die zorg van goede kwaliteit is, in de buurt en betaalbaar. Als we zorg nodig hebben, zijn we immers op ons kwetsbaarst: onzeker, in de war, bang voor pijn of ander lijden, voor onze toekomst, of voor de toekomst van onze naasten. Soms gaat het in zo'n situatie zelfs om een zaak van leven en dood.

Een goed en toegankelijk zorgstelsel is juist van belang op zulke momenten dat we kwetsbaar zijn. Dat helpt niet alleen zieken en hun naasten, het geeft ook gezonde mensen rust en vertrouwen. De coronacrisis heeft opnieuw laten zien hoezeer we als samenleving vertrouwen op die kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. We blijken bereid te zijn om in maatschappelijk en economisch opzicht zeer ingrijpende stappen te zetten om die kwaliteit en toegankelijkheid te borgen. Dat illustreert het centrale belang van gezondheid in onze samenleving. Kwalitatief goede en toegankelijke zorg zijn dan ook centrale publieke waarden in de samenleving. Het is zaak die publieke waarden van de zorg nu én in de toekomst te behouden. Niet alleen in een acute crisissituatie, maar vooral op de lange termijn. Dat is wat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in dit rapport verstaat onder een houdbare gezondheidszorg. Als de houdbaarheid van zorg onder druk komt te staan, dan brengt dat die publieke waarden in meer of mindere mate in gevaar. Houdbaarheid is dan ook te zien als een randvoorwaarde: alleen wanneer de houdbaarheid op orde is, kunnen we de publieke waarden van de zorg borgen.

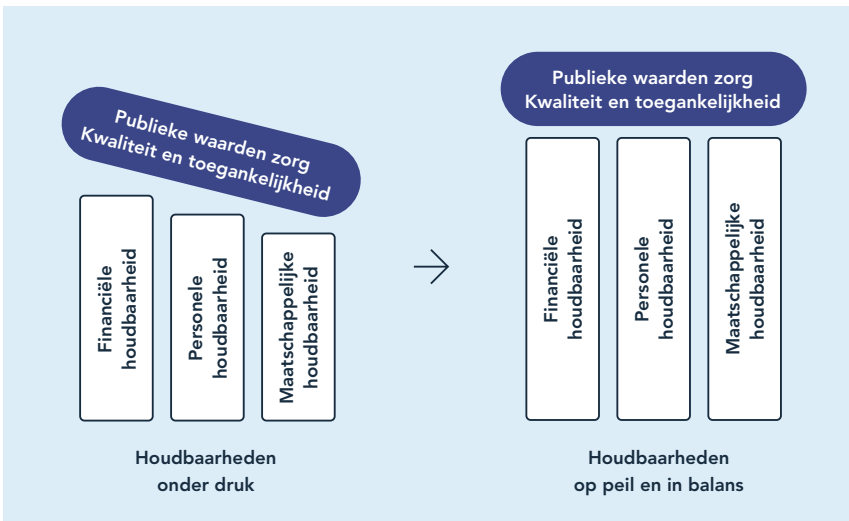
De houdbaarheid van de zorg staat echter toenemend onder druk. Dit is niet alleen in Nederland zo, maar ook in de landen om ons heen. De oorzaak ligt in een aantal ontwikkelingen. Denk bijvoorbeeld aan de vergrijzing of aan de verruiming van behandelmogelijkheden als gevolg van technologische innovatie. Later in dit rapport kijken we nader naar de bijdragen van verschillende van deze ontwikkelingen aan de houdbaarheid van de zorg. Het brede beeld is dat de behoefte aan zorg

1 Gfk 2017; CBS 2016.

sneller stijgt dan de groei van de economie en – op korte termijn nog urgenter – die van de beroepsbevolking kan bijbenen. De verwachting is dat dit de komende decennia zo blijft en dat is reden tot bezorgdheid over de houdbaarheid van de zorg. Hier ligt een opgave die niet alleen gevolgen heeft voor de zorg, maar ook voor de maatschappij als geheel. Immers, vanuit andere beleidsterreinen is er eveneens vraag naar schaarse mensen en middelen. Ook het onderwijs, milieubeleid en huisvesting hebben eigen publieke waarden te borgen. Houdbaarheid van zorg is dus een vraagstuk dat speelt binnen de zorg, met effecten (ver) buiten de zorg.

Druk op de houdbaarheid kan zich langs drie verschillende dimensies uiten. Ten eerste is er de financiële houdbaarheid: kunnen we het allemaal nog wel betalen? Maar evenzeer speelt de vraag van de personele houdbaarheid: is er wel voldoende personeel om voor iedereen te zorgen, nu en in de toekomst? En even belangrijk is de vraag of de zorg kan blijven voldoen aan de verwachtingen en wensen die we als samenleving hebben. Deze derde dimensie noemen we maatschappelijke houdbaarheid: levert het zorgstelsel de kwaliteit van zorg waar Nederlanders op rekenen en ervaren burgers die kwaliteit ook zo? Zijn mensen bereid de solidariteit op te brengen die nodig is voor goede en toegankelijke zorg voor iedereen? Dat bepaalt het draagvlak van de samenleving voor het zorgstelsel. Om de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid te borgen, moeten al deze drie dimensies zowel op peil zijn als in balans met elkaar (figuur 1.1).

**Figuur 1.1** Drie dimensies van houdbaarheid als pijlers van publieke waarden in de zorg.




De publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid zijn alleen geborgd als de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid alle drie op peil en in balans met elkaar zijn.

Dit rapport is het resultaat van een onderzoekstraject dat de WRR heeft uitgevoerd naar aanleiding van een adviesverzoek van het kabinet[2], in reactie op eerdere vragen vanuit de Tweede Kamer.[3] Aanleiding voor het verzoek was de toenemende politieke en maatschappelijke zorg over de stijgende uitgaven aan zorg, die over de langere termijn uitstijgen boven de economische groei. Dit vraagstuk heeft niet alleen implicaties voor de zorg, maar voor het gehele overheidsbeleid.

Het onderwerp vraagt om een langetermijnperspectief – waar mogelijk kijken we vooruit naar de ontwikkelingen die we kunnen verwachten tot het midden van deze eeuw. Het vraagt ook om een brede blik: we kijken naar de zorg als geheel en in de volle breedte, van ziekenhuizen en ouderenzorg tot jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Daarbij hoort ook preventie: het voorkomen van ziektes, aandoeningen of complicaties. Deze brede blik vloeit voort uit de gedachte dat iedereen gedurende zijn of haar leven verschillende vormen van zorg nodig heeft. Om van een houdbaar zorgstelsel te kunnen spreken moeten de publieke waarden over de gehele levensloop van mensen geborgd zijn. Dit langetermijnperspectief en deze brede blik betekenen ook dat we niet specifiek kijken naar de reactie op een acute gezondheidscrisis zoals de COVID-19-pandemie (box 1.1). Waar mogelijk trekken we uit de huidige coronacrisis echter lessen of parallellen die relevant zijn voor de bredere vraag van houdbaarheid van zorg.

**Box 1.1 De rol van corona in dit rapport**

Het woord 'corona' zal in dit rapport minder vaak vallen dan sommigen misschien verwachten. Hoewel het advies verschijnt in de chronische fase van één van de grootste wereldwijde crises in de zorg, hebben we het daar niettemin maar zijdelings over. Hoe kan dat? De belangrijkste reden is dat we onze blik op de lange termijn richten. In dit rapport kijken we naar een fundamenteel vraagstuk van houdbaarheid dat al speelde lang voor corona ten tonele verscheen, en dat daardoor ook niet wezenlijk van aard is veranderd. Met ons advies proberen wij juist vóórbij corona te kijken, naar een vraagstuk dat ook nadat corona verdwenen is – of onderdeel is geworden van onze dagelijkse realiteit – nog lang zal blijven spelen. Dat betekent niet dat corona geen enkele rol speelt. Waar relevant gebruiken wij de crisis als illustratie van de bredere thema's en knelpunten die in het rapport aan de orde komen. In een recente werkconferentie heeft de WRR in samenwerking met de

2 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018a
3 Tweede Kamer 2017; Omtzigt en Slootweg 2018.

Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) en de Gezondheidsraad in meer detail de voorbereiding op acute gezondheidscrises verkend.[4]

De brede blik die we aannemen, betekent ook dat we ons in dit rapport niet *a priori* op specifieke sectoren richten, maar op overkoepelende trends en patronen die in de Nederlandse zorg als geheel spelen. Waar nuttig nemen we specifieke sectoren onder de loep, bijvoorbeeld om een ontwikkeling of bedreiging die met name binnen een bepaalde sector speelt in beeld te kunnen brengen. Zo spelen houdbaarheidsvraagstukken bijvoorbeeld niet even sterk in alle deelsectoren van de zorg en zijn de publieke waarden – kwaliteit en toegankelijkheid – in sommige sectoren beter geborgd dan in andere. Het uitgangspunt van dit rapport is dat alleen als de drie dimensies van houdbaarheid – de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid – op de lange termijn geborgd en in balans zijn, we kunnen spreken van een houdbaar zorgstelsel. Alleen dan kunnen we als samenleving goede en toegankelijke zorg in de toekomst voor iedereen blijven garanderen. En alleen dan kunnen we ervoor zorgen dat ook op andere beleidsterreinen publieke waarden in stand blijven.

## 1.2 Publieke waarden en goede zorg

Voordat we kijken naar de door ons onderscheiden houdbaarheidsdimensies, gaan we eerst in op de publieke waarden van de zorg. Onderzoek laat zien dat gezondheid een van de meest centrale waarden is in het leven van mensen.[5] Het is één van de belangrijkste factoren die ons welzijn bepalen. Op de vraag wat gezondheid precies is, zijn er verschillende perspectieven, ook weer afhankelijk van de context.[6] Het kan bijvoorbeeld gaan om de afwezigheid van beperkingen door een ziekte[7], of breder om het vermogen je, ondanks diverse uitdagingen, staande te houden in het leven[8]. En het kan gaan om lichamelijke aspecten van gezondheid, over mentale aspecten, of beide. Welk perspectief op gezondheid we ook hanteren, mensen zijn het er over het algemeen over eens dat het van groot belang is zo lang mogelijk gezond te blijven en je gezond te voelen. Het belangrijkste onderliggende doel van zorg en preventie is dan ook misschien wel om onze gezondheid in stand te houden en waar mogelijk te verbeteren.

4 WRR, ROB en Gezondheidsraad 2021.
5 Kooiker et al. 2011; Gfk 2017.
6 Haverkamp et al. 2017.
7 WHO 2005.
8 Huber et al. 2011.

Voor mensen die zorg nodig hebben, zijn twee verschillende aspecten van belang. Ten eerste moeten zij toegang kunnen krijgen tot de benodigde zorg. Ten tweede moet die zorg van goede kwaliteit zijn. Deze twee begrippen zijn vervolgens weer verder te verfijnen en in te vullen. Maar in algemene zin bepalen toegankelijkheid en kwaliteit dat er *goede zorg* is. Een zorgstelsel is vervolgens een goed stelsel als het die kwaliteit en toegankelijkheid voor iedereen in de samenleving kan garanderen. Daarom ziet de WRR toegankelijkheid en kwaliteit als de centrale publieke waarden van de zorg.[9]

Zowel toegankelijkheid als kwaliteit zijn op zichzelf abstracte begrippen. Ze kunnen op allerlei manieren gedefinieerd, geoperationaliseerd en gemeten worden om ze hanteerbaar te maken. En voor beide begrippen geldt dat ze weer uiteenvallen in verschillende deelaspecten. Zo kunnen we bij toegankelijkheid bijvoorbeeld kijken naar financiële aspecten: kunnen mensen het betalen? Of naar de geografische dimensie: is de zorg in de buurt beschikbaar? Maar ook naar tijd: hoe lang moeten mensen wachten voordat ze zorg kunnen krijgen? Ook voor kwaliteit kunnen we naar een veelheid aan interpretaties kijken. Denk bijvoorbeeld aan de veiligheid van zorg, autonomie van de patiënt, vakinhoudelijke en technische bekwaamheid van de zorgverlener en patiëntgerichtheid. In appendix 1 bij dit rapport geven we een overzicht van verschillende aspecten van de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid.

Voor zowel toegankelijkheid als kwaliteit geldt daarnaast dat de begrippen zelf ons nog niet vertellen hoe hoog het niveau van deze publieke waarden zou moeten zijn. Hoe toegankelijk moet zorg zijn? Welke kwaliteit is goed genoeg? Wat we hier concreet mee bedoelen en hoe ver dat reikt, is uiteindelijk aan ons als samenleving. Wat we vastleggen in streefnormen en indicatoren (zoals de Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden), drukt impliciet een normatieve verplichting uit die we als samenleving richting (potentiële) patiënten aangaan. Het drukt een minimumnorm uit – een ondergrens waarvan we vinden dat de zorg daar niet onder zou mogen zakken. En dat is uiteindelijk een normatief uitgangspunt dat we als samenleving innemen. Waar die ondergrens ligt, welk niveau van kwaliteit en toegankelijkheid we willen bieden, is in belangrijke mate een medische vraag, maar is niet uitsluitend op medische gronden vast te stellen. Het is immers ook een reflectie van praktische, personele, organisatorische en politieke overwegingen en beperkingen.

---

9 In het zorgbeleid wordt veelal gebruik gemaakt van de driehoek kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Wij hanteren in dit rapport een iets andere afbakening. Persoonlijke betaalbaarheid – kan een individu de zorg die hij of zij nodig heeft betalen? – zien wij als component van toegankelijkheid (zie ook online appendix 1). Betaalbaarheid op macroniveau – kan de samenleving de (totale) zorguitgaven dragen? – is hetzelfde als wat wij in dit rapport financiële houdbaarheid noemen. Dat zien wij, samen met de twee andere dimensies van houdbaarheid, als randvoorwaarden voor een houdbare zorg.

Toegankelijkheid en kwaliteit zijn overigens van belang voor mensen die zorg nodig hebben, maar niet alleen voor hen. We worden immers allemaal ooit in ons leven patiënt, of hebben naasten die dat worden. De zekerheid dat er, mocht dat gebeuren, goed voor ons gezorgd zal worden, is heel wezenlijk voor ons welzijn. Een toegankelijk en kwalitatief goed zorgstelsel is dan ook een breed publiek belang.

## 1.3 Dimensies van houdbaarheid – Financieel, personeel en maatschappelijk

Waarom zijn er redenen om te twijfelen aan de houdbaarheid van de zorg? Om daar iets over te kunnen zeggen, moeten we op basis van historische ontwikkelingen, de huidige situatie en prognoses naar de toekomst kijken. Dat is wat we in dit rapport doen. Zoals gezegd onderscheiden we daarbij drie dimensies van houdbaarheid: de financiële, de personele en de maatschappelijke. We stippen hier de kernthema's kort aan.

### *Zorguitgaven stijgen sneller dan de economie*

In de politiek is de financiële dimensie van houdbaarheid vaak de meest zichtbare. We hebben het dan over de uitgaven op macroniveau – wat geeft Nederland als geheel uit aan zorg? –, niet over de kosten die individuele zorggebruikers ervaren. In 2019 gaven we in Nederland ruim 100 miljard euro uit aan zorg, oftewel ongeveer 6.000 euro per persoon.[10] Alleen aan sociale zekerheid werd een vergelijkbaar bedrag uitgegeven (ruim 80 miljard euro). De uitgaven aan zorg lopen over de brede linie al decennialang op, zowel per persoon als procentueel ten opzichte van de totale economie. En de verwachting is dat zorguitgaven ook in de toekomst sneller zullen blijven stijgen dan de economische groei. Zo voorspelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in een voorstudie uitgevoerd voor dit rapport dat de zorguitgaven zullen verdriedubbelen naar zo'n 15.800 euro per persoon (constante prijzen van 2015).[11]

### *Personele uitdagingen in de zorg*

De zorg legt niet alleen een steeds groter beslag op de financiële middelen, maar ook de vraag naar personeel neemt toe. Er is een grote mate van onzekerheid in de ramingen, maar onder redelijke aannames kan het gaan om meer dan 36 procent van de beroepsbevolking in 2060.[12] Dat betekent dat meer dan één

---

10 We hanteren hier het RIVM-perspectief op de zorguitgaven. Deze definitie omvat zowel private als collectieve uitgaven, inclusief uitgaven voor welzijns- en maatschappelijke zorg. In tegenstelling tot de CBS-Zorgrekeningen worden kosten voor kinderopvang buiten beschouwing gelaten. Zie online appendix 2 voor een uitgebreidere bespreking van de verschillende definities van zorgkosten (door RIVM, CBS, OECD, Uitgavenplafond Zorg). Het brede beeld is in de verschillende afbakeningen gelijk.

11 Vonk et al. 2020.

12 Zie voor details hoofdstuk 3 van dit rapport.

op de drie Nederlanders dan in de zorg zou werken – als er niets zou veranderen. Met name in de ouderenzorg en andere arbeidsintensieve delen van de zorg blijft de vraag naar personeel sterk toenemen. En de personele druk speelt niet alleen voor de formele zorg. Ook de vraag naar informele zorg, onder meer mantelzorg, loopt naar verwachting steeds verder op naarmate de vergrijzing toeneemt.

### *Waardering en zorgen over zorg*

De derde dimensie is die van de maatschappelijke houdbaarheid. Die is het moeilijkst te meten, maar ook daarvoor kunnen we de ontwikkelingen in kaart brengen. De zorg staat (samen met onderwijs) de laatste tien jaar bijna altijd in de top 3 van beleidsterreinen waar we ons zorgen over maken.[13] Mensen zijn doorgaans positief over de kwaliteit van zorg en met name over de zorgverleners, maar zij geven ook aan dat ze zich zorgen maken over de toegankelijkheid die zijzelf of hun naasten hebben tot zorg. Deze zorgen spitsen zich vooral toe op de thuiszorg, de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de langdurige zorg aan ouderen. Ook hoge premies, eigen risico's en bijbetalingen worden frequent genoemd als reden tot ongerustheid. Zo vindt de helft van de bevolking dat de zorg nu al te duur is. Maatschappelijke houdbaarheid vergt daarnaast ook dat mensen bereid zijn de solidariteit op te brengen die het stelsel via premies en belastingen van hen vergt. Als we kijken naar deze solidariteit, zien we enerzijds brede steun; zo ondersteunt 70 procent van de Nederlanders de gedachte dat we allemaal moeten bijdragen aan de uitgaven aan zorg voor zieken. Anderzijds zien we ook hier knelpunten opdoemen: zo laat onderzoek zien dat de solidariteit voor leefstijlgerelateerde aandoeningen en voor de zorg voor ouderen lager is.[14] En hoewel mensen aangeven dat er meer in zorg dient te worden geïnvesteerd, is er maar beperkt draagvlak om dat door hogere premies en belastingen zelf te financieren.

Welk beeld ontstaat zo, alles overziende? Op macroniveau nemen zorguitgaven een steeds groter deel van de collectieve uitgaven in en dreigt verdringing van andere beleidsterreinen. Bovendien dreigt er een groot tekort aan zorgverleners. Tegelijkertijd vinden veel mensen dat er meer geld aan zorg moet worden uitgegeven, maar vinden zij hun eigen uitgaven aan zorg nu al (veel) te hoog. Daarbij wijzen alle ramingen in de richting van steeds meer uitdagingen op de middellange en lange termijn. Het is dit dilemma van wensen en ambities waarmee politici en bestuurders zich geconfronteerd zien. Het houdbaarheidsvraagstuk is dan ook een grote maatschappelijke opgave.

---

13 Den Ridder et al. 2019.
14 Holst et al. 2020; Kooijman et al. 2019.

## 1.4 Kiezen voor houdbare zorg

Wat betekent dit alles voor onze zorg in de toekomst? In het vervolg van het rapport gaan we nader op deze vraag in. We schetsen hier alvast vijf algemene vraagstukken – uitmondend in een overkoepelend perspectief.

Ten eerste, het brede beeld geeft reden tot zorgen over de houdbaarheid van de zorg. Op elk van de drie dimensies van houdbaarheid doen zich knelpunten voor en het is aannemelijk dat die knelpunten bij ongewijzigd beleid op de lange termijn zullen toenemen. Het is daarom noodzakelijk om nader te onderzoeken waar en waarom de houdbaarheid van de zorg onder druk staat.

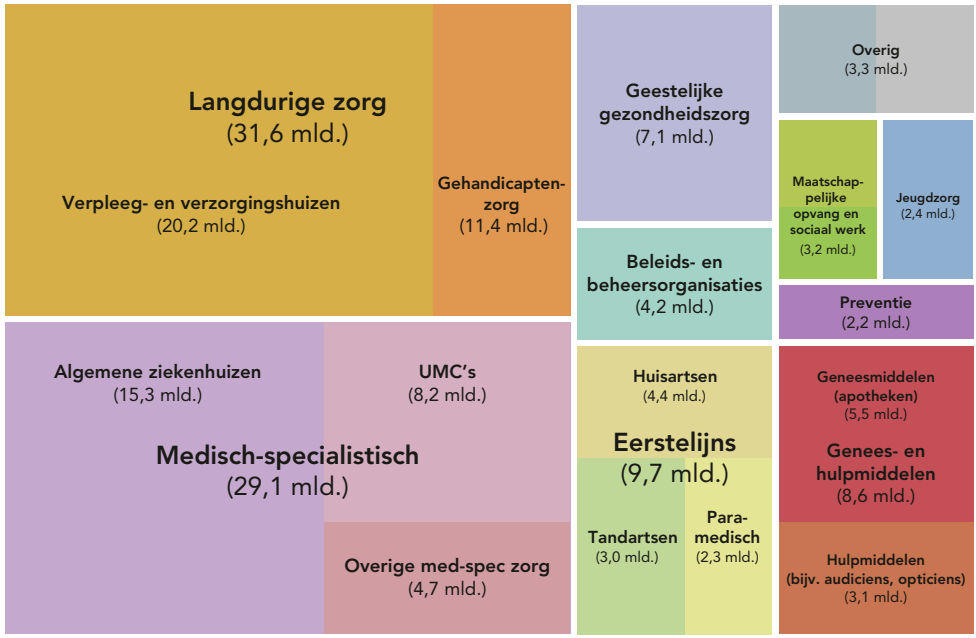
Ten tweede, de drie houdbaarheden zijn weliswaar conceptueel en analytisch van elkaar te onderscheiden, maar in de praktijk nauw met elkaar verweven. Maatregelen die aangrijpen op de ene dimensie zullen – bedoeld of onbedoeld – effect hebben op de andere dimensies. Bijvoorbeeld, het beperken van de loongroei of van het aantal banen in de zorg kan relatief snel de financiële houdbaarheid verbeteren. Tegelijk heeft zo'n ingreep negatieve gevolgen voor de personele houdbaarheid, omdat werken in de zorg minder aantrekkelijk wordt. Houdbaarheid is daarmee vaak een kwestie van afwegen van de verschillende dimensies. Daar waar een maatregel positief aangrijpt op de ene dimensie maar negatief op een andere, moet een balans gevonden worden – en kan te sterke sturing op één dimensie al snel averechts werken.

Ten derde, houdbaarheid is geen binair verschijnsel. Op elk van deze dimensies kan zich een meer of minder houdbare situatie voordoen, maar is geen moment aanwijsbaar waar houdbaarheid plotseling omslaat in onhoudbaarheid. We kunnen er immers voor kiezen om meer middelen voor de zorg uit te trekken. Binnen redelijke grenzen en met de nodige vertraging (opleidingstijd) is het ook mogelijk om meer zorgmedewerkers te werven, hoewel hier minder rek zit dan in de financiële dimensie. Meer mensen of middelen uittrekken voor zorg is veelal een legitieme en maatschappelijk gewenste keuze.

Maar – en dat is de vierde constatering – het is een keuze met gevolgen. Gezien de grote omvang van de zorg – qua mensen én qua middelen – hebben we immers te maken met wezenlijke en onvermijdelijke uitruilen. Dit geldt zowel binnen als buiten de zorg. Zoals figuur 1.2 laat zien, gaan er jaarlijks aanzienlijke bedragen – en, onderliggend en daarmee nauw verbonden, mensen – naar het brede palet aan sectoren in de zorg, met name naar de medisch-specialistische en langdurige zorg. De ruimte die het ene domein inneemt, kan daarbij ten koste gaan van andere (kleinere) domeinen in de zorg. Dit verschijnsel speelt ook buiten de zorg: we kunnen die mensen en euro's die naar de zorg gaan, immers niet inzetten voor andere publieke doelen. Hoe verder het zorggebruik stijgt, hoe nijpender deze uitruilen worden. Zo is de afgelopen jaren een groot

deel van de welvaartsstijging van Nederlanders opgegaan aan stijgende zorguitgaven. Gezien de ramingen zal dat ook de komende jaren – en waarschijnlijk decennia – zo blijven. De ruimte voor investeringen op andere beleidsterreinen wordt daardoor beperkt. Bij personeel speelt een vergelijkbare uitdaging: ook daar dicteert de dalende groei van de beroepsbevolking dat een toenemende inzet op zorg zich al snel vertaalt in tekorten in andere (publieke) sectoren.

**Figuur 1.2** Kosten naar zorgdomein in 2019 (in miljarden euro's)




Verdeling van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland, naar type zorgaanbieder, verdeeld in tien categorieën. De oppervlakte van elk vlak is proportioneel aan de bijdrage van die groep aanbieders. Bron: CBS (Statline, tabel 84053).

Ten vijfde constateren we dat er wezenlijke maatschappelijke kosten gemoeid zijn met het op een onvoldoende doordachte manier afremmen van de groei in het zorggebruik, laat staan met het netto terugdringen van dat zorggebruik. De baten van veel vormen van zorg zijn immers groot. Dan gaat het niet alleen om de directe gezondheidswinst van mensen die behandeld of verzorgd worden, maar ook om de zekerheid dat er voor ons allemaal goede en toegankelijke zorg is, en om indirecte baten zoals economische.[15] Waar de houdbaarheidsopgave

15 Polder et al. 2020.

– of de beleidsrespons daarop – ertoe leidt dat kwaliteit of toegankelijkheid in delen van de zorg beneden de minimumnorm zakken, kunnen onvrede en onrust ontstaan over het gat tussen verwachtingen en ervaren realiteit en komen de grenzen van de maatschappelijke houdbaarheid in zicht. En zelfs als die onrust niet ontstaat, kunnen sommige – veelal kwetsbare – groepen in het gedrang komen en daarmee de centrale publieke waarden van de zorg.

Dat brengt ons bij het centrale perspectief van dit rapport. De WRR komt tot de conclusie dat goede zorg voor iedereen betere keuzes vergt – juist omdat de financiële, personele en maatschappelijke grenzen in zicht komen. Concreet betekent dit dat het zaak is om de toekomstige groei van zorg beter te begrenzen, en zo zorgvuldig mogelijk te sturen in de richting van zorg én van preventieve interventies die optimaal bijdragen aan gezondheidswinst[16] en aan borging van publieke waarden. Juist om de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor iedereen te borgen zal het nodig zijn om op een betere manier keuzes te maken in de zorg. Dat is geen makkelijke opgave. Deze vergt heldere en soms scherpe keuzes, die normatief moeilijk kunnen zijn. En die keuzes vergen op hun beurt een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de rol en functie van de zorg in onze samenleving. In dit rapport leggen we uit hoe we tot deze conclusies zijn gekomen. Ook behandelen we vanuit verschillende wetenschapsgebieden perspectieven op het maken van keuzes binnen en over de zorg, en verklaren we waarom die keuzeprocessen beter zouden kunnen verlopen. Daarnaast reiken we manieren aan om betere keuzes te kunnen maken. Die manieren zijn te verdelen over drie pijlers: (1) Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes, (2) Maak scherpere politieke keuzes voor houdbare zorg en (3) Versterk het uitvoerend vermogen om beter te kunnen kiezen over de afbakening van collectieve zorg. Voor deze opgaven is de overheid aan zet, maar er ligt ook een taak bij zorgverleners en -instellingen en bij burgers zelf.

## 1.5 Opzet rapport

Wij verdelen dit rapport in drie delen. In het eerste deel kijken we naar de stand van zaken in de Nederlandse zorg, naar de te verwachten ontwikkelingen en naar de knelpunten en problemen die deze opleveren. Dit deel vormt in essentie onze probleemanalyse. In het tweede deel kijken we vervolgens naar de manieren waarop houdbaarheidsvragen in het verleden zijn aangepakt, en stellen we ons de vraag of die afdoende zijn naar de toekomst toe. In het derde deel, ten slotte, schetsen we het perspectief van 'kiezen voor houdbaarheid'. Hoe maken we nu keuzes in de zorg, waarom moeten die keuzes beter, en hoe zou dat kunnen?

16 Daarmee bedoelen we het aantal jaren (gezonde) levensverwachting dat gerealiseerd kan worden. Veelal wordt dit gemeten in termen van Quality-Adjusted Life Years (QALYs). Zie ook Hoofdstuk 8 en Broeders et al. 2018.

*Deel 1 – Stand van zaken, ontwikkelingen en gevolgen voor houdbaarheid*
In hoofdstuk 2 kijken we naar de veranderende context waarin de gezondheidszorg zich bevindt. We bespreken trends en ontwikkelingen die het gebruik van zorg beïnvloeden. In het derde hoofdstuk kijken we naar de verwachte gevolgen voor personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid in de toekomst. In het laatste hoofdstuk van dit deel kijken we naar de huidige inrichting van het Nederlandse zorglandschap en naar de vraag hoe onze zorg presteert in termen van kwaliteit en toegankelijkheid.

*Deel 2 – Bestaande aanpak van houdbaarheidsvragen*
In hoofdstuk 5 gaan we na hoe beleid rondom houdbaarheid in de zorg de afgelopen decennia vorm heeft gekregen, welke effecten dat heeft gehad en welke lessen eruit getrokken kunnen worden. In het zesde hoofdstuk kijken we vervolgens naar verbetering van de houdbaarheid door een doelmatiger organisatie van zorg. De focus van dit rapport ligt *niet* op het aanreiken van manieren om de doelmatigheid te verbeteren, maar we maken wel een inschatting van het potentieel hiervoor, en stellen ons de vraag of dat in verhouding staat tot de omvang van de houdbaarheidsopgave. En in het laatste hoofdstuk van dit tweede deel kijken we specifiek naar houdbaarheid van personeel.

*Deel 3 – Keuzes over de zorg op een betere manier maken*
In hoofdstuk 8 verdiepen we ons nader in het maken van keuzes in de zorg: hoe doen we dat nu en wat zijn de effecten daarvan? In hoofdstuk 9 analyseren we barrières voor betere keuzes: waarom is keuzes maken zo moeilijk, hoe kunnen we dat vanuit verschillende perspectieven en wetenschapsgebieden verklaren, en wat betekent dat voor manieren waarop het beter kan?

In het slothoofdstuk formuleren we drie kernconclusies rondom houdbare zorg. We schetsen binnen de drie pijlers van beter kiezen beleidsrichtingen om de Nederlandse zorg in de toekomst houdbaarder te maken, en stellen uitgangspunten voor om beter keuzes te maken.

*Achtergrondstudies en verdieping*
De analyses in dit rapport zijn mede gebaseerd op een viertal extern uitgevoerde en al eerder gepubliceerde achtergrondstudies (box 1.2). Daarnaast spraken we in een reeks aan achtergrondgesprekken met wetenschappers, zorgverleners, bestuurders en andere betrokkenen rondom het thema houdbaarheid van zorg. De volledige lijst gesproken personen is te vinden achterin dit rapport. Ten slotte zijn online een zestal verdiepende appendices te vinden rondom deelaspecten van dit advies (box 1.3).

**Box 1.2 Externe achtergrondstudies**

Om de inzichten en analyses in dit rapport te ondersteunen is een aantal achtergrondstudies uitgevoerd die als zelfstandige publicaties zijn verschenen.

**Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060**
Een door onderzoekers van het RIVM uitgevoerde studie naar de verwachte uitgaven aan zorg onder verschillende scenario's over de komende vier decennia.[17]

**Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg**
Een eveneens door onderzoekers van het RIVM uitgevoerde verkenning van de brede maatschappelijke en gezondheidsbaten van zorg.[18]

**Houdbare ouderenzorg – Ervaringen en lessen uit andere landen**
Een door onderzoekers van IQ Healthcare Radboudumc, de Leyden Academy on Vitality and Ageing en Erasmus School of Health Policy & Management uitgevoerde vergelijking van de houdbaarheid van langdurige ouderenzorg in verschillende westerse landen.[19]

**Het Nederlands zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017**
Een door onderzoekers van de Universiteit Utrecht uitgevoerde historische analyse van het Nederlandse beleid rondom houdbaarheidsvragen in de zorg sinds de Tweede Wereldoorlog.[20]

17 Vonk et al. 2020.
18 Polder et al. 2020.
19 Kruse et al. 2021.
20 Bertens en Palamar 2021.

**Box 1.3 Verdiepende online appendices**

Een aantal verdiepende analyses en overzichten bij dit rapport is in de vorm van online appendices uitgebracht. Deze zijn te downloaden op de website van de WRR.

Appendix 1 - Aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

Appendix 2 - Verschillende definities van zorguitgaven

Appendix 3 - Projectie van arbeidstekorten in de zorg

Appendix 4 - Organisatie van het Nederlandse zorglandschap

Appendix 5 - Het aandeel van arbeidskosten in de zorguitgaven

Appendix 6 - Internationale vergelijking pakketbeheer in Europese landen

Deel 1

# Stand van zaken, ontwikkelingen en gevolgen voor houdbaarheid

# 2 Gezondheidszorg in een veranderende context

Door grotendeels autonome ontwikkelingen als vergrijzing, toenemende welvaart en technologische ontwikkelingen neemt de zorgvraag, en daarmee de houdbaarheidsopgave, over de brede linie toe.

## 2.1 Drijvende krachten achter het groeiende zorggebruik

In de literatuur wordt een aantal drijvende krachten onderscheiden die het gebruik van zorg beïnvloeden. Zorggebruik wordt op zijn beurt weer bepaald door het samenspel van vraag en aanbod. Sommige drijvende krachten beïnvloeden voornamelijk de vraag naar zorg, andere juist het aanbod daarvan. Beide bepalen het volume van de gebruikte zorg. Daarnaast zijn er ook invloeden op de kosten van die zorg. Deze krachten werken zodanig op elkaar in dat ze vaak moeilijk te ontrafelen of afzonderlijk te kwantificeren zijn.

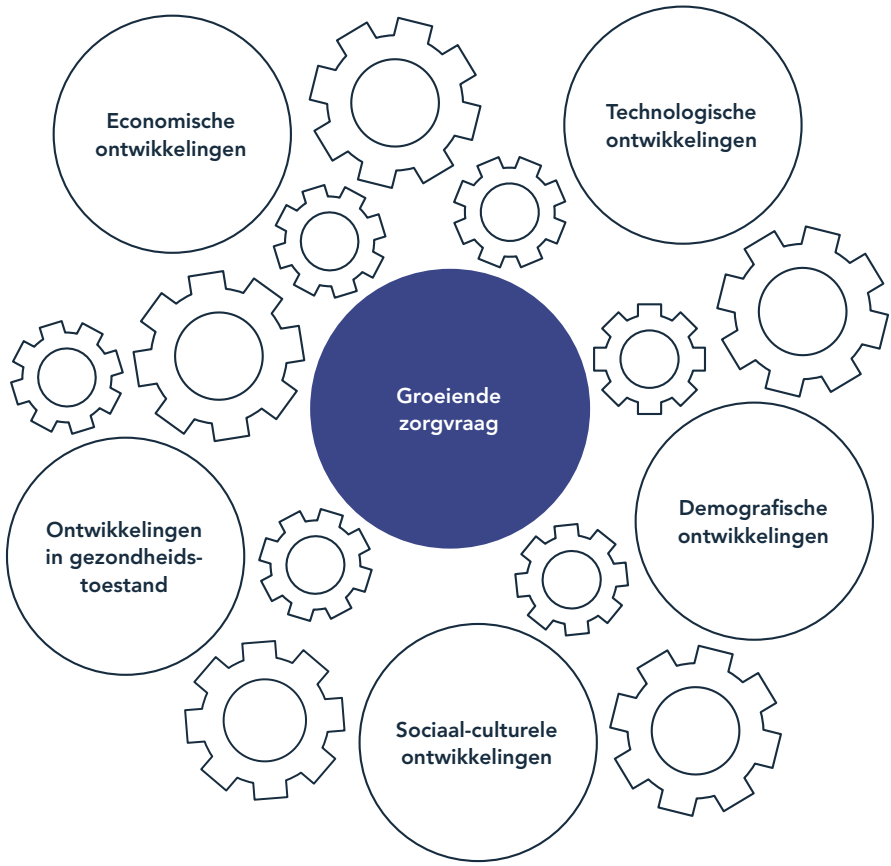
Over welke drijvende krachten hebben we het? In hun studie naar de betaalbaarheid van de zorg onderscheiden Jeurissen et al. ontwikkelingen in demografie, welvaart, arbeidsproductiviteit, technologie en stelsel of beleid.[1] In de voor dit rapport vervaardigde studie *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060* sluit het RIVM hierbij aan. Daarbij hanteren de auteurs in hun kwantitatieve prognose van de factoren die de uitgavengroei bepalen, een driedeling in demografische, economische en 'overige' ontwikkelingen.[2] Binnen de categorie 'overige' ontwikkelingen schaart het RIVM determinanten als technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, arbeidsproductiviteit en de invloed van beleid. Beide studies richten zich op de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst. In dit rapport kijken we breder naar de houdbaarheid van de zorg en onderscheiden we naast financiële ook personele en maatschappelijke houdbaarheidsvragen. Dit betekent bijvoorbeeld dat demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing niet alleen invloed hebben op de uitgavenstijgingen maar, via de weg van een relatief kleiner wordende beroepsbevolking, eveneens op de personele houdbaarheid. Bovendien kunnen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt ook weer raken aan maatschappelijke houdbaarheidsvragen. Bijvoorbeeld omdat de kwaliteit van zorg voor ouderen in de knel kan komen als het aantal mantelzorgers in de toekomst afneemt. Dit geeft des te meer aan dat de drijvende krachten niet alleen onderling op elkaar inwerken, maar ook verschillend kunnen uitwerken op de drie dimensies van houdbaarheid.

1 Polder 2018.
2 Vonk et al. 2020.

In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste ontwikkelingen die de houdbaarheid van de zorg in de toekomst beïnvloeden. We brengen deze onder in vijf categorieën: demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, economische, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Of met andere woorden: welke mensen zijn er; hoe gezond zijn die mensen; hoe welvarend zijn ze; wat is er (technisch gezien) mogelijk; en wat willen ze? Binnen elk van deze brede categorieën identificeren we vervolgens specifieke trends, die soms in meerdere categorieën passen. We bespreken in dit hoofdstuk zowel trends die aangrijpen op zorgaanbod en zorgvraag (samen het zorgvolume), als trends die aangrijpen op de prijs van zorg. Het gaat hierbij niet zozeer om beleidstrends binnen de zorgsector, maar om 'autonome' ontwikkelingen op samenlevingsniveau. Verderop in het rapport besteden we uitgebreid aandacht aan beleidsinvloeden. Bovendien gaat het niet om alle trends en ontwikkelingen in de zorg, maar om ontwikkelingen die naar verwachting invloed hebben op de financiële, personele of maatschappelijke houdbaarheid. Bij elke drijvende kracht bespreken we welke relatie de verwachte ontwikkeling heeft met de houdbaarheid van de zorg. In hoofdzaak richten we ons hierbij op effecten op de financiële (en personele) houdbaarheid, simpelweg omdat deze, vergeleken met de maatschappelijke houdbaarheid, beter te kwantificeren zijn. Op het eind van het hoofdstuk bekijken we in welke mate de gesignaleerde ontwikkelingen neerslaan in verschillende deelsectoren van de zorg. We laten zien dat de ontwikkelingen die zich nu voordoen en die in de nabije toekomst verwacht mogen worden, het vraagstuk van de houdbaarheid van de zorg alleen maar urgenter maken. In het volgende hoofdstuk – waarin we ingaan op de door ons onderscheiden dimensies van houdbaarheid – bouwen we hierop voort.

Veel van de drijvende krachten die we in dit hoofdstuk bespreken zijn niet uniek voor Nederland. Sterker nog, deze ontwikkelingen spelen in de gehele westerse wereld in vergelijkbare mate. Waar relevant bekijken we in hoeverre de Nederlandse situatie afwijkt van die in andere landen. In dit hoofdstuk beschouwen we vooral ontwikkelingen voor de lange termijn. De huidige coronacrisis zal naar verwachting beperkte effecten hebben op langetermijnontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking als geheel. De hogere sterfte door corona heeft volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) weliswaar een effect op de levensverwachting in het jaar 2020, maar voor de komende jaren verwacht het dat de levensverwachting weer teruggaat naar het oude niveau, net zoals dat gebeurde na de Spaanse griep en de Tweede Wereldoorlog. De coronapandemie zal de al jaren stijgende lijn in levensverwachting dus naar alle waarschijnlijkheid niet structureel nadelig beïnvloeden.[3] Langetermijneffecten van de COVID-19-pandemie verlopen waarschijnlijk eerder via economische of sociaal-culturele invloeden – en wellicht via beleidsmatige ontwikkelingen.

3 CBS 2020a; 2020b.




## 2.2 Demografische ontwikkelingen

Bij demografische ontwikkelingen moet gedacht worden aan veranderingen in de samenstelling en geografische verdeling van de bevolking. Samenstelling heeft te maken met de verhouding van de aantallen mensen, bijvoorbeeld per leeftijdsklasse of per huishoudensvorm (zoals het aandeel eenpersoonshuishoudens), maar ook met de aanwas van migrantengroepen in de populatie. Bij veranderingen in de geografische verdeling van de bevolking gaat het om ontwikkelingen als krimp in de randgebieden van Nederland, en om bevolkingsgroei in de stedelijke gebieden. Trends in de samenstelling en verdeling van de bevolking hebben met elkaar gemeen dat ze in eerste instantie primair – maar niet alleen – invloed uitoefenen op de vraag naar zorg.

*Bevolkingsgroei vooral door migratie*

'Nederland wordt in de komende dertig jaar drukker, grijzer en diverser', zo opent een persbericht van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) en CBS naar aanleiding van de gezamenlijk uitgebrachte *Verkenning bevolking 2050*.[4] Voorspellen is moeilijk en daarom verkennen deze instituten aan de hand van een aantal scenario's hoe de bevolking er in 2050 uit kan zien. Hoe dit uiteindelijk uitpakt, hangt af van ontwikkelingen in migratie, geboorte en sterfte. Op dit moment telt Nederland 17,4 miljoen inwoners (per 1 januari 2020). Als de migratie, het kindertal en de levensverwachting de komende dertig jaar hoog zijn, zal de bevolking volgens deze prognose in 2050 21,6 miljoen inwoners tellen. De onzekerheid over de bevolkingsgroei is echter groot en dat geldt vooral voor ontwikkelingen op het gebied van migratie. Het zou volgens NIDI en CBS ook zo kunnen zijn dat de bevolking de komende dertig jaar nauwelijks groeit of zelfs licht krimpt (tot 17,1 miljoen inwoners).[5]

Het aantal inwoners van Nederland dat een migratieachtergrond heeft neemt tot 2050 zeer waarschijnlijk toe. Begin 2020 telde Nederland 17,4 miljoen inwoners, waarvan 4,2 miljoen (24 procent) mensen met een migratieachtergrond (met ten minste één ouder buiten Nederland geboren). Afhankelijk van hoe de migratie naar Nederland zich in de toekomst ontwikkelt, groeit hun aantal tot tussen de 5,3 en 8,4 miljoen in 2050.[6] Het aantal inwoners met een Nederlandse achtergrond in 2050 komt tussen de 11,2 miljoen en 13,4 miljoen uit (tegen 13,2 miljoen begin 2020). De precieze uitkomst wordt bepaald door de wijze waarop het geboortecijfer en de levensverwachting zich zullen ontwikkelen. In alle doorgerekende toekomstbeelden groeit de Nederlandse bevolking dus vooral door migratie. Het aandeel inwoners met een migratieachtergrond stijgt van 24 procent in 2020 naar 30 procent in 2050 in het geval van lage migratie, en naar 40 procent in het geval van hoge migratie.

Hoe de toekomstbeelden zich ook ontwikkelen, de potentiële beroepsbevolking verandert doordat de samenstelling van de bevolking naar leeftijd verandert. Hogere bevolkingstoenames vergroten, zoals verwacht mag worden, de geraamde beroepsbevolking. De mate waarin dit van invloed is op personeelstekorten, hangt echter van allerlei factoren af, zoals het verwachte geboortecijfer, de mate waarin mensen er in de toekomst voor kiezen om te werken in de zorg en de te verwachten instroom van arbeidsmigranten. In hoofdstukken 3 en 7 komen we hierop terug.

---

4 NIDI en CBS 2020.

5 In een eerder uitgebrachte CBS-bevolkingsprognose werd als meest waarschijnlijke scenario een bevolkingsgroei van 17,3 miljoen in 2019 naar 19,6 miljoen in 2060 verwacht (CBS 2018a).

6 NIDI en CBS 2020.

Er komen dus steeds meer Nederlanders met een migratieachtergrond, maar ook de samenstelling van deze groep Nederlanders verandert. Het deel dat wortels heeft in de westelijke lidstaten van de Europese Unie (EU) of in de klassieke migratielanden (Indonesië, Suriname, de voormalige Nederlandse Antillen, Turkije en Marokko), zal afnemen.[7] Door de uitbreiding van de EU, de toegenomen instroom van arbeids- en studiemigranten uit onder meer Latijns-Amerika en Azië en de hogere instroom van asielmigranten uit het Midden-Oosten en Afrika neemt de diversiteit naar migratieachtergrond toe.[8] De vraag die hier relevant is, is of dit op macroniveau tot houdbaarheidsvragen in de zorg leidt. Aan dit vraagstuk zitten veel verschillende kanten. Vooralsnog is de populatie personen met een migratieachtergrond in Nederland gemiddeld jonger dan de populatie met een Nederlandse achtergrond. De combinatie met een fenomeen dat bekend staat als het *healthy immigrant effect* (het zijn juist de relatief gezonde personen die migreren)[9], zorgt ervoor dat – ondanks hun gemiddeld lagere sociaaleconomische status – immigranten bij binnenkomst in een land gemiddeld gezonder zijn dan de totale populatie van dat land. Voor de totaal aanwezige populatie mensen met een migratieachtergrond geldt dat echter niet.[10] Dit heeft te maken met de gemiddeld lagere sociaaleconomische status, en met de in longitudinale analyses veelvuldig bevestigde *immigrant health decline hypothesis*, waarbij de gezondheid van migranten afneemt naarmate ze langer in een land zijn.[11] In dat opzicht zou meer migratie in de toekomst kunnen leiden tot meer gezondheidsproblemen. Ook omdat de populatie migranten in de toekomst potentieel gemiddeld ouder wordt. Momenteel is 4,2 procent van de populatie 65-plussers van niet-westerse herkomst; in 2060 zal dit 17,1 procent zijn. Het gaat dan landelijk gezien om 818.000 ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond.[12] In de grote steden ligt dit aandeel echter beduidend hoger.[13] In paragraaf 2.3 gaan we nader in op de gezondheidsproblemen onder ouderen met een migratieachtergrond en de relatie met houdbaarheidsvragen.

### *Vergrijzing van de bevolking*

Als gevolg van de naoorlogse geboortegolf in combinatie met een sterke daling van het geboortecijfer sinds begin jaren zeventig, neemt het aandeel

---

7 Hun aandeel neemt af van 60 procent in 2020 tot tegen de 40 procent in de toekomstvarianten waarin het migratiesaldo hoog is en tot krap 50 procent in de variant met de minste migratie (NIDI en CBS 2020).

8 WRR 2020a.

9 Kennedy et al. 2015.

10 Nielsen en Krasnik 2010.

11 Antecol en Bedard 2006; Lubbers en Gijsberts 2019.

12 Niet-westerse migranten volgens de definitie van het CBS (zie CBS 2018a).

13 In Amsterdam, Den Haag en Rotterdam is momenteel al circa een kwart van alle 50-plussers van niet-westerse herkomst (circa 60-70 procent met een Surinaamse, Marokkaanse of Turkse herkomst).

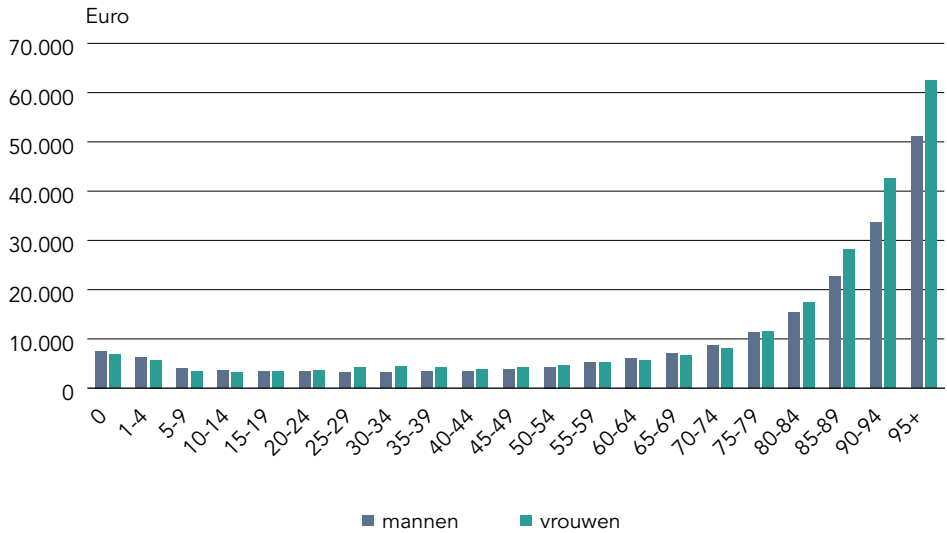
ouderen in de bevolking (ten opzichte van het aandeel jongeren) sterk toe. Deze ontwikkeling is al geruime tijd aan de gang en de verwachting is dat het aantal 65-plussers in Nederland tussen 2020 en 2040 zal stijgen van 3,1 miljoen naar 4,8 miljoen (26 procent van de bevolking). Het aantal 80-plussers zal in die twintig jaar zelfs verdrievoudigen: van 0,7 miljoen nu naar 2 miljoen in 2040. De combinatie van deze twee ontwikkelingen (de groep ouderen in de bevolking neemt toe én de gemiddelde leeftijd komt steeds hoger te liggen) wordt ook wel dubbele vergrijzing genoemd. Overigens treedt deze vergrijzing in alle westerse landen op, met Japan, Italië en Spanje als wereldwijde koplopers.[14] Tot 2040 zet de vergrijzing in Nederland door; daarna neemt het aandeel ouderen in de bevolking naar verwachting langzaam af.[15]

Wat betekent dit voor de houdbaarheid van de zorg? Zorguitgaven hangen sterk samen met leeftijd. Voor kinderen en volwassenen zijn de zorguitgaven gemiddeld genomen laag, maar na het vijfenzeventigste jaar stijgen deze sterk (zie figuur 2.1).[16] Een belangrijke oorzaak hiervan is dat mensen op oudere leeftijd vaak meerdere aandoeningen hebben (we spreken van multimorbiditeit), wat ervoor zorgt dat de zorguitgaven – zowel in de curatieve als in de langdurige zorg – snel oplopen (zie volgende paragraaf). Voor de groep van 65 jaar en ouder nemen de zorguitgaven tussen 2015 en 2060 volgens de prognoses van het RIVM toe van 37 naar 167 miljard euro, een gemiddelde groei van 3,4 procent per jaar.[17] Dit komt overeen met een stijging van 44 naar 58 procent van de totale zorguitgaven. Vooral voor vrouwen nemen de kosten met het ouder worden snel toe. Zij worden gemiddeld ouder en zijn daardoor vaker dan mannen alleenstaand en alleenwonend, waardoor zij een groter beroep op de formele zorg moeten doen. Het RIVM verwacht dat vrouwen van 75 jaar en ouder in 2060 gemiddeld genomen meer uitgeven voor ouderenzorg en relatief weinig voor ziekenhuiszorg.[18] De vergrijzing zorgt er dus voor dat de kosten sterker neerslaan in de langdurige zorg. Dit laat onverlet dat de vergrijzing ook meer druk zet op de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp (bijvoorbeeld doordat ouderen vallen). Het huidige beeld is dat meer dan 60 procent van de 65-plussers medisch-specialistische zorg gebruikt en dat met name in de hoogste leeftijdsgroep (85+) het gebruik van wijkverpleging (40 procent), maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 30 procent), en langdurige (verpleeghuis)zorg (33 procent) relatief hoog is.[19]

---

14 Verbeek-Oudijk en Putman 2016.
15 CBS 2018a.
16 In onderzoek en CBS-statistieken is categorie 65+ de gangbare categorie om de groep ouderen aan te duiden. Gezondheidsproblemen beginnen echter veeleer later in de levensloop (rond de leeftijd van 75 jaar) en de zorgkosten nemen vanaf die leeftijd dan ook sterk toe (zie figuur 2.1).
17 Vonk et al. 2020
18 Vonk et al. 2020
19 NZa 2018a.

**Figuur 2.1** Zorguitgaven per inwoner naar leeftijd en geslacht in 2017 (in euro's).




Bron: Vonk et al. 2020.

Achter de relatie tussen stijgende zorgkosten en leeftijd zit echter eigenlijk een ander effect verborgen: het *red herring effect*.[20] Het zijn vooral de hoge kosten in het laatste levensjaar waardoor de relatie tussen leeftijd en zorgkosten zo sterk stijgt. Oftewel, oudere mensen hebben een grotere kans te overlijden – en juist dat laatste levensjaar gaat gepaard met hoge zorgkosten – maar het is niet zozeer de leeftijd op zichzelf die de grotere kosten verklaart.[21] Ter relativering van het inzicht van de hoge kosten in het laatste levensjaar is het wel van belang op te merken dat er grote achterliggende verschillen zijn. Jeurissen et al. merken in hun studie naar de betaalbaarheid van de zorg op dat het zinvoller is te kijken naar de zorgkosten over de gehele levensloop dan naar het laatste levensjaar als zodanig.[22] Over de gehele levensloop gemeten blijken mensen veel minder te verschillen in hun zorgkosten. Dat is een belangrijke constatering, ook in het licht van de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg (de bereidheid om mee te betalen; zie verder hoofdstuk 3 over solidariteit).

20 Zweifel et al. 1999.

21 Wel is het zo dat naarmate de leeftijd van overlijden hoger is, de kosten in het laatste jaar weer wat lager zijn. Dit komt doordat de intensiteit van behandelingen op hoge leeftijd vaak afneemt, zie Polder 2018.

22 Polder 2018.

Wat betekent dit alles nu met een blik op de toekomst? Aangezien ouderen meer zorg gebruiken dan jongeren, zal door de toename van het aandeel ouderen de vraag naar zorg toenemen. Een andere ontwikkeling die hiermee in relatie staat is de stijgende levensverwachting. Deze neemt steeds verder toe, mede doordat ook de kennis en kunde van de zorg toeneemt.[23] Hier speelt wederom het *red herring effect*. De invloed van vergrijzing wordt overschat als je geen rekening houdt met de toename in levensverwachting. De zorgkosten nemen immers niet toe, maar worden uitgesteld naar een later tijdstip. Vergrijzing als zodanig blijkt als oorzaak voor kostengroei dan slechts een bescheiden rol te spelen, althans voor de uitgavenstijging in de gezondheidszorg als geheel. Binnen de ouderenzorg is de invloed van vergrijzing beduidend groter.[24]

In hoofdstuk 1 zijn we al ingegaan op de verwachte stijging in de zorguitgaven tot 2060. In de *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060* heeft het RIVM op basis van een decompositiemethode berekend welk aandeel de vergrijzing speelt in deze toenemende kosten.[25] Vergrijzing blijft een belangrijke factor voor de stijgende zorguitgaven – ook na de piek daarin rond 2040 –, maar heeft daar na 2035 steeds minder invloed op.[26] De totale kosten zullen gemiddeld met ongeveer 2,8 procent per jaar toenemen. Ongeveer twee derde daarvan komt door andere factoren dan de vergrijzing, waar we later in dit hoofdstuk op terugkomen.[27] Dit betekent dat demografische ontwikkelingen jaarlijks voor een groei van 1,2 procent van de zorguitgaven in algemene zin zorgen, met een uitschieter in de ouderenzorg, waar ze goed zijn voor 2,5 procent groei per

---

23 Mackenbach 2020.

24 Polder 2018. De Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060 van het RIVM (Vonk et al. 2020) analyseert de historische uitgavengroei en wijst deze toe aan demografische ontwikkelingen enerzijds en 'overige' ontwikkelingen anderzijds. Deze 'overige' groep omvat welvaartsgroei (ontwikkeling van het BBP), en technologische, beleidsmatige en sociaal-culturele ontwikkelingen. In de trendanalyses is uitgegaan van de reële zorguitgaven. Dat betekent dat zorguitgaven zijn gecorrigeerd voor inflatie en worden uitgedrukt in (constante) prijzen (basisjaar 2015). De relatieve zorguitgaven naar leeftijd en geslacht uit de Kosten van Ziekten-studie 2015 van het RIVM (2015) zijn vervolgens toegepast op de CBS-bevolkingsprognose 2018 met daarin de verwachte ontwikkeling van de Nederlandse bevolking tussen 2018 en 2060 (CBS 2018a). Boven op deze demografische ontwikkeling is steeds de uitgavengroei ten gevolge van de 'overige' ontwikkelingen verondersteld. Voor de 'overige' uitgavenontwikkeling zijn twee varianten gebruikt: een sectorspecifieke uitgavengroei en een diagnosespecifieke uitgavengroei. Om in de projecties de toekomstige zorguitgaven uit te drukken als percentage van het BBP wordt uitgegaan van een gemiddelde jaarlijkse reële groei van 1,7 procent voor de komende 25 jaar. De jaarlijkse groeipercentages zijn afkomstig van het Centraal Planbureau en zijn gebaseerd op het Centraal Economisch Plan uit 2014 (CPB 2014).

25 Het RIVM baseert zich op de CBS-bevolkingsprognose 2018. De eerdergenoemde Verkenning bevolking van NIDI en CBS (2020) is van latere datum.

26 Ondanks de stijgende zorguitgaven, groeit het relatieve aandeel van de zorguitgaven voor 65-plussers in de totale zorguitgaven na 2040 vrijwel niet meer.

27 Vonk et al. 2020

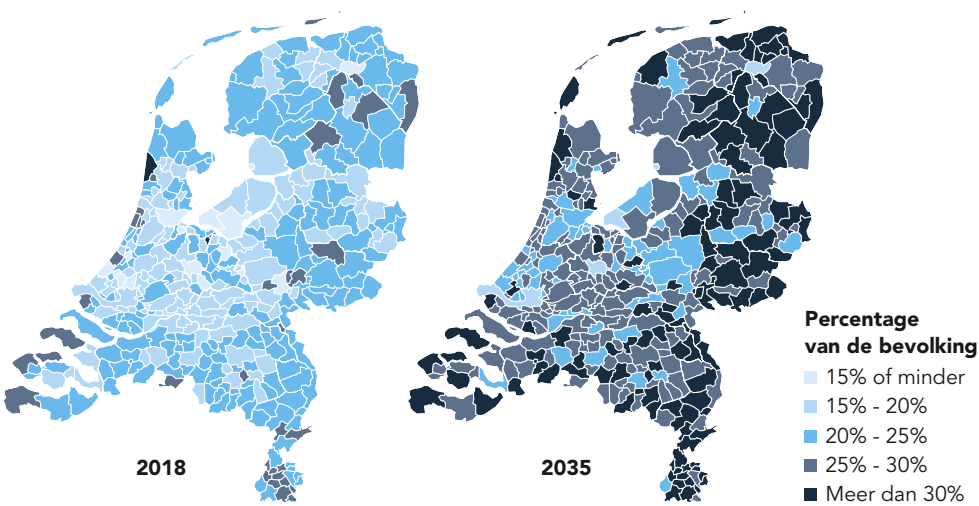
jaar. Uiteraard zijn deze voorspellingen met de nodige onzekerheid omgeven. Demografische ontwikkelingen lopen vaak anders dan verwacht, en ook economische groei en veranderingen in de medische wetenschap en zorgpraktijk zijn moeilijk te voorspellen.

De vergrijzing heeft niet alleen een relatie met de financiële houdbaarheid, zoals hierboven besproken, maar ook met de personele houdbaarheid. Enerzijds vlakt de groei van de bevolking in de toekomst af en daalt in verhouding het aantal werkenden ten opzichte van het aantal mensen dat zorg nodig heeft. Anderzijds leidt de (dubbele) vergrijzing tot meer zorgvraag. Dit betekent dat er meer arbeidskrachten nodig zijn. Waar het nu al lastig is om vacatures in de zorg te vervullen, zal de vraag naar personeel in de zorg in de toekomst sterk toenemen. Nu werkt één op de zeven mensen in de zorg, als we groei van de zorgvraag geheel accommoderen zou dat bij de huidige ramingen in 2060 één op de drie zijn (zie hoofdstuk 3). De vergrijzing leidt dus niet alleen tot een toenemende vraag naar zorg, maar tegelijkertijd tot een afname van het aanbod aan personeel. In hoofdstuk 3 gaan we hier in meer detail op in.

*Geografische verschuivingen*

Een andere relevante demografische ontwikkeling is krimp aan de 'randen van Nederland'. Dit geldt vooral voor specifieke regio's. Niet alleen neemt de bevolking daar in omvang af, ook verandert de samenstelling naar leeftijd er in hoger tempo dan in de rest van Nederland.

**Figuur 2.2** Vergrijzing aan de 'randen' van Nederland, 2018 en 2035 (aandeel 65-plussers per gemeente)




Bron: PBL en CBS 2019.

Figuur 2.2 maakt dit in een oogopslag duidelijk. Tussen 2020 en 2035 stijgt het aandeel 65-plussers met name aan de randen van Nederland.[28] In delen van Zeeland, Limburg, de Achterhoek en de noordelijke provincies (inclusief het noorden van Noord-Holland) is in 2035 meer dan de helft van de populatie boven de 65 jaar. Na 2040 neemt, zoals eerder gezegd, de vergrijzing licht af en worden de regionale verschillen in vergrijzing wat kleiner.[29]

Dit heeft een aantal gevolgen voor de houdbaarheid van de zorg. De belangrijkste is de invloed op de personele – en daarmee ook op de maatschappelijke – houdbaarheid. Het aanbod aan zorg komt juist in deze krimpregio's het meeste onder druk te staan omdat er steeds minder mensen wonen, met name in de actieve leeftijd. Tegelijkertijd neemt de vergrijzing hier het hardst toe, waardoor er juist meer vraag naar zorg zal zijn.[30] Dit heeft tot gevolg dat zich in deze gebieden in de toekomst steeds vaker personeelstekorten in de zorg zullen voordoen, bijvoorbeeld voor huisartsen en verzorgenden in de thuiszorg en instellingen.[31] Een ander gevolg is dat in deze gebieden ook minder mantelzorgers beschikbaar zijn.[32] Op dit laatste punt gaan we in paragraaf 2.6 verder in.

**Kernpunten Demografische ontwikkelingen**

- Het aandeel ouderen in de bevolking neemt toe én de gemiddelde leeftijd komt steeds hoger te liggen. Dit zorgt voor oplopende zorgkosten, met name in de langdurige zorg.
- Door de vergrijzing neemt het aanbod van zorgpersoneel tegelijkertijd af.
- Deze ontwikkelingen spelen sterker in de krimpgebieden.

## 2.3 Ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking

De gezondheidstoestand van de bevolking kan om allerlei redenen veranderen en deze veranderingen gaan op hun beurt veelal gepaard met een effect op de zorgvraag. Een actueel voorbeeld is de COVID-19-pandemie die Nederland vanaf maart 2020 trof. Deze pandemie leidde op zeer korte termijn tot een sterk toegenomen acute zorgvraag. Ook meer graduele epidemiologische

28 PBL en CBS 2019.
29 Ook omdat de vergrijzing dan juist in de grote steden relatief sterker toeneemt (PBL en CBS 2019).
30 RIVM 2018a.
31 Zie Nivel en Prismant 2019: twintig factsheets over twintig regio's.
32 De Jong en Kooiker 2018.

veranderingen beïnvloeden de gezondheidstoestand van de bevolking. Een voorbeeld is de door het RIVM verwachte dalende trend in het aandeel rokers in de bevolking; die leidt op termijn tot minder ziektes, zoals longaandoeningen of hart- en vaatziekten.[33] Demografische en epidemiologische ontwikkelingen interacteren vaak met elkaar. Zo komen bij een verouderende bevolking relatief meer ouderdomsziekten zoals dementie voor.

Overigens zijn de verwachtingen voor de toekomst in grote lijnen niet alleen maar ongunstig. Ondanks de vergrijzing gaat de bevolking als geheel zich namelijk niet ongezonder voelen. Het RIVM verwacht dat zowel in 2018 als in 2040 bijna 80 procent van de bevolking zich gezond voelt terwijl ongeveer 87 procent geen beperkingen in activiteiten zal ervaren.[34] Bovendien stijgt de levensverwachting volgens het RIVM de komende twintig jaar van gemiddeld 81,8 naar 85,4 jaar. Niet alleen stijgt de levensverwachting, ook het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid doorbrengen, neemt toe. Bij mannen stijgt dat tussen 2018 en 2040 van 64,2 naar 68,5 jaar en bij vrouwen van 62,7 naar 66,4 jaar.[35]

In grote lijnen onderscheiden we een aantal trends die van invloed zijn op de toekomstige houdbaarheid van de zorg: meer chronische ziekten en multimorbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijk), een verdere toename van psychische klachten, een stijgend gebruik van jeugdzorg, toenemende sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid en (een restcategorie van) toekomstige risico's voor de gezondheid. De ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en ziekte die we in deze paragraaf bespreken en de gevolgen hiervoor voor de houdbaarheid van de zorg, zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op de speciaal voor dit rapport geschreven *Toekomstverkenning Zorguitgaven 2015-2060*, alsmede op de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (*VTV*) 2018 en 2020*.[36] In beide rapporten maakt het RIVM inschattingen van de ontwikkelingen in de prevalentie van verschillende aandoeningen en ziekten en van de kostenstijgingen die daarmee gepaard gaan. Zoals bij alle prognoses gaan ook deze zorguitgavenprojecties – zoals het RIVM ook zelf opmerkt – gepaard met (grote) onzekerheden, zeker die voor de jaren na 2040. Aannames zijn immers gebaseerd op trends uit het verleden en ontwikkelingen verlopen vaak toch weer anders dan verwacht. Deze onzekerheden worden groter naarmate de tijdshorizon langer is.

---

33 RIVM 2018a, 2020a.
34 RIVM 2018a, 2020a.
35 Vonk et al. 2020.
36 De Toekomstverkenning Zorguitgaven heeft een langere tijdshorizon (tot 2060) dan de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (tot 2040); RIVM 2018a; Vonk et al. 2020.

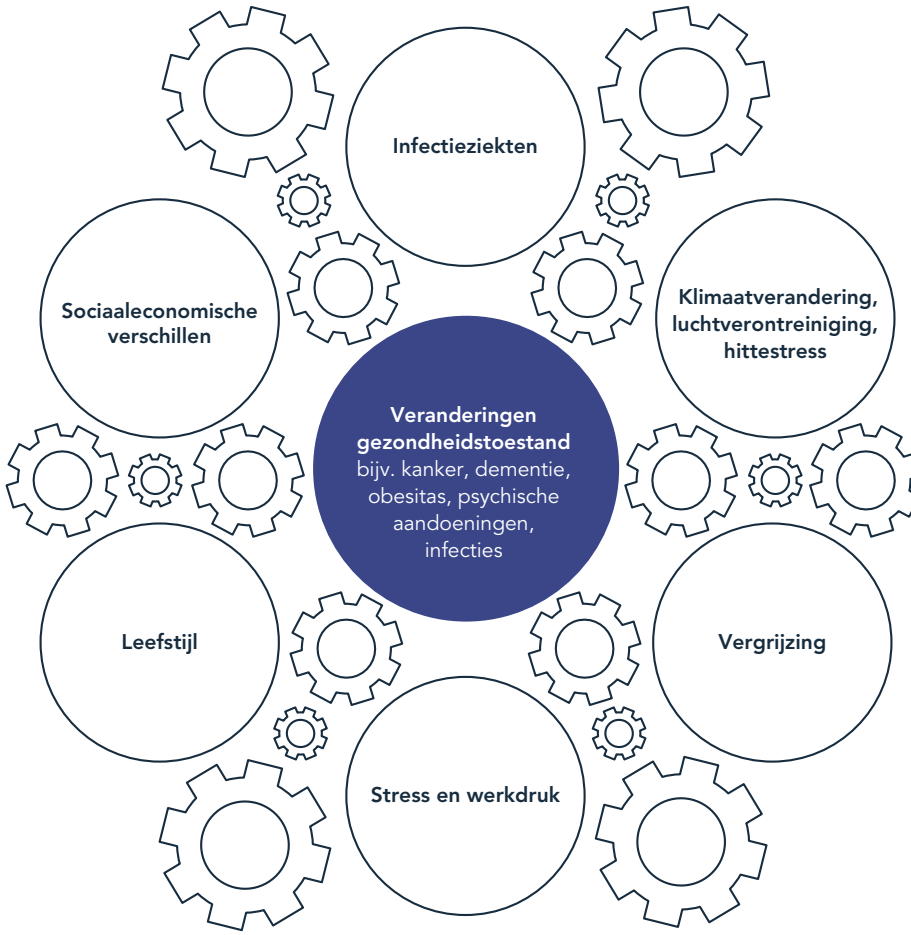
*Meer chronische ziekten en multimorbiditeit*

Een belangrijke verwachting voor de toekomst die grote consequenties heeft voor de houdbaarheid van de zorg, is het toenemend voorkomen van chronische aandoeningen en dan vooral van meerdere aandoeningen bij dezelfde persoon (in medische termen 'multimorbiditeit'). In 2040 heeft in Nederland naar schatting 54 procent van de mensen een chronische ziekte, terwijl volgens de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* van het RIVM het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen van 5,3 miljoen in 2018 naar 6,6 miljoen in 2040 gaat.[37] Multimorbiditeit leidt vaak tot een grotere zorgvraag dan de afzonderlijke aandoeningen apart van elkaar zouden doen, en beïnvloedt zodoende de overkoepelende vraag naar zorg. Multimorbiditeit gaat daarnaast ook vaak gepaard met een complexere zorgvraag, en daarmee met hogere totale kosten dan de individuele ziekten. Zo ging in Nederland in 2013 48 procent van de zorguitgaven via de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de 'duurste' 5 procent patiënten, met gemiddeld 3,5 aandoeningen, vergeleken met 52 procent voor de resterende 95 procent van de bevolking met gemiddeld 0,7 aandoeningen.[38]

Naast chronische aandoeningen als artrose, diabetes of dementie hebben ouderen vaak last van problemen zoals vallen, stoornissen van het gezichtsvermogen of incontinentie. Een opeenstapeling van al deze problemen maakt ouderen kwetsbaar. Van de mensen van 85 jaar en ouder heeft 80 procent drie of meer chronische aandoeningen tegelijkertijd (onder de gehele bevolking ligt dit aandeel op 18 procent).[39] Het aantal mensen met dementie zal daarnaast de komende 20 jaar naar verwachting ruim verdubbelen van 154.000 naar 330.000. Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en de hoogste ziektelast. Het aantal mensen met kanker zal naar verwachting stijgen van 547.000 naar 970.000. In 2040 hebben dan naar verwachting bijna een miljoen mensen kanker. Het aantal mensen met hart- en vaatziekten stijgt in 20 jaar tijd van 1,9 miljoen naar 3,0 miljoen.[40] In 2040 zijn naar verwachting kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen (met inbegrip van dementie) de diagnosegroepen die de meeste ziektelast veroorzaken.

Een verouderende bevolking vraagt dus meer en andere zorg. Daarnaast spelen leefstijlfactoren een belangrijke rol. Volgens de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018* is ongezond gedrag zoals roken, overmatig alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding verantwoordelijk voor 20 procent van

37 RIVM 2020a.
38 Wammes et al. 2017.
39 RIVM 2020b.
40 SER 2020.




de ziektelast.[41] Roken is daarbij de belangrijkste determinant. De dalende trend voor roken lijkt zich echter in de toekomst door te zetten (behalve voor laagopgeleiden). Naar verwachting neemt het aandeel rokers tussen 2018 en 2040 af van 22 naar 14 procent. Ook gaan in de toekomst volgens het RIVM naar verwachting meer mensen aan de beweegnorm voldoen.[42] Op andere vlakken nemen leefstijlgerelateerde gezondheidsfactoren echter toe. De belangrijkste daarvan is obesitas. Het aandeel mensen met overgewicht neemt naar verwachting toe van 50 procent van de bevolking nu tot 62 procent over twintig jaar. Momenteel lijdt 16 procent van de kinderen aan overgewicht en 3 procent aan

41 RIVM 2018a.
42 RIVM 2020a.

obesitas, en deze aandelen nemen toe.[43] Overgewicht en obesitas kunnen tot vele gezondheidsproblemen leiden: psychosociale problemen, gewrichtsproblemen, hoge bloeddruk, diabetes en hartvaatziekten. Een belangrijke risicofactor is daarbij de sociaaleconomische status van het gezin.[44]

### *Meer psychische aandoeningen*

Een andere ontwikkeling is dat psychische aandoeningen zoals depressie- en angstklachten nu en in de toekomst veel ziektelast veroorzaken.[45] Ook psychosociale ziekten als burn-out en overspannenheid veroorzaken veel ziektelast.[46] In 2017 hebben 1,1 miljoen volwassen Nederlanders gebruik gemaakt van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het overgrote deel krijgt ambulante zorg bij de praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ).[47] Andere GGZ-zorg verloopt via de generalistische basis GGZ (b-GGZ) of de gespecialiseerde GGZ (s-GGZ zonder verblijf). In algemene zin groeit de vraag naar GGZ. Door deze groei, maar ook door ambulantisering – mensen met (ernstige) psychische aandoeningen moeten zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan en wonen in de maatschappij – neemt de druk op het GGZ-aanbod voor mensen met een chronische psychische aandoening toe. Daarnaast neemt in de toekomst het aantal eenzame mensen toe, vooral voor personen die alleen wonen. Het aantal eenzame mensen van twintig jaar en ouder neemt volgens het RIVM tot 2040 toe met 875.000.[48] Hoewel eenzaamheid onder alle leeftijdsgroepen voorkomt, neemt ze vooral toe met het ouder worden. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid, naast een verminderde kwaliteit van leven, ook gezondheidsrisico's kan veroorzaken.[49] We lezen ten slotte veel over toenemende psychische stoornissen onder jongeren, momenteel versterkt door de onzekerheid en de overheidsmaatregelen tijdens de COVID-19-pandemie. Uit epidemiologische literatuur blijkt dat niet zozeer psychische stoornissen sterk toenemen maar wel stressgerelateerde klachten, vooral onder scholieren en in toenemende mate ook onder studenten.[50]

---

43 De categorisering is daarbij gebaseerd op de Body Mass Index (BMI). De BMI is een internationaal gebruikte meetmethode die laat zien of men een gezond gewicht heeft in verhouding tot de lengte. Bij een BMI tussen de 18,5 en de 25 is sprake van een gezond gewicht, bij een BMI tussen de 25 en de 30 heeft men overgewicht en een BMI van 30 of hoger betekent dat men ernstig overgewicht of obesitas heeft. Bij een BMI boven de 35 is er sprake van morbide obesitas.

44 NCJ 2012.

45 RIVM 2018a.

46 Van Echtelt 2020; TNO 2019.

47 Sinds 2013 is het aantal patiënten verdrievoudigd (van 175.000 naar 535.000 in 2017).

48 RIVM 2020a.

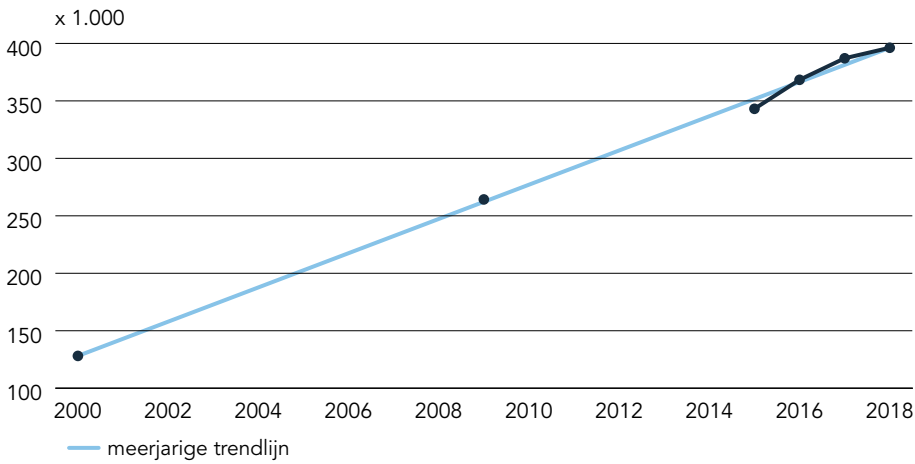
49 Van Campen et al. 2018; Coalitie Erbij 2020; Holt-Lunstad et al. 2015.

50 RIVM, Trimbos en Amsterdam UMC 2019.

*Toename in vraag naar jeugdzorg*

Een laatste vermeldenswaardige ontwikkeling is dat er door de jaren heen een grote toename te zien is in het aantal kinderen dat jeugdzorg behoeft. Deze toename dateert overigens al van voor de tijd dat de decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten plaatsvond.[51] Figuur 2.3 laat de toename in het jeugdhulpgebruik zien sinds het jaar 2000.[52] Het aantal kinderen en jongeren die jeugdhulp gebruiken, is in die tijd verdrievoudigd. Jeugdhulp betreft jeugdzorg zonder jeugdbescherming en -reclassering. In 2000 had één op de twintig kinderen ondersteuning nodig, nu is dat één op de acht. In 2019 ontvingen 443.265 kinderen en jongeren tot achttien jaar een vorm van jeugdzorg. Hiervan kregen 41.000 kinderen en jongeren jeugdbescherming en vielen ruim 9.000 onder de jeugdreclassering. Als de lijn wordt doorgetrokken naar 2027, dan leidt dat tot een totaal jeugdzorggebruik van ongeveer 520.000 (één op de zes kinderen en jongeren).[53]

**Figuur 2.3** Ontwikkeling in jeugdhulpgebruik, 2000-2018 (in aantallen 0-17 jaar)




Bron: Van Yperen et al. 2019.

51 Gemeenten werden in 2015 verantwoordelijk voor de jeugdzorg, omdat zij dichter bij het kind staan en beter in staat zouden zijn zorg op maat te leveren. Bovendien kwam deze taak zo in één hand en zou versnippering tot het verleden behoren.

52 Van Yperen et al. 2019; cijfers voor 2000-2009 gebaseerd op schattingen van het SCP (Pommer et al. 2011); cijfers voor 2015-2018 gebaseerd op CBS (2019a).

53 Van Yperen et al. 2019.

Het Nederlands Jeugdinstituut benoemt drie hoofdfactoren voor de toename van de jeugdzorgvraag: (1) ontwikkelingen in het opgroeien en opvoeden van kinderen door maatschappelijke problemen in de gezinssituatie (bijvoorbeeld echtscheiding), prestatiedruk, problematisch sociale-mediagebruik; en daarnaast het problematiseren van opgroeien en opvoeden door de ouders; (2) het onvermogen van gemeenten om invloed uit te oefenen op de instroom in de jeugdzorg nadat deze werd overgeheveld naar de gemeenten; en (3) de hoge verwachtingen ten aanzien van de preventie in de jeugdzorg en tegelijkertijd de beperkte stand van de ontwikkeling daarin. Om deze redenen wordt toch vaak gekozen voor de inzet van zorg, terwijl de resultaten van die zorg beperkt zijn.[54]

### *Toenemende sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid*

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn al lang onderwerp van studie. Hoewel de algemene levensverwachting en het verwachte aantal jaren in goede gezondheid stijgen, zijn de *verschillen* in gezondheid tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status (SES) groot en al decennialang niet noemenswaardig veranderd.Mensen met een hogere opleiding en meer geld zijn gezonder dan mensen met weinig opleiding en minder geld. De WRR heeft voor deze problematiek aandacht gevraagd in de policy brief *Van Verschil naar Potentieel*.[55] De verschillen naar opleiding qua levensverwachting, psychische aandoeningen en leefstijlfactoren zijn aanzienlijk. Laagopgeleide vrouwen leven gemiddeld 5,4 jaar korter dan hoogopgeleide vrouwen, terwijl het verschil bij mannen zelfs 6,5 jaar bedraagt. Het verschil in jaren gezonde levensverwachting is nog groter: bij mannen 14,2 jaar en bij vrouwen 15,5 jaar.[56] Ook bij psychische klachten zoals depressie- en angstklachten zijn dergelijke verschillen waarneembaar, waarbij lager opgeleiden over de gehele linie zwaarder worden getroffen. Met betrekking tot leefstijlfactoren is het aantal rokers weliswaar over de gehele linie afgenomen, maar sterker onder de hoger opgeleiden dan onder de lager opgeleiden. Per saldo is het verschil tussen lage en hoge opleidingsgroepen dus groter geworden, en daarmee ook het verschil in de kans dat iemand last krijgt van aan roken gerelateerde aandoeningen. Ook het aandeel mensen dat leidt aan obesitas, is over de gehele linie toegenomen, maar voor de komende jaren is de verwachting dat obesitas onder de lager opgeleiden sterker zal toenemen dan onder de hoger opgeleiden. Het aandeel mensen dat zich gezond voelt, neemt naar verwachting de komende twintig jaar onder lager opgeleiden af van 60 procent naar 53 procent en blijft in de groep hoger opgeleiden bijna gelijk (van 86 naar 85 procent).[57] De verschillen

54 Van Yperen et al. 2019.
55 Broeders et al. 2018.
56 RIVM 2018a; Broeders et al. 2018
57 RIVM 2018a.

in gezondheid tussen lager en hoger opgeleiden zijn in de loop der jaren dus niet afgenomen maar soms zelfs toegenomen of zullen in de toekomst naar verwachting toenemen.

De vraag is wat dit betekent voor de houdbaarheid van de zorg voor de toekomst. In de policy brief spreekt de WRR over het *mattheuseffect*: de sociaal zwakkeren plukken minder de vruchten van maatregelen dan de groepen die er al beter voorstaan. Iedereen is er dan wel op vooruitgegaan, maar toch zijn de verschillen per saldo toegenomen.[58] Dit is een paradoxale uitkomst die met name kan optreden bij maatregelen die weliswaar worden ingezet voor de gehele bevolking, maar door verschillen in problematiek, vaardigheden en (financiële) mogelijkheden de kansenongelijkheid kunnen vergroten. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen kunnen vervolgens de maatschappelijke houdbaarheid onder druk zetten via een afnemende solidariteit op basis van leefstijl. Het maakt daarvoor uit of gezondheidsverschillen gezien worden als een gevolg van persoonlijke keuzes (leefstijl) of als onvermijdbaar.[59] Mensen zijn namelijk minder geneigd tot solidariteit als ze vinden dat mensen gezondheidsproblemen aan zichzelf te wijten hebben (zie hierover verder hoofdstuk 3). Met betrekking tot leefstijlgerelateerde ziekten woedt er een debat over de (grenzen van de) eigen verantwoordelijkheid. Steeds vaker wordt erop gewezen dat het vermogen van mensen om in een omgeving vol uiteenlopende prikkels 'gezonde' keuzes te kunnen maken en zich hieraan ook te houden, nogal eens wordt overschat.[60] Bovendien kunnen omgevingsfactoren, zoals de kwaliteit van huisvesting, de aanwezigheid van voorzieningen in de buurt, de arbeidsomstandigheden, schuldenproblematiek of de gezinssituatie het maken van 'gezonde' keuzes bemoeilijken.

Zijn er ook effecten te verwachten van sociaaleconomische gezondheidsverschillen op de financiële houdbaarheid van de zorg? Feit is dat de omvang van de groep laagopgeleiden door de tijd verandert. Was in 1930 bijvoorbeeld nog ongeveer 80 procent van de Nederlanders lager opgeleid, sindsdien is dat percentage spectaculair gedaald. Er zijn dus steeds minder laagopgeleiden en de groep vormt een relatief bescheiden deel van de totale populatie. Dit zou betekenen dat de afname van het aantal laagopgeleiden op macroniveau tot een gelijkblijvende of zelfs enigszins toenemende betaalbaarheid van de zorg zou kunnen leiden (omdat andere groepen er wel op vooruitgaan in gezondheid). Echter, ook de samenstelling van de groep met een lage sociaaleconomische status verandert door de tijd en de problematiek binnen de overgebleven groep

58 Broeders et al. 2018.
59 Stronks en Gunning-Schepers 1993.
60 WRR 2014a, 2017.

wordt hardnekkiger. De uitkomsten suggereren dat het moeilijker wordt deze groep te 'ontstijgen'. Bovendien stijgt de gemiddelde leeftijd van deze groep. Dit zou kunnen betekenen dat het gezondheidspotentieel bij de toekomstige lage sociaaleconomische statusgroep beperkter is dan bij de huidige groep, en dat zou tot kostenstijgingen binnen de zorg kunnen leiden.

Daar komt bij dat ook de etnische samenstelling van deze groep verandert. Groepen met een lagere sociaaleconomische status kennen een relatief groot aandeel van mensen met een migratieachtergrond, die vaak een slechtere gezondheid en soms een andere zorgvraag hebben.[61] Dit geldt met name voor de groep oudere migranten van de eerste generatie, die in omvang aanzienlijk gaat toenemen (zie paragraaf 2.2.). Uit analyses van het CBS komt naar voren dat de zorgkosten van mensen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond hoger zijn dan van mensen met een Nederlandse achtergrond.[62] Van belang hierbij is te bedenken dat de groep migrantenouderen relatief veel jonger is ten opzichte van de groep ouderen zonder migratieachtergrond. Dit zou kunnen betekenen dat naar de toekomst toe – met het ouder worden – de druk op de gezondheidszorg kan toenemen, juist vanuit deze groepen.[63] Dit zou in specifieke regio's de financiële houdbaarheid onder druk kunnen zetten, met name voor zorg die decentraal gefinancierd wordt. Het gaat dan om regio's met een concentratie van mensen uit groepen met een lage sociaaleconomische status (inclusief personen met een migratieachtergrond). De toenemende concentratie van problemen zoals armoede, schulden en werkloosheid kan daar leiden tot steeds meer gezondheidsproblemen (contexteffecten). Deze wijken liggen verspreid door het land, maar er is een duidelijke clustering in het noordoosten en in Zuid-Limburg, evenals in de grote steden. Binnen steden zullen de verdergaande verstedelijking en de stijgende woningprijzen de tweedeling tussen wijken met vooral hogere inkomens en wijken met lagere inkomens versterken. Dit kan de gezondheidsverschillen verder vergroten. Deze ontwikkelingen zetten potentieel druk op de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg.

---

61 Ruijsbroek et al. 2011; CBS 2020b.

62 CBS 2020c.

63 Ouderen met een niet-westerse migrantenachtergrond hebben relatief vaak bepaalde aandoeningen zoals dementie, diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Ook komt multimorbiditeit vaker voor. Van de ouderen met een Turks- en Marokkaans-Nederlandse achtergrond heeft circa de helft vier of meer chronische aandoeningen tegen circa een kwart van de ouderen zonder migratieachtergrond. Naast een slechtere fysieke gezondheid, hebben zij eveneens relatief meer mentale gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld psychose en depressie). Bovendien 'scoren' migrantenouderen hoger op algemene risicofactoren zoals eenzaamheid, leefstijlgerelateerde aandoeningen (minder bewegen), sociaaleconomische kwetsbaarheid en kleinere netwerken; én zij hebben te kampen met migratiespecifieke risicofactoren (taalproblemen, achterblijvende gezondheidsvaardigheden, heimwee en terugkeerwens). In die zin is te stellen dat er vanwege deze accumulatie van risico's sprake is van een dubbele kwetsbaarheid (oud en migrant), zie bijvoorbeeld Schellingerhout 2004; CBS 2020c.

*Toekomstige risico's voor de gezondheid*

In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* identificeert het RIVM een aantal risico's voor de toekomst.[64] Ten tijde van het schrijven van die verkenning leek het inschatten van de risico's op een toekomstige pandemie voornamelijk een theoretische exercitie. Inmiddels is de wereld in de ban van een pandemie op een schaal die gedurende een eeuw niet meer is voorgekomen. Het is duidelijk geworden dat in een dergelijke situatie acute druk ontstaat op de houdbaarheid van de zorg. Wat de langetermijngevolgen zijn voor de houdbaarheidsvragen is echter nog ongewis. Feit is wel dat de pandemie de samenleving met haar neus op de feiten heeft gedrukt ten aanzien van de risico's van pandemieën door influenza of zoönosen. Het RIVM geeft in de eind 2020 gepubliceerde *Corona-inclusieve Volksgezondheid Toekomst Verkenning* aan dat we mogelijk te maken hebben met een epidemiologische transitie: een nieuwe fase waarin nieuwe infectieziekten zich gaan vermengen met bestaande gezondheidsproblemen.[65] Andere risico's in de gezondheidszorg zijn die van een toenemende antibioticaresistentie en een dalende vaccinatiegraad.[66] Deze ontwikkelingen kunnen op termijn tot stijgende zorgkosten leiden, bijvoorbeeld omdat infecties in de toekomst niet meer goed behandeld kunnen worden. Ondanks dat de grootte van de effecten van deze ontwikkelingen moeilijk te kwantificeren is, is wel duidelijk dat ze kunnen bijdragen aan de toekomstige druk op de financiële én personele houdbaarheid.

Ook milieu- en klimaatveranderingen brengen risico's met zich mee voor de toekomstige gezondheid en de zorg. Sommige daarvan zijn nu al deels zichtbaar, zoals de effecten van luchtverontreiniging of hittestress (tijdens hittegolven) op de gezondheid. Driekwart van de totale bevolkingsgroei tot 2040 vindt plaats in de grote en middelgrote steden in de Randstad.[67] Dit betekent dat juist in deze gebieden de milieudruk zal toenemen (minder groen, meer luchtverontreiniging). Overigens slaan deze ontwikkelingen binnen de steden verschillend neer. Sociaaleconomisch zwakkere buurten kampen bijvoorbeeld door de ligging en aard van de bebouwing vaker met een slechtere luchtkwaliteit en meer hittestress. Wederom legt dit druk op de gezondheidszorg in bepaalde geografische regio's. Al deze ontwikkelingen hebben op hun beurt potentieel invloed op de toekomstige houdbaarheid van de zorg.

---

64 RIVM 2018a.

65 RIVM 2020a.

66 In de meest recente cijfers is zichtbaar dat de vaccinatiegraad inmiddels weer stijgt. Echter voor de BMR- (bof, mazelen, rodehond) en HPV-vaccinaties (humaan papillomavirus) wordt de vaccinatiegraad niet gehaald (zie RIVM 2019).

67 RIVM 2018a.

**Kernpunten Ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking**

- Er komen steeds meer mensen met kanker, dementie en hart- en vaatziekten. Daarnaast nemen leefstijlgerelateerde aandoeningen toe. Dit geldt ook voor eenzaamheid: naar verwachting zijn in 2040 bijna 6,7 miljoen mensen eenzaam.
- In combinatie met een toename van het aantal chronische aandoeningen en multimorbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijkertijd) leidt dit in de toekomst tot steeds hogere zorgkosten.
- Het gebruik van jeugdzorg en basis-GGZ neemt sterk toe. Dit leidt tot een toenemende druk op het zorgaanbod.
- Sociaaleconomische gezondheidsverschillen blijven een hardnekkig probleem in Nederland. Dit legt druk op de financiële houdbaarheid, met name in bepaalde regio's,. Daarnaast ontstaat druk op de maatschappelijke houdbaarheid door toenemende ongelijkheid in gezondheid en afnemende solidariteit naar leefstijl.

## 2.4 Economische ontwikkelingen

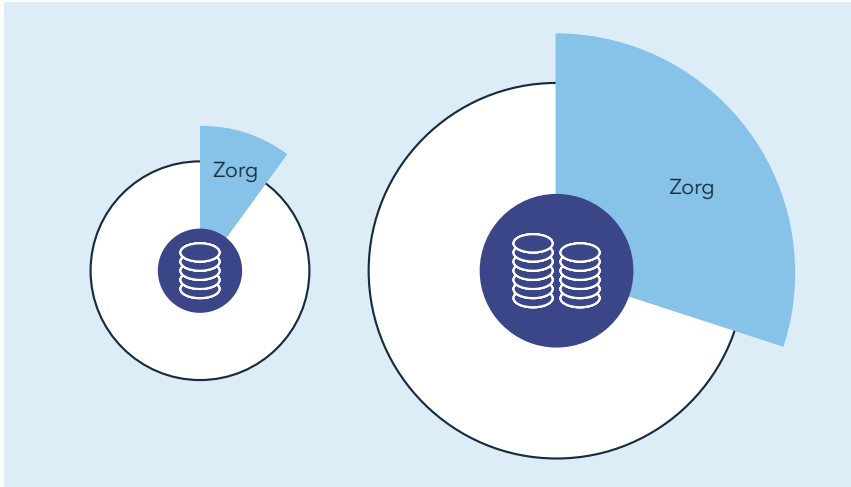
*Welvaartsgroei*

Economische factoren grijpen vooral in op de vraag naar zorg en op de prijs van zorg. Samenlevingen hebben de neiging om met het stijgen van hun welvaart een groter deel van hun inkomen uit te geven aan gezondheidszorg.[68] Welvaartsgroei maakt het mede mogelijk dat zorguitgaven stijgen. Naarmate we welvarender worden, neemt het gebruik van zorg daarbij sneller toe dan de economische groei (Figuur 2.4). Bij een groeiende economie zijn er meer middelen voorhanden, en burgers verwachten bij welvaartsgroei vaak ook

68 Economen noemen dat 'positieve inkomenselasticiteit'. Voor het gebruik van zorg op nationaal niveau is de inkomenselasticiteit gewoonlijk boven de 1. Dat betekent dat de consumptie van een goed, in dit geval zorg, sneller toeneemt dan het inkomen stijgt. Dit heeft als gevolg dat welvarender samenlevingen gemiddeld genomen procentueel meer uitgeven aan zorg dan minder welvarende samenlevingen. Dit effect hoeft overigens niet op te treden voor de personen binnen een samenleving: op individueel niveau is de inkomenselasticiteit vaak rond de 0 (geen effect van inkomen of zorggebruik), of zelfs negatief (hogere inkomens maken relatief mindergebruik van zorg). Dit hangt samen met de gemiddelde genomen mindere gezondheidstoestand van lagere inkomens in combinatie met het (collectief) verzekerde karakter van zorg in Westerse landen: voor het individu zijn financiële beperkingen (persoonlijke betaalbaarheid) daardoor geen of nauwelijks een bepalende factor bij het gebruik van zorg. Voor meer details over het verband tussen zorggebruik en inkomenselasticiteit op verschillende niveaus van analyse, zie Getzen 2000.

dat de overheid (meer) investeert in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn overheden bij een groeiende economie vaak ook geneigd hiervoor meer geld vrij te maken. Dit geeft aan dat de relatie tussen welvaart en zorguitgaven niet autonoom is. Overheden en andere instituties – en daarmee dus ook beleid – spelen een belangrijke rol als intermediair.[69]

**Figuur 2.4** Naarmate de economie groeit geven we relatief meer uit aan zorg




Wat is nu de relatie tussen de (verwachte) welvaartsgroei en de (financiële) houdbaarheid van de zorg? Die relatie is om te beginnen in kwantitatief opzicht zeer sterk. De OECD laat in een overzichtsstudie uit 2015 zien dat welvaartsstijging een belangrijke factor is achter de groei van zorguitgaven in de bij deze organisatie aangesloten landen: ze verklaart de stijging van de zorguitgaven statistisch voor 42 procent.[70] Welvaart is een belangrijke motor achter de groei van de zorguitgaven, maar is ook een belangrijke indicator als het gaat om de houdbaarheid van de gezondheidszorg. Voor dit laatste aspect wordt vaak gekeken naar het aandeel van de zorguitgaven in de totale economie, uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product (BBP). Dit percentage geeft aan of we relatief meer of minder geld uitgeven aan zorg dan in voorgaande jaren. Deze indicator is bij toekomstprojecties weer sterk afhankelijk van de veronderstelde economische groei, die zeker op langere termijn onzeker is.[71] In de *Toekomstverkenning Zorguitgaven 2015-2060* gaat het RIVM uit van de toekomstprojecties van het Centraal Planbureau (CPB), gebaseerd op

69 Vonk et al. 2020.
70 OECD 2015a.
71 Vonk et al. 2020.

het *Centraal Economisch Plan* uit 2014.[72] Daarbij gaat het planbureau uit van een jaarlijkse reële groei van de economie met 1,7 procent voor de periode tot 2060.[73] Op basis hiervan schat het RIVM dat de zorguitgaven als percentage van het BBP tussen 2015 en 2060 stijgen van 12,7 naar 19,6 procent.[74],[75] Uitgedrukt in euro's van 2015 zou dit betekenen dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking verdrievoudigen van ruim 5.100 euro in 2015 naar bijna 15.800 euro in 2060.[76]

### *Arbeidsproductiviteit*

Ook arbeidsproductiviteit speelt een rol bij de toename van de zorguitgaven. Dit effect loopt via de prijs van zorg. Volgens een in de economie bekend verschijnsel nemen de relatieve prijzen van diensten en producten uit een sector toe, wanneer de toename van de arbeidsproductiviteit in die sector langzamer verloopt dan die in de economie als geheel (het zogeheten *Baumol-effect*).[77] Het gaat dan vaak om diensten waarbij de rol van de menselijke interactie wezenlijk is, bijvoorbeeld publieke diensten zoals zorg en onderwijs. Ook gezondheidszorg is vergeleken met andere economische sectoren als de industrie, zo'n arbeidsintensieve bedrijfstak. Om de sector concurrerend te houden in de slag om personeel volgen de lonen de algemene loonontwikkeling (Zie ook Hoofdstuk 7), waardoor ze tot hogere loonkosten voor zorginstellingen leiden – en uiteindelijk tot hogere totale zorguitgaven. In de industrie kunnen hogere loonkosten vaak worden gecompenseerd door mechanisering of automatisering, waardoor het mogelijk is om met minder mensen méér te produceren. In de gezondheidszorg is dit veel minder goed mogelijk. Bovendien zijn er maar beperkte mogelijkheden om via bredere efficiëntiewinst toch tot een hogere productie te komen. Tijd en aandacht voor de patiënt zijn immers een wezenlijk onderdeel van het 'product' zorg en bepalen in belangrijke mate ook de kwaliteit daarvan.[78]

De mogelijkheden om te komen tot arbeidsproductiviteitsverbetering in de gezondheidszorg, of andere publieke diensten zoals onderwijs, zijn daarom beperkter dan in andere economische sectoren. De arbeidsproductiviteit blijft noodgedwongen achter, terwijl de lonen wel meestijgen met de algemene trend.

---

72 CPB 2014.

73 Het RIVM geeft aan dat hoewel de jaarlijkse fluctuaties in de groei flink kunnen verschillen en andere verkenningen rekening houden met een veel lagere groei op de middellange termijn, een groei van 1,7 procent per jaar redelijk overeenkomt met de historische ontwikkeling van het BBP (Vonk et al. 2020: 52).

74 Het gaat hier om het RIVM-perspectief op zorguitgaven. Voor een overzicht van definities en ramingen van zorguitgaven, zie online appendix 2 – Verschillende definities van zorguitgaven.

75 Zie ook Hoofdstuk 3, in het bijzonder tabel 3.1 voor een alternatieve raming van zorguitgaven als percentage van het BBP, op basis van ramingen van het CPB.

76 Vonk et al. 2020.

77 Baumol 1967.

78 Vonk et al. 2020.

Hierdoor wordt de gezondheidszorg verhoudingsgewijs steeds duurder. Dit betekent overigens niet dat er geen productiviteitswinst is geboekt in de gezondheidszorg. Vooral in de ziekenhuiszorg heeft er in tijden van beperkte middelen soms een behoorlijke productiviteitsverbetering plaatsgevonden doordat mensenwerk werd vervangen door technologie. Maar voor andere sectoren van de zorg, zoals de ouderenzorg, geldt dit veel minder.[79] Voor Nederland is geschat dat het Baumol-effect bijdraagt aan een stijging van de zorguitgaven met ongeveer 0,5 tot 1 procent per jaar.[80] Daarmee is het iets kleiner dan het effect van de eerder besproken demografische ontwikkelingen op de zorguitgaven, maar alleszins substantieel.[81]

**Kernpunten Economische ontwikkelingen**

- Welvaartsgroei is een belangrijke drijvende kracht achter de groei van de zorguitgaven in Nederland, maar ook in andere OECD-landen: met een stijgende welvaart neemt de vraag naar zorg meer dan evenredig toe.
- Het RIVM schat dat de zorguitgaven als percentage van het BBP tussen 2015 en 2060 stijgen van 12,7 naar 19,6 procent. Dit zou betekenen dat de zorguitgaven in reële termen per hoofd van de bevolking verdrievoudigen van ruim 5.100 euro naar bijna 15.800 euro.
- De arbeidsproductiviteit in de zorg (en andere publieke diensten) blijft achter bij die in de economie als geheel vanwege het arbeidsintensieve karakter van het werk (in het bijzonder in de langdurige zorg). Door dit Baumol-effect nemen de loonkosten toe en stijgen de totale zorguitgaven.

## 2.5 Technologische ontwikkelingen

In het maatschappelijk debat worden met regelmaat verwachtingen geuit dat (toekomstige) technologische ontwikkelingen een oplossing kunnen bieden voor houdbaarheidsvragen. Ook in de beleidswereld geeft een veelheid aan initiatieven en regelingen om zorgtechnologie te stimuleren blijk van zulke verwachtingen. Een voorbeeld zijn grootschalige Europese subsidieregelingen

79 Blank en Eggink 2011; Blank en Van Heezik 2019.
80 Pomp en Vujic 2008.
81 Vonk et al. 2020; Het RIVM heeft het Baumol-effect niet apart onderscheiden in de toekomstprojectie. We weten dus alleen de ontwikkeling tot op heden en niet die naar de toekomst toe.

die *eHealth* stimuleren, in de hoop de effecten van vergrijzing op de zorguitgaven te matigen.[82] Ook hopen zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers dat zulke technologieën de werkdruk van personeel kunnen verlagen door efficientie- en tijdswinst.[83] De huidige corona-pandemie heeft dergelijke verwachtingen verder aangewakkerd, doordat ook in de zorg steeds meer gebruik werd gemaakt van videoconsulten.

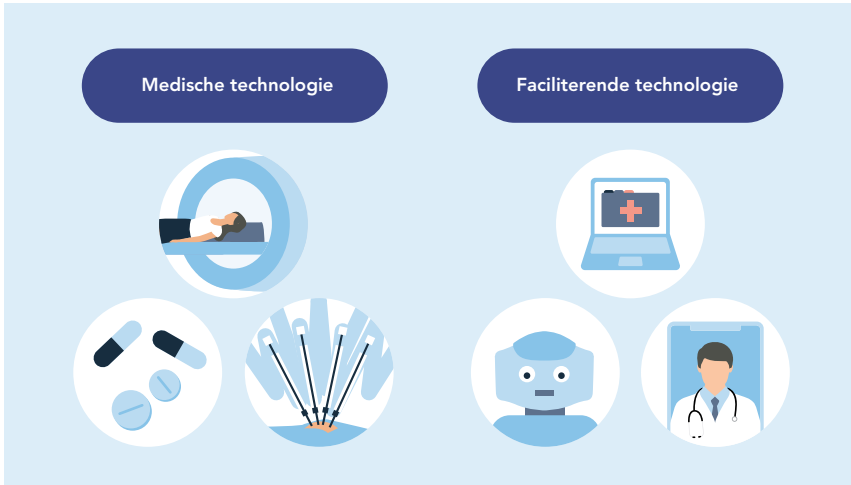
Tegenover deze hoge verwachtingen van technologische ontwikkelingen als oplossing voor houdbaarheidsvraagstukken, staan analyses die technologie juist identificeren als één van de belangrijkste drijvers van uitgavenstijgingen. Voor technologische ontwikkelingen geldt immers dat zij in veel gevallen de medische mogelijkheden verruimen. Denk bijvoorbeeld aan een nieuw medicijn voor een eerst niet te behandelen ziekte. De ontwikkelingen – zoals gentherapie, beeldvormende apparatuur voor een betere toepassing van radiotherapie en operatierobots – gaan razendsnel. In zulke gevallen wordt door technologische innovatie het aanbod aan mogelijke zorg ruimer – we kunnen patiënten behandelen waar dat eerst niet kon. Vaak wordt de zorg ook duurder. Technologische ontwikkelingen grijpen dus met name aan op de aanbodkant van de zorg, maar ook op de prijs daarvan. De vraag die in deze paragraaf centraal staat, is welk perspectief domineert. Zijn de hooggespannen verwachtingen dat technologie kan helpen om de zorg in de toekomst houdbaar te houden, reëel? Of leiden technologische innovaties uiteindelijk alleen maar tot meer en duurdere zorg (meer mogelijkheden creëren meer vraag)? En wat zijn, naast financiële gevolgen, de gevolgen voor de personele en maatschappelijke houdbaarheid?

Wat verstaan we onder 'technologie in de zorg'? Technologie is een zeer breed begrip waar een grote diversiteit aan verschijnselen en producten onder kan vallen. Een studie van de OECD hanteert de definitie dat technologie in de zorg betrekking heeft op de procedures, apparatuur en processen waarmee zorg wordt verleend.[84] Onder deze brede definitie vallen allerlei ontwikkelingen: van het elektronisch patiëntendossier en implantaten tot geneesmiddelen en protonenbunkers. Innovaties die niet primair op de zorg zijn gericht, maar wel effect hebben op de processen en procedures waarmee zorg wordt geleverd, vallen ook onder deze brede definitie (bijvoorbeeld informatietechnologie, IT). Wij volgen deze brede definitie van de OECD, maar laten vernieuwingen die puur een organisatie- of systeeminnovatie betreffen, buiten beschouwing. Anders zou de invoering van een nieuw zorgstelsel of decentralisatie van de thuiszorg naar gemeenten strikt genomen ook onder 'technologische ontwikkeling'

82 Bijvoorbeeld: Zorgvisie 2019.
83 Wouters et al. 2019; ING 2019.
84 Marino en Lorenzoni 2019.

kunnen vallen. Hoewel dit vanuit een gezondheidseconomisch perspectief wellicht te verdedigen is, zou dat niet aansluiten bij het maatschappelijk gebruik van het begrip.

**Figuur 2.5** Technologie in de zorg is onder te verdelen in twee categorieën




Er zijn verschillende indelingen mogelijk naar de rol die de technologie speelt bij het verlenen van zorg. We volgen hier wederom de OECD, die in een rapport uit 2017 zorg opdeelt in een dichotomie met 'biomedische technologie' en 'faciliterende technologie' als categorieën (Figuur 2.5). Deze indeling is vergelijkbaar met de soms gemaakte tweedeling in productinnovaties versus procesinnovatie.[85] Onder de eerste categorie (biomedische of productinnovatie) vallen geneesmiddelen, medische apparatuur en diagnostische instrumenten, maar bijvoorbeeld ook ontwikkelingen als gentechnologie en *personalized medicine*. In het algemeen gaat het hier om zaken die rechtstreeks, bij de patiënt, aangrijpen op de zorglevering. De focus bij biomedische of productinnovatie ligt meestal primair op kwaliteitsverbetering van de zorg, en minder op efficiëntiewinst. Onder faciliterende of procestechnologie (*enabling technology*) rangschikt de OECD zaken als *eHealth,* robotica, *Artificial Intelligence* (AI) en *big data*.[86] Meer in het algemeen gaat het hier om zaken die het proces van zorglevering beïnvloeden, en minder direct aangrijpen op de geleverde zorg zelf.

85 ING 2019.

86 Er zijn veel verschillende definities van eHealth in omloop die verschillen in reikwijdte. In de eHealth-monitor van Nictiz en Nivel wordt eHealth gedefinieerd als de toepassing van zowel digitale informatie als -communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Wouters et al. 2019).

De nadruk bij faciliterende technologie ligt eerder op het verbeteren van de efficiëntie dan op het verbeteren van de kwaliteit, hoewel technologieën als *big data* ook invloed kunnen hebben op de (kwaliteit van de) geleverde zorg. De grens is dus niet altijd even goed te trekken.

### *Ontwikkelingen in biomedische technologie en houdbaarheid*

De ontwikkelingen op het gebied van de biomedische technologie zijn veelomvattend en gaan razendsnel. Over toekomstige ontwikkelingen kan alleen maar gespeculeerd worden, maar zeker is dat productinnovaties in de zorg een hoge vlucht zullen blijven nemen. Er is een aantal redenen waarom zulke productinnovaties de zorguitgaven opdrijven.[87] Allereerst is dat de prijs: nieuwe technologie is in de meeste gevallen duurder dan oude technologie, zeker in het begin (vanwege onder meer patenten of omdat kort na ontwikkeling nog maar relatief weinig partijen actief zijn op markt).[88] Daarnaast zijn er factoren die aangrijpen op het zorgvolume. Een eerste factor is dat er zowel voor zorgaanbieders als voor patiënten niet snel een rem zit op de toepassing van nieuwe technologieën, behandelmethoden of diagnostiek (hier is ook weer een relatie met toenemende welvaart; zie vorige paragraaf). Ten tweede zijn nieuwe technologieën vaak complementair van aard: in plaats van bestaande zorg te vervangen komt er meestal zorg bij. Ten derde zorgen nieuwe technieken er soms ook voor dat weer nieuwe – tot die tijd minder goed behandelbare – patiënten geholpen kunnen worden, waardoor per saldo meer zorg geleverd wordt. Denk bijvoorbeeld aan gentherapie voor zeldzame en tot nu toe vaak onbehandelbare aandoeningen, waardoor kwetsbaarder patiënten in aanmerking komen voor de behandeling. En ten vierde neemt het latere zorgvolume in veel gevallen ook nog eens toe als de nieuwe technologie leidt tot een hogere levensverwachting.[89] Kort gezegd komt het erop neer dat als er meer kan, er ook meer wordt gedaan.

Nieuwe technologie heeft dus enerzijds belangrijke baten – ze levert namelijk veel gezondheidswinst op –, maar heeft anderzijds een kostenopdrijvend effect – zowel via prijs- als volume-effecten – en werkt zodoende negatief uit op de financiële houdbaarheid van de zorg in de toekomst.[90] Ook op de personele houdbaarheid heeft deze ontwikkeling eerder een negatieve dan een positieve invloed. Nieuwe technologie zorgt meestal niet voor substitutie van zorgverleners door techniek, maar eerder voor meer behandelingen en meer behoefte aan (gespecialiseerd) zorgpersoneel. Met betrekking tot de maatschappelijke houdbaarheid geldt dat als iets in de zorg mogelijk is, mensen die mogelijkheid ook willen benutten.

---

87 SER 2020.
88 Kristopher et al. 2018.
89 SER 2020.
90 Polder 2018.

Nieuw of verbeterd aanbod creëert ook weer nieuwe vraag. En als een bepaalde behandeling wel mogelijk is maar niet wordt aangeboden, kan dit al snel tot maatschappelijk onbegrip leiden. Dit zagen we in Nederland in 2017 bijvoorbeeld bij het voornemen om het medicijn Orkambi tegen taaislijmziekte niet in het pakket op te nemen omdat de kosten te hoog zouden zijn in relatie tot de baten. Dit raakt aan normatieve discussies die in de zorg gevoerd worden over de vraag tot hoever medici moeten gaan met behandelen, maar ook rondom de vraag wat de werkelijke gezondheidswinst is van bepaalde medicamenten (zie hoofdstuk 8).

### *Ontwikkelingen in faciliterende technologie en houdbaarheid*

Ontwikkelingen rondom faciliterende technologieën beogen in algemene zin efficiëntiewinst te boeken en hebben daarmee in principe een tegengesteld effect aan biomedische technologieën die de zorg in hoofdzaak vooral duurder maken. Er kan een onderscheid gemaakt worden in een aantal soorten bijdragen die faciliterende technologie kan leveren. In de eerste plaats kan deze technologie bijdragen aan communicatie en contact; denk aan videobellen. Ten tweede levert ze een bijdrage door middel van robotica en domotica; denk aan mantelzorgrobots die bijvoorbeeld huishoudelijke klussen kunnen overnemen of chips met automatische valdetectie. Ten derde maakt ze het mogelijk om steeds meer patiënten en ouderen op afstand of thuis te monitoren. Ten vierde maakt het gebruik van *artificial intelligence* (AI) en *big data* het mogelijk diagnoses steeds meer (en ook beter) te genereren via *machine learning* en andere manieren om grote databestanden te analyseren. Ten slotte zijn er ontwikkelingen met betrekking tot elektronische patiëntendossiers en persoonlijke gezondheidsomgevingen waarin mensen informatie over hun eigen gezondheid kunnen bijhouden.

Al in de begintijd waren de verwachtingen van dergelijke technologieën hooggespannen: mensen zouden langer zelfstandig kunnen wonen, de productiviteit van beroepskrachten zou toenemen, evenals de kwaliteit van zorg, terwijl de kosten zouden afnemen. De hoop is dat de inzet van faciliterende technologie zowel leidt tot verlaging van de prijs van zorg, als tot een lager volume, bijvoorbeeld doordat zorg voorkomen wordt. De conclusie die destijds al werd getrokken, namelijk dat de inzet van technologische hulpmiddelen in de ouderenzorg niet tot minder personeel en kostenbesparingen leidt[91], lijkt nu nog steeds te staan.[92] In de toekomstverkenning *De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machine tijdperk* schrijft de WRR dat zulke hooggespannen verwachtingen voor robotica en domotica in de thuiszorg tot nu toe niet zijn waargemaakt.[93] Dit betekent uiteraard niet dat ze het leven van patiënten niet kunnen vergemakkelijken.

---

91 De Klerk 1997.
92 Van Campen et al. 2016.
93 Went et al. 2015.

Wat de verwachtingen voor de verdere toekomst zijn, is moeilijk te zeggen. We weten niet hoe snel ontwikkelingen rondom digitalisering, *eHealth* en AI een vlucht nemen en hoe intelligent deze kunnen worden ingezet in de zorg. De vraag is hier vooral of meer digitalisering tot een doelmatiger zorgverlening leidt. Dan zou de technologie gunstig kunnen uitwerken op de personele (en financiële) houdbaarheid. Ook hier zou het echter zo kunnen zijn dat inzet van technologie doordat het drempelverlagend werkt juist tot een grotere zorgvraag leidt. Verlaging van de drempels die patiënten ervaren is weliswaar goed voor de toegankelijkheid en mogelijk kwaliteit van de zorg (de zorgvraag was anders misschien gemist), maar juist weer ongunstig voor de houdbaarheidsvraag. Met betrekking tot de maatschappelijke houdbaarheid is vooral de vraag van belang in hoeverre maatschappelijke acceptatie zal optreden van de steeds verdergaande digitalisering en robotisering van de zorg.

Een ontwikkeling die hierop van invloed kan zijn, is dat de voortschrijdende technologie het steeds beter mogelijk maakt de zorg deels naar de patiënt thuis te verplaatsen (de zogenoemde *blended care*). Een voorbeeld is zorg voor mensen met kanker, zoals chemotherapie of thuisdialyse. Bij patiënten met een chronische aandoening wordt zelfmanagement in de toekomst daardoor steeds belangrijker. Nieuwe technologieën, zoals *eHealth*-toepassingen, zullen dit verder ondersteunen.[94] Verder hebben we gezien dat als gevolg van de corona-pandemie het gebruik van videoconsulting door huisartsen en ziekenhuizen een hoge vlucht heeft genomen. Deze ontwikkelingen kunnen daarmee invloed hebben op de personele inzet in de gezondheidszorg. Er zijn echter ook belemmerende factoren zoals bijvoorbeeld de ICT-infrastructuur in de zorg, het draagvlak onder zorgprofessionals en de op behandelvolume gerichte financiering.[95] Ook in andere landen spelen dergelijke belemmeringen. In hoofdstuk 7 gaan we verder in op deze kwestie en benoemen we de belangrijkste kansen en belemmeringen op dit gebied.

### *Het netto-effect van technologie*

Nemen we beide ontwikkelingen samen, dan staat voorop dat technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben geleid tot (grote) gezondheidswinst. Deze ontwikkelingen hebben – zoals we hierboven bespraken – echter ook geleid tot een opdrijvend effect op de zorguitgaven, zowel via de prijs als via het volume, en via indirecte effecten, zoals langere overleving. Ontwikkelingen op het gebied van faciliterende technologieën lijken de druk op de financiële houdbaarheid niet te dempen, laat staan om te buigen, terwijl ontwikkelingen in de biomedische technologie ons momenteel vooral opstuwen in de richting

94 RIVM 2020a.
95 Zie bijvoorbeeld SER 2020.

van minder financiële houdbaarheid. Netto bezien lijken technologische ontwikkelingen derhalve eerder een druk op houdbaarheidsvragen te zetten dan deze te ontlasten, maar de relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex.[96]

Alles overziend lijkt er consensus te bestaan dat technologie op macroniveau bijdraagt aan hogere uitgaven aan zorg. Dit laat onverlet dat microstudies soms een ander beeld geven. In dergelijke specifieke studies komen sommige technologische innovaties op zichzelf bekeken als kostentechnisch gunstiger uit de bus.[97] Op macroniveau echter leiden technologische innovaties echter tot kostenstijgingen, bijvoorbeeld omdat doelmatigheidswinsten niet altijd geïncasseerd kunnen worden vanwege onder andere opvul- en waterbedeffecten (zie verder hoofdstuk 6). Hoewel de inschattingen sterk in omvang variëren, is het resultaat dat technologische ontwikkeling netto bijdraagt aan stijging van zorguitgaven robuust in Westerse landen. Uit een OECD-overzicht van relevante literatuur blijkt dat een gemiddelde van 35 procent van de uitgavenstijging binnen de zorg wordt veroorzaakt door technologie.[98]

**Kernpunten Technologische ontwikkelingen**

- Technologische en (bio)medische ontwikkelingen in de zorg hebben geleid tot grote gezondheidswinst, maar hebben ook een aanjagend effect op zorguitgaven, zowel via de prijs als via de vraag naar zorg.
- In potentie biedt een toenemende inzet van faciliterende technologieën als robotica, domotica, thuismonitoring en eHealth kansen op het gebied van personele en financiële houdbaarheid.
- Deze verwachtingen zijn echter in Nederland en andere landen tot op heden niet waargemaakt. Dit hangt mede samen met een aantal belemmerende factoren – zoals de ICT-infrastructuur, de financiering gericht op behandelvolume en het draagvlak onder patiënten en zorgmedewerkers.
- Het netto-effect van technologische innovatie in de zorg is vermoedelijke uitgavenverhogend.

96 Polder 2018; zie ook Pammolli et al. 2008.
97 Pammolli et al. 2008.
98 Marino en Lorenzoni 2019.

## 2.6 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Een laatste belangrijke factor voor de toekomstige houdbaarheid van het zorgstelsel zijn sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook hier is een aantal langjarige trends te identificeren die de zorgvraag, en daarmee de houdbaarheid van de zorg, in de toekomst beïnvloeden. Sociaal-culturele ontwikkelingen kunnen zowel de vraag- als de aanbodzijde van het zorggebruik beïnvloeden. Er zijn in principe vele maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de houdbaarheid van de zorg. Het is ook niet te voorzien welke nieuwe ontwikkelingen er op dit vlak zouden kunnen optreden; die ontwikkelingen volgen vaak uit nieuwe demografische of technologische ontwikkelingen. We identificeren hier twee ontwikkelingen die naar verwachting een toenemende druk op de houdbaarheid van de zorg leggen. De eerste vloeit rechtstreeks voort uit demografische ontwikkelingen rondom de toename van het aantal ouderen, namelijk de toenemende druk op de informele zorg (mantelzorg). De tweede verandering grijpt met name aan op de vraagkant van zorg en heeft te maken met veranderende verwachtingen in de samenleving met betrekking tot de mogelijkheden van de gezondheidszorg.

### *Meer alleenwonende ouderen en toenemende druk op mantelzorg*

Een belangrijk gevolg van het toenemend aantal ouderen is dat er in de toekomst meer eenpersoonshuishoudens te verwachten zijn. Nederland telt in 2020 ongeveer 1,4 miljoen 75-plussers en ruim 1,2 miljoen van hen wonen zelfstandig en ook steeds vaker alleen.[99] Volgens het CBS zal het aantal huishoudens met alleenwonende ouderen tot 2050 verdubbelen.[100] Hoewel het veelal overeenkomt met de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, is het ook steeds vaker noodzakelijk om thuis te blijven wonen omdat de toegang tot verzorgings- en verpleeghuizen stapsgewijs is beperkt.[101] De afgelopen jaren is het overheidsbeleid erop gericht geweest om mensen langer thuis te laten wonen. Circa 94 procent van de ouderen en 70 procent van de 85-plussers woont thuis, zij het vaak met ondersteuning vanuit de wijkverpleging. Een betrekkelijk kleine groep ouderen (115.000, 6 procent van alle ouderen) woonde in 2019 in een verpleeg- of verzorgingshuis.[102] Langer thuis wonen kan echter ook problematisch zijn, omdat hiermee de belasting voor de ouderen zelf en hun sociale netwerk sterk toeneemt. Uit de prognoses blijkt dat het aantal eenzame ouderen zal stijgen (zie eerder in het hoofdstuk). Langer thuis wonen doet niet alleen een groter beroep op de formele zorg (dagbesteding en thuiszorg), maar ook op de informele zorg.

---

99 De Klerk et al. 2019.
100 CBS 2018a.
101 Rli 2014; Van Dam et al. 2013; Verbeek-Oudijk en van Campen 2017.
102 CBS 2019b.

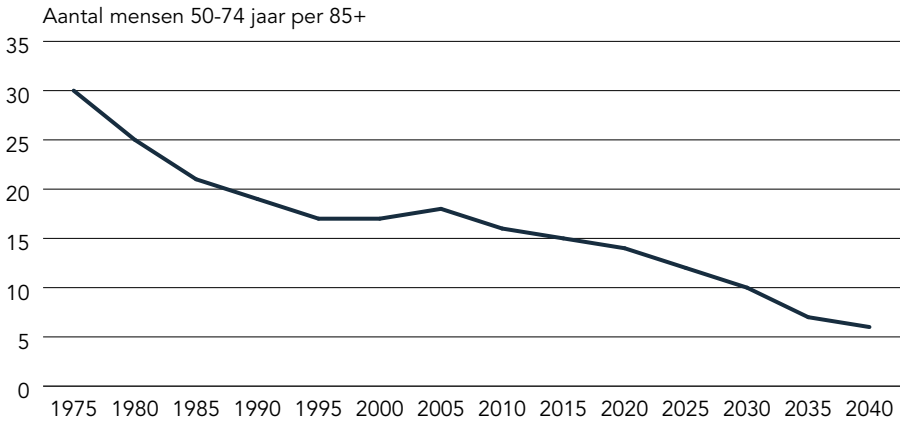
Een groot deel van de zorg aan zelfstandig wonende ouderen wordt geboden door (onbezoldigde) mantelzorgers.[103] Mantelzorg is voor zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen een belangrijk fundament van de zorgverlening. Bovendien biedt het de mogelijkheid om de toekomstige vraag naar verplegenden in toenemende mate op te vangen. Onder invloed van de vergrijzing en de decentralisatie is op die mogelijkheid de laatste jaren al in toenemende mate een beroep gedaan. Inmiddels verlenen 4,4 miljoen Nederlanders van boven de zestien jaar in enige mate mantelzorg en voorzien 750.000 mensen in informele zorg, die zowel langdurig (meer dan drie maanden) als intensief (meer dan acht uur per week) is. Bijna 2 miljoen mensen combineren deze zorg met een betaalde baan, en 9 procent (380.000) voelt zich als gevolg van die combinatie zwaar belast.[104] Niet alleen wijzen de uitkomsten van enquêtes erop dat er reden is voor twijfel aan de bereidheid van mantelzorgers om hun inzet nog verder op te voeren – met name buiten de eigen familiekring[105] –, ook maken mantelzorgers in belangrijke mate deel uit van de groep waaruit de formele zorgverleners geworven zullen moeten worden. Een andere oorzaak voor beperkingen aan het potentieel voor mantelzorg is de toenemende arbeidsdeelname van mensen (zie ook Hoofdstuk 7).

Bovenal echter neemt het demografisch potentieel voor informele ondersteuning snel af. Uit de regionale bevolkings- en huishoudensprognose van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en CBS weten we bovendien dat dit met name het geval is in vergrijzende en krimpregio's (zie eerder in dit hoofdstuk). Dat potentieel wordt in internationaal verband vaak afgemeten aan de hand van de zogenoemde *oldest old support ratio*, waarbij wordt gekeken naar de verhouding tussen het aantal mensen in de middenleeftijdsgroep (als indicatie van het informele hulpaanbod) en de alleroudsten (als indicatie voor de vraag naar zorg).[106] Figuur 2.6 laat zien dat het aantal potentiële mantelzorgers dat beschikbaar is voor kwetsbare ouderen met een hulpvraag, gestaag afneemt. Voor Nederland was de verhouding in 1975 één op dertig (er waren dertig keer zoveel 50-75-jarigen als 85-plussers), momenteel is deze één op veertien en in 2040 is deze verhouding naar verwachting één op zes. In delen van Groningen en Drenthe, de Achterhoek, de kop van Noord-Holland en in Zeeland en Limburg (voornamelijk de 'randen van Nederland') zal het niveau nog lager uitkomen. Bij dergelijke waarden komt mantelzorg in het gedrang, laat staan dat er een structureel groter beroep op kan worden gedaan.[107] Overigens is dit niet alleen in Nederland zo, maar is dit een internationale ontwikkeling in rijkere samenlevingen.[108]

---

103 De Klerk et al. 2019.
104 Kooiker et al. 2019.
105 Van den Brink 2017.
106 Herrmann et al. 2010.
107 De Jong en Kooiker 2018.
108 Herrmann et al. 2010.

**Figuur 2.6** Het aantal 50-75-jarigen per 85-plusser, 1975-2040 (Oldest Old Support Ratio)




Bron: PBL en CBS 2019.

*Veranderende verwachtingen in de samenleving*

Een tweede sociaal-culturele ontwikkeling vatten we samen onder de noemer 'veranderende verwachtingen in de samenleving'. Zoals hierboven besproken, nemen de technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg in rap tempo toe. Een van de gevolgen hiervan is dat de verwachtingen die zowel patiënten als zorgverleners hebben van de mogelijkheden van de gezondheidszorg, eveneens toenemen. Dit raakt aan het discours rondom de *medicalisering* van de zorg: het fenomeen dat zaken steeds vaker in het medische domein worden getrokken.[109] Naast de vraagzijde (mondiger wordende burgers) speelt hierbij ook de aanbodzijde een rol (zorgverleners en de farmaceutische industrie). Ook veranderende normen en verwachtingen in de bredere samenleving grijpen hierop aan.[110] Een bekend voorbeeld is het al te snel etiketteren van druk gedrag bij kinderen als een medisch probleem (ADHD), waaraan vervolgens ook medische oplossingen worden gekoppeld (bijvorbeeld het medicijn Ritalin). Gevolg is een sterke toename van bepaalde diagnosen en bijgevolg van uitgeschreven recepten.[111] Een ander voorbeeld is het tot in een laat stadium doorbehandelen van ziektes als kanker, met vaak zeer kostbare behandelingen waarvan de effectiviteit in termen van levensverlenging en kwaliteit van leven in veel gevallen niet vaststaat. Een laatste voorbeeld is de toenemende

109 RVS 2017a; Van Dijk et al. 2016, 2020.
110 Conrad 2005.
111 Gezondheidsraad 2014.

maatschappelijke focus op het begrip 'vitaliteit', met name in de ouderenzorg.[112] Dergelijke toegenomen verwachtingen maken het steeds moeilijker te accepteren wanneer een medische aandoening niet kan worden opgelost of genezen.

Hiermee in verband staat de door het RIVM in de themaverkenning *Zorgvraag van de toekomst* genoemde ontwikkeling naar voortschrijdende *personalisering* van de zorg. Diagnoses worden steeds specifieker en behandelingen unieker (en veel duurder).[113] Dit zorgt aan de aanbodkant voor druk op een efficiënt ingericht zorgsysteem dat een zekere mate van uniformiteit in behandelmethoden veronderstelt.[114] Aan de vraagkant leidt het daarnaast tot een toenemende behoefte aan keuzevrijheid. Burgers zijn steeds mondiger, geëmancipeerder en individualistischer geworden: hun voorkeuren en behoeften zouden niet meer passen in collectieve standaardpakketten.[115] Krijgen burgers een dure behandeling van een dierbare bijvoorbeeld niet vergoed, dan halen ze zelf door middel van *crowdfunding* de benodigde middelen bij elkaar en 'shoppen' ze (in binnen- en buitenland) om hem of haar te laten behandelen. In 2020 werd bijvoorbeeld 1,9 miljoen euro opgehaald voor Zolgensma – het duurste medicijn ter wereld – voor een baby met de zeldzame spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA).[116] De voorbeelden zijn legio en komen in principe binnen ieders bereik door ontwikkelingen als digitalisering en sociale media. Op individueel niveau zijn deze initiatieven zeer te begrijpen, op macroniveau echter kunnen ze tot ongelijkheid in zorggebruik leiden (hoe mondiger, hoe meer je voor elkaar krijgt) – maar ook tot een afnemend vertrouwen in het collectief betaalde deel van zorg – en daarmee tot een druk op de maatschappelijke houdbaarheid (zie verder hoofdstuk 3). Daarnaast leggen de besproken ontwikkelingen een druk op de financiële (en personele) houdbaarheid van de zorg, al is dat effect nauwelijks geïsoleerd te kwantificeren.[117]

---

112 Giudici et al. 2019.

113 Het gaat hier om personalised medicine of precision medicine ('therapie op maat'), door ZonMw gedefinieerd als de mogelijkheid om op basis van individuele kenmerken van een patiënt (zoals genetische blauwdruk of expressie van eiwitten) of specifieke kenmerken van de ziekte (bijvoorbeeld mutaties in een tumor) de meest succesvolle behandeling te bepalen (https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/nationale-wetenschapsagenda/route-personalised-medicine/). Een voorbeeld is de gerichte ('passende') behandeling van bijvoorbeeld borst- en longkanker en melanoom *na een moleculaire analyse van de tumoren*.

114 RIVM 2018a.

115 Trappenburg 2005.

116 https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/artikel/5138811/crowdfunding-sma-medicijn-donaties-jayme-ziek-ziekte-kind-geld

117 Zie Jeurissen et al. 2018. Bovendien gaat het hierbij met enige regelmaat om niet-bewezen behandelingen waarvan recente studies laten zien dat een groot deel van deze behandelingen bewezen ineffectief en soms zelfs gevaarlijk zijn (bijvoorbeeld Snyder en Caulfield 2019).

**Kernpunten Sociaal-culturele ontwikkelingen**

- Door de vergrijzing neemt de druk op de informele zorg in de toekomst toe. Het aantal huishoudens met alleenwonende ouderen verdubbelt tot 2050, net als de eenzaamheidsproblematiek, terwijl er steeds minder mensen zijn om informele zorg voor deze groep ouderen te verlenen.
- De verwachtingen in de samenleving over wat de zorg moet bieden, nemen toe. Dit betreft ontwikkelingen als medicalisering (het in het medische domein trekken van steeds meer zaken) en personalisering (geïndividualiseerde voorkeuren en mogelijkheden) van de zorg. Hierdoor neemt de druk op alle dimensies van houdbaarheid toe.

## 2.7 Gevolgen in deelsectoren van de zorg

Wat betekenen al deze verwachte ontwikkelingen voor de houdbaarheid van de zorg? In de *Toekomstverkenning Zorguitgaven 2015-2060* heeft het RIVM dit doorgerekend voor de verschillende deelsectoren van de zorg (zie figuur 2.7). Volgens de projecties van het RIVM gaat in 2060 het meeste geld naar de zorg in ziekenhuizen, met een gemiddelde groei van 2,8 procent per jaar naar 96 miljard in 2060.[118] Daarmee is deze sector qua zorgkosten in 2060 ruim 3,5 keer zo groot als in 2015. De effecten van de vergrijzing zijn het sterkst terug te zien in de uitgaven aan de ouderenzorg, die stijgen van bijna 17 miljard in 2015 naar ruim 70 miljard in 2060. Dat is meer dan een verviervoudiging en komt overeen met een gemiddelde groei per jaar van 3,2 procent. Ziekenhuiszorg en ouderenzorg zijn samen in 2060 goed voor 57 procent van de totale zorguitgaven; in 2015 was dit nog iets minder dan 51 procent. Daarnaast groeit de gehandicaptenzorg in een vergelijkbaar – zij het iets lager – tempo als de ouderenzorg, van iets meer dan 9 miljard in 2015 naar bijna 30 miljard in 2060.[119] Ook deze groep zorggebruikers wordt gemiddeld ouder en heeft daarmee meer zorg nodig, terwijl ook voor deze groep in de toekomst minder mantelzorg beschikbaar zal zijn. Verder doet zich – net als in de ouderenzorg –

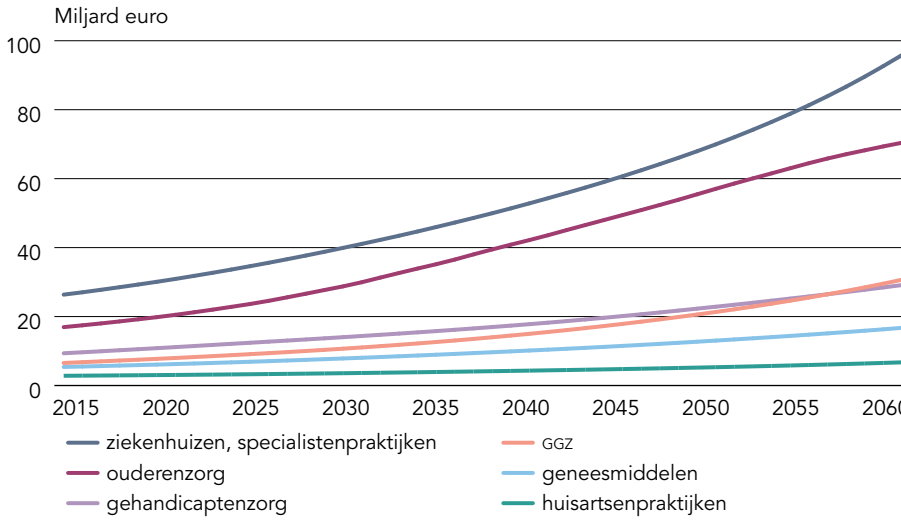
---

118 Alle hierna opgegeven kostenontwikkelingen zijn (net als in figuur 2.6) in reële termen (euro's van 2015). Vonk et al. 2020.

119 De uitgavengroei in de gehandicaptenzorg tussen 1998 en 2014 komt volgens Woittiez et al. (2014) vooral door een deelname-effect: steeds meer mensen maken gebruik van een vorm van gehandicaptenzorg. Genoemde oorzaken in deze studie zijn een groter aantal diagnosen, de ingewikkelder wordende samenleving en de verbetering van het zorgaanbod. Ook is in tegenstelling tot andere landen dit type zorg deels toegankelijk voor laagbegaafden (personen met een IQ-score tussen de 70 en 85) en juist onder deze groep is de groei bovengemiddeld (Woittiez et al. 2018).

in deze relatief arbeidsintensieve sector een sterk Baumol-effect voor.[120] De geestelijke gezondheidszorg groeit in relatief opzicht het meest. De uitgaven aan deze sector zijn in de periode 2015-2060 vervijfvoudigd, mede door het stijgend aantal mensen met psychische aandoeningen. De sterke stijging komt vooral doordat ook dementie tot deze categorie wordt gerekend. In 2015 werd er 6,5 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven; in 2060 zal dat naar verwachting meer dan 30 miljard zijn.

**Figuur 2.7** Toekomstprojectie zorguitgaven voor afzonderlijke sectoren, 2015-2060 (in miljarden euro's van 2015).




Bron: Vonk et al. 2020.

Niet alleen zijn er verschillen in ontwikkelingen tussen sectoren, ook zijn er verschillen in uitgaven aan afzonderlijke aandoeningen. Uitgesplitst naar ziekten stijgen vooral de uitgaven voor dementie, kanker en hart- en vaatziekten, waarbij volgens de *Toekomstverkenning Zorguitgaven* van het RIVM psychische en gedragsstoornissen de hoofdgroep met de hoogste toename in zorguitgaven is. De uitgaven voor deze zorg groeien naar verwachting van 20 miljard in 2015 naar bijna 83 miljard in 2060, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijks groei van 3,2 procent. Dit komt mede doordat ook de zorg voor mensen met dementie en verstandelijke beperkingen onder deze hoofdgroep vallen. Daarnaast valt op dat de zorguitgaven als gevolg van kanker sneller stijgen dan de zorguitgaven aan hart- en vaatziekten. Kanker klimt van

120 Polder 2018.

plaats vijf (2015) naar plaats twee (2060) op de ranglijst van aandoeningen met de hoogste zorguitgaven. Dit heeft vooral te maken met het gebruik van nieuwe medicijnen, die ervoor zorgen dat de toename van de mate waarin kanker voorkomt en de uitgaven aan deze aandoening uit elkaar gaan lopen. Bij hart- en vaatziekten zien we dit patroon eveneens, maar minder sterk en bij dementie lopen mate van voorkomen en uitgaven grotendeels gelijk op.[121] Nieuwe technologische ontwikkelingen (in de vorm van nieuwe medicijnen of behandelmethoden) leiden zodoende tot een 'extra' toename van de zorguitgaven.

Het RIVM ziet een "explosie" van uitgaven die in de toekomstprojecties voor kanker te zien zijn.[122] Dit betekent dat binnen de uitgaven per sector – bijvoorbeeld binnen de ziekenhuissector – een steeds groter aandeel zal worden besteed aan de behandeling van een bepaalde aandoening, in dit geval kanker. Hiervoor is alleen ruimte als er minder geld gaat naar andere aandoeningen. Dure aandoeningen kunnen daardoor de zorg voor 'goedkope' aandoeningen verdringen, met alle gevolgen van dien voor de publieke waarden van kwaliteit én toegankelijkheid van de zorg als geheel. Ook naar deze dynamiek kijken we later in dit rapport in meer detail (zie hoofdstuk 8).

**Kernpunten Gevolgen in deelsectoren van de zorg**

- Naar verwachting wordt in 2060 veruit het meeste geld uitgegeven aan ziekenhuiszorg (96 miljard euro) en ouderenzorg (70 miljard euro), maar in alle sectoren gaan de uitgaven sterk omhoog (reële bedragen in euro's van 2015).
- Vooral de uitgaven aan dementie, kanker en hart- en vaatziekten stijgen aanzienlijk. De uitgaven aan kanker "exploderen", volgens het RIVM, vooral als gevolg van nieuwe technologische ontwikkelingen.
- Psychische en gedragsstoornissen (hieronder valt de zorg voor mensen met dementie en verstandelijke beperkingen) vormt in 2060 de groep aandoeningen met de hoogste zorguitgaven (83 miljard euro).

121 Vonk et al. 2020.
122 Vonk et al. 2020.

## 2.8 Veranderende context in relatie tot de drie dimensies van houdbaarheid

Wat is nu het brede beeld dat naar voren komt uit al deze – ook weer op elkaar inwerkende - ontwikkelingen? Allereerst geldt dat voor veel van de bovenstaande ontwikkelingen niet te kwantificeren is in hoeverre ze bijdragen aan het zorggebruik. Door de interacties tussen factoren is de invloed van specifieke trends moeilijk te bepalen. We kunnen wel iets zeggen over het netto-effect van al deze trends op de financiële houdbaarheid. Dat geeft ons enig idee van de orde van grootte van de omvang van effecten, maar het beeld blijft onvermijdelijk globaal. Zo schat de OECD dat in westerse landen 12 procent van de stijging in uitgaven samenhangt met demografie, 42 procent met welvaarsstijging en 46 procent met een restcategorie waaronder met name technologie valt.[123] De constatering dat het beeld in landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau en vergelijkbare demografische ontwikkelingen, maar soms hele andere zorgstelsels, over het geheel genomen relatief vergelijkbaar is, is opmerkelijk en geeft aan dat de geschetste ontwikkelingen niet zomaar zijn te keren door het zorgstelsel anders in te richten. In hoofdstuk 6 gaan we hier nader op in.

Ondanks dat demografische factoren – en dan met name de toenemende levensverwachting – een belangrijke rol spelen in het debat over de stijgende zorgkosten, is de totale bijdrage ervan in de stijgende zorgkosten vooralsnog relatief beperkt geweest. Technologie heeft historisch gezien de uitgaven netto verhoogd – hoewel daar, zoals gezegd, in financiële zin zowel positieve als negatieve effecten achter kunnen schuilen. Bovendien hebben verruimde technologische mogelijkheden een effect op de zorgvraag, dit in combinatie met een sterkere behoefte aan keuzevrijheid bij de steeds mondiger wordende burgers. Het effect van toenemende welvaart, ten slotte, krijgt in het publieke debat weinig aandacht maar is ontegenzeggelijk groot.

Tussen sectoren varieert de mate waarin de verschillende ontwikkelingen spelen. Zo speelt het effect van betere behandelmogelijkheden door technologie vooral in de curatieve zorg, terwijl het Baumol-effect en de vergrijzing met name neerslaan in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Daar hebben demografische ontwikkelingen een veel grotere invloed op de groei van de zorguitgaven en spelen technologische ontwikkelingen en een stijgende welvaart een kleinere rol. Juist in de ouderen- en gehandicaptenzorg zal de personele houdbaarheid de komende jaren echter het snelst en het meest nijpend worden, zowel in de formele als in de informele zorg.

---

123 OECD 2015a. Het RIVM kent in zijn eigen prognoses van de totale groei in zorgvolume ongeveer een derde deel toe aan demografische factoren, en twee derde deel aan een restcategorie waaronder zowel technologie als welvaart vallen (Vonk et al. 2020).

# 3 Houdbaarheid in drie dimensies

Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor iedereen te borgen, moeten niet alleen de financiële houdbaarheid, maar ook de personele en maatschappelijke houdbaarheid op peil zijn; dat is op het moment in onvoldoende mate het geval.

In het vorige hoofdstuk keken we naar de trends en ontwikkelingen die zich voordoen in de Nederlandse zorg. In dit hoofdstuk bekijken we wat de implicaties zijn voor de houdbaarheid van de zorg in de toekomst. Zoals we in hoofdstuk 1 uiteen hebben gezet, hanteren we in dit rapport een bredere kijk op het begrip houdbaarheid dan gebruikelijk. In dit hoofdstuk werken we de mechanismen van onze brede interpretatie van houdbaarheid verder uit en kijken we hoe de drie vormen daarvan – de financiële, de personele en de maatschappelijke houdbaarheid – zich ontwikkelen. We doen dit door te kijken naar historische ontwikkelingen, de huidige situatie en prognoses voor de toekomst. In de analyse gaan we ook in op de bevinding dat de drie vormen van houdbaarheid onderlinge relaties vertonen die uiteenlopen van versterkende effecten tot een onderlinge afruil - meer van het één is minder van het ander.

## 3.1 Financiële houdbaarheid

### 3.1.1 Ontwikkeling in zorguitgaven

In de politiek is de financiële dimensie van houdbaarheid vaak de meest zichtbare. We hebben het dan over de uitgaven op macroniveau – over wat Nederland als geheel uitgeeft aan zorg –, niet over de kosten die individuele zorggebruikers ervaren. In 2019 gaven we in Nederland 101 miljard euro uit aan zorg.[1] Dat komt neer op ruim 6.000 euro per persoon en 13,1 procent van ons bruto binnenlands product (BBP). Het totale collectieve aandeel daarin besloeg 70 miljard euro en was daarmee goed voor 24 procent van de bruto collectieve uitgaven.[2] Ter vergelijking: aan defensie werd in 2019 10 miljard euro uitgegeven en aan onderwijs 40 miljard euro. Alleen aan sociale zekerheid werd een

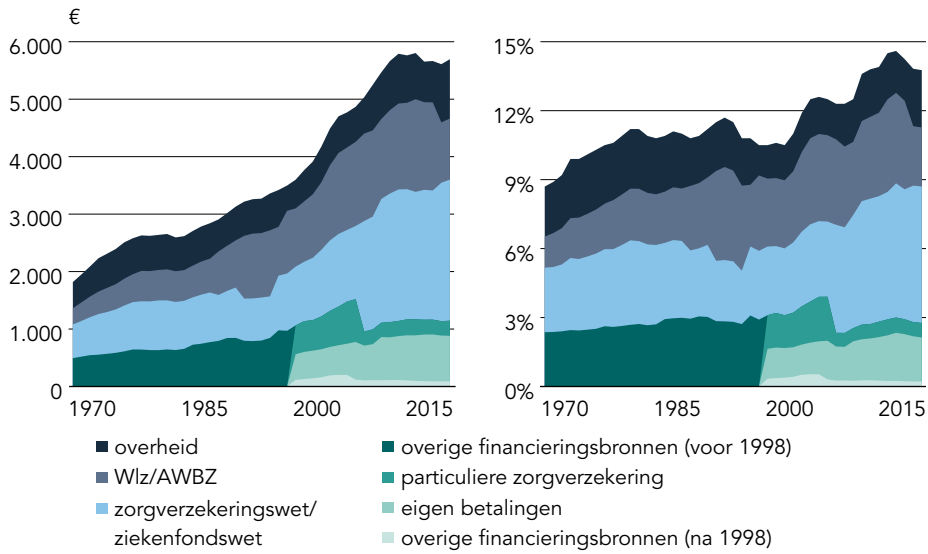
---

1 Het gaat hier om het RIVM-perspectief op de zorguitgaven. Deze definitie omvat zowel private als collectieve uitgaven, inclusief uitgaven voor welzijns- en maatschappelijke zorg, maar exclusief kinderopvang. Rekenen we die mee dan was het totaal 106 miljard (zie online appendix 2).

2 Het gaat hier om het netto Uitgavenplafond Zorg (UPZ), dat wil zeggen zonder het totaal aan verplichte eigen betalingen (samen het bruto-UPZ). Zie Rijkbegroting 2019. Zie voor meer details over de verschillende definities van zorguitgaven online appendix 2. Voor de oorsprong en rol van het UPZ in de begrotingsprocedure, zie box 3.2.

vergelijkbaar bedrag uitgegeven (81 miljard).[3] De uitgaven aan zorg lopen over de brede linie al decennialang op, zowel per persoon als ten opzichte van het BBP (tabel 3.1 en figuur 3.1). Dit betekent dat al sinds de jaren zeventig de zorguitgaven gemiddeld genomen sneller groeien dan ons totale inkomen.

**Figuur 3.1** Ontwikkeling van de totale zorguitgaven 1972-2016 (links: per capita, rechts: als aandeel van het BBP.[4]




Bron: CBS (Statline, tabellen 71988, 83039 en 82262).

Gezien de demografische en vooral technologische ontwikkelingen maar ook gezien de stijgende welvaart, is de verwachting dat de zorguitgaven ook in de toekomst sneller blijven stijgen dan de economische groei. Zo voorspelt het RIVM in een voorstudie voor dit rapport dat de reële zorguitgaven tot 2060 met gemiddeld 2,8 procent per jaar blijven stijgen, tegen niet meer dan 1 tot 1,5 procent volumegroei voor de economie als geheel.[5] Dat betekent

3 Rijksjaarverslag 2019.

4 In euro per capita, gecorrigeerd voor inflatie naar prijsniveau van 2019 (links) en als percentage van het BBP (rechts). De verdeling van uitgaven over zes verschillende financieringsbronnen zijn aangegeven met kleuren. Vóór 1998 omvat de categorie 'Overige' eveneens financiering uit eigen betalingen en uit particuliere verzekeringen, vanaf 1998 worden deze uitgesplitst. Twee relatief recente beleidswijzigingen vallen op. In 2006 ging de invoering van de zorgverzekeringswet gepaard met een collectivisering (verschuiving van particuliere verzekering naar huidige zorgverzekeringen). In 2015 werd een groot deel van de uitgaven van de AWBZ verschoven naar de gemeenten (invoering Wlz en Wmo).

5 Vonk et al. 2020. Zie voor de concreet geraamde BBP-groei CPB 2019, tabel 3.1.

dat we – bij ongewijzigde omstandigheden – op dezelfde termijn toegroeien naar een totale zorgquote (de verhouding tussen de totale uitgaven aan zorg en de omvang van de economie) van tussen de 23 en 27 procent van het bruto binnenlands product (BBP) (tabel 3.1). Onderverdeeld naar de huidige stelselwetten nemen de absolute uitgaven het sterkst toe bij de Wet langdurige zorg (Wlz)[6] – als direct gevolg van de vergrijzing en de toenemende levensverwachting (tabel 3.1).

**Tabel 3.1** Ontwikkeling en raming van de zorguitgaven, 1980-2060

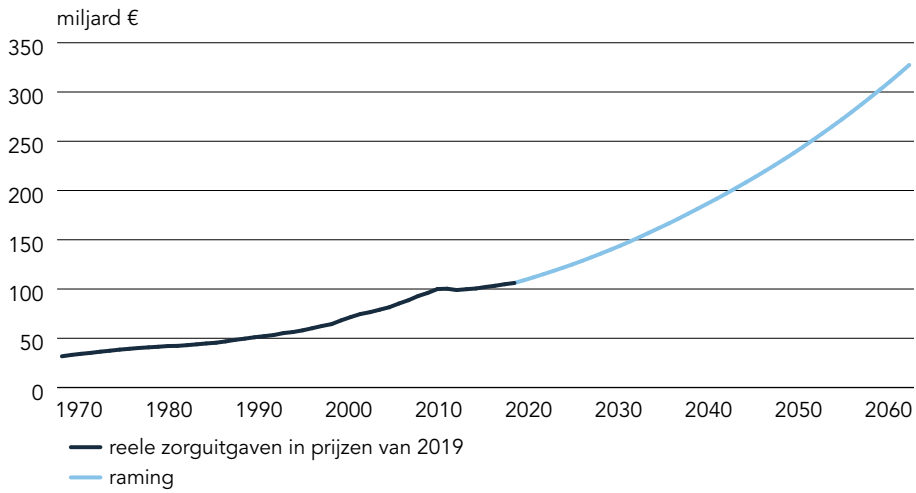
| | Realisatie | | | Raming | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1980** | **2000** | **2019** | **2030** | **2040** | **2050** | **2060** |
| Tot. reële zorguitgaven (mld euro van 2019) | 40,1 | 64,2 | 106,2 | 144,0 | 192,0 | 251,0 | 327,0 |
| Idem per persoon (euro van 2019) | 2.845 | 4.044 | 6.142 | 7.801 | 10.066 | 13.013 | 16.747 |
| Netto UPZ (% BBP) | 4,4% | 5,6% | 9,2% | 11,8% | 14,8% | 17,2% | 19,1% |
| Zvw | | | 5,5% | 6,5% | 7,7% | 8,6% | 9,3% |
| Wlz | | | 2,6% | 3,7% | 5,1% | 6,4% | 7,4% |
| Overig | | | 1,1% | 1,6% | 2,0% | 2,2% | 2,4% |
| Zorgquote (% BBP)* | 10,1% | 10,0% | 13,1% | 15,7% | 18,7% | 21,1% | 23,0% |
| Zorgquote (% BBP)** | 10,1% | 10,0% | 13,1% | 16,8% | 21,0% | 24,5% | 27,2% |
| Groei totale nominale zorguitgaven*** | | 4,8% | 4,5% | 4,6% | 4,8% | 4,3% | 4,0% |
| Groei reële uitgaven*** | | 2,4% | 2,7% | 2,8% | 2,9% | 2,7% | 2,6% |
| Reële groei BBP*** | | 2,8% | 1,4% | 1,0% | 1,1% | 1,1% | 1,2% |

* UPZ plus 1% opgehoogd met constant bbp aandeel private zorguitgaven 2019.
** idem met constant aandeel zorguitgaven privaat.
*** gemiddelde groei in de tussenliggende periode.
Bronnen: CBS, CPB, RIVM[7]

6 De verschillende stelselwetten worden in hoofdstuk 4 nader uiteengezet.
7 Alle realisaties anders dan UPZ: CBS, waarbij het BBP voor 1995 gebaseerd is op aansluiting van de historische reeks voor 1969-2012 bij de huidige definities; UPZ: CPB lange tijdreeksen overheidsfinanciën; raming bevolking: bevolkingsprognose CBS; raming reële zorguitgaven: RIVM; raming zorgquote en BBP: CPB, 'Zorgen om Morgen' (raming december 2019), reële BBP-groei bij 2% inflatie. De RIVM-raming van de zorgquote in 2060 (Vonk et al. 2020), besproken in hoofdstuk 2, komt lager uit omdat andere aannames zijn gedaan over de economische groei in de tussenliggende periode.

Het aandeel van de zorg binnen de Wlz in het totale uitgavenplafond zorg (UPZ) neemt dan ook toe van 30 naar 40 procent. Naar verwachting zal ook in 2060 nog steeds veruit het meeste geld worden uitgegeven aan ziekenhuis- en ouderenzorg.[8] In absolute zin komt dat alles neer op een verdrievoudiging van de totale reële uitgaven (figuur 3.2). Een belangrijke factor bij deze ontwikkeling is dat de productiviteit in de arbeidsintensieve sector die de zorg is, in relatieve zin achterblijft (de zogenoemde wet van Baumol; zie hoofdstuk 2), maar ook de toenemende schaarste van arbeid als gevolg van een stagnerende beroepsbevolking (zie paragraaf 3.2). Hierdoor zal voor een gelijkblijvende – laat staan toenemende – claim op het arbeidsaanbod in de zorg een relatief steeds hoger bedrag op tafel gelegd moeten worden.

**Figuur 3.2** Raming van de totale reële zorguitgaven tot 2060 (miljarden euro's)




Bron: Vonk et al. 2020.

Hoeveel we collectief uitgeven aan zorg, is overwegend een politieke keuze. Niet alleen in Nederland, maar in alle westerse landen stijgen de zorguitgaven sneller dan het macro-economisch inkomen (zie box 3.1). Die ontwikkeling kan op zich nog enkele jaren doorgaan. Het zal bijvoorbeeld nog geruime tijd duren voordat we een even groot deel van ons BBP uitgeven aan zorg als de VS (16,8 procent van het BBP in 2015).[9] Op zuiver economische gronden is het

8 Vonk et al. 2020.

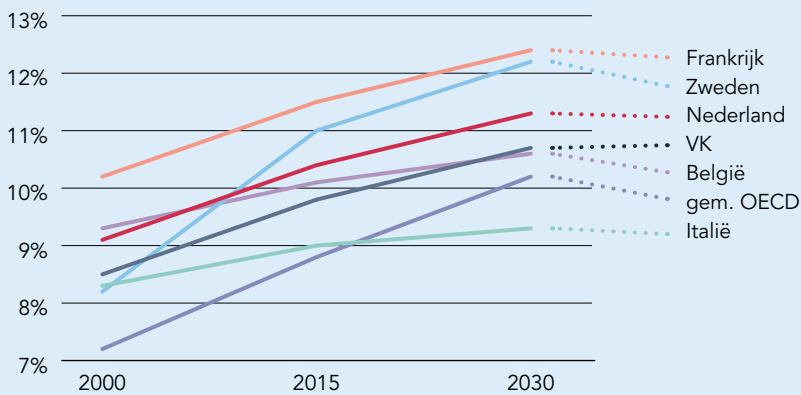
9 Ten opzichte van 10,4 procent van het BBP in Nederland in 2015, volgens de definitie voor zorguitgaven van de OECD die lager uitkomt dan de eerder in dit hoofdstuk genoemde RIVM-definitie (zie ook online appendix 1).

ook niet onverwacht dat we steeds meer uitgeven aan zorg; de welvaartsgroei in combinatie met de voorkeuren van burgers dragen daar in hoge mate toe bij (zie hoofdstuk 2).

**Box 3.1 Financiële houdbaarheid in internationaal perspectief**

De uitgaven aan de zorg als percentage van het BBP zijn in Nederland tussen 2000 en 2015 relatief snel gestegen. Ook voor de toekomst zet deze stijging volgens prognoses van de OECD door, niet alleen in Nederland maar ook in andere westerse landen (zie figuur 3.3).[10]

**Figuur 3.3** Internationale prognose zorguitgaven als percentage van BBP[11]




Bron: OECD 2019a.

Kijken we naar de verschillende componenten waaruit de zorguitgaven bestaan, dan geldt voor alle landen dat het grootste gedeelte opgaat aan curatieve zorg.[12] Voor vrijwel alle landen zijn deze kosten tussen de 5 en 6 procent van het BBP (voor Nederland is dit 5,1 procent). Vooral de Verenigde Staten (vs) liggen hier ver boven, met 11,9 procent van het BBP (niet weergegeven in de figuur). Daarentegen zijn de uitgaven voor langdurige zorg als percentage van het BBP hoog in Nederland;

10 OECD 2019a.

11 Internationaal geharmoniseerde definitie van zorguitgaven. De uitgaven die tot zorg gerekend worden onder deze definitie zijn lager dan die onder de elders in het rapport gehanteerde RIVM-definitie of dan die volgens het UPZ, zie voor meer informatie appendix 2.

12 De OECD gebruikt de categorieën geneeskundige zorg en revalidatie. Deze zijn grofweg vergelijkbaar met wat we in Nederland gewoonlijk curatieve zorg nomen. OECD, Eurostat en WHO 2017.

alleen Japan heeft een nog hoger percentage.[13] Sinds 2000 zijn de uitgaven aan langdurige zorg in alle landen gestegen.[14] De uitgaven aan genees- en hulpmiddelen liggen in Nederland lager dan in veel andere landen. Ook valt op dat alle landen slechts een klein percentage uitgeven aan preventie. In Nederland maken uitgaven voor preventie volgens de OECD-definitie 0,3 procent van het BBP uit. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland (0,4 procent), Japan (0,3 procent) en Zweden (0,4 procent). De vs en het Verenigd Koninkrijk (VK) besteden een iets hoger percentage aan preventie (0,5 procent).

Technisch gezien ligt de grens van financiële houdbaarheid daar waar de overheid niet langer in staat is geplande uitgaven via de belastingen of een oplopende staatschuld te financieren. Deze grens is niet alleen afhankelijk van de hierboven besproken zorgquote, maar ook van het niveau van andere beleidsuitgaven, de hoogte van de staatsschuld en de kredietwaardigheid van de staat. In de praktijk is de grens tussen houdbaar en onhoudbaar echter niet zo eenduidig. Voordat de grens van financiële houdbaarheid bereikt wordt, zal een sterke groei van de zorguitgaven de welvaartsgroei beïnvloeden, en daarmee de belastingbasis (via stijgende collectieve lasten), de publieke financiën of het vermogen om andere publieke sectoren te financieren. Ook de zorg beweegt zich immers in een wereld van schaarse middelen. Dat werd pijnlijk duidelijk tijdens de COVID-19-pandemie, maar speelt ook op structurelere wijze. De gevolgen van collectieve zorguitgaven die sneller toenemen dan ons inkomen, worden bepaald door de wijze waarop deze uitgaven worden gefinancierd. Daarbij zijn er drie opties: (1) het verlagen van het aandeel van andere publieke uitgaven in de overheidsuitgaven; (2) het verhogen van de collectievelastendruk (wettelijke belastingen en premies of anderszins verplichte afdrachten); en (3) het laten oplopen van de staatsschuld. Deze drie opties werken we in het vervolg van deze paragraaf nader uit.

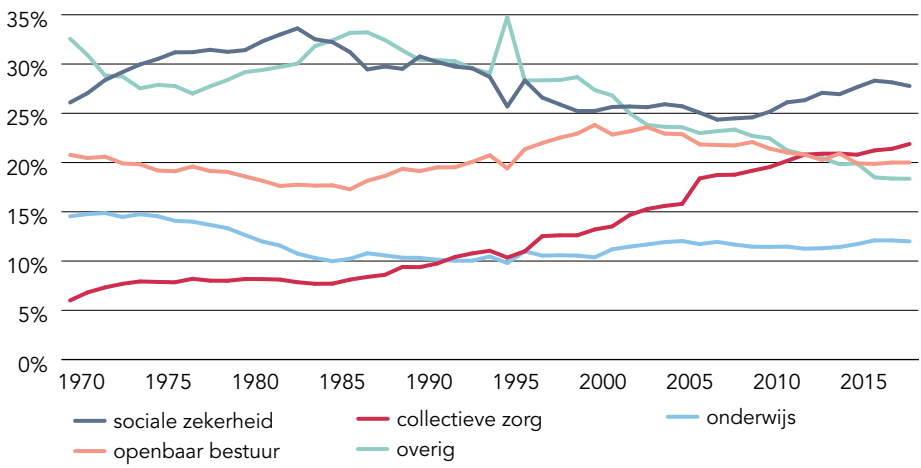
### 3.1.2 Verdringing van andere publieke uitgaven

Collectieve uitgaven aan zorg die sneller stijgen dan ons inkomen, kunnen ten eerste worden gefinancierd door het relatieve beslag van andere uitgaven op de staatskas te verminderen. Dit kan door gerichte keuzes in de begroting of doordat achteraf compensatie plaatsvindt van budgetoverschrijdingen. Zoals figuur 3.4 laat zien, doet impliciete verdringing van andere overheidsuitgaven zich al geruime tijd voor. Het aandeel van onderwijs in de totale collectieve

13 Kruse et al. 2021, bijlage 3.
14 OECD stat, Health expenditure and financing. https://stats.OECD.org/Index.aspx[21 juni 2021].

uitgaven is sinds midden jaren tachtig constant gebleven, terwijl dat van sociale zekerheid tot aan de financiële crisis structureel daalde. Ook de relatieve omvang van uitgaven aan het openbaar bestuur is na een eerdere toename sinds de eeuwwisseling afgeremd, maar vooral is het aandeel van de categorie 'overig' – waaronder defensie, landbouw en economische zaken – afgenomen. Tegenover dit alles staat dat het aandeel van de uitgaven aan zorg structureel toegenomen is. Eerst in de periode tussen 1966 en 1974 (van 4 naar 8 procent), maar vooral sinds het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw, wat heeft geleid tot het eerdergenoemde huidige beslag van ongeveer een kwart (figuur 3.4). Niet alles binnen deze ontwikkeling betrof overigens een afruil van zorg met andere beleidsterreinen. Bij de sociale zekerheid speelde de daling van de werkloosheid na de crisis van begin jaren tachtig een belangrijke rol. En onder 'overige uitgaven' vallen ook de rentebetalingen op de staatschuld. Als gevolg van een restrictief uitgavenbeleid en een dalende rente zijn deze vanaf begin jaren negentig tot aan de huidige coronapandemie trendmatig gedaald (van 6 procent van het BBP tussen 1985 en 1993 naar minder dan 1 procent vanaf 2018). Dat neemt niet weg dat Nederland er binnen de omvang van de collectieve uitgaven voor gekozen heeft om ook deze ruimte in te vullen met zorguitgaven.

**Figuur 3.4** Uitgaven per begrotingshoofdstuk als aandeel van de totale collectieve uitgaven (1970-2018)




Bron: CPB, lange tijdreeksen overheidsfinanciën.

Als aandeel van het BBP (figuur 3.1) én als aandeel van de overheidsuitgaven (figuur 3.4) zijn de zorguitgaven dus aan een lange opmars bezig. Wanneer een stijging van de zorguitgaven wordt opgevangen door relatieve uitgaven aan andere publieke taken te verminderen, is het logische gevolg dat voor deze andere publieke taken in verhouding steeds minder overblijft.[15] Daarbij kan het zelfs zo zijn dat uitgaven worden verdrongen die per saldo meer bijdragen aan de brede volksgezondheid dan de uitgaven in de zorg zelf, bijvoorbeeld via onderwijs, huisvesting of de fysieke omgeving. Deze verdringingseffecten hebben het meeste effect op lager opgeleiden en mensen met een lager inkomen. Een steeds duurder zorgpakket gaat namelijk vaak samen met verminderde aanspraken op andere terreinen die juist deze groepen treffen.[16] Een door het Zorginstituut Nederland uitgezet onderzoek heeft daarnaast laten zien dat verdringing ook

15 Vergelijk Garland 2015. Er is pas sprake van absolute verdringing bij een daling in de reële uitgaven per hoofd.

16 Van Ewijk et al. 2013.

binnen de zorg zelf voorkomt, in ieder geval binnen de curatieve zorg.[17] In het derde deel van dit rapport kijken we in meer detail naar het verschijnsel van verdringing in de zorg. We merken overigens op dat verdringing van andere beleidsterreinen door de zorg niet alleen op landelijk niveau optreedt, maar na de grote decentraliseringsoperaties in hoge mate ook bij lokale overheden. Gemeenten hebben beperkte mogelijkheden om de stijgende zorglasten (voor Wmo en jeugdzorg) op te vangen door bijvoorbeeld de gemeentelijke inkomsten te verhogen. Veel gemeenten kampen inmiddels met grote tekorten, en moeten bezuinigen op andere publieke diensten.[18] Recent heeft een arbitragecommissie dan ook geoordeeld dat het Rijk de gemeenten aanvullende middelen ter beschikking moet stellen (1,9 miljard) ten behoeve van de jeugdzorg.[19]

*Budgettair beleid en overschrijdingen*

Behalve door gerichte begrotingskeuzes vooraf kunnen overschrijdingen in de zorg ook achteraf ten laste van andere uitgaven komen. Voorafgaand aan de hoofdlijnakkoorden die vanaf 2012 op sectorniveau een plafond stelden aan de groei van de zorguitgaven, vond dergelijke compensatie tussen de zogeheten 'budgetdisciplinesectoren' plaats. Al direct vanaf de introductie van het trendmatig begrotingsbeleid in 1994 werd het Budgettair Kader Zorg (BKZ, nu het Uitgavenplafond Zorg, of UPZ; zie box 3.2) jaarlijks overschreden.[20] Tussen 1995 en 2013 vond voor in totaal 26,6 miljard euro aan overschrijdingen plaats op het UPZ, die achteraf gecompenseerd werden vanuit andere budgetdisciplinesectoren – gelijk aan ruim 40 procent van het UPZ in het laatstgenoemde jaar. In hoofdstuk 5 bespreken we de beleidsgeschiedenis achter deze ontwikkeling.

**Box 3.2 Trendmatig begrotingsbeleid en het Uitgavenplafond Zorg**

Als onderdeel van het trendmatig begrotingsbeleid leggen coalitiepartijen sinds 1994 als onderdeel van de kabinetsformatie een meerjarig plafond voor collectief gefinancierde zorguitgaven vast. Dit Uitgavenplafond Zorg (UPZ) stelt een bovengrens aan de *netto*-uitgaven, dat wil zeggen exclusief eigen betalingen (bij elkaar opgeteld vormen die samen het *bruto UPZ)*. De financiële bijlage bij het Regeerakkoord en de zogeheten Startnota kaderen daarnaast de totale toelaatbare uitgavengroei in voor de drie zogeheten budgetdisciplinesectoren: de

17 Adang et al. 2018. Het blijft wel moeilijk om verdringing concreet aan te wijzen op het niveau van specifieke vormen van zorg.
18 AEF 2020.
19 Van der Kaaden 2021.
20 Jeurissen 2016; Algemene Rekenkamer 2016. De uitzondering was 2006.

totale Rijksbegroting in enge zin (exclusief zorg en sociale zekerheid), sociale zekerheid en arbeidsmarkt, en de zorg (via het UPZ). Voor tegenvallers moet de relevante minister compensatie vinden binnen zijn eigen begroting, zodat de uitgaven onder het plafond blijven. Daartoe mogen ook meevallers worden gebruikt, maar niet als het gaat om nieuw beleid. Compensatie *tussen* de budgetsectoren kan volgens de regels alleen in uitzonderlijke omstandigheden, als de ministerraad daartoe expliciet beslist.

Tegelijkertijd werd er wel degelijk bezuinigd om de tekorten niet nog verder op te laten lopen. Zo zijn er incidenteel maatregelen getroffen om het UPZ te verlagen; denk aan de verwijdering uit het basispakket van fysiotherapie en tandheelkunde voor personen boven de achttien jaar. Niettemin vormden buiten de zorgsector om gecompenseerde overschrijdingen de belangrijkste oorzaak voor de sterkere groei van zorguitgaven tot 2012. Juist om deze vorm van afwenteling uit te bannen is het binnen de begrotingsregels alleen in uitzonderlijke omstandigheden toegestaan om de rekening naar andere sectoren te schuiven. Dat dit toch structureel gebeurde, laat zien hoezeer politici moeite hadden om het begrotingsproces leidend te laten zijn voor de feitelijk gerealiseerde zorg. De uitkomsten lijken in die zin op de situatie in de vroege jaren tachtig, toen overschrijdingen in met name de sociale zekerheid domineerden.[21]

### *Gevolgen van verdringing*

Figuur 3.4 laat zien dat het lange tijd mogelijk was om de zorguitgaven ten opzichte van andere uitgaven te laten groeien. En ook uitgedrukt als percentage van het BBP zijn de collectieve uitgaven aan zorg sinds midden jaren zestig structureel gestegen, ten koste van andere beleidsdoelen. De omstandigheden waarbinnen een dergelijke uitruil in de toekomst plaats zou moeten vinden, zijn echter veranderd. Dat is op de eerste plaats een puur kwantitatief gegeven: naarmate zorguitgaven een groter deel van de overheidsbegroting vormen, wordt het moeilijker een uitgavenstijging op te vangen binnen andere onderdelen: 1 procent extra zorguitgaven is ruwweg goed voor een tiende van de totale defensiebegroting en de helft van alle uitgaven aan cultuur. Ten tweede zijn er personeelstekorten in meerdere delen van de publieke sector die een opwaartse druk op de lonen en daarmee op de uitgaven tot gevolg hebben. Ten derde hebben relatief steeds lagere uitgaven aan onderzoek en onderwijs

21 Over de strategische afwenteling van 'tegenvallers' onder de kabinetten van de jaren tachtig en het effect daarvan op de feitelijke uitgavenontwikkeling (tegenover geplande bezuinigingen), zie Toirkens 1988.

negatieve effecten op fundamenteel onderzoek, toegepaste technologie, scholing en productiviteitsgroei, en daarmee op het verdienvermogen. Ten slotte lopen, ondanks de verhoging van de AOW-leeftijd, de uitgaven voor een welvaartsvaste sociale zekerheid door de vergrijzing op.

Kortom, er zijn niet alleen nieuwe maatschappelijke en politieke wensen met een bijhorend budgettair beslag, ook heeft het bereikte niveau van de collectieve zorguitgaven macro-economische implicaties. En tot op zekere hoogte begint het ons nu parten te spelen dat de publieke uitgaven op andere beleidsterreinen eerder werden teruggebracht. Het valt dan ook niet te verwachten dat het aandeel van de overheidsuitgaven aan andere beleidsterreinen zal kunnen blijven dalen. Verdere verdringing kan ertoe leiden dat het basisniveau van bijvoorbeeld sociale zekerheid, openbaar bestuur of onderwijs onder druk komt te staan. Daarnaast kan verdringing betekenen dat er minder geld is voor andere beleidsdoelen waarmee tegen lagere kosten meer gezondheidswinst kan worden geboekt. Het is kortom niet reëel te verwachten dat groeiende zorguitgaven zonder consequenties ten koste kunnen blijven gaan van andere publieke doelen.

### 3.1.3 Verhogen van de collectieve lasten

Een tweede optie om de collectieve zorguitgaven te financieren is door de collectieve lasten te verhogen. In de zorg zijn de belangrijkste knoppen waaraan de overheid kan draaien die van de belastingen, de premie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en die van de werkgeversbijdrage in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het is de markt die de nominale premie voor zorgverzekeringen (Zvw) bepaalt, al kan de overheid wel invloed uitoefenen op de grenzen van het pakket, en daarmee op de premie. Daarnaast kan de overheid de eigen betalingen sturen – deze bestaan vooral uit het eigen risico in de Zvw en de eigen bijdrage in de Wlz. En ten slotte kan zij in algemene zin belastingen en heffingen instellen of verhogen om (een deel van de) zorg via de algemene middelen te financieren. Deze opties slaan uiteindelijk neer bij huishoudens of bedrijven – waarbij de verdelingsvraag uiteraard een politieke kwestie is.

Zorguitgaven dragen door een verhoogde inzetbaarheid en productiviteit van de beroepsbevolking bij aan het verdienvermogen van het land.[22] Maar door de plaats waar de baten van zorg vooral neerslaan – bij ouderen en mensen buiten het arbeidsproces – hebben ze in economische zin vooral een consumptief en herverdelend karakter (box 3.3). De baten van de zorg leiden dus slechts beperkt tot gemonetariseerde welvaart die aan de financiering van die zorg bijdraagt. Daarmee functioneert de zorg in belangrijke mate als een omslagstelsel op

22 Polder et al. 2020.

basis van belastingen en premies (die door het verplichte karakter in feite ook belastingen zijn). Doordat de meeropbrengsten van de stijgende uitgaven aan de zorg afnemen (box 3.3), is het waarschijnlijk dat een collectievelastendruk die blijft stijgen om de zorg te financieren, de economische groei zal vertragen. En die vertraging van de economische groei zal vervolgens de mogelijke groei van de publieke uitgaven beperken.[23]

**Box 3.3 Kosten en baten van collectieve zorg**

De baten van de zorg zijn groot. Vanaf het laatste kwart van de negentiende eeuw waren het vooral een betere riolering, watervoorziening en gebouwde omgeving die de levensverwachting hebben verhoogd, maar vanaf de naoorlogse periode geldt dat voor de zorg. In Nederland was de zorg namelijk goed voor zes van de sinds 1950 gewonnen tien jaar.[24] Ook heeft de zorg onze kwaliteit van leven sterk verbeterd. In economisch opzicht draagt goede zorg bij aan een beroepsbevolking die niet alleen beter en, na ziekte, sneller inzetbaar is, maar ook aan de arbeidsproductiviteit. Zorgbaten zijn echter niet gratis en uitgaven moeten afgewogen worden tegen andere publieke doelen. Berekeningen in het onderzoek *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg* dat het RIVM voor dit rapport heeft uitgevoerd, laten zien dat de gekwantificeerde brede baten van de zorg de kosten tot nu toe overtreffen.[25] Dat betekent echter niet dat dit in de toekomst ook zo blijft. Het rendement van hogere zorguitgaven daalt namelijk: de baten van extra uitgaven aan de zorg nemen af naarmate we er meer aan uitgeven. Of in andere woorden: het kost steeds meer om dezelfde hoeveelheid aanvullende gezondheidswinst te boeken. Bovendien slaat het profijt van zorg – zoals het RIVM aangeeft – overwegend neer bij groepen die buiten het arbeidsproces staan, voornamelijk ouderen. Ten slotte moet niet alleen gekeken worden naar de vraag of de investering meer oplevert dan dat ze kost, maar ook of een alternatieve besteding tot grotere (gezondheids)baten zou leiden.

23 Jacobs 2015. Bovendien nemen de ontvangsten van premies en belastingen (afhankelijk van het type en de mobiliteit van productiefactoren) bij hogere tarieven niet langer proportioneel toe. Het instrument wordt daardoor uitgehold en de financieringsbasis voor collectieve uitgaven blijft achter.

24 Pomp 2010.

25 Polder et al. 2020.

In economische zin kunnen vier effecten van stijgende collectieve lasten worden onderscheiden. Ten eerste zal een stijging van de lastendruk tot een verdringing leiden van de particuliere bestedingen.[26] Voor zover die verschuiving aansluit bij de voorkeur van burgers voor meer zorg is het effect daarvan niet problematisch. Wanneer de groei van de particuliere consumptie echter achterblijft, of grotendeels door premies en belastingen wordt geabsorbeerd, verandert dat. De baten van meer zorg hoeven in die situatie niet te blijven opwegen tegen de hogere kosten en de steeds kleinere ruimte voor groei in de overige consumptie.

Ten tweede hebben hogere collectieve lasten een ongunstig effect op het aanbod van arbeid, en daarmee op de welvaartsgroei. Dit raakt ook aan de personele houdbaarheid. Omdat de oorzaak financieel is, bespreken we het punt echter hier. Schattingen van specifiek Nederlandse arbeidsaanbodseffecten voor verschillende groepen suggereren dat een verhoging van de *marginale* belastingdruk – het deel van elke extra verdiende euro dat een werknemer moet afdragen als verplichte belasting of premie – vooral effect heeft op de beslissing om meer of minder uren te werken, terwijl de *gemiddelde* lastendruk met name de beslissing raakt om wel of niet aan het arbeidsproces deel te nemen. Vooral de beslissing van vrouwen over het aantal te werken uren lijkt daarbij gevoelig te zijn voor financiële prikkels.[27] Dit is van belang omdat 82 procent van alle werkenden in de zorg vrouw is (zie paragraaf 3.3). De hogere lastendruk die nodig is om verder stijgende zorguitgaven te betalen, kan zodoende indirect bijdragen aan personeelstekorten in de zorg.

Ten derde gaan soortgelijke gedragseffecten op voor ondernemerschap, al is de empirische kennis daarover minder exact. Hoge belastingen en premies voor bedrijven leiden ertoe dat er van de brutoverdiensten een steeds kleiner deel overblijft. Hierdoor neemt de prikkel tot ondernemen af, met een negatief effect op de groei.[28] De verwachting dat de lasten in de toekomst stijgen, versterkt dit negatieve effect. Dit effect rust in de praktijk op de algemene belastingen op de onderneming, maar staat via de werkgeversbijdrage ook in direct verband met de stijgende uitgaven aan zorg.[29]

---

26 Huishoudens kunnen in theorie ook hun besparingen verlagen of hun vermogen aanspreken om hun gewenste consumptie op peil te houden. Beide opties zijn echter eindig. Bovendien wordt de Nederlandse situatie gekenmerkt door het feit dat in het door het kapitaalgedekte pensioensysteem de vrije besparingen relatief laag zijn en de vermogens van werknemers niet toegankelijk.

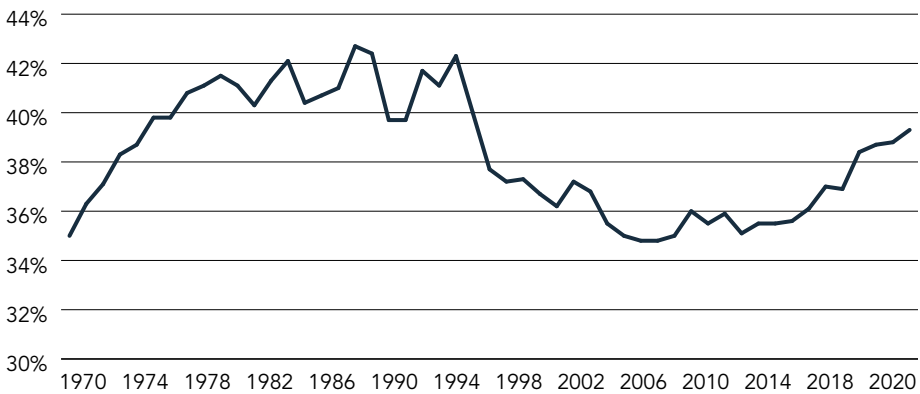
27 Mastrogiacomo et al. 2011. Voor een internationaal overzicht van arbeidsaanbodelasticiteiten van vrouwen, zie Killingsworth en Heckman 1987.

28 Vergelijk Alesina en Rodrik 1994; Alesina en Perotti 1995; Alesina et al. 2002.

29 Vergelijk Baicker en Chandra 2005.

Tot slot leidt een stijgende collectievelastendruk tot hogere kosten van vooral arbeid, en daarmee van de productie. Bovendien zullen die lasten als gevolg van de vergrijzing door een relatief steeds kleinere groep moeten worden opgebracht. Gezien de openheid van de Nederlandse economie raakt dit de internationale concurrentiepositie, waardoor, ook via de buitenlandse handel, de groei wordt afgeremd.[30]

**Figuur 3.5** Collectieve lasten in Nederland, 1970-2019 (% BBP)



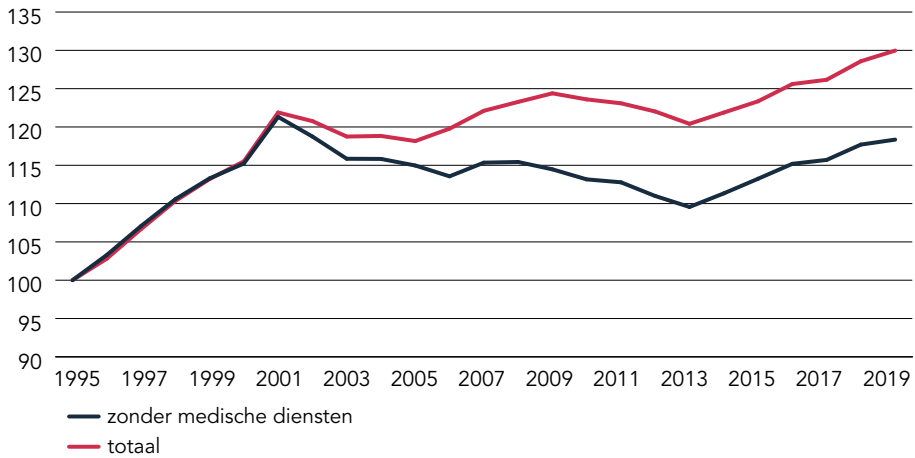

Bron: CPB, kerngegevenstabel cep 2021.

Deze vier mechanismen zijn niet alleen in theoretisch opzicht of voor de lange termijn relevant, maar doen zich al enige tijd voelen. Figuur 3.5 toont de som van de geheven belastingen en wettelijke premies als percentage van het BBP. Na een scherpe daling tussen midden jaren negentig en 2003 zijn de collectieve lasten – net als in de periode voor 1979 – in het laatste decennium structureel opgelopen. Met name na 2009 is de stijging van de zorgquote gepaard gegaan met een trendmatige toename van de collectieve lasten. Bij het huidige niveau van 39 procent van het BBP (2019) zijn we terug op het niveau van 1994 en is van de tot 2003 gerealiseerde daling 60 procent opnieuw ingevuld.[31]

30 Zie ook Ministerie van Financiën, 2020, hoofdstuk 2. Zoals eerder geconstateerd, valt daarbij op te merken dat stijgende zorgkosten zich in alle OECD-economieën voordoen. Om die reden is de reikwijdte van dit effect binnen die kring beperkt, maar groter in relatie tot opkomende economieën.

31 De feitelijke collectieve lastendruk is bovendien hoger dan die van alleen belastingen en wettelijke premies. De oorzaak daarvoor ligt in wat bekend staat als 'Non-Tax Compulsory Payments'. In het Nederlandse geval zijn die met name hoog door het pensioenstelsel en de premie voor de Zvw. Gemiddeld over verschillende huishoudtypen en inkomens tussen 67 en 167 procent van het gemiddeld loon lag de totale WIG in Nederland in 2019 13 procent boven het gemiddelde voor de OECD (Brys 2011; geactualiseerde data in OECD 2021). Omdat pensioenpremies een combinatie van uitgesteld loon en belegging zijn en de Zvw-premie onafhankelijk is van economische activiteit gaat hiervan echter niet eenzelfde effect uit.

**Figuur 3.6** Index van het reële inkomen van het gemiddelde huishouden, inclusief en exclusief het gebruik van zorg uitgedrukt relatief ten opzichte van het inkomen in 1995 (1995=100)




Bron: bewerking van datalevering CBS (uitsnede Nationale Rekeningen).

Deze dynamiek heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling van het reële inkomen van huishoudens. Gemeten vanaf 1995 heeft de zorg bijna 40 procent van de reële groei geabsorbeerd (figuur 3.6).[32] Sinds 2001 is de toename in het besteedbaar inkomen zelfs meer dan volledig geabsorbeerd door de consumptie van medische diensten en welzijnszorg. Sinds twee decennia geven we onze volledige welvaartsstijging uit aan meer en betere zorg. Voor de studie *Toekomst voor de Zorg* uit 2013 berekende het Centraal Planbureau (CPB) dat zelfs in een relatief terughoudend scenario – waarin de collectief gefinancierde zorguitgaven in 2040 oplopen tot 22 procent van het BBP – een tweeverdienersgezin met een anderhalf modaal inkomen 36 procent van het bruto-inkomen kwijt zal zijn aan belastingen en premies om de zorg te financieren.[33] In een tweede – hogere – scenario loopt dit zelfs op tot 47 procent. Het is sterk de vraag of

32 Omdat het aantal personen per huishouden daalt (en het aantal huishoudens daarmee stijgt) neemt bij een ongecorrigeerd begrip daarvan ook vanzelf het gemiddelde inkomen af. Hiervoor is gecorrigeerd door de cijfers te berekenen op basis van de gemiddelde omvang voor 2019. De gehanteerde definitie is aldus het totale reële inkomen van huishoudens volgens de Nationale Rekeningen, gedeeld door de totale bevolking, gedeeld door de gemiddelde omvang van huishoudens in 2019. Die bedroeg 2,15 personen in 2019 en was in 1995 2,35 personen.

33 Van Ewijk et al. 2013; Van der Horst et al. 2011. In deze studies hanteerde het CPB een ruimere afbakening van het begrip collectief gefinancierde zorg dan die van het UPZ-plafond in onder meer de periodieke houdbaarheidsanalyses. Hierdoor ligt de zorgquote rond 1 procent van het BBP hoger.

mensen bereid zullen zijn om een derde tot de helft van hun gezinsinkomen uit te geven aan zorg, ook al wensen ze blijkens opinieonderzoeken tegelijkertijd kwalitatief steeds betere zorg (zie paragraaf 3.3). We zouden de verdelingseffecten van de lasten natuurlijk anders kunnen leggen door deze deels weg te nemen van huishoudens en arbeid. Dat zou maken dat het gewicht van de verschillende economische mechanismen anders komt te liggen, maar zou de omvang van het vraagstuk vanzelfsprekend niet veranderen.

Net als bij de mogelijkheid om de zorggroei te financieren door verdringing van andere collectieve uitgaven, is de ruimte voor financiering op basis van collectieve lasten dus niet alleen begrensd maar in vergelijking met de laatste decennia ook kleiner geworden. Met een totale zorgquote die naar verwachting na 2040 boven de 20 procent uitkomt (tabel 3.1), lijkt financiering via hogere lasten dan ook ontoereikend om de voorziene stijging van de zorgquote te kunnen opvangen zonder de geschetste nadelige effecten.

### 3.1.4 Staatsschuld

Als derde en laatste route is het mogelijk de staatsschuld te laten oplopen teneinde voor de stijgende vraag naar zorg te betalen. Onder invloed van het economisch herstel vanaf 2014 was de Nederlandse staatsschuld in 2019 teruggelopen van 68 naar 49 procent van het BBP. Bovendien voorzag het CPB onder ongewijzigde externe omstandigheden en bij het voorgenomen beleid een verdere daling van de staatsschuld. Zowel de uitgaven aan de verschillende steunprogramma's in verband met de coronacrisis als de lagere economische activiteit en de daardoor teruglopende inkomsten hebben de schuldquote echter doen toenemen. In 2020 bedroeg het schuldaandeel 55 procent en dit zal, op basis van de meest recente ramingen van De Nederlandsche Bank (DNB), in 2021 oplopen tot ruim 56 procent, om vervolgens af te nemen naar 52 procent van het BBP in 2023.[34] Afhankelijk van het economisch herstel, de druk op de uitgaven en de keuzes met betrekking tot het tempo waarin het tekort moet worden teruggebracht, daalt dit aandeel naar verwachting in latere jaren.

Ondanks de gebeurtenissen van de meest recente jaren beschikt Nederland nog steeds over een significante ruimte om bij de huidige zeer lage rente over te gaan tot een ruimere mate van schuldfinanciering. Financiering van de collectieve uitgaven uit schuld hoeft op termijn niet tot onhoudbare publieke financiën te

34 DNB 2021.

leiden, maar dat geldt alleen onder specifieke voorwaarden.[35] Allereerst moet het gaan om incidentele uitgaven. Hieraan voldoet de zorg niet. Zorguitgaven zijn namelijk bijna geheel structureel van aard; het gaat immers niet om eenmalige, maar om jaarlijks terugkerende uitgaven. Het lenen van structurele uitgaven leidt ertoe dat er niet alleen rente betaald moet worden op het tekort van het huidige jaar, maar ook op alle voorgaande tekorten. Dit leidt tot een versneld oplopende schuldratio. Een tweede belangrijke voorwaarde is dat het moet gaan om in economische zin productieve bestedingen, om investeringen die het verdienvermogen van de economie verbeteren. Het gaat dan om investeringen die de schuldquote niet raken omdat de noemer, het BBP, op evenredige wijze toeneemt. Een voorbeeld zijn investeringen in innovatie of infrastructuur. Hoewel de zorguitgaven een dergelijke component omvatten, voldoet – zoals we eerder zagen – het grootste deel daarvan niet aan die norm. Dat komt doordat een groot deel van de zorguitgaven bestemd zijn voor mensen die buiten het arbeidsproces staan. Dat betekent uiteraard niet dat er geen brede, niet-financiële, maatschappelijke baten mee gemoeid zijn, maar wel dat de financiële houdbaarheid alleen in stand blijft als die baten ook verzilverd kunnen worden.[36]

De schuldquote zal, bij uitgaven die gefinancierd worden door te lenen, dus blijven oplopen. Bovendien zal de rentelast – afhankelijk van de stand van die rente in relatie tot de hoogte van de schuld en het kredietrisico – andere uitgaven verdringen of leiden tot hogere lasten. Doorgeschoven verplichtingen vormen bovendien een risico als ze tegen een hogere rente geherfinancierd moeten worden. Dat is mede daarom relevant omdat het risico op financiële crises en een herwaardering van schulden de laatste decennia structureel is toegenomen.[37] Uiteindelijk komt de kredietwaardigheid van de staat in het geding. Voor die tijd hebben een hoge schuld en een door kredietrisico's oplopende rente remmende effecten op de economie als geheel.

---

35 Onder meer onder invloed van een rede uit 2019 door IMF-hoofdeconoom Oliver Blanchard (Blanchard 2019) is discussie ontstaan over nut en noodzaak van overheidsleningen. De dragende constatering is daarbij dat voor meerdere landen de huidige nominale inkomensgroei de rente op schuld overtreft. Gegeven dat de overheid niet gehouden is af te lossen (maar wel moet herfinancieren), leidt dit tot een vergrote fiscale ruimte. Dit geldt echter alleen voor incidentele uitgaven (de schuldquote daalt dan op termijn). Bijkomende overweging is dat sinds de jaren tachtig financiële stabiliteitsrisico's structureel zijn toegenomen (Taylor 2012; WRR 2016).

36 Polder et al. 2020.

37 Vergelijk Taylor 2012; Schularick en Taylor 2012; Jordá et al. 2016.

**Kernpunten financiële houdbaarheid**

- De kosten van de zorg lopen sneller op dan ons macro-economisch inkomen. Naar verwachting geven we rond het midden van de eeuw meer dan 20 procent van het BBP uit aan zorg. Een vergelijkbare ontwikkeling doet zich voor in alle westerse landen.
- Het niet beperken van groeiende collectieve zorguitgaven leidt tot verdringing van andere uitgaven, tot hogere lasten voor burgers en bedrijven of tot een oplopende staatsschuld.
- De afgelopen decennia is de zorg de enige grote publieke sector geweest die als percentage van het BBP structureel meer middelen ter beschikking heeft gekregen. Gezien de gestegen omvang van de zorg is een dergelijke impliciete verdringing van andere beleidsdoelen niet vol te houden zonder schade toe te brengen aan de publieke waarden in die sectoren, en mogelijk zelfs aan de totale volksgezondheid.
- De baten van extra uitgaven aan zorg nemen af naarmate die uitgaven hoger zijn. Bovendien slaat het profijt van de zorg vooral neer bij mensen die buiten het arbeidsproces staan. Dit heeft negatieve implicaties voor de economische groei en de belasting- en premiebasis, en daarmee voor de financiële houdbaarheid van de zorg.
- Sinds 2001 wordt de toename in besteedbaar inkomen meer dan volledig geabsorbeerd door de consumptie van collectieve zorg. Als de zorguitgaven in de nu geraamde mate blijven stijgen, geven gezinnen in 2040 een derde tot de helft van het bruto-inkomen uit aan zorg.
- Financiering van structurele uitgaven door de staatsschuld te laten oplopen is geen houdbare benadering, ook niet bij de huidige lage rente.

## 3.2 Personele houdbaarheid

### 3.2.1 Personele tekorten en arbeidsomstandigheden in de zorg

Het debat over de houdbaarheid van de zorg is sinds de economische crisis van de jaren tachtig van de vorige eeuw vooral gericht geweest op de betaalbaarheid ervan. Toch zijn het niet de verdringing van andere publieke taken, de achterblijvende groei van de belasting- en premiebasis of de oplopende lasten die op de korte termijn de houdbaarheid van de zorg beperken. Gegeven de verwachte

arbeidsvraag, het historisch gezien ongekende fenomeen van een stagnerende beroepsbevolking en de, gegeven het al bereikte hoge niveau, beperkte rek in de arbeidsparticipatie is het aannemelijk dat de personele houdbaarheid in de zorg een acuter probleem vormt dan de betaalbaarheid. Net als bij de stijgende zorguitgaven is dat, zoals blijkt uit box 3.4, overigens geen uniek Nederlands fenomeen. Demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing grijpen in alle westerse landen aan op zowel de vraag naar zorg als het arbeidsaanbod. Hierdoor zullen bij de tot nu toe gebruikelijke arbeidsintensiteit van de zorg de tekorten aan personeel verder toenemen. In deze paragraaf gaan we in op de huidige personele tekorten in de zorg en gerelateerde problemen als arbeidsomstandigheden en uitstroom, en kijken we vooruit naar de te verwachten tekorten op de lange termijn (tot 2060).

**Box 3.4 Personele houdbaarheid in internationaal perspectief**

In alle Europese landen worden tekorten aan zorgpersoneel in de toekomst steeds nijpender.[38] Het gaat hierbij niet alleen om verplegend en verzorgend personeel, maar ook om artsen. Een belangrijke factor is de vergrijzing onder het zorgpersoneel in combinatie met een grotere zorgvraag door de ouder wordende bevolking. Ook een relatief hoog verloop onder het zorgpersoneel, als gevolg van relatief lage verdiensten, lange werkdagen en stressvol werk, speelt in Europees verband, zo blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek onder Europese verpleegkundigen in twaalf landen.[39] In veel landen is er ook zorg over de huidige en toekomstige tekorten aan huisartsen.[40] Terwijl in bijna alle landen het aantal artsen per hoofd van de bevolking is toegenomen, neemt het aandeel huisartsen in de meeste landen af. Het probleem speelt met name in de meer afgelegen rurale gebieden (naast Nederland bijvoorbeeld ook in Finland, Frankrijk, Duitsland en Roemenië).[41] Ook tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg zullen in de toekomst in veel landen een steeds groter probleem gaan vormen.[42] In een aantal landen speelt daarnaast de deeltijdfactor een rol. Onder het zorgpersoneel zijn vrouwen veruit in de meerderheid (82 procent). In België (41 procent), Duitsland (47 procent), maar vooral Nederland (73 procent) werkt een groot deel van de vrouwen in deeltijd.

38 Europese Commissie 2010.
39 RN4CAST 2012.
40 OECD 2018.
41 Zie Nivel en Prismant 2019 (factsheets over 20 regio's): https://www.ssfh.nl/werken-in/arbeidsmarkt-in-cijfers/regionale-cijfers/. Zie internationaal Europese Commissie 2010.
42 Zie Kruse et al. 2021.

Overigens staat Nederland ook bovenaan wat betreft het aandeel in deeltijd werkende mannen (23 procent; andere Europese landen onder de 10 procent).[43] Nu neemt het aantal uren dat vrouwen werken in Nederland wel toe, maar het grote aandeel deeltijdwerkers betekent hoe dan ook dat hier in vergelijking met andere landen meer zorgpersoneel nodig is om tekorten op te vangen.

### *Huidige personele tekorten in de zorg*

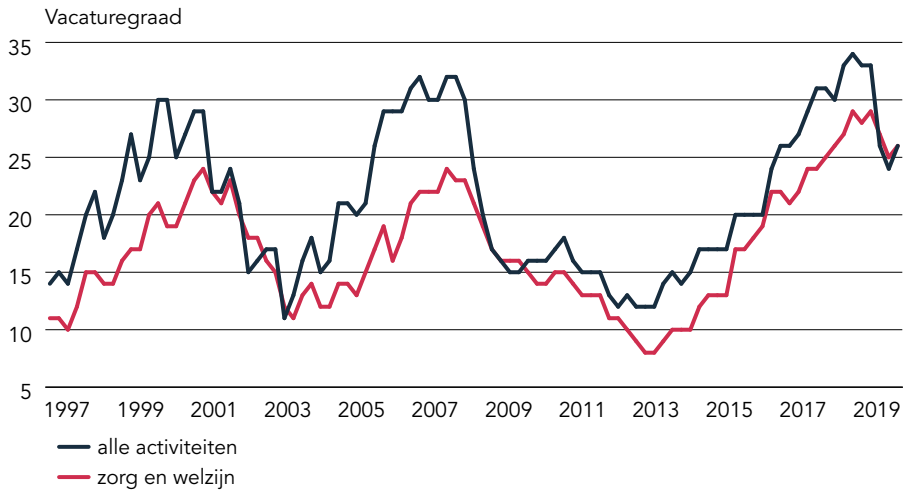
Zoals figuur 3.7 laat zien, loopt de vacaturegraad (het aantal vacatures per 1.000 banen) sinds het aantrekken van de economie vanaf 2014 – tot de uitbraak van het coronavirus in maart 2020 – in de gehele economie op. Ook in de zorg bestonden er personeelstekorten, het meest bij verzorgenden in de thuiszorg, maar ook bij verpleegkundigen, psychologen en huisartsen.[44] In het licht van deze tekorten is de afgelopen jaren het nodige in werking gesteld om knelpunten op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel te verminderen. Niet alleen in de vorm van gerichte werving en stimulering, zoals binnen het *Actieprogramma Werken in de Zorg*, maar ook in de opleidingen. De uitstroom uit de hbo-opleidingen verpleegkunde is toegenomen van een min of meer constant niveau van rond 2.400 per jaar tot 2013 naar ruim 4.400 in 2018.[45] Mede hierdoor nam de gerealiseerde werkgelegenheid opnieuw toe (in uren sinds 2016, in mensen vanaf 2017), steeg de instroom in banen en zorgopleidingen en is het tekort voor de komende jaren wat minder omvangrijk dan eerder werd verwacht.

Desondanks bestonden er ook aan de vooravond van de coronacrisis nog altijd structurele tekorten. In de voortgangsrapportage *Werken in de Zorg* van eind 2019 was de bevinding dat het tekort beperkter zou uitvallen dan gevreesd, maar werd voor 2022 nog altijd uitgegaan van een tekort van 80.000 werknemers.[46] De feitelijke stand van zaken in het laatste kwartaal van 2020 was bovendien dat het aantal openstaande vacatures zich met 36.700 nog altijd op recordniveau bevond.[47] In 2019 (voor de coronapandemie) ontstonden in totaal 169.000 vacatures: 30 procent meer dan op het hoogtepunt tot dan toe

43 Brakel et al. 2020.
44 Van der Werff et al. 2019.
45 Bron: CBS Statline. Het jaarlijks aantal afstuderende basisartsen is, mede onder invloed van beperkende maatregelen bij de toelating, sinds 2012 gedaald van 3.742 naar 2.717 in 2018.
46 Commissie Werken in de Zorg 2019.
47 CBS, Statline. Deze getallen hebben opnieuw betrekking op de brede definitie van Gezondheids- en Welzijnszorg volgens de Standaardbedrijfsindeling (Sbi 2008). Het aantal openstaande vacatures voor 2019 bedroeg 37.400, voor 2020 36.600 duizend. In de twee daaraan voorafgaande decennia was het gemiddelde 19.600 (1999-2008 en 2009-2018).

in 2008. Het aandeel werkgevers in de zorg dat aangaf te maken te hebben met moeilijk vervulbare vacatures, was hoog. Voor vrijwel alle ziekenhuizen (94 procent) gold dit, evenals voor de GGZ (84 procent), de verpleegzorg (76 procent) en de gehandicaptenzorg (68 procent).[48]

**Figuur 3.7** De vacaturegraad in de gehele economie en in de sector zorg en welzijn, 1997-2020 (seizoensgecorrigeerde kwartaaldata). De vacaturegraad is het aantal openstaande vacatures per 1.000 banen.




Bron: CBS, Statline.

In de verpleging en verzorging spitsen de tekorten zich toe op banen op mbo-niveau 3 en hoger. Daarbij gaat het zowel om gespecialiseerde verpleegkundigen op de intensive care (IC) en de spoedeisende hulp, als om verpleging in de wijk en in de GGZ. Het door de Intelligence Group verrichte *Arbeidsmarkt Gedragsonderzoek* voor 2019 laat zien dat de vacaturedruk (het aantal vacatures per baanzoekende) voor het genoemde scholingsniveau gemiddeld één op vier bedroeg – iedere actieve baanzoeker had de keuze uit vier vacatures. Onder wijkverpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen was deze verhouding nog hoger (respectievelijk één op zeven en één op acht).[49] Ook voor andere zorgberoepen nam de schaarste aan personeel toe, bijvoorbeeld voor woonbegeleiders in de gehandicaptenzorg, maar ook voor operatieassistenten

48 Bron: AZW Werkgeversenquête. De cao-sector verpleegzorg (VVT) omvat de sectoren verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Via: https://www.azwinfo.nl/publicaties/werkgeversenquete-2019/

49 Intelligence Group 2019.

en medewerkers in de anesthesiologie. Dit is een structureel probleem omdat de sector naast een groeiende zorgvraag ook te maken gaat krijgen met een forse vervanging van personeel; bijna een kwart van de werknemers in de zorg is ouder dan 55 jaar (zie ook hoofdstuk 7). Daarnaast is er grote regionale variatie bij personeelstekorten in de zorg; buiten de Randstad en met name in krimpregio's zijn de tekorten hoger dan elders (zie hoofdstuk 2).

### *Werkdruk, uitval en uitstroom*

De fysieke en psychische belasting van het werk in de zorg versterkt het capaciteitsprobleem; de toenemende werkdruk door de doorgroeiende vraag en het gebrek aan personeel versterken zo het personeelsprobleem. Daarbij gaat het met name om een bovengemiddeld ziekteverzuim, een hoge uitval door burn-out en een relatief hoge uitstroom, en daardoor een beperkte gemiddelde duur waarin de sector verplegend personeel weet vast te houden.[50] Uit de AZW-Zorgenquête die sinds 2014 gehouden wordt, blijkt dat de werkdruk en de emotionele belasting in de zorg in de loop van de tijd zijn toegenomen. In 2019 gaf 50 procent van de werkgevers aan dat dit het geval was, met hoge percentages voor met name de huisartsen (72 procent). Van alle werknemers in de zorg vond 48 procent dat de werkdruk te hoog of veel te hoog was, met uitschieters naar 53 en 54 procent bij de jeugdzorg en de medisch-specialistische zorg.[51] Het ziekteverzuim in de zorg ligt sinds de start van de doorlopende CBS-statistiek naar sector (in 1996) 1,5 punt hoger dan in de totale economie, maar vooral is dat verzuim sterker toegenomen sinds het groeiherstel vanaf 2014.[52] Bij dit alles moet wel aangetekend worden dat tussen de eeuwwisseling en 2013 het ziekteverzuim structureel is afgenomen en met name eind jaren negentig significant hoger lag. Van belang is verder het onderscheid tussen een licht bovengemiddeld cijfer voor personeel in de gezondheidszorg als geheel en een aanzienlijk hoger ziekteverzuim in de verpleging en verzorging. Tijdens de coronacrisis zijn deze cijfers nog aanzienlijk opgelopen. De openstaande vraag is in hoeverre deze trend zich voortzet.

Hoewel de tekorten in grote delen van de zorg dus fors zijn, en werkdruk en uitval hieraan bijdragen, is enige nuancering op haar plaats. Op de eerste plaats was, gezien de algemene spanning op de arbeidsmarkt, de positie van de zorg tot

---

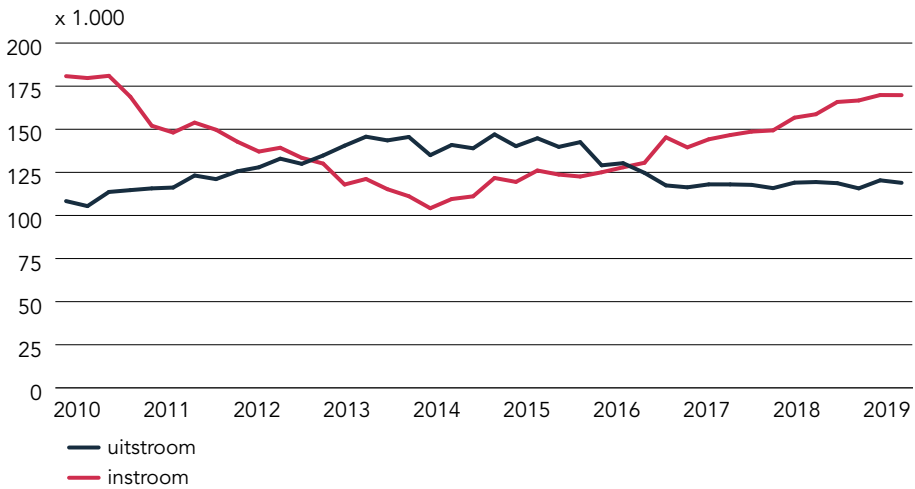
50 Zie voor de positie van de zorg in dit opzicht het spreidingsdiagram in WRR 2020b, 118. Samen met docenten in het voortgezet en beroepsonderwijs scoren geneeskundigen en verpleegkundigen het hoogst van alle beroepen op de geaggregeerde indicator van kwantitatieve, emotionele en mentale belasting. Tegelijkertijd bevinden ze zich ook in het negatieve kwadrant van professionele autonomie en tijdsdruk.

51 AZW Zorgenquêtes 2018 en 2019. Overigens is wel de perceptie van de mate van zelfstandigheid door het meer zelf kunnen bepalen van werktijden toegenomen. Zie ook https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk.

52 Van 4,8 tot 5,7 procent in 2018 en 2019 (CBS Statline).

begin 2020 niet uitzonderlijk. Zoals figuur 3.7 laat zien, kende de vacaturegraad in de zorg weliswaar een recordniveau, maar was deze in de economie als geheel gemiddeld nog hoger. Ten opzichte van de bouw, horeca en IT was het verschil zelfs aanzienlijk. Een probleem van de personele houdbaarheid in de zorg is dan ook dat de samenleving personeelstekorten in de zorg – net als in bijvoorbeeld het onderwijs – als bezwaarlijker ziet dan elders.

**Figuur 3.8** In- en uitstroom van personeel in de zorg, 2010-2019 (in duizenden personen)



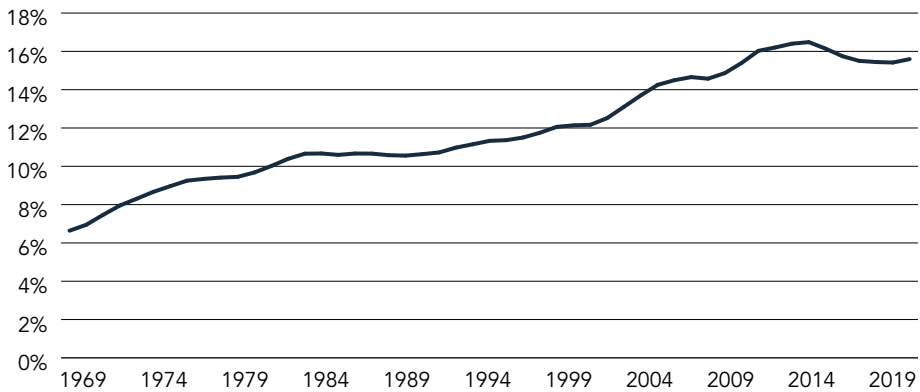

Bron: AWZ Statline, CBS.

Het totale verloop van personeel in de zorg is relatief hoog, met uitschieters van tussen de 11 en 12 procent voor verpleging, verzorging en thuiszorg en jeugdzorg.[53] De relatie tussen arbeidsomstandigheden en uitstroom ligt genuanceerd en vraagt om een juiste plaatsing in de tijd. Aan de groei van het aantal in de zorg werkzame personen die sinds eind 2016 weer optreedt, ligt niet alleen een instroom ten grondslag die al toeneemt sinds het derde kwartaal van 2014, maar ook een uitstroom die in 2016 en 2017 *daalde* en vervolgens tot eind 2019 stabiel bleef (figuur 3.8). In combinatie leidden deze ontwikkelingen tot een netto-instroom

53 Gemiddeld over de periode 2014-2019 ging het om 10,8 procent in de sector Verpleging, verzorging en thuiszorg en om 12,1 procent in de Jeugdzorg. Voor de zorg in het algemeen lag dat percentage op 9,4 procent en voor de ziekenhuizen op 6,7 procent (algemene ziekenhuizen) of 7,7 procent (academische ziekenhuizen). Berekeningen op basis van CBS AZW Statline (https://AZWstatline.cbs.nl/#/Azw/nl/dataset/24049NED/table?ts=1593595854441 en https://AZWstatline.cbs.nl/#/Azw/nl/dataset/24017NED/table?ts=1620042632938).

van 67.000 in 2010, gevolgd door een uitstroom van 31.000 in 2014 en weer een instroom van 50.000 in 2019.[54] Per saldo hebben werkdruk en uitval de laatste jaren derhalve in de zorgsector als geheel niet tot een grotere uitstroom geleid. Bovendien blijkt de instroom naar de toekomst toe van groter gewicht: de toename in de werkgelegenheid wordt sinds eind 2016 voor ruim een derde verklaard door een afgenomen uitstroom, en voor twee derde door de hogere instroom.

**Figuur 3.9** Banen in de zorg, 1969-2019 (% totale werkgelegenheid gemeten in banen)




Bronnen: CBS, Statline (Arbeidsrekeningen).

### *Tekorten door toenemende vraag en budgettair beleid*

De tekorten in de zorg hielden tot begin 2020 gelijke tred met de algehele krapte op de arbeidsmarkt. Specifieke kenmerken van de sector leiden er echter toe dat personele problemen ook in de toekomst zullen aanhouden. De vergrijzing zet door en daarmee neemt de zorgvraag in den brede toe: voor huisartsen en gezondheidscentra, voor verpleging en verzorging in de thuiszorg, voor fysiotherapeuten en voor ziekenhuizen. De arbeidsvraag in de zorg is derhalve in de laatste halve eeuw sneller gegroeid dan die in de economie als geheel, en daarmee is het werkgelegenheidsaandeel structureel toegenomen.[55] Sinds begin jaren zeventig nam het percentage mensen dat in de zorg werkzaam was, toe van bijna 7 naar ruim 15 procent

54 Het gemiddeld verloop in de afgelopen tien jaar bedroeg daarmee 10 (instroom) en 9 (uitstroom) procent van de werkgelegenheid. Bron: azwstatline.cbs.nl.

55 Het werkgelegenheidsaandeel steeg van 12,1 procent in 1995 naar 15,5 procent in 2019. In banen gemeten was dit aandeel tot 1980 minder dan 10 procent (Arbeidsrekeningen CBS). Zie ook figuur 3.9.

(figuur 3.9). De stijgende arbeidsvraag speelt met name in de ouderenzorg. Door demografische ontwikkelingen neemt de vraag naar zorgpersoneel daar de komende decennia snel toe, terwijl de mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verhogen – bijvoorbeeld door de inzet van technologie – er tot nu toe beperkt zijn gebleken. Maar ook buiten de ouderenzorg zijn er grote personele uitdagingen, bijvoorbeeld als we kijken naar de GGZ, de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg en het aanbod aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen, huisartsen en sommige medische specialisten.

De huidige tekorten zijn echter ook het gevolg van beleidseffecten die we als een voorbode van de toekomst kunnen zien. Figuur 3.9 laat een uitzonderlijke terugval zien na 2013. Het aandeel in de werkgelegenheid (in banen) daalde toen van 16,5 naar 15,5 procent, terwijl het absolute aantal na een daling licht toenam: van 1,62 miljoen banen in 2012 naar 1,56 miljoen in 2015 en 1,68 miljoen in 2019.[56] In de zes jaren voorafgaand aan 2012 was ditzelfde aantal echter toegenomen met ruim 200.000 banen. Zelfs tijdens de crisis van de jaren tachtig was van een dergelijke absolute ombuiging in het aantal banen geen sprake. Hieruit blijkt dat het beleid van budgettaire beheersing vanaf 2012, dat een reactie was op de effecten van de financiële crisis op de publieke financiën en de daaraan voorafgaande versnelde uitgavenstijging, een ingrijpend effect heeft gehad op de werkgelegenheid in de zorg (zie hoofdstuk 5).

Zo werden de personele tekorten met name in de periode tot 2016 veroorzaakt door een combinatie van een toenemende vraag naar zorg en budgettaire afremming. De ontwikkelingen verschillen overigens sterk per sector. Tabel 3.2 toont de ontwikkeling van de werkgelegenheid op sectoraal niveau sinds 2010, in duizenden personen per sector. In relatieve zin was de daling het sterkst in de jeugdzorg en in de verpleging, verzorging en thuiszorg (met 10 procent) terwijl de stijging meer gelijk gespreid was. De personele tekorten illustreren dat het budgettaire beheersingsbeleid dat na 2012 is gevoerd, bij het ontbreken van een parallelle afremming van de groei van het zorgvolume, heeft geleid tot een inhaaleffect in de arbeidsvraag. Dit is ook de bredere betekenis van de geschetste veranderingen in werkdruk en uitval op de korte termijn: ze vormen een voorbode van toekomstige situaties waarin financiële houdbaarheidsproblemen budgettair ingrijpen noodzakelijk maken, met repercussies voor de personele houdbaarheid. Daar staat tegenover dat het niet afremmen van de kostengroei en een inzet op een verhoogde werving, door middel van bijvoorbeeld

56 CBS-data specificeren het arbeidsvolume vanaf 1995 in werkzame personen en uren. De Arbeidsrekeningen geven voor eerdere jaren alleen banen. De lange grafiek is hierop gebaseerd. De aantallen voor de ontwikkeling in het aantal werkenden na 2012 werden hiervoor al gegeven, het hierop gebaseerde aandeel in de werkgelegenheid daalde van 16,3 procent in 2013 naar 15,3 procent in 2017-2018. In 2019 volgde een stijging tot 15,5 procent.

looncompetitie, het financiële houdbaarheidsprobleem versterken. Het arbeidsmarktbeleid in de zorg bevindt zich met dat alles tussen de Scylla van personele tekorten en de Charibdis van financiële houdbaarheid. De kernvraag is hierbij hoe hoog de arbeidsbehoefte in de zorg op lange termijn naar verwachting zal zijn.

**Tabel 3.2** Werknemers in de zorg naar AZW-branche, 2010-2019

| | Absoluut (personen x1000) | | | | Aandeel |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2013 | 2016 | 2019 | 2019 |
| Universitair medische centra | 67 | 69 | 71 | 77 | 6,2% |
| Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg | 215 | 213 | 213 | 217 | 17,6% |
| Geestelijke gezondheidszorg | 83 | 92 | 86 | 94 | 7,6% |
| Huisartsen en gezondheidscentra | 25 | 25 | 28 | 32 | 2,6% |
| Overige zorg en welzijn | 106 | 116 | 116 | 125 | 10,2% |
| Verpleging, verzorging en thuiszorg | 412 | 427 | 386 | 425 | 34,5% |
| Gehandicaptenzorg | 155 | 165 | 162 | 178 | 14,5% |
| Jeugdzorg | 34 | 31 | 28 | 32 | 2,6% |
| Sociaal werk | 62 | 51 | 51 | 53 | 4,3% |
| Totaal zorg en welzijn* | 1.158 | 1.189 | 1.141 | 1.233 | 100,0% |
| Groei per jaar | | 0,9 | -1,4 | 2,6 | |

* exclusief kinderopvang. Bron: informatie van CBS/AZW

### 3.2.2 Een raming van de arbeidsbehoefte in de zorg op lange termijn

In 2013 spraken CPB-onderzoekers de verwachting uit dat in 2040 tussen de 22 en 29 procent van de beroepsbevolking in de zorg zou moeten werken om de toenemende zorgvraag bij te kunnen benen.[57] Dat was echter op het hoogtepunt van de groei die zich in de zorg voordeed na de stelselherziening van 2006. Is er reden om aan te nemen dat die scenarioraming bijgesteld moet worden? En, zo ja, welke consequenties heeft dat dan? Om deze vraag te beantwoorden heeft de WRR een nieuwe projectie gemaakt van de verwachte tekorten en deze doorgetrokken tot 2060.[58]

57 Van Ewijk et al 2013.

58 Recentelijk is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een 'prognosemodel' ontworpen voor de arbeidsmarkt van zorg en welzijn. Dit model beslaat een kortere tijdsspanne dan onze raming (tot 2030), maar biedt over die periode meer detaillering (bijvoorbeeld opsplitsing naar regio en sector). In online appendix 3 bij dit rapport bespreken we de verschillen in aannames, uitkomsten en achterliggende definities tussen deze projecties in meer detail.

Het vertrekpunt van deze exercitie is het beslag van de zorg op de totale beroepsbevolking. De huidige omvang van de totale werkgelegenheid in de zorg (2019) bedroeg 1,49 miljoen werkzame personen die werkt in 1,68 miljoen banen en per jaar 1,09 miljoen arbeidsjaren leverde (tabel 3.3). Die omvang kwam overeen met 15,5 procent van de beroepsbevolking in termen van werkzame personen (één op 6,4) en 12,7 procent in termen van gewerkte uren (vanwege het hoge aandeel werkenden in deeltijd). Het aandeel zelfstandigen is beperkt (14,5 procent) en stijgt ook niet structureel, ondanks dat verpleegkundigen in toenemende mate als zzp'er en op detacheringsbasis werken. Voor een goed begrip is het nuttig om op te merken dat het hier om een brede definitie van zorgbanen gaat die bijvoorbeeld ook administratie, procesondersteuners en management omvat.[59] De arbeidsmarktontwikkeling kan voor ondersteunend en administratief personeel anders liggen, hoewel het niet erg waarschijnlijk is dat, gezien de complexiteit in de zorg, de verhouding tussen beide groepen in de toekomst structureel anders zal zijn.

**Tabel 3.3** Werkzame personen in gezondheids- en welzijnszorg, 1995-2019 (in duizenden personen)

| | 1995 | 2002 | 2008 | 2013 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| Gezondheidszorg | 335 | 426 | 507 | 555 | 592 |
| Verzorging en welzijn | 541 | 679 | 798 | 872 | 893 |
| Gezondheids- en welzijnszorg | 876 | 1.105 | 1.305 | 1.427 | 1.485 |
| werknemers | 747 | 964 | 1.115 | 1.224 | 1.269 |
| zelfstandigen | 129 | 141 | 191 | 203 | 216 |
| % van totale werkgelegenheid | 12,1 | 13,1 | 14,6 | 16,3 | 15,5 |
| % zelfstandigen | 14,7 | 12,8 | 14,6 | 14,2 | 14,5 |
| % vrouwen | 78,7 | 79,1 | 79,2 | 81,6 | 81,9 |

Bron: CBS, Statline

59 Concreet gaat het om de codes 86 tot en met 88 in de Standaardbedrijfsindeling (SBI 2008) van het CBS (gezondheidszorg, verzorging en welzijn).

Om een beeld te krijgen van de orde van grootte van de tekorten, hebben we allereerst de arbeidsvraag geraamd. Hiervoor hebben we de raming gebruikt van het zorgvolume tot 2060 uit de voorstudie van het RIVM.[60] We gebruiken CBS data van het arbeidsvolume en de zorguitgaven in constante prijzen om een schatting te maken van de trend in het zorgvolume per werkzame persoon in de periode van 1995 tot 2019.[61] De projectie van de daaruit voortkomende waarden passen we toe op de volumeraming van het RIVM, waarbij we het feitelijk niveau van het zorgvolume per werkende in 2019 als startwaarde hanteren. Deze raming gebruiken we om een schatting te kunnen maken van de relatie tussen werkzame personen en zorguitgaven in constante prijzen voor de periode 1995 tot 2019. Tegenover deze projectie van de arbeidsvraag plaatsen we een inschatting van de ontwikkeling van het arbeidsaanbod, gebaseerd op de bevolkingsprognose van het CBS, met de arbeidsdeelname in de economie en het werkgelegenheidsaandeel van de zorg van eind 2019 als startwaarden. De gebruikte methode lichten we verder toe in appendix 3 van dit rapport.

De uitkomsten staan in tabel 3.4.[62] Voor een correct begrip: het gaat hier om een projectie waarin we de gehele beleidsopgave willen vatten. Er zijn dus geen veronderstellingen gemaakt over een verdere toename van de arbeidsdeelname, noch over de budgettaire beheersing. We hebben de door het RIVM geraamde lange volumegroei toegepast, en deze spoort nauw met de nominale raming van het CPB. In die zin betreft het ook geen raming van het feitelijk arbeidsmarkttekort, maar van het verschil ten opzichte van de situatie in 2019. Hierbij benadrukken we nogmaals dat de cijfers slechts een orde van grootte geven waarmee we rekening moeten houden als de trends in zorgvraag en arbeidsaanbod doorzetten zoals nu ingeschat. Alleen al door de onvermijdelijke beleidsreactie op de groeiende schaarste zullen die trends echter geen werkelijkheid worden. Het zorgvolume per werkzame persoon kan bovendien beïnvloed worden door arbeid in de toekomst te vervangen door technologie. Het moet echter nog blijken in hoeverre een dergelijke vervanging realiseerbaar is en een arbeidsbesparend effect heeft (zie hoofdstuk 6).

---

60 Vonk et al. 2020.

61 Daarbij hanteren we een zo lang mogelijke schattingsperiode. De reden daarvoor is dat onder invloed van het tussen 2012 en 2016 gevoerde budgettaire beleid het effect van een groeiende zorgvraag op de werkgelegenheid in recente jaren structureel lager was. Met het gebruik van een kortere schattingsperiode zou dit gegeven een onevenredige invloed uitoefenen op de geschatte relatie en de projectie op de lange termijn vertekenen.

62 Het aandeel van de zorg in de beroepsbevolking in 2019 in tabel 3.4 valt hoger uit dan dat in de werkgelegenheid in tabel 3.3, omdat de eerste noemer lager is (9.267) dan de tweede (9.576). Dit volgt uit de definities.

**Tabel 3.4** Langetermijnprojectie van de beroepsbevolking en de arbeidsvraag in de zorg bij onveranderde participatie (in duizenden personen)

| | 2019 | 2030 | 2040 | 2050 | 2060 |
|---|---|---|---|---|---|
| Bevolking | 17.282 | 18.354 | 19.072 | 19.482 | 19.830 |
| Potentiele beroepsbevolking | 12.221 | 12.524 | 12.284 | 12.620 | 12.974 |
| Beroepsbevolking | 9.267 | 9.440 | 9.259 | 9.512 | 9.779 |
| Niet-actieve beroepsbevolking | 2.954 | 3.084 | 3.025 | 3.108 | 3.195 |
| Onbenut potentieel in personen | 402 | 414 | 406 | 417 | 429 |
| Arbeidsvraag zorg | 1.485 | 1.873 | 2.342 | 2.897 | 3.574 |
| Arbeidsaanbod zorg bij huidig aandeel | 1.485 | 1.513 | 1.484 | 1.524 | 1.567 |
| Totaal tekort bij huidig aandeel | | 360 | 858 | 1.373 | 2.007 |
| Totaal tekort als % beroepsbevolking | | 3,8% | 9,3% | 14,4% | 20,5% |
| Aandeel zorg in beroepsbevolking | 16,0% | 19,8% | 25,3% | 30,5% | 36,5% |

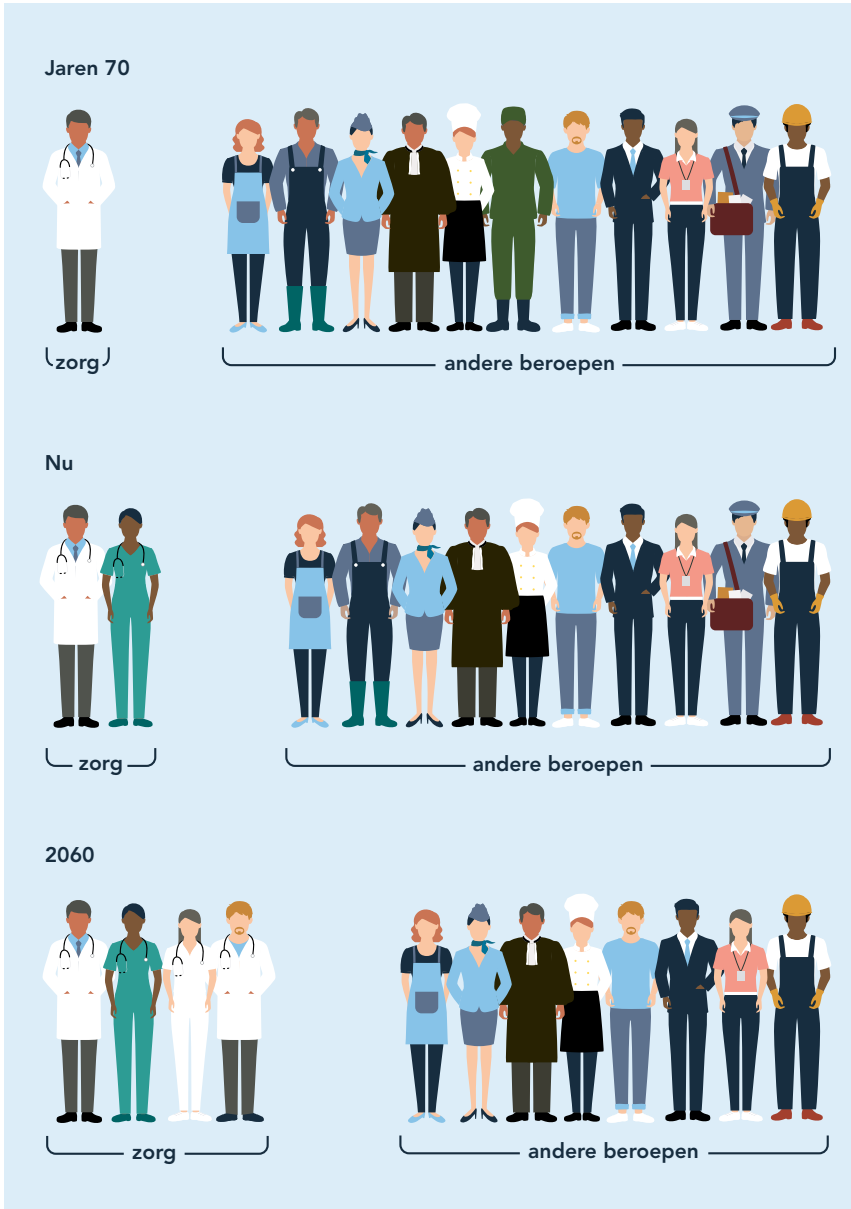
Bronnen: projectie door de WRR, op basis van data van CBS en RIVM[63]

De projectie laat zien dat al in 2030 een vijfde van de beroepsbevolking in de zorg moet werken om de personele vraag op te vullen die we nu op grond van de volumegroei verwachten.[64] Na het midden van deze eeuw zou zo'n 30 procent van de beroepsbevolking in de zorg moeten werken, en dit aandeel loopt op tot meer dan een derde in 2060 (Figuur 3.10). In absolute aantallen neemt de arbeidsvraag bij een onveranderde relatie tussen zorgvolume en arbeidsinzet (inclusief urenkeuze en met de historische trend in het zorgvolume per werkende) tot 2030 toe met rond de 390.000 werkenden, terwijl in 2040 (de piek van de vergrijzing) de werkgelegenheid met maar liefst zo'n 860.000 werkenden zal zijn toegenomen bij een volledige accomodatie van de zorgvraag. Om in deze arbeidsvraag te kunnen voorzien, zal de jaarlijkse netto-instroom in de zorg moeten oplopen van de ruim 23.000 personen in de laatste twee decennia (1999-2019) tot ruim 36.000 tot 2030 en 48.000 in de daaropvolgende tien jaar. Voor 2060 wordt ten opzichte van het huidige aandeel in de beroepsbevolking een tekort voor de zorg voorzien van ruim 20 procentpunten.

63 CBS: bevolkingsprognose (stand juni 2021) en arbeidsrekeningen; RIVM: ontwikkeling zorgvolume (beide 1995-2019); berekeningen als in online appendix 2. Noot: gehanteerd huidig aandeel van de totale werkgelegenheid in de zorg 2019 als in tabel 3.3.

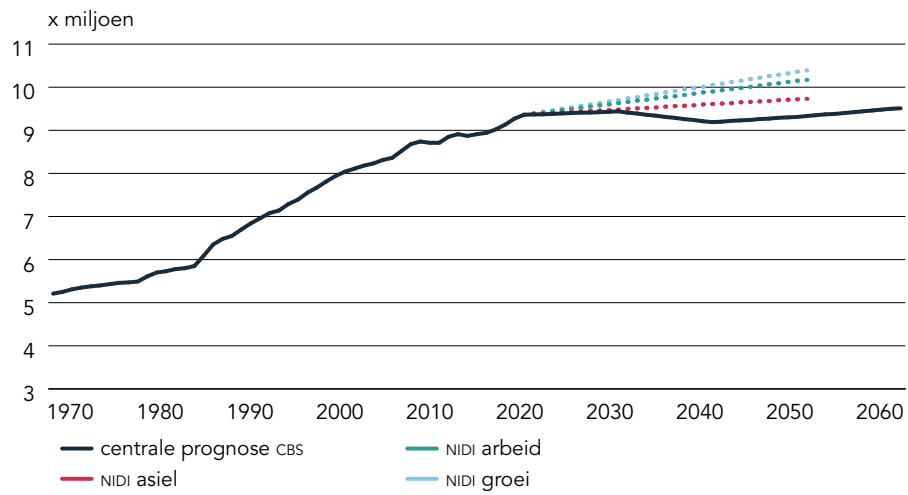
64 De voor 2040 berekende 26 procent valt tussen de eerder berekende scenariowaarden van het CPB. Merk op dat dit het aandeel in de beroepsbevolking betreft (met bij een lage werkloosheid enkele tienden procentpunten verschil). Dit verschil volgt uit de methodologie van het gebruik van de bevolkingsprognose.

**Figuur 3.10** Een steeds groter deel van onze bevolking is nodig voor de zorg



De werving zal zich moeten richten op een zeer beperkt groeiende beroepsbevolking. Een projectie die is gebaseerd op de meest recente CBS-bevolkingsprognose naar leeftijd en uitgaat van de huidige arbeidsparticipatie, suggereert dat de beroepsbevolking tot 2030 nog slechts zeer licht toeneemt, waarna deze tot 2040 krimpt tot ongeveer het huidige niveau, om vervolgens opnieuw in zeer beperkte mate te groeien (zie figuur 3.11). Hoe fundamenteel de trendbreuk veroorzaakt door deze stagnatie is, blijkt als we daar de verandering in de beroepsbevolking over dezelfde voorbije periode tegenover zetten: tussen 1980 en 2020 nam die toe van 6,0 naar 9,3 miljoen personen, oftewel een toename met 54 procent. Het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) heeft variaties gemaakt op de CBS-prognose voor 2050 die naar boven afwijken (met sterke veronderstellingen ten aanzien van toekomstige geboorten, immigratie en participatie). Deze alternatieve prognoses veranderen die situatie niet wezenlijk (zie verder appendix 3); ook dan komt zelfs bij extreme veronderstellingen de beroepsbevolking niet boven ruim 10 miljoen uit.[65] Het potentieel om de toegenomen arbeidsvraag in de zorg via hogere geboortecijfers of hogere migratie op te vangen, is dus beperkt. Dit maakt personele tekorten tot een blijvend houdbaarheidsfenomeen.

**Figuur 3.11** De gerealiseerde en geraamde ontwikkeling in de beroepsbevolking, 1970-2060 (in miljoenen personen)




Bron: CBS Bevolkingsprognose; CBS en NIDI 2020.

65 Beer et al. 2020.

*Personele onhoudbaarheid in zicht?*

Evenals bij de financiële houdbaarheid is het niet goed mogelijk te zeggen waar de grens van de personele houdbaarheid ligt. Het is immers nog ongewis in hoeverre de arbeidsparticipatie verder kan worden verruimd. Maar zelfs een sterk stijgende arbeidsdeelname zal bij de verwachte omvang van de beroepsbevolking niet aan de groei van de arbeidsvraag kunnen voldoen. Diezelfde ongewisheid wordt ook veroorzaakt door de kosten van de looncompetitie die het aantrekken van een structureel groter deel van de beroepsbevolking met zich mee zou brengen, en door de vraag wanneer competitie om mensen met andere (publieke) sectoren leidt tot een onwenselijke druk op de competitiviteit of tot een maatschappelijk onaanvaardbare druk op publieke waarden in die sectoren. Omgekeerd is ook niet te zeggen wanneer onaanvaardbare tekorten ontstaan als de arbeidsvraag niet wordt ingevuld. Wel kunnen we aannemen dat in de situatie waarin steeds minder goed tegemoet kan worden gekomen aan de stijging in de vraag, er negatieve effecten zullen optreden op de werkdruk en vermoedelijk ook op de kwaliteit van zorg. Dat heeft onder andere gevolgen voor de maatschappelijke houdbaarheid (zie volgende paragraaf). Daarbij kan verwacht worden dat minder kapitaalkrachtige en door hun omvang en zichtbaarheid minder invloedrijke sectoren als jeugdzorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en GGZ het hardst geraakt worden. Dat is ook nu al het geval (zie hoofdstukken 4 en 8). Later in dit rapport kijken we in meer detail naar beleidsoplossingen om de personele houdbaarheid van de zorg te bevorderen (hoofdstuk 7).

**Kernpunten personele houdbaarheid**

- De groeiende vraag naar zorg en de stagnerende beroepsbevolking maken dat personele houdbaarheid in de zorg een structureel probleem vormt.
- De huidige personele tekorten worden veroorzaakt door een combinatie van een toenemende vraag naar zorg en budgettaire afremming. Budgettair beheersingsbeleid zoals dat na 2012 is gevoerd, zonder de groei in het zorgvolume te dempen, leidt tot een inhaaleffect in de arbeidsvraag.
- De stijgende arbeidsvraag speelt met name in de ouderenzorg, maar ook in de GGZ, de gehandicaptenzorg en bij (gespecialiseerde) verpleegkundigen en huisartsen.
- Bij ongewijzigd beleid zou halverwege de eeuw een op de drie werknemers in de zorg moeten werken. Dit is niet realistisch en ook niet wenselijk voor de bredere economie of voor andere publieke sectoren.

## 3.3 Maatschappelijke houdbaarheid

### 3.3.1 Wat is maatschappelijke houdbaarheid?

De derde dimensie van houdbaarheid is die van de maatschappelijke houdbaarheid. Deze dimensie is moeilijker te definiëren en te meten dan de twee dimensies die we hiervoor hebben besproken. In dit rapport gebruiken we het begrip maatschappelijke houdbaarheid om te verwijzen naar het draagvlak voor de zorg. In hoeverre vinden burgers de toegankelijkheid en de kwaliteit – de publieke waarden van zorg – voldoende op orde? Hoe ervaren ze de verhouding tussen (persoonlijke) kosten en baten? Als het maatschappelijk draagvlak voor de gehele zorg of voor delen ervan afneemt, dan kan deze niet goed functioneren. Dan zal maatschappelijke en politieke druk ontstaan voor verandering. Hoe die maatschappelijke of politieke druk zich vervolgens mogelijk uit en welke effecten dat heeft, is een tweede vraag, waar we later in deze paragraaf eveneens naar kijken. Net als voor de andere houdbaarheden geldt overigens ook voor maatschappelijke houdbaarheid dat er geen omslagpunt is waarop de gezondheidszorg ineens onhoudbaar wordt. Ook geldt hier, misschien nog wel sterker dan voor de andere twee dimensies van houdbaarheid, dat wat wel of niet aanvaardbaar wordt geacht, afhangt van onze verwachtingen – en van hoe die over de tijd verschuiven.

Maatschappelijke houdbaarheid is in onze definitie een breed fenomeen. Daarmee bedoelen we dat het een overkoepelend begrip is waaronder een aantal gerelateerde percepties valt. Uiteindelijk geldt daarbij dat we de overkoepelende notie van maatschappelijke houdbaarheid niet rechtstreeks kunnen meten. Al was het maar omdat mensen waarschijnlijk slechts beperkt opvattingen hebben over ‘de zorg’ of ‘het zorgstelsel’ als algemeen concept en eerder over specifieke onderdelen ervan. Door de afzonderlijke componenten in kaart te brengen en te bekijken hoe deze zich ontwikkelen, kunnen we wel iets zeggen over de richting waarin de maatschappelijke houdbaarheid zich beweegt.

We kijken daarbij naar de volgende vier componenten van maatschappelijke houdbaarheid, namelijk de opvattingen van het brede publiek over (1) de kwaliteit van zorg, (2) toegankelijkheid, (3) solidariteit en (4) het vertrouwen in de zorg en opvattingen over prudentie (Figuur 3.12). We zetten de stand van het onderzoek met betrekking tot deze componenten van maatschappelijke houdbaarheid op een rij en kijken tevens naar de beperkingen die dit onderzoek inherent kent. En ten slotte onderzoeken we hoe knelpunten in de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg zich kunnen uiten in het politieke en maatschappelijke debat en welke gevolgen dit vervolgens kan hebben.

### 3.3.2 Wat is maatschappelijke houdbaarheid niet?

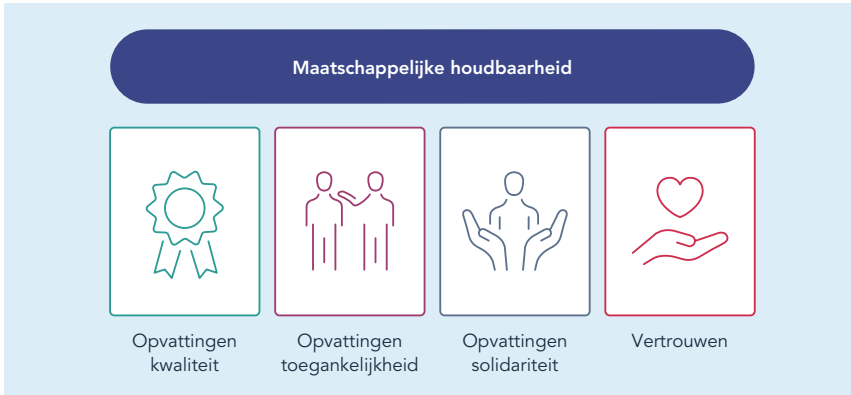
Voordat we nader kijken naar de componenten van maatschappelijke houdbaarheid, is het eerst van belang te begrijpen wat maatschappelijke houdbaarheid *niet* is. Ten eerste gaat het hierbij niet rechtstreeks om eventuele inbreuken op kwaliteits- of toegankelijkheidsnormen. Met enige regelmaat verschijnen rapporten – bijvoorbeeld van organisaties als de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of de Algemene Rekenkamer – waarin wordt aangetoond dat in een bepaalde sector of bij een bepaalde zorgaanbieder aspecten van kwaliteit of toegankelijkheid niet op orde zijn. Dat betekent echter niet op voorhand dat dit *dus* een aantasting van de maatschappelijke houdbaarheid is. Mensen kunnen immers niet goed op de hoogte zijn, andere prioriteiten hebben of de geconstateerde tekorten toch niet zo problematisch vinden. En als dat zo is, dan leidt tekortschietende kwaliteit of toegankelijkheid – hoe tragisch ook voor de betrokkenen – niet automatisch tot een vermindering van het draagvlak bij het brede publiek. Dat draagvlak kan natuurlijk wel veranderen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de publiciteit rond zo'n rapport.

Dat brengt ons bij het tweede punt dat maatschappelijke houdbaarheid *niet* is. Het gaat ons bij maatschappelijke houdbaarheid om de opvattingen van het brede publiek en niet specifiek om de ervaringen van groepen patiënten. Het meten van patiëntervaringen is een belangrijke component bij de borging van de kwaliteit van zorg (zie appendix 1), maar bij maatschappelijke houdbaarheid gaat het om het brede beeld dat leeft in de maatschappij als geheel. Uiteindelijk is de zorg immers van ons allemaal, ook van mensen die (nog) geen patiënt zijn. Ook bij hen moet er draagvlak voor de zorg zijn, al was het maar omdat we, in de vorm van premies en belastingen, solidariteit vragen van alle burgers en niet alleen van zorggebruikers. Bovendien gaat het onvermijdelijk al snel over de verdeling van middelen en mensen over delen van de zorg of over de verdeling over alle publieke doelen. Dat zijn allemaal afwegingen waarbij opvattingen binnen de gehele samenleving van belang zijn.

Ten derde hoeft maatschappelijke houdbaarheid niet altijd samen te vallen met de opvattingen van de professionals in de zorg. Het kan zo zijn dat er in het veld zelf maar beperkte zorgen leven over toegankelijkheid of kwaliteit, terwijl die bij het brede publiek wel bestaan. Een voorbeeld hiervan is de grote publieke zorg dat de 45-minutennorm voor de ambulancezorg niet altijd wordt gehaald; een zorg die veel inhoudelijke experts maar beperkt delen.[66] Ook al deelt het veld de zorgen niet, in de politieke en bestuurlijke realiteit blijven zulke zorgen relevant omdat ze druk leggen op de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg.

66 Gezondheidsraad 2020.

**Figuur 3.12** Vier componenten van maatschappelijke houdbaarheid.




### 3.3.3 Hoe staat het met de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg?

*Opvattingen over kwaliteit van zorg*

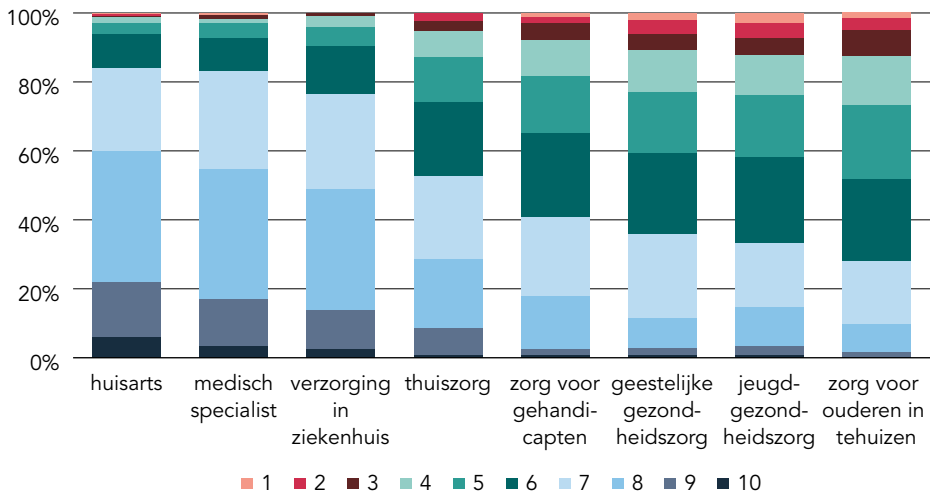
De opvattingen van de samenleving over de kwaliteit van zorg zijn een eerste belangrijke pijler van maatschappelijke houdbaarheid. Een belangrijke bron van informatie is het Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB) waarin het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) sinds 2008 ieder kwartaal via focusgroepen en vragenlijstonderzoek onderzoek doet naar de opvattingen van burgers over verschillende onderwerpen. In het COB-onderzoek van eind 2018 noemen Nederlanders de zorg als belangrijkste maatschappelijke probleem. Zij maken zich zorgen over het personeel (te weinig, hoge werkdruk, laag salaris), de hoge kosten, de wachtlijsten, de bureaucratie en de macht van verzekeraars in deze sector. Een minderheid is tevreden over de kwaliteit van de zorg als geheel (30 procent) en 39 procent van de ondervraagden is van mening dat de zorg de afgelopen vijf jaar slechter is gaan functioneren.[67] Over de ouderenzorg stelt zelfs 54 procent dat deze de afgelopen jaren is verslechterd. Daarnaast verwacht 30 procent van de ondervraagden voor de komende vijf jaar dat de zorg in het algemeen kwalitatief achteruit gaat en 40 procent verwacht dit voor de ouderenzorg.

De opvattingen van mensen over de kwaliteit van zorg in verschillende sectoren lopen behoorlijk uiteen (zie figuur 3.13). Het meest tevreden zijn mensen over de huisartsenzorg, direct gevolgd door de medisch-specialistische zorg. Voor beide beroepsgroepen geeft meer dan 80 procent van de ondervraagden de kwaliteit een score van 7 of hoger. De grootste zorgen bestaan over de ouderenzorg in verpleeghuizen (bijna 50 procent geeft een 5 of lager), de jeugdzorg en de GGZ (ruim 40 procent geeft een 5 of lager); zie figuur 3.13. Overigens blijkt uit het

67 Den Ridder et al. 2019; zie ook Dekker et al. 2016.

Lokaal Kiezersonderzoek dat burgers het Rijk verantwoordelijk houden voor de kwaliteit van de zorg, ook voor de bevoegdheden die decentraal geregeld zijn.[68]

**Figuur 3.13** Tevredenheid met kwaliteit in verschillende domeinen in de zorg, 2019 (in procenten)




Gevraagd is op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 10 (zeer tevreden) aan te geven hoe tevreden men is met de kwaliteit in verschillende domeinen, bevolking 18+
Bron: Den Ridder et al. 2019.

De burger heeft dus duidelijke zorgen over de kwaliteit van de zorg, nu en voor de toekomst. Waar komen die zorgen vandaan? Uit de begeleidende focusgroepen van het COB wordt duidelijk dat mensen menen dat de vermeende achteruitgang in kwaliteit met name te wijten is aan personeels- en tijdsgebrek. De impliciete inschatting is hier dus dat druk op de personele houdbaarheid (te weinig personeel, te veel werkdruk) leidt tot slechtere kwaliteit. Dat is een goed voorbeeld van een interactie tussen houdbaarheden: druk op de personele houdbaarheid leidt – in de ogen van de Nederlandse burger – tot druk op de maatschappelijke houdbaarheid.

Zorgen bij het brede publiek rondom de kwaliteit van de zorg kunnen overlappen met die in het veld. Dat kan nog een extra druk op het maatschappelijk draagvlak leggen. Er zijn duidelijke parallellen te trekken tussen de opvattingen van burgers en die van zorgverleners (zie box 3.6).

68 De Blok en Van der Brug 2016.

**Box 3.6 Opvattingen onder zorgverleners**

Net als bij burgers leven er ook in het brede veld van de zorg opvattingen en meningen over het Nederlandse zorgstelsel en de kwaliteit en toegankelijkheid ervan. Het is ondoenlijk hiervan een alomvattend beeld te geven vanwege de vele verschillende beroepsgroepen, rollen, typen instellingen, belangengroeperingen en de diverse sectoren binnen de zorg (zie hoofdstuk 4 voor een globaal overzicht van het Nederlandse zorgstelsel). We beperken ons hier tot de opinies van verplegenden en verzorgenden in het brede zorgveld.

In 2019 heeft het Nivel een vragenlijstonderzoek gehouden onder bijna 1.200 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners werkzaam in de directe patiëntenzorg. Zij werken in ziekenhuizen, de GGZ (niet nader gespecificeerd), de zorg voor mensen met een beperking, de wijkverpleging, de huisartsenzorg en de intramurale ouderenzorg.[69] Deze zorgverleners geven de kwaliteit en veiligheid van de zorg een dikke 7 als rapportcijfer. Bijna drie kwart vindt de kwaliteit van de geboden zorg (zeer) goed, terwijl de helft het veiligheidsbeleid (zeer) goed vindt. Er is ook ruimte voor verbetering: 15 procent geeft aan dat de kwaliteit van de geboden zorg regelmatig tot vaak niet goed is en 9 procent geeft aan dat de veiligheid van zorg regelmatig of vaak in gevaar is. Ten slotte geeft bijna een kwart van de zorgverleners aan dat ze in een 'crisissituatie' werken en te veel te snel proberen te doen. Ook geven zij aan veel tijd kwijt te zijn aan registratie en verslaglegging, wat leidt tot percepties van verhoogde werkdruk en verminderde professionele autonomie.[70] Naarmate ze de kwaliteit van zorg als slechter inschatten, constateren de zorgverleners vaker een tekort aan gekwalificeerd personeel. Als de ervaren kwaliteit van zorg zeer goed of goed is, geven ongeveer drie van de tien zorgverleners aan dat er te weinig gekwalificeerd personeel aanwezig is. Dit stijgt naar (ruim) negen van de tien als de ervaren kwaliteit matig of slecht is. Kijken we naar verschillen tussen de sectoren, dan valt op dat zorgverleners in de huisartsenzorg het meest positief zijn over de kwaliteit en veiligheid en ook het meest trots op hun werk, gevolgd door de zorgverleners in de gehandicaptenzorg. Zorgverleners in de GGZ springen er in negatieve zin uit (zie ook hoofdstuk 4). Zij geven nog steeds een ruime voldoende aan de geleverde

69 Verest et al. 2019.

70 Zoals bijvoorbeeld bleek tijdens de dialoogbijeenkomst met verplegenden georganiseerd door de SER. Zie: https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/overige-publicaties/2019/ruimte-voor-de-zorgprofessional.pdf .

kwaliteit en veiligheid, maar een veel groter aandeel constateert dat de kwaliteit en met name de veiligheid regelmatig niet in orde zijn. Ook is een veel lager aandeel van de zorgverleners in de GGZ trots op hun werk: 66 procent, tegenover 82-84 procent in ziekenhuis, gehandicaptenzorg en wijkverpleging en 91 procent in de huisartsenpraktijk.

*Opvattingen over toegankelijkheid van zorg*

Ook voor de toegankelijkheid van zorg kijken we naar de opvattingen van het brede publiek. Toegankelijkheid is onder te verdelen in drie componenten, namelijk tijd (wachtlijsten), afstand (bijvoorbeeld reistijd tot zorgverlener) en persoonlijke kosten (individuele betaalbaarheid) (zie ook appendix 1). Uit het COB-onderzoek van 2019 blijkt dat slechts 19 procent van de ondervraagden zich helemaal geen zorgen maakt of ze in de toekomst de medische zorg zullen krijgen die ze nodig hebben. Voor de ouderenzorg ligt dit percentage op 13 procent. Een overgrote meerderheid van de ondervraagden maakt zich dus in meer of mindere mate zorgen over de (toekomstige) toegankelijkheid van de zorg. De zorgen over toegankelijkheid leven weliswaar breed, maar nemen niet per se toe. Voor de medische zorg waren die percentages in 2012 namelijk min of meer gelijk (voor de ouderenzorg is dit toen niet apart gemeten).[71] Uit de begeleidende focusgroepen blijkt dat de zorgen over toegankelijkheid ook hier vooral gedreven worden door de vrees lang te moeten wachten. Daarnaast spelen de als hoog ervaren persoonlijke kosten, zoals het eigen risico en de eigen bijdrage, een belangrijke rol. De geografische component van toegankelijkheid (afstand tot zorgverleners) lijkt over het algemeen te stuiten op minder zorgen bij burgers.

Burgers in Nederland maken zich dus duidelijk zorgen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Opvallend is echter dat deze opvattingen in internationaal perspectief niet afwijken (box 3.7). Een kanttekening bij deze bevindingen is dat ze een breed beeld geven en ons weinig leren over kleinere sectoren als de jeugdzorg of de gehandicaptenzorg.

**Box 3.7 Opvattingen over kwaliteit en toegankelijkheid in internationaal perspectief**

De European Quality of Life Survey (EQLS) onderzoekt op een gestandaardiseerde manier de *ervaren kwaliteit* van publieke diensten als

71 Den Ridder et al. 2019; Kooiker et al. 2012.

de gezondheidszorg in Europese landen.[72] Voor de curatieve zorg staat Nederland in 2016 (het moment van de laatste survey) met een 7,3 in de Europese subtop (gedeelde achtste plaats, samen met Duitsland en Denemarken; het Europees gemiddelde is 6,7). De lager scorende landen zijn echter vooral de minder welvarende landen in Oost- en Zuid-Europa. In termen van tevredenheid over de kwaliteit van de curatieve zorg scoort Nederland dan ook aan de onderkant van de groep van Noordwest-Europese welvarende landen. Over de langdurige zorg wordt niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen negatiever geoordeeld. Hierop scoort Nederland met een 6,4 gemiddeld vergeleken met het brede Europese gemiddelde van 6,2. Dat is met name opvallend omdat Nederland bovengemiddeld veel middelen investeert in de (formele) langdurige zorg.[73]

In de EQLS wordt ook gekeken naar *opvattingen over de toegankelijkheid van zorg*. Zo wordt de toegankelijkheid van de primaire zorg (huisartsen) op een aantal variabelen beoordeeld (bijvoorbeeld afstand, kosten, wachttijd). Hier is Nederland – samen met Denemarken, Finland, Spanje en Zweden – één van de landen die op alle dimensies in de top 10 staat. Ook de toegankelijkheid van de langdurige zorg wordt hier als relatief goed beoordeeld. Zo rapporteert ruim 63 procent van de ondervraagden dat het vrij gemakkelijk is om formele langdurige zorg te betalen (vergeleken met het Europese gemiddelde van 47 procent). Dat sluit aan bij de observatie dat de private bijdragen in de Nederlandse zorg relatief laag zijn (zie ook hoofdstuk 8). Van de formele langdurige zorg maken Nederlanders dan ook relatief veel gebruik. Zo rapporteert 12 procent van de ondervraagden dat zijzelf of iemand in hun nabije omgeving langdurige zorg in een instelling gebruiken (vergeleken met 5 procent gemiddeld). Voor langdurige zorg aan huis geldt dat 23 procent van de mensen in Nederland deze krijgt, vergeleken met een Europees gemiddelde van 12 procent.

### *Opvattingen over solidariteit in de zorg*

Solidariteit is cruciaal om kwalitatief hoogstaande, breed toegankelijke zorg te kunnen garanderen. Wanneer we naar solidariteit kijken, dan verschuift ons perspectief. Bij kwaliteit en toegankelijkheid keken we vooral naar percepties van de 'uitkomst' van zorg, oftewel naar de baten van zorg en of die maatschappelijk als voldoende worden gezien. Bij solidariteit ligt de focus niet alleen

72 Eurofound 2019.
73 Kruse et al. 2021.

op de baten maar ook op de kosten van zorg. Want hoewel er verschillende invullingen van het begrip solidariteit zijn, is een wezenlijk kenmerk dat het hierbij altijd gaat om de vraag wie er moeten bijdragen om die baten te kunnen genereren. Solidariteit heeft dus altijd een ontvanger en een bijdrager, hoewel die niet altijd concreet te identificeren zijn. Zowel binnen als buiten de zorg is solidariteit daarbij een breed begrip. Er kunnen verschillende dingen mee worden bedoeld. Zo kan solidariteit verwijzen naar een gevoel dat we hebben in relatie tot andere individuen of groepen, maar ook naar een handeling – bijvoorbeeld geld overmaken voor een liefdadigheidsactie of premie betalen voor een zorgverzekering. Een ander belangrijk onderscheid is dat tussen verplichte solidariteit, zoals een wettelijk verplichte zorgpremie, en vrijwillige solidariteit, die bijvoorbeeld tot uiting komt in vrijwilligerswerk, goede doelen of orgaandonatie. In de zorg spelen al deze vormen en opvattingen van solidariteit een rol. In het algemeen gaat het om een notie van (bereidheid tot) bijdragen aan anderen.

Solidariteit zien wij als een component van maatschappelijke houdbaarheid omdat de behoefte aan zorg – en daarmee de uitgaven – ongelijk over mensen verdeeld is.[74] De meesten van ons gebruiken in een gemiddeld jaar geen of nauwelijks zorg, sommigen aanzienlijk meer. Zo was in Nederland in 2013 48 procent van de zorguitgaven bestemd voor de 'duurste' 5 procent patiënten, en 52 procent voor de resterende 95 procent van de patiënten.[75] Door deze ongelijke verdeling zou zonder de solidariteit van gezondere en welvarender mensen goede zorg veelal ontoegankelijk zijn voor zieken en mensen met een laag inkomen. De maatschappelijke doelstelling dat de toegankelijkheid tot zorg vooral – of zelfs alleen – afhangt van medische noodzaak, vergt dus (financiële) bijdragen van relatief gezonde en relatief welvarende mensen.

Er zijn allerlei kenmerken op basis waarvan we solidariteit kunnen indelen. Het belangrijkste onderscheid in de zorg is dat tussen risico- en inkomenssolidariteit. Risicosolidariteit verwijst naar de solidariteit tussen mensen die verschillen in het risico dat zij lopen om ziek te worden. Financieel gezien betekent dit dat mensen met een laag risico gemiddeld gesproken meer bijdragen aan de zorg voor mensen met een hoog risico.[76] Voorbeelden van groepen met een hoog ziekterisico zijn ouderen, mensen met chronische ziektes

74 Vonk et al. 2020.
75 Wammes et al. 2017; het gaat hier om zorguitgaven via de Zorgverzekeringswet (zvw).
76 Dit is gemiddeld gesproken waar op groepsniveau, niet noodzakelijkerwijs op individueel niveau. Het kan gebeuren dat iemand in een laagrisicogroep (veel) meer gebruik maakt van zorg dan mensen uit de hoogrisicogroep. Het gaat ook expliciet om netto-effecten: het gaat er niet om dat mensen uit de laagrisicogroep niet bijdragen – zo betalen zij gewoon premie en belasting – maar om de netto richting van de geldstromen op groepsniveau.

of mensen met een genetische aanleg voor een aandoening. In Nederland verloopt de risicosolidariteit in praktische zin via het verbod op premiedifferentiatie voor het basispakket, oftewel via het verbod om hogere premies te vragen aan personen met hoge risico's. Inkomenssolidariteit verwijst naar de solidariteit tussen hoge en lage inkomens, waarbij hoge inkomens bijdragen aan de zorg voor mensen met een lager inkomen. In de Nederlandse zorg verloopt dit door middel van financiële herverdeling via het belastingstelsel (specifiek: progressieve belastingen, inkomensafhankelijke zorgtoeslag en werkgeversbijdrage). Inkomenssolidariteit is nodig omdat de uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking (in 2019 ruim 6.000 euro) zodanig hoog zijn dat goede zorg anders voor een substantieel deel van de bevolking ontoegankelijk zou zijn.

Risico- en inkomenssolidariteit gezamenlijk zijn onmisbaar voor een breed toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg voor de héle bevolking. Hoewel de twee wezenlijk anders werken (van gezond naar ongezond versus van rijk naar arm), wordt het onderscheid in de publieke discussie niet altijd gemaakt. Dit hangt waarschijnlijk samen met het gegeven dat het onderscheid in de praktijk minder helder uitpakt. Er is namelijk een sterke relatie tussen inkomen en zorgvraag en -uitgaven: mensen met een hoog inkomen gebruiken gemiddeld genomen aanzienlijk minder zorg.[77] Die samenhang is verre van perfect: er zijn immers zowel zieken met een hoog inkomen als gezonde mensen met een laag inkomen. Niettemin betekent de sterke samenhang op groepsniveau dat de praktische uitwerking van beide vormen van solidariteit in sterke mate samenvalt. Toch blijft het waardevol de twee vormen van solidariteit te onderscheiden, omdat de ene vorm mogelijk houdbaarder is dan de andere (zie hieronder). Tegelijkertijd zou het ook zo kunnen zijn dat druk op de ene vorm van solidariteit druk op de andere vorm versterkt. In dit rapport gebruiken wij het begrip 'solidariteit' zonder nadere precisering om naar het algemene begrip te verwijzen. Wij bedoelen er dus zowel risico- als inkomenssolidariteit mee. Waar onderscheid nodig is, zullen we dat expliciet maken.

### *Solidariteit in het zorgstelsel – wat vinden Nederlanders?*

Uit de tweejaarlijks door onderzoeksinstituut Nivel afgenomen Solidariteitsmonitor blijkt dat de bereidheid om te betalen voor behandelingen die mensen zelf niet nodig hebben, in Nederland hoog is.[78] Ruim 70 procent van de ondervraagden is hiertoe in 2019 bereid; sinds het begin van de monitor in 2013 is er geen duidelijke trend omhoog of omlaag. Opvallend is dat de *verwachte* solidariteit, de mate waarin mensen verwachten dat anderen bereid zijn hetzelfde te doen, wezenlijk lager ligt, rond de 60 procent; ook hier is geen

77 Vonk et al. 2020.
78 Kooijman et al. 2018; Holst et al. 2020.

duidelijke trend waarneembaar. Mensen zijn dus pessimistischer over de solidariteit die ze denken te mogen verwachten van anderen, dan over de solidariteit die ze zelf bereid zijn te geven. Potentieel spreken hieruit zorgen over de mate waarin 'het stelsel' mensen wel de zorg biedt die ze in de toekomst denken nodig te hebben.

Uit de Nivel-monitor blijkt overigens ook dat naarmate hun inkomen en opleidingsniveau lager zijn en de gezondheid slechter, mensen minder solidariteit verwachten van anderen. Dit duidt erop dat groepen met een lagere sociaaleconomische positie grotere twijfels hebben over de vraag of het stelsel hen wel de zorg kan bieden die zij verwachten nodig te hebben, dan de groepen die er sociaaleconomisch gezien beter voor staan. Bovendien blijkt uit de monitor dat groepen die er slechter voorstaan, minder bereid zijn solidariteit te tonen. Voor lagere inkomens is dit mogelijk te verklaren doordat zij de eigen zorgkosten als een grote last ervaren. Dit effect treedt op ondanks dat de eigen zorgkosten in Nederland internationaal gezien relatief laag zijn, en ondanks dat voor lage inkomens de zorgtoeslag een zeer groot deel van de nominale zorgpremie dekt.

Onderzoeken van andere instellingen, zoals het COB van het SCP en het Burgerforum Zorg van de Radboud Universiteit bevestigen het algemene beeld.[79] Zowel enquêtes als focusgroepen laten zien dat mensen in het algemeen een grote bereidheid hebben om de behandeling van anderen te betalen. Solidariteit als algemene waarde staat dus hoog in het vaandel. Maar is er ook iets zeggen over specifieke vormen van solidariteit, zoals risico- en inkomenssolidariteit?

### *Steun van Nederlanders voor risicosolidariteit*

Uit de Solidariteitsmonitor blijkt dat minder dan 10 procent van de ondervraagden van mening is dat mensen met een slechte gezondheid een hogere premie moeten betalen. Hetzelfde geldt voor mensen met een genetische aanleg voor ziektes: slecht 3 procent van de ondervraagden vindt dat die een hogere premie moeten betalen. Dit is op te vatten als steun voor de notie van risicosolidariteit. Immers, in een vrijgegeven verzekeringsmarkt zouden beide groepen aanzienlijk hogere premies moeten betalen. Risicosolidariteit geldt in mindere mate voor solidariteit naar leeftijd. Er is namelijk meer steun voor de gedachte om ouderen meer te laten betalen. Deze gedachte leeft in het bijzonder bij jongeren (30 procent), en minder bij ouderen zelf (8 procent)[80], al is nog steeds een ruime meerderheid tegenstander van een dergelijke beperking van de (verplichte) risicosolidariteit. Niettemin laten deze cijfers zien dat

79 Den Ridder et al. 2019; Baltussen et al. 2018.
80 Kooijman et al. 2018.

risicosolidariteit langs de as van leeftijd meer onder druk staat dan voor ziekte in het algemeen en voor erfelijke aandoeningen in het bijzonder.

De risicosolidariteit blijkt nog meer onder druk te staan als we kijken naar leefstijlfactoren. Een substantieel deel van de ondervraagden vindt dat rokers (54 procent), (overmatige) alcoholgebruikers (44 procent) en mensen met een ongezonde leefstijl (38 procent) hogere premies zouden moeten betalen.[81] Niet-rokers, niet-drinkers en sporters zijn deze mening in nog sterkere mate toegedaan. De resultaten vertonen echter geen duidelijke trend: sinds 2013 zijn niet wezenlijk meer of minder mensen dit gaan vinden. Recent onderzoek van het CBS bevestigt deze resultaten: ongeveer de helft van de ondervraagden geeft brede steun aan het idee van hogere premies voor mensen die roken of veel alcohol drinken, en in minder mate (rond de 25 procent) geldt dit ook voor het idee van hogere premies voor mensen die weinig bewegen of overgewicht hebben.[82]

Deze resultaten laten zien dat mensen aanzienlijk minder solidair staan tegenover risico's waarvan ze het idee hebben dat ze – tenminste ten dele – het gevolg zijn van eigen gedrag.[83] De risicosolidariteit voor 'pech' (erfelijke aandoeningen) is hoog, maar die voor vermijdbare risico's – soms leefstijlsolidariteit genoemd – is aanzienlijk lager.[84] Dit sluit aan bij de observatie dat eigen verantwoordelijkheid in veel gevallen belangrijk is bij het oordeel over solidariteit. Ander onderzoek onderscheidt eigen verantwoordelijkheid als één van de vijf factoren die bepalen met wie mensen solidair zijn.[85]

### *Steun van Nederlanders voor inkomenssolidariteit*

Op een vergelijkbare manier kunnen we ook de maatschappelijke steun toetsen voor vormen van inkomenssolidariteit. Ook hier blijkt uit de Solidariteitsmonitor brede steun te bestaan voor het algemene idee dat hoge inkomens een hogere bijdrage leveren (43 procent), hoewel deze steun aanzienlijk lager is dan die voor veel vormen van risicosolidariteit. Daarnaast lijkt de steun hiervoor onder de hoge inkomens af te nemen (van 48 procent in 2013 naar 33 procent in 2017). Gesprekken in focusgroepen laten vergelijkbare

81 Kooijman et al. 2018.
82 De Witt 2019.
83 We gaan hier niet nader in op de vraag of die perceptie terecht is.
84 Sommige auteurs gebruiken het woord 'leefstijlsolidariteit' om risicosolidariteit aan te duiden die samenhangt met gezondheidsproblemen als gevolg van levensstijl (Zie: Groot en Van Sloten 2012).
85 De andere vier zijn: 1. omvang van de hulpbehoefte. 2. identificatie met de ontvanger. 3. reciprociteit en 4. dankbaarheid en meegaandheid van de ontvanger; Van Oorschot 1998, 2000. Zie ook Jeurissen 2005 voor een nadere analyse rondom het thema eigen verantwoordelijkheid, leefstijl en solidariteit in de zorg.

resultaten zien: ook onder de groep mensen met een hoog inkomen is er relatief brede steun voor het principe van de 'breedste schouders dragen de zwaarste lasten', maar tegelijkertijd wijst deze groep sneller op de grenzen daarvan.[86] In SCP-onderzoek uit 2012 wordt dan ook expliciet geconstateerd dat de meeste mensen de gewenste extra investeringen in de zorg vooral verwachten van de inkomensgroep boven hen. De bovenste inkomensgroep, op haar beurt, rekent op meer efficiëntie.[87] Deze resultaten laten zien dat inkomenssolidariteit meer onder druk staat dan risicosolidariteit en dat deze vorm van solidariteit mogelijk afneemt. Dit suggereert dat de maatschappelijke houdbaarheid van het huidige stelsel eerder onder druk komt te staan via de route van inkomenssolidariteit dan via die van risicosolidariteit. Een uitzondering hierop is de leefstijlsolidariteit.

### *Opvattingen over vertrouwen en prudentie*

We kijken ten slotte naar een categorie opvattingen die we samenvatten onder de noemer 'vertrouwen en prudentie'. Het gaat hier om de vraag of mensen vertrouwen hebben in de Nederlandse gezondheidszorg en of zij vinden dat de mensen en middelen die we met ons allen investeren in zorg, op een prudente manier worden ingezet. Daarnaast gaat het om de vraag of die mensen en middelen worden ingezet voor wat wordt gezien als een gerechtvaardigd doel van zorg. Dit laatste aspect is minder systematisch onderzocht, maar komt onder andere naar voren als we in detail kijken naar de resultaten uit de focusgroepen van het SCP.

Uit de Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg van het Nivel blijkt dat het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg over het geheel genomen hoog is. Vooral het vertrouwen in huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen is groot: rond de 90 procent van de Nederlanders heeft tussen 2006 en 2018 (veel) vertrouwen in hen.[88] Het vertrouwen in de ziekenhuizen schommelt rond de 70 procent. In schril contrast hiermee staat het vertrouwen in de verpleeghuizen: circa 35 procent van de bevolking zegt hier vertrouwen in te hebben. Ook in zorgverzekeraars is het vertrouwen met 25 procent zeer laag. Mensen denken bijvoorbeeld niet dat zorgverzekeraars de algemene belangen van verzekerden voldoende op het oog hebben.[89] Deze cijfers maken duidelijk dat de Nederlandse bevolking meer vertrouwen heeft in de zorgverleners dan in de instituties in de zorg.

---

86 Den Ridder et al. 2019.
87 Kooiker et al. 2012.
88 Kooijman et al. 2018.
89 Maarse en Jeurissen 2019. Voor andere zorginkopers, zoals de zorgkantoren, is daarover minder bekend.

Uit SCP-onderzoek blijkt dat 75 procent van de Nederlanders vindt dat er meer geld uitgetrokken moet worden voor de zorg; 71 procent vindt dat zelfs als dat ten koste gaat van andere beleidsterreinen.[90] Dat geld zou dan moeten gaan naar zaken als meer en beter betaald personeel, de ouderenzorg en minder eigen kosten (bijvoorbeeld een lager eigen risico). Ondanks de grote steun voor meer investeringen in de zorg wil echter maar 36 procent van de ondervraagden dat de premies en belastingen worden verhoogd om dit te kunnen betalen, en maar 28 procent is bereid daarvoor zelf meer premie of belasting te betalen. Ook andere 'oplossingen' als het verhogen van het eigen risico of het verkleinen van het basispakket zijn maar weinig populair (9 respectievelijk 25 procent), met name omdat mensen bezorgd zijn over de effecten op de toegankelijkheid van de zorg, en over het ontstaan van een tweedeling tussen mensen die die zorg zelf kunnen betalen en mensen die dat niet kunnen. Ongeveer 30 procent van de mensen wil dan ook überhaupt geen keuze maken tussen één van deze drie strategieën (hogere premies/belastingen, kleiner pakket, hoger eigen risico). Uit eerder SCP-onderzoek blijkt daarentegen dat mensen hopen, en verwachten, dat door meer efficiëntie, door het tegengaan van verspilling en bureaucratie en door minder marktwerking en management meer middelen vrij kunnen komen om de gevreesde teruggang in kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te stuiten.[91]

Overigens blijkt uit internationaal onderzoek dat de kosten die niet samenhangen met het primaire zorgproces in Nederland, iets hoger zijn dan gemiddeld maar slechts een klein gedeelte van de totale uitgaven aan zorg omvatten.[92] Dit laat onverlet dat de regel- en administratiedruk een belangrijke negatieve factor is in de werkbeleving en de werkdruk die zorgmedewerkers ervaren (zie box 3.6). Zelfs als besparingen op de uitvoeringskosten weinig impact hebben op de totale zorguitgaven, kunnen ze wel een belangrijke invloed hebben op de personele houdbaarheid (bijvoorbeeld minder ziekteverzuim en uitstroom) en daarmee op de maatschappelijke houdbaarheid, namelijk op het vertrouwen in het Nederlandse zorgstelsel.

### 3.3.4 Beperkingen van onze kennis over elementen van maatschappelijke houdbaarheid

Onze kennis over de onderliggende elementen van maatschappelijke houdbaarheid kent enkele lacunes. Zo weten we maar ten dele hoe en waarop burgers hun opvattingen over kwaliteit, toegankelijkheid, solidariteit en prudentie baseren. Het is namelijk niet vanzelfsprekend dat burgers het zorgstelsel

90 Den Ridder et al. 2019.
91 Kooiker et al. 2012.
92 Gemiddeld over de OECD als geheel om 3 procent van de totale uitgaven aan zorg - voor Nederland gaat het om iets meer dan 4 procent (Mueller et al. 2017).

met zijn vele wetten, instellingen, regulaties en geldstromen goed overzien. Opvattingen zullen in veel gevallen dan ook vooral bepaald worden door een mengsel van persoonlijke ervaringen, ervaringen van familie en vrienden en beeldvorming in de media. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat maar weinig mensen het stelsel doorgronden: weinigen begrijpen hoeveel zij precies bijdragen via minder zichtbare routes als de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw (de 'werkgeversbijdrage'). Ook weten zij niet dat die bijdrage per hoofd van de bevolking gemiddeld 6.000 euro per jaar bedraagt.[93] Hierdoor hoeven steunverklaringen voor investeringen in zorg of voor solidariteit zich niet altijd te vertalen in concrete betaalbereidheid. Het gegeven dat mensen hun zorguitgaven sterk onderschatten, doet vermoeden dat die concrete bereidheid wel eens lager zou kunnen uitpakken wanneer hier helderheid over zou komen.

Een gerelateerde beperking schuilt in het verschil tussen wat economen *stated preferences* en *revealed preferences* noemen. Mensen zijn geneigd sociaal wenselijke antwoorden te geven. Wat zij claimen dat hun voorkeuren zijn (hun *stated preference*), komt daardoor niet altijd overeen met hun daadwerkelijke gedrag (hun *revealed preference*). Dit ligt extra moeilijk in de zorg, waar het door wettelijk verplichte bijdragen maar beperkt mogelijk is om de *revealed preference* van mensen te meten via hun consumptiegedrag. Een hypothetische zorgverzekeraar die hogere premies vraagt aan ouderen of rokers, zou wellicht heel populair zijn bij de premiebetalers – of misschien ook wel helemaal niet –, maar dat weten we niet zeker.

Niettemin is er een aantal pogingen gedaan om dergelijke beperkingen te omzeilen, bijvoorbeeld in een studie waarin mensen gevraagd werd hun ideale basispakket samen te stellen.[94] Bij elke keuze om een behandeling wel of niet te vergoeden waren de financiële gevolgen van die keuze (hoeveel hoger of lager de premie zou worden) direct zichtbaar. Op deze manier konden de onderzoekers evalueren of mensen nog steeds bereid zijn solidaire keuzes te maken als dat direct zichtbare financiële gevolgen heeft. Dit onderzoek bevestigt dat mensen strenger zijn als het erom gaat de behandeling te vergoeden van aandoeningen die (deels) het gevolg zijn van iemands leefstijl. Ook zijn mensen in dit onderzoek geneigd sterk solidair te zijn met mensen die genetisch bepaalde aandoeningen hebben. In tegenstelling tot de opiniestudies van Nivel en SCP komt uit dit onderzoek geen effect naar voren van leeftijd op de solidariteit. Mensen zijn hier niet minder geneigd de zorg voor oudere patiënten te vergoeden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deelnemers aan deze studie werd gevraagd een heel concrete leeftijdsgrens voor te stellen

93 Kooiker et al. 2012; Baltussen et al. 2018.
94 Hansen et al. 2005.

(specifiek vergoeden van behandelingen 'slechts voor personen jonger dan 75 jaar'), terwijl hen in de Barometer Solidariteit gevraagd werd of 'ouderen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering'. De details van de vraagstelling maken dus uit: een deel van de bevolking is weliswaar minder bereid solidair te zijn met ouderen via premiedifferentiatie (hogere premies voor ouderen), maar er is geen animo om hen volledig uit te sluiten van vergoeding, noch voor bepaalde aandoeningen noch om een strakke leeftijdsgrens te hanteren.

Uit een vergelijkbare studie blijkt dat de aandoeningen die mensen opnemen in hun hypothetische ideale pakket, nogal uiteenlopen.[95] Zo zou rond de 20 procent epilatie van transgenders in het pakket opnemen en rond de 90 procent behandelingen voor prostaatkanker en nierdialyse.[96] In deze studie werd niet onderzocht in welke mate mensen de vergoeding zouden laten afhangen van factoren als inkomen, ziektegeschiedenis, leefstijl of leeftijd. De studie liet wel zien dat scenario's waarin de budgettaire gevolgen van de gemaakte keuzes niet aan de deelnemers werden medegedeeld, niet tot wezenlijk andere uitkomsten leidden dan scenario's waarin mensen de financiële gevolgen direct zagen. Dit suggereert dat in ieder geval in sommige gevallen de *stated preferences* niet ver afwijken van de *revealed preferences*.

Een laatste manier om het daadwerkelijke solidariteitsgedrag van mensen te bestuderen is door gebruik te maken van de beperkte keuzeruimte die het zorgstelsel biedt, namelijk in de hoogte van het eigen risico en die van de aanvullende verzekering. Wanneer mensen met een laag ziekterisico een hoog vrijwillig eigen risico kiezen en daardoor minder premie afdragen, zwakt dat potentieel de risicosolidariteit in het systeem af, met name wanneer het achterliggende risicovereveningsmodel niet afdoende compenseert voor het verschil in risico. Een andere manier waarop dit kan gebeuren, is wanneer zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, toch impliciete vormen van risicoselectie toepassen. In een onderzoek uit 2016 constateert de NZa dat er aanwijzingen zijn dat de risicosolidariteit in ons stelsel op zulke manieren onder druk staat.[97] Hoewel deze constatering niet impliceert dat mensen bewust proberen solidariteit in het stelsel te ondermijnen, laat dit zien dat consumentenkeuzes in het deel van de zorgverzekeringswet waar keuzevrijheid bestaat, de risicosolidariteit kunnen verzwakken.

---

95 Victoor et al. 2011; 2014.

96 Kijkend naar de volledige lijst met resultaten, suggereert deze dat Nederlanders een voorkeur hebben voor medische noodzaak of urgentie als bepalend criterium. Mogelijkerwijs valt die voorkeur enigszins samen met de rule of rescue – de gedachte dat de meest urgente aandoeningen voorrang verdienen (zie hoofdstuk 8).

97 NZa 2016.

### 3.3.5 Maatschappelijke houdbaarheid onder druk

Maatschappelijke houdbaarheid gaat, zoals gezegd, over het draagvlak voor de zorg. We stellen vast dat Nederlanders de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in sommige sectoren tekort vinden schieten. Daarbij lijken vooral zorgen te spelen rond de kwaliteit als deze samenhangt met personeelstekorten en werkdruk, vooral in de ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ. Let wel, deze constatering betekent niet op voorhand dat kwaliteit en toegankelijkheid in deze sectoren *dus* niet aan normen voldoen; het gaat hier om de perceptie van mensen.

Gegeven deze brede maatschappelijke zorgen over kwaliteit en toegankelijkheid en het grote belang dat mensen toekennen aan de zorg, is het niet vreemd dat er brede steun lijkt te zijn voor meer geld voor de zorg. Dat is een logische respons op de perceptie dat kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg tekortschieten en suggereert op het eerste gezicht een duidelijke richting voor een politiek en beleidsmatig antwoord op de gewenste verbetering van de maatschappelijke houdbaarheid. Dat antwoord – meer middelen naar de zorg – leidt echter van de baten- naar de kostenkant van maatschappelijke houdbaarheid, en daar lopen we tegen grenzen aan. Zo is maar een kleine minderheid van de bevolking (ruim een kwart) bereid aanvullende premie of belasting te betalen om de investeringen daarvoor te financieren.

Dat brengt ons bij de notie van solidariteit. Solidariteit als abstract principe is zeer en blijvend populair. Dat geldt voor inkomenssolidariteit: er is brede steun voor het principe dat hogere inkomens meer bijdragen dan lage inkomens. Ook voor risicosolidariteit bestaat brede steun. Dat geldt, zoals we eerder zagen, met name voor risicosolidariteit met 'pech', maar aanzienlijk minder voor solidariteit met leefstijlgerelateerde aandoeningen en met ouderen. Dit impliceert dat er een grens is aan het draagvlak om de stijgende zorgkosten op te vangen via een verhoging van de inkomens- en risicosolidariteit. Toch zal, gegeven de stijgende zorguitgaven, het uitgangspunt van een gelijke toegang tot de zorg voor alle inkomens een steeds grotere solidariteit van de hoge en middeninkomens vergen. In deze grenzen aan de inkomenssolidariteit schuilt een beperking van de beweegruimte voor toekomstig overheidsbeleid, hoewel het niet goed mogelijk is concreet aan te geven waar die grens ligt.

Op basis van deze constateringen signaleren we een aantal knelpunten voor de toekomst. Allereerst is het, gegeven de financiële en personele uitdagingen, aannemelijk dat aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid verder onder druk komen te staan. Dat kan het draagvlak voor de zorg aantasten en leiden tot een toenemende roep om meer investeringen. Ten tweede zijn de vormen van solidariteit die nu al onder druk staan – met name leeftijds- en leefstijlsolidariteit –, precies de vormen waarop in de toekomst een groter beroep gedaan moet worden geven de ontwikkelingen in samenstelling en

gezondheidstoestand van de bevolking (zie hoofdstuk 2). Dat betekent dat er aanvullende druk komt precies op die plaatsen waar de solidariteit al kwetsbaar is. Ten derde zit er een spanning bij de afweging van de omvang van het zorgpakket. Mensen vinden de kosten van zorg nu al hoog, maar zijn bezorgd dat een kleiner collectief pakket bijdraagt aan een tweedeling in de samenleving.

Vanaf de batenkant van de zorg is er een roep om verbetering van de zorg, terwijl vanaf de kostenkant de maatschappelijke ruimte hiervoor zeer beperkt lijkt. Dat maakt de speelruimte voor het overheidsbeleid zeer beperkt. Op basis van deze analyse is het echter onmogelijk te voorspellen wanneer deze situatie omslaat in de richting van onhoudbaarheid. Net als voor de andere houdbaarheden zal er ook hier geen eenduidig omslagpunt zijn. Knelpunten mogen echter als eerste verwacht worden bij de leefstijlgerelateerde zorg, bij de ouderenzorg en bij de rol van inkomenssolidariteit in ons stelsel.

Hoe kan een gebrek aan maatschappelijke houdbaarheid zich uiten? In zijn werk *Exit, Voice, and Loyalty* ziet de Amerikaanse politieke econoom Hirschman twee mogelijkheden: wanneer een (publiek) goed – zoals de zorg – geacht wordt in kwaliteit af te nemen, kunnen mensen kiezen voor e*xit*, oftewel overstappen naar een andere organisatie of leverancier, of *voice*, oftewel proberen de relatie te repareren via acties of klachten die tot een ervaren kwaliteitsverbetering moeten leiden. De mate van loyaliteit die mensen voelen met de organisatie die het goed levert, bepaalt daarbij mede welke (combinatie) van de twee opties mensen kiezen. Dit is van belang in het licht van de eerdere conclusie dat Nederlanders weliswaar een groot vertrouwen hebben in de zorgverleners, maar veel minder in de instituties van de zorg (en in het bijzonder de zorgverzekeraars). In de zorg is het potentieel voor directe *exit* beperkt. Immers, de zorgpremies en belastingafdracht zijn verplicht en de private zorgsector is relatief klein en beperkt tot deelgebieden van de zorg (bijvoorbeeld de vrijwillige aanvullende verzekering).[98] Daarentegen is er een groot potentieel voor *voice*, bijvoorbeeld door de onvrede over de zorg te uiten in de politieke arena of door publieksacties. Tegelijkertijd kent ook deze optie beperkingen: in het formele medium om uiting te geven aan *voice* – verkiezingen – gaat de discussie zelden alleen over de zorg, waardoor het moeilijk kan zijn specifieke zorgen goed te adresseren.[99] Doordat *exit* in de zorg, in tegenstelling tot in andere markten, maar in zeer beperkte mate een optie is, bestaat het risico dat signalen over maatschappelijke onhoudbaarheid langs de kwaliteits- of

98 Niettemin is er in delen van de zorg een toename te zien van parallel privaat aanbod, bijvoorbeeld van private verpleeghuizen. Zie Bos et al. 2020.

99 Uiteraard is de zorg hierin niet uniek. Dit geldt in meer of mindere mate voor alle maatschappelijke vraagstukken.

toegankelijkheidsdimensie onvoldoende gehoord worden. Bovendien speelt hierbij dat kwetsbare groepen binnen het brede zorglandschap de minste mogelijkheden tot *voice* hebben (zie verder hoofdstuk 4 en 9).

Iets vergelijkbaars geldt aan de kostenkant. Via wet- en regelgeving is op korte termijn weliswaar af te dwingen dat mensen bijdragen aan de solidariteit in de zorg, maar zonder draagvlak is dat op de lange termijn niet houdbaar. Aan verplichte bijdragen zoals zorgpremies kunnen mensen zich niet onttrekken, maar op termijn kunnen ze wel via de politieke arena vermindering van die solidariteit afdwingen door te stemmen voor een hoger eigen risico of hogere eigen bijdrage of voor meer mogelijkheden tot risicoselectie.[100] We kunnen solidariteit dus op de korte termijn verplichten, maar die verplichting moet wel als maatschappelijk acceptabel en legitiem worden gezien.

Het grootste risico schuilt misschien wel in een scenario waarin percepties van een dalende kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gepaard gaan met een afnemende steun voor solidariteit. Dat is vooral zo als er ook wantrouwen tegen het zorgstelsel bestaat omdat dat niet prudent en rechtvaardig zou zijn, en als parallel het beeld ontstaat dat het zorgpakket uitgekleed wordt. In dat geval zou het maatschappelijk draagvlak voor onze zorg ernstig kunnen worden aangetast. Mensen krijgen dan immers het gevoel dat (de verplichting tot) hun bijdrage niet legitiem is, terwijl ze tegelijkertijd ervaren dat ze er weinig voor 'terugkrijgen' in termen van kwaliteit en toegankelijkheid. Zo zou een negatieve spiraal kunnen ontstaan waarbij een deel van de bevolking private alternatieven zoekt, en het draagvlak voor (verplichte) premies en bijdragen nog verder daalt. Dat scenario is wellicht niet heel waarschijnlijk, maar de overheid moet ervoor zorgen dat het risico erop zo klein mogelijk blijft.

**Kernpunten maatschappelijke houdbaarheid**

- Er bestaan duidelijke knelpunten in het draagvlak voor de zorg in Nederland.
- Nederlanders vinden dat de kwaliteit in met name de ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ tekortschiet. Zorgen zijn er vooral over de gevolgen van personeelstekorten en werkdruk.

100 Hirschman 1970.

- Zorgen over de toegankelijkheid van de zorg zijn er ten aanzien van de wachttijden en de als hoog ervaren persoonlijke kosten, zoals het eigen risico en de eigen bijdragen, al zijn die internationaal gezien relatief laag.
- Solidariteit naar leefstijl (vermijdbare risico's) en leeftijd (ouderen) staan onder druk. Wel zijn Nederlanders bereid tot een hoge mate van inkomens- en risicosolidariteit.
- Het vertrouwen in zorgverleners is groot. Dat geldt echter veel minder voor de instituties in de zorg zoals ziekenhuizen, en vooral voor verpleeghuizen en verzekeraars.

## 3.4 Toenemende druk op onderling vervlochten houdbaarheden

In het maatschappelijke en politieke debat over de houdbaarheid van de zorg hebben financiële overwegingen de meeste aandacht getrokken. Het vraagstuk moet echter in een breder perspectief worden geplaatst. Om de publieke waarden van de zorg (kwaliteit en toegankelijkheid van zorg) te kunnen borgen, gaat het er niet alleen om dat de financiële houdbaarheid op orde is, ook de personele en maatschappelijke houdbaarheid moeten dat zijn. Daarnaast is het houdbaarheidsvraagstuk urgenter dan veelal wordt gedacht. Hoewel een strikte interpretatie van financiële houdbaarheid – hebben we de middelen? – de houdbaarheid in de toekomst kan begrenzen, zit het wezenlijke probleem veeleer in de steeds zwaarder wegende uitruilen, oftewel in de onwenselijke effecten van een onhoudbare groei binnen en buiten de zorg. Lang voordat de betaalbaarheid van een al maar verder groeiende zorg een kantelpunt bereikt, treden steeds grotere nadelige effecten op – met name via de personele dimensie – voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, voor andere publieke uitgaven of zelfs voor de algehele (brede) welvaart.

Hoewel de financiële houdbaarheid nu al, maar zeker op de lange termijn, een uitdaging vormt, is de personele houdbaarheid de meest acute en meest knellende dimensie. Naar verwachting zou op termijn meer dan een derde van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam moeten zijn om in de zorgvraag te kunnen voorzien. De vraag is of een dergelijke verschuiving in de werkgelegenheid ten gunste van de collectieve sector – die in die situatie het grootste deel van de economie zal omvatten – wel haalbaar of wenselijk is. De beroepsbevolking neemt naar verwachting nauwelijks toe, terwijl de zorgvraag juist sterk groeit. Dat maakt het steeds moeilijker de kwaliteit en de toegankelijkheid te bieden die Nederlanders verwachten van de zorg.

Maar ook de maatschappelijke houdbaarheid staat onder druk. Mensen hebben in toenemende mate zorgen over de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, terwijl ze tegelijkertijd een zeer groot belang hechten aan goede zorg. Ook de solidariteit komt onder druk te staan, juist op die onderdelen van de zorg waar in de toekomst knelpunten gaan optreden – bij ouderen en bij vermijdbare risico's door leefstijl, zoals roken en obesitas. Bovendien denken sommige burgers dat meer investeren in de zorg gewenst is, maar dat de persoonlijke kosten nu al te hoog zijn en dat die extra middelen vooral uit een grotere efficiëntie van de zorg moeten komen. Die laatste verwachting lijkt maar zeer beperkt haalbaar – zoals we later in dit rapport laten zien. Daarmee lijkt het grootste risico rondom draagvlak dan ook een scenario waarin percepties van een dalende kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gepaard gaan met een afnemende solidariteit en een afnemend vertrouwen in het stelsel in het algemeen. De maatschappelijke houdbaarheid roept dan politieke beperkingen op (lang) voordat de grenzen van de financiële houdbaarheid in zicht komen.

De dimensies van houdbaarheid blijken sterk met elkaar verknoopt. Dat in 2060 meer dan één op de drie werknemers in de zorg werkzaam moet zijn om in de zorgvraag te kunnen voorzien, gaat onvermijdelijk gepaard met een loon-competitie met andere sectoren. Dat laat zien dat financiële en personele houdbaarheid tegengesteld kunnen uitwerken: meer van het één is minder van het ander. Daarnaast is financiële houdbaarheid op complexe wijze verbonden met maatschappelijk draagvlak. Enerzijds mag verwacht worden dat, met het stijgen van de uitgaven, de kwaliteit verbetert en de gepercipieerde baten toenemen. Anderzijds nemen ook de verwachtingen van de zorg die in de samenleving leven, toe en neemt, met de stijgende uitgaven, het beroep op solidariteit steeds verder toe. En ten slotte zijn de personele en maatschappelijke houdbaarheid met elkaar verbonden. Een gebrek aan personeel legt misschien nog wel de grootste druk op het maatschappelijk draagvlak omdat dit niet alleen ten koste gaat van de aandacht voor individuele patiënten, maar ook de toegang tot de zorg in gevaar kan brengen – zoals we tijdens de COVID-crisis hebben gezien bij het tekort aan IC-verpleegkundigen.

Dat alles maakt het borgen van houdbare zorg tot politieke evenwichtskunst. Houdbaarheid is geen kwestie van optimaliseren, maar van het balanceren van de drie houdbaarheden als randvoorwaarden voor de onderliggende publieke waarden van de zorg: kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Het houdbaarheidsprobleem is in de praktijk een verdelingsvraag: een botsing van de stijgende vraag naar zorg met beperkingen in de beschikbare middelen en mensen en in de bereidheid om voor zorg een steeds groter deel van het eigen inkomen af te dragen. Dat zal een kwestie blijven van balanceren. Het is zaak de evenwichtsoefening op zo'n manier te uit te voeren dat de publieke belangen binnen en buiten de zorg zo goed mogelijk worden geborgd.

# 4 Inrichting en prestaties van de Nederlandse zorg

De publieke waarden van zorg – kwaliteit en toegankelijkheid – zijn niet in alle delen van de zorg voldoende geborgd

Zoals uit het vorige hoofdstuk bleek, is houdbaarheid in personeel, financieel en maatschappelijk opzicht belangrijk om de publieke waarden van zorg – kwaliteit en toegankelijkheid – te kunnen borgen. We hebben laten zien dat de drie dimensies van houdbaarheid – financieel, personeel en maatschappelijk – onder druk staan, zowel nu als in de toekomst, en dat het houdbaarheidsvraagstuk in de zorg in de praktijk een verdelingsvraag is. Dat maakt het van belang te bezien hoe het met de publieke waarden van de zorg in de verschillende delen van het zorgstelsel is gesteld. Dat doen we in het tweede deel van dit hoofdstuk (paragraaf 4.2 en verder) nadat we zijn ingegaan op de vraag hoe het Nederlandse zorglandschap is georganiseerd (paragraaf 4.1).

We verleggen de aandacht in dit hoofdstuk dus van het houdbaarheidsvraagstuk naar dat van de 'uitkomst' van de zorg in termen van kwaliteit en toegankelijkheid. Dit doen we aan de hand van de vijf zogeheten stelselwetten die de basis vormen van de huidige organisatie van de zorg in Nederland. We bieden geen allesomvattende analyse van de prestaties van het Nederlandse zorgstelsel, daarvoor is de sector te divers en omvangrijk, maar schetsen veeleer een aantal knelpunten in de kwaliteit en de toegankelijkheid voor de verschillende delen van de zorg. We hanteren daarbij zowel een sectoraal als een levensloopperspectief: welke knelpunten zijn er in de verschillende sectoren van de zorg en gedurende de verschillende levensfasen? Het hoofdstuk biedt hiermee een empirisch-beschrijvende invalshoek.

In online appendix 4 is een uitgebreide beschrijving te vinden van het huidige Nederlandse zorglandschap aan de hand van de vijf grote stelselwetten. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de ontstaansgeschiedenis van het huidige zorgstelsel en de totstandkoming van die wetten.

## 4.1 De organisatie van het huidige zorglandschap

*De vijf stelselwetten*

Sinds 2015 vormen vijf stelselwetten de kern van de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze wetten regelen de zorg in Nederland voor de verschillende doelgroepen. Het gaat om de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Langdurige Zorg (Wlz), de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet Publieke Gezondheidszorg (Wpg) en de Jeugdwet. Deze stelselwetten

zijn belangrijk voor het toewijzen van verantwoordelijkheden tussen de verschillende actoren, het organiseren van patiëntroutes en het regelen van financieringsstromen. Figuur 4.1 vat de belangrijkste kenmerken van deze stelselwetten samen. Voor een uitgebreide bespreking van het zorgstelsel, en daarbinnen de vijf stelselwetten, verwijzen we naar appendix 4.

**Figuur 4.1** De vijf stelselwetten

| Stelselwet | Aard van zorg | Ingang en Zorgroute | Inkoop en financiering | Bestuur en toezicht |
|---|---|---|---|---|
| **Zorgverzekeringswet** | - Bevordering of handhaving gezondheid<br>- Zorg kan zowel chronische als tijdelijk zijn | - Eerstelijns (huisarts) > doorverwijzing<br>- Bij spoed, rechtstreeks naar 2e lijns | - Inkoop door zorgverzekeraars<br>- Financiering: premies, inkomensafhankelijke bijdrage, Rijksbijdrage | - Zorgverzekeraars, ZiN, NZa, IGJ |
| **Wet langdurige zorg** | - Permanente en langdurige verzorging<br>- 24-uurs zorg | - Aanvraag indicatiestelling CIZ<br>- Zorg in natura of PGB. | - Inkoop door zorgkantoren of cliënten (PGB)<br>- Financiering: inkomensafhankelijke premie. | - Zorgkantoren, ZiN, NZa, IGJ |
| **Wet maatschappelijke ondersteuning** | - Ondersteuning, participatie in de maatschappij<br>- Zowel kortdurende als langdurige zorg kan onder Wmo vallen | - Melding gemeente (keukentafelgesprek)<br>- Zorg of ondersteuning in natura, of PGB | - Inkoop door gemeentes<br>- Financiering uit gemeentelijke begroting (Gemeentefonds) | - Gemeentelijke verantwoordelijkheid |
| **Jeugdwet** | - Gezond en veilig opgroeien<br>- Jeugdhulp, -bescherming en -reclassering<br>- Op vrijwillige basis of gedwongen | - Aanvraag bij gemeente<br>- Melding bij Veilig Thuis<br>- Onderzoek Kinderbescherming, evt. kinderrechter | - Inkoop door gemeentes<br>- Financiering uit gemeentelijke begroting (Gemeentefonds) | - Gemeentes, IGJ |
| **Wet publieke gezondheid** | - Bevordering en bescherming volksgezondheid (bijv. infectieziektenbestrijding, bevolkingsonderzoek, consultatiebureau) | - Universeel toegankelijk (gezondheidsbescherming), oproep (bevolkingsonderzoeken). | - Inkoop door gemeentes (met name bij GGD'en), of uitvoering door RIVM<br>- Financiering gemeentelijke begroting of rijksbijdrage (RIVM) | - Gemeentes, RIVM, VWS, IGJ |

De *zorgverzekeringswet (Zvw)* is waarschijnlijk het bekendste en voor het grote publiek in ieder geval het meest zichtbare deel van de zorg. Ook in termen van uitgaven gaat het om het leeuwendeel van het totaal: van de in totaal ruim 101 miljard euro aan publiek en privaat gefinancierde zorguitgaven in 2019 ging 46,5 miljard euro naar de Zvw.[1] In het publieke debat wordt de term 'zorgstelsel' dan ook nog wel eens gebruikt om te verwijzen naar deze wet, in plaats van naar alle vijf stelselwetten gezamenlijk. Huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, GGZ, maar ook medicijnen, mondzorg, paramedische zorg, verpleging en verzorging via de wijkverpleegkundige en verloskundige zorg zijn voorbeelden van sectoren die allemaal – in ieder geval deels – door de Zvw gereguleerd en gefinancierd worden.

De *Wet langdurige zorg (Wlz)* is na de zorgverzekeringswet waarschijnlijk het meest bekende deel van onze zorg, en ook het tweede deel in omvang. Van de totale zorguitgaven werd in 2019 21,3 miljard uit de Wlz gefinancierd.[2] Het gaat dan met name om langdurige zorg, zoals (instellingen voor) gehandicaptenzorg, GGZ en verpleeghuizen. Het gaat binnen de Wlz altijd om kwetsbare mensen voor wie permanent (24 uur per dag) – veelal intensieve – verzorging, toezicht of zorg nodig is. In de meeste gevallen wordt de zorg binnen de Wlz intramuraal geleverd – mensen leven dan permanent in een zorginstelling. Wlz-zorg kan echter ook bij mensen thuis geleverd worden, zoals de ondersteuning voor ouderen of kinderen met een handicap. Dit verloopt bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget (PGB). In 2018 maakten 278.000 personen gebruik van zorg op grond van de Wlz; 80.000 van hen ontvingen die zorg thuis.[3]

De *Wet maatschappelijke ondersteuning (*Wmo*)* wordt sinds 2015 op gemeentelijk niveau georganiseerd. Voor dit type zorg bedroegen de totale uitgaven in 2019 over alle Nederlandse gemeenten samen 5,3 miljard euro.[4] Het gaat bij de Wmo onder meer om huishoudelijke hulp en ondersteuning voor mantelzorgers, maar ook om dagbesteding, vormen van beschermd wonen, opvang van daklozen en voorzieningen rond de opvoeding. In alle gevallen zijn dit lichtere vormen van zorg dan bij de Wlz. In tegenstelling tot de Zvw en Wlz, die

---

1 Bron: CBS, Statline, tabel Zorg; uitgaven en financiering vanaf 1972: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83075NED/table?ts=1624284109940 Dit bedrag is exclusief eigen betalingen (eigen risico, aanvullende verzekeringen) – het gaat hier om de verplichte betalingen (nominale premie en werkgeversbijdrage). De totale uitgaven zijn dus hoger.

2 Bron: CBS, Statline, tabel Zorg; uitgaven en financiering vanaf 1972: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83075NED/table?ts=1624284109940o Ook hier omvat het bedrag geen eigen betalingen.

3 CBS 2018b.

4 Bron: CBS, Uitgaven Wet Maatschappelijke Ondersteuning: https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/uitgaven-wet-maatschappelijke-ondersteuning.

als (volks)verzekeringen een aanspraak op bepaalde zorg formuleren, is zorg vanuit de Wmo geen recht. De Wmo gaat ervan uit dat burgers primair een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de wijze waarop zij deelnemen aan de maatschappij. Mocht de steun vanuit de eigen omgeving onvoldoende blijken, dan is het mogelijk een beroep te doen op de gemeente, die vervolgens een algemene of maatwerkvoorziening dient te treffen.

De *Jeugdwet* is de enige stelselwet die strikt naar leeftijd van de doelgroep is gedefinieerd en minder naar de aard van de zorg. Het gaat hierbij vaak om zorg die geleverd wordt vanuit één van de andere stelselwetten (met name de Zvw of de Wlz), waarbij de gemeente de verantwoordelijke coördinerende partij is. De kosten aan zorg onder de jeugdwet bedroegen 5,4-5,6 miljard euro in 2019.[5] In dat jaar ontving bijna een half miljoen kinderen en jongeren tot 18 jaar een vorm van jeugdzorg (zie hoofdstuk 2), te weten jeugdhulp, jeugdbescherming of jeugdreclassering.[6] Jeugdhulp houdt in dat de gemeente ondersteuning, hulp en zorg biedt bij opgroei- en opvoedingsproblemen, en daarnaast bij psychische stoornissen, verstandelijke beperkingen of lichamelijke aandoeningen. Als vrijwillige hulp onvoldoende is of wanneer ouders de hulp die in het vrijwillige kader wordt aangeboden weigeren, is het mogelijk over te gaan tot gedwongen jeugdzorg, ofwel jeugdbescherming. Hierbij gaat het om jongeren die in een onveilige situatie leven. Jeugdreclassering, ten slotte, omvat de begeleiding van jeugdigen die een strafbaar feit hebben begaan. Recentelijk werd als toezichthouder voor de jeugdhulp de Jeugdautoriteit opgezet om de continuïteit van cruciale vormen van jeugdzorg te borgen door onder andere bemiddeling bij de zorginkoop.

Via de *Wet Publieke Gezondheid (Wpg)* organiseert en financiert de overheid allerlei vormen van preventie in de zorg. Deze wet is van een andere orde dan de voorgaande vier, omdat hij gericht is op ziektepreventie, gezondheidsbevordering en -bescherming (*public health*) en dus op het voorkómen van zorg en niet op het verlenen ervan. Alle Wpg is dus preventie, maar niet alle preventie valt onder de Wpg. Ook de andere stelselwetten financieren zorg die preventief van aard is, en daarnaast kan preventie van buiten de zorg georganiseerd of gefinancierd worden (zie box 4.1).

5 AEF 2020.
6 Jeugdzorg kan in bepaalde gevallen doorlopen tot het 23e levensjaar, maar dan moet de gemeente of de rechter daartoe expliciet besluiten.

**Box 4.1 Overzicht van vormen van preventie en kosten**

Er zijn in algemene zin drie vormen van preventie, zowel binnen de Wpg als daarbuiten. *Ziektepreventie* gaat om het voorkomen van ziekte, zoals screening (bijvoorbeeld de 'hielprik' en screening op kanker) en vaccinaties. *Gezondheidsbevordering* bevordert een gezonde leefstijl. Naast interventies in het medische domein, zoals voorlichting, stop-met-rokenprogramma's en de gecombineerde leefstijlinterventie is ook verbinding met het sociale domein en de leefomgeving hier belangrijk. Voorbeelden zijn aandacht voor schuldenproblematiek, het creëren van speelruimte in (achterstand)wijken, of voorlichting- en trainingsprogramma's.[7] *Gezondheidsbescherming*, ten slotte, gaat om het beschermen van de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren, zoals de kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, riolering, afvalverwijdering en verkeersveiligheid. Zoals gezegd, valt een groot deel van deze drie vormen van preventie niet onder de Wpg, maar onder andere stelselwetten van de zorg of zelfs helemaal buiten de zorg. Van alle stelselwetten gaan verreweg de minste uitgaven naar de Wpg. In 2019 ging het hierbij volgens de Rijksbegroting om ruim 0,7 miljard euro, met name voor ziektepreventie (521 miljoen) gevolgd door gezondheidsbescherming (125 miljoen) en gezondheidsbevordering (65 miljoen).[8] De totale uitgaven aan preventie zijn echter aanzienlijk hoger. In totaal werd in 2019 bijna 2,2 miljard uitgegeven aan vormen van preventie aangeboden door zorgaanbieders.[9] Aan preventie in de breedste zin van het woord, wordt nog aanzienlijk meer uitgegeven. In 2015 ging het om 12,5 miljard euro (1,8 procent van het bruto binnenlands product, BBP): 2,4 miljard aan ziektepreventie (18,8 procent), 0,6 miljard aan gezondheidsbevordering (5,2 procent) en 9,5 miljard aan gezondheidsbescherming (76 procent).[10] De bulk van deze uitgaven loopt niet via de zorgbegroting – denk bijvoorbeeld aan uitgaven voor riolering en drinkwater (beide vormen van gezondheidsbescherming) – en wordt dan ook niet als een 'zorguitgave' gezien.

7 Broeders et al. 2018.
8 Rijksbegroting 2019.
9 CBS, Statline, tabel Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?ts=1624286180119
10 Van Gils et al. 2020

Tot slot vallen sommige vormen van zorg vallen onder verschillende stelselwetten. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is hiervan een voorbeeld: GGZ-zorg kan geleverd, gefinancierd en georganiseerd worden binnen alle stelselwetten (zie box 4.2).

**Box 4.2 De organisatie van de GGZ in Nederland**

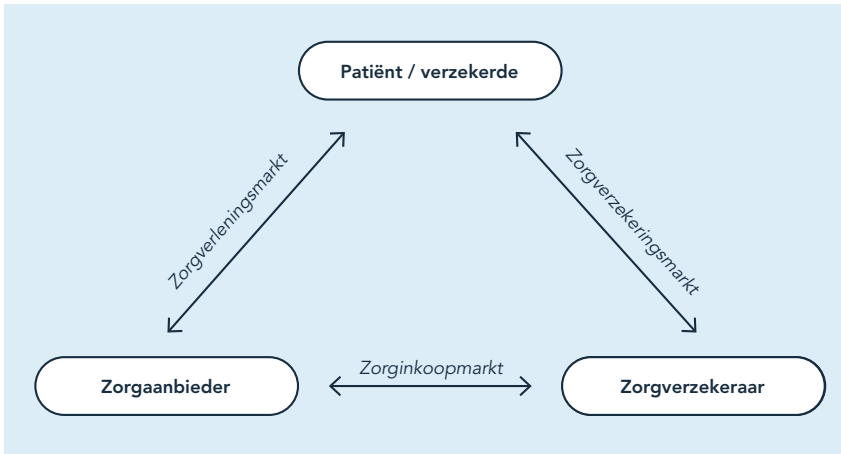
De GGZ is het deel van de zorg dat zich bezighoudt met het behandelen en voorkomen van psychische aandoeningen. Hieronder valt een breed scala aan aandoeningen zoals depressies, psychoses en angststoornissen, maar ook verslavingszorg en delen van de forensische zorg. Sinds 2014 is de GGZ onderverdeeld in (1) huisartsenzorg met GGZ-ondersteuning (praktijkondersteuning huisarts, POH), (2) basis-GGZ, en (3) gespecialiseerde GGZ. Huisartsen met GGZ-ondersteuning behandelen alleen lichte problematiek of verwijzen door naar de andere twee vormen. In de basis-GGZ worden kortdurende lichte tot matige psychische problemen behandeld, in de specialistische GGZ complexere en veelal langdurige aandoeningen. Geestelijke gezondheidszorg wordt in Nederland geleverd in een veelheid aan typen instellingen en door allerlei zorgaanbieders. Geestelijke gezondheidszorg wordt niet alleen geleverd in GGZ-instellingen, maar ook op allerlei andere plaatsen, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Daarnaast zijn er reguliere en academische ziekenhuizen (tweede- en derdelijnszorg), waar zowel psychiaters als andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld psychiatrisch verpleegkundigen of psychologen) deze zorg leveren. Naar aard valt de GGZ veelal binnen de curatieve zorg, en deels ook binnen de langdurige zorg. Andere aspecten vallen onder de maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld wanneer psychiatrische patiënten (weer) thuis gaan wonen en daarbij ondersteund worden.

*De rol van zorggebruiker, zorgaanbieder en zorginkoper in de vijf stelselwetten*

Binnen de stelselwetten kunnen drie cruciale rollen worden onderscheiden: die van zorggebruiker, zorgaanbieder en zorginkoper, ofwel degene die zorg nodig heeft, degene die zorg levert en de partij die ervoor betaalt. In de verschillende deelsectoren zijn het andere partijen die deze rollen vervullen. Alleen binnen de Zvw bestaat het systeem van gereguleerde marktwerking. Zoals figuur 4.2 laat zien, bestaat dit systeem uit drie verschillende markten. Zorgaanbieders die zorg leveren via de Zvw, worden daarvoor gewoonlijk betaald door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars spelen in dat geval de rol van zorginkoper. Iedere Nederlander is verplicht zich bij één van de verzekeraars te verzekeren voor het basispakket. De zorgverzekeraars concurreren met

elkaar om de gunsten van burgers – dit noemen we de zorgverzekeringsmarkt. Zorgaanbieders op hun beurt zijn met elkaar in concurrentie om de gunsten van burgers die een zorgaanbieder kiezen (zorgverleningsmarkt). Burgers zouden hierbij hun keuze moeten baseren op informatie over de kwaliteit en de prijs van het beschikbare zorgaanbod. De derde deelmarkt is de zorginkoopmarkt, waar de verschillende zorgverzekeraars zorgaanbieders contracteren om hun patiënten te behandelen.

**Figuur 4.2** Schematische weergave van gereguleerde marktwerking in de zorgverzekeringswet




De situatie binnen de Zvw verschilt wezenlijk van die in de andere stelselwetten, waar de zorginkoper gewoonlijk een enkele (lokale) overheid of een zelfstandig bestuursorgaan is. In de wetenschappelijke literatuur heet dit ook wel een 'single payer'-systeem. De Wlz functioneert bijvoorbeeld als een regionale *single payer*: binnen elke regio is er maar één zorginkoper en er bestaat dus geen zorgverzekeringsmarkt.[11] Wel zijn er concurrerende zorgaanbieders (zorginkoopmarkt). Ook de Wmo kent concurrerende zorgaanbieders en een enkele zorginkoper (de gemeente). In veel gevallen krijgen mensen een persoonsgebonden budget (PGB) toegekend waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen. Daarbij betalen de gebruikers een eigen bijdrage. Sinds 2020 gaat het om een vast 'abonnementstarief' van 19 euro per maand. De financiering van de zorg uit de Wmo komt uiteindelijk uit de gemeentelijke begrotingen. Op hun beurt krijgen gemeenten het grootste deel van hun middelen van het Rijk, via het Gemeentefonds. Een deel van

11 Er zijn echter wel sterke regionale patronen in relatieve dominantie van zorgverzekeraars, waarbij in sommige regio's een enkele zorgverzekeraar een hoog marktaandeel heeft.

deze middelen is bedoeld voor de Wmo. Gemeenten kunnen deze financiering aanvullen met middelen uit de gemeentelijke belastingen, zoals de onroerendzaakbelasting. Net als de Wmo en Wlz kent ook de Jeugdwet een enkele lokale zorginkoper (de gemeente) en concurrerende aanbieders. Financiering van de Jeugdwet verloopt op dezelfde manier als bij de Wmo. Ook hier bepalen de gemeenten zelf hoe zij het geld uit het Gemeentefonds aan de zorg in het kader van de Jeugdwet besteden. Voor de Wpg bestaan geen landelijk vastgestelde bekostigingsregels. De financiering komt uit de gemeentelijke begroting, en dus uiteindelijk van het Gemeentefonds en gemeentelijke belastingen. Het verschilt dan ook per gemeente in welke mate deze investeert in preventie.[12]

### *Partijen en verantwoordelijkheden*

Binnen de vijf stelselwetten is een veelvoud aan partijen betrokken, lopen vele verschillende geldstromen en zijn diverse toezichthoudende en controlerende instanties actief (zie figuur 4.1 en appendix 4). Een veelheid aan overheden en (semi-) private partijen op lokaal, regionaal en landelijk niveau is verantwoordelijk voor de uitvoerende en bestuurlijke taken (zie figuur 4.1), en een zeer divers en groot aantal private partijen levert de daadwerkelijke zorg in Nederland; de meeste daarvan doen dat zonder winstoogmerk.[13] Die private partijen verschillen in omvang van zelfstandig gevestigde individuele behandelaars tot grote complexe organisaties als ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Op nationaal niveau ligt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het stelsel als geheel bij het Rijk, specifiek bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).[14] Dit betekent dat voor het grootste deel van de zorg geldt dat het ministerie van VWS niet direct betrokken is bij de dagelijkse uitvoering en het dagelijkse bestuur. Daarvoor zijn in verschillende delen van de zorg verschillende uitvoerings- en controleorganisaties of decentrale bestuurslagen verantwoordelijk. Tijdens de coronacrisis is de sturende rol van VWS overigens op sommige domeinen (tijdelijk) uitgebreid of versterkt, al bleef ook toen het primaat over het algemeen bij de zorgaanbieders, GGD-en en andere actoren liggen.

Een aantal instituties is overkoepelend ingericht voor het hele zorgstelsel en niet per stelselwet gedefinieerd. Zo houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de *kwaliteit*, *veiligheid en toegankelijkheid* van (jeugd)

---

12 Soeters en Verhoeks 2015.

13 Zo zijn de Nederlandse reguliere ziekenhuizen stichtingen zonder winstoogmerk; focusklinieken mogen wel winst maken.

14 In het kabinet-Rutte III delen voor het eerst twee ministers (en een staatssecretaris) binnen het ministerie van VWS de verantwoordelijkheid voor de Nederlandse zorg. We spreken hier voor het gemak over 'de minister van VWS' omdat deze rol de afgelopen decennia bij één minister heeft gelegen, en het departement met één begroting blijft werken. We gaan hier evenmin in op de precieze verdeling van verantwoordelijkheden over de drie bewindspersonen in het huidige kabinet.

zorg en zorgaanbieders, maar ook op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Het Zorginstituut Nederland (ZiN) adviseert over de samenstelling van het basispakket. Ook houdt het zich bezig met kwaliteitsbewaking.[15] Een voorbeeld is het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg uit 2017, waarin vereisten geformuleerd werden voor de personele norm in verpleeghuizen. ZiN faciliteert en monitort daarnaast het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, dat via een systematischer zorgevaluatie gepast gebruik – het leveren van zorg die meerwaarde heeft – in de medisch-specialistische zorg wil stimuleren; het doet dat in samenwerking met alle partijen die bij de medisch-specialistische zorg betrokken zijn.[16] De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op een correcte uitvoering en naleving van de stelselwetten, onder meer door zorg te dragen voor een doelmatige besteding van zorggeld. Ze wordt daarom ook wel eens omschreven als de *marktmeester* van het zorgstelsel. Eén van de taken van de NZa is bijvoorbeeld het – samen met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) – voorkomen van een te grote marktmacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de toegankelijkheid van zorg (bijvoorbeeld spoedeisende zorg en wachttijden). Verder is er buiten de stelselwetten om nog een reeks aan andere partijen actief en zijn andere wetten van belang die de zorg reguleren (zie box 4.3).

**Box 4.3 Partijen en verantwoordelijkheden buiten de vijf stelselwetten**

Buiten de stelselwetten om zijn er nog vele andere actoren actief in het Nederlandse zorgstelsel. Denk aan belangen- en beroepsorganisaties (bijvoorbeeld de Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), wetenschappelijke verenigingen (bijvoorbeeld het Nederlandse Huisartsen Genootschap), en vakbonden (FNV Zorg) en patiëntenorganisaties (bijvoorbeeld de Patiëntenfederatie). Ook zijn er legio andere wetten die de zorg reguleren. Enerzijds gaat het hierbij om algemene wetten die ook buiten de zorg werken, zoals de privacywetgeving, de mededingingwetgeving of het bestuursrecht. Anderzijds zijn er allerlei overige wetten die specifieke onderdelen van de zorg of zorginstellingen reguleren of die overkoepelend aangrijpen op de vijf stelselwetten. Denk aan de geneesmiddelenwet, de wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), die bevoegdheden van zorgaanbieders reguleert.

15 Oorspronkelijk bestond binnen ZiN een apart 'Kwaliteitsinstituut'. Tegenwoordig is het kwaliteitsinstituut als aparte deelorganisatie verdwenen en geïntegreerd in ZiN.

16 https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/de-zegg-partijen/

Sommige aspecten van de zorg vallen echter buiten de vijf stelselwetten. Denk aan de bedrijfsgeneeskunde (gefinancierd en georganiseerd door of in opdracht van werkgevers) en de verzekeringsgeneeskunde (gefinancierd en georganiseerd door of in opdracht van private en publieke verzekeraars). Daarnaast is het mogelijk om beleid gericht op gezondheid – of met implicaties voor gezondheid – ook vanuit andere beleidsterreinen te formuleren. Dat geldt bijvoorbeeld voor gezondheidsbevorderend beleid gericht op de verkeersveiligheid of de arbeidsveiligheid (ARBO), of voor gezondheidsbeschermende milieumaatregelen.

Duidelijk is dat het geheel aan wetten, partijen, instituties en reguleringsmechanismen een hoge complexiteit kent. De stelselwetten leveren alle vijf wezenlijk andere vormen van zorg, die andere organisatievormen, verantwoordelijkheden en financieringsbronnen vergen. Een zekere begrenzing is onvermijdelijk om de zorg te kunnen organiseren. Tegelijkertijd hebben burgers vanzelfsprekend weinig boodschap aan stelselwetten. Zij hebben een zorgvraag, en willen dat daarin voorzien wordt. De overgang tussen stelselwetten – bijvoorbeeld wanneer een patiënt achteruitgaat en daardoor niet langer onder de Wmo valt maar onder de Wlz, of verbetert en vanuit het ziekenhuis Wmo-ondersteuning nodig heeft – verloopt niet altijd soepel. Patiënten ervaren grensproblemen, en deze kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van hun zorg, en voor de houdbaarheid van ons stelsel. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand een (duur) ziekenhuisbed onnodig lang bezet houdt omdat de thuiszorg nog niet is geregeld. Ook mensen met meerdere problemen (multimorbiditeit) kunnen tegen zulke grensproblemen – ook wel 'schotten' genoemd – aanlopen. Wat als de zorg die zij ontvangen uit Wlz, Zvw en Wmo, niet goed op elkaar aansluit? Dat zorgt voor grote logistieke problemen voor zowel patiënt als zorgverlener, leidt tot hoge afstemmingskosten en heeft vaak ook financiële consequenties voor de betrokkene ('zorgval'). Niet alleen zorggebruikers maar ook zorgverleners lopen tegen deze schotten aan. In hoofdstuk 6 – waar we ingaan op het streven naar doelmatigheid in de zorg – gaan we nader op dit thema in.

**Kernpunten De organisatie van het Nederlandse zorglandschap**

- De vijf stelselwetten regelen de zorg in Nederland voor de verschillende doelgroepen. Vormen van zorg kunnen onder verschillende stelselwetten vallen (bijvoorbeeld GGZ).
- Binnen, maar ook buiten, de vijf stelselwetten is een veelvoud aan partijen betrokken, lopen vele verschillende geldstromen en zijn diverse toezichthoudende en controleren instanties actief.

– Het systeem van gereguleerde marktwerking in de Zorgverzekeringswet bestaat uit publiek gereguleerde drie markten: de zorgverzekeringsmarkt (concurrentie tussen verzekeraars om verzekerden), de zorgverlenersmarkt (concurrentie tussen zorgaanbieders om patiënten) en de zorginkoopmarkt (zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders).

– Binnen de andere stelselwetten is sprake van maar één zorginkoper per gebied, en bestaat dus geen zorgverzekeringsmarkt.

## 4.2 Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in levensloopperspectief

Na onze bespreking van de formele structuren staat in de vorige paragraaf, staat nu de vraag centraal hoe de Nederlandse zorg in grote lijnen presteert. Daarbij kijken we naar de uitkomsten in termen van kwaliteit en toegankelijkheid in de verschillende sectoren van de zorg, en niet naar de dimensies van houdbaarheid. Vanuit dat perspectief blijkt Nederland tezamen met Zwitserland, Japan en Spanje tot de best presterende landen ter wereld te behoren. Bekende uitkomstmaten waarop dit internationaal wordt beoordeeld, zijn levensverwachting, vermijdbare sterfte aan behandelbare ziektes en ervaren gezondheid (zie box 4.4).[17] Dit beeld betreft overwegend de curatieve zorg, maar ook onze huisartsenzorg, acute zorg en gehandicaptenzorg zijn van hoge kwaliteit en over het algemeen, vanuit een vergelijkend perspectief, goed toegankelijk. Figuur 4.3 vat de bevindingen samen over de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in deze sectoren die over alle levensfasen actief zijn.

### Box 4.4 Uitkomsten van de zorg in internationaal vergelijkend verband

Bezien vanuit internationaal perspectief, lijkt er relatief weinig reden tot zorg over de uitkomsten van de Nederlandse zorg, zowel ten aanzien van de kwaliteit als ten aanzien van de toegankelijkheid daarvan. Zo blijkt uit cijfers van de OECD dat Nederland een relatief laag aantal vermijdbare doden heeft (101 doden per 100.000 mensen, versus 133 voor de OECD als geheel) en een laag aandeel van de bevolking dat aangeeft een slechte gezondheid te hebben (4,5 versus 8,7 procent gemiddeld voor de OECD). Ook de toegankelijkheid lijkt op orde: 12,4 procent van de bevolking rapporteert een onvervulde zorgwens, vergeleken met een OECD-gemiddelde van 20,6 procent. Op de financiële dimensie

17 OECD 2019b.

van toegankelijkheid scoort Nederland zelfs het best: voor slechts 5,7 procent van de bevolking geldt dat zij om financiële redenen van zorg hebben afgezien, tegenover 17,2 procent gemiddeld in de OECD. De OECD ziet de Nederlandse zorg over het algemeen dan ook als doeltreffend en toegankelijk.

**Figuur 4.3** Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor alle levensfasen

| Zorgsectoren | Kwaliteit | Toegankelijkheid |
|---|---|---|
| **Acute zorg**[18] | Zorgaanbieders sturen adequaat op kwaliteit van zorg[19,20] | Onder druk door stijgende zorgvraag (vergrijzing) en dreigend tekort zorgprofessionals |
| **Huisartsenzorg** | Hoge kwaliteit, ook in diverse internationale studies aangetoond[21] | 90 procent patiënten tevreden met openingstijden en bereikbaarheid van hun huisartspraktijk[22] |
| **Curatieve zorg** | Ons land behoort tot de best presterende landen[23] | Binnen Europa is Nederland een van de landen met de beste toegang tot zorg. Wel lange wachtlijsten in de jeugd-GGZ |
| **Gehandicaptenzorg**[24] | Kwaliteit voldoende tot goed[25]<br>Ervaring cliënten: te vaak ongelijkwaardige en afhankelijke positie ten opzichte van zorgverlener en -aanbieder[26] | 3 op de 5 (58%) mensen met een verstandelijke beperking lukt het niet om bij de gemeenten de zorg te regelen die zij nodig hebben[27] |

18 Acute zorg bestaat uit acute ziekenhuis-, verloskundige, ambulance- en huisartsenzorg.
19 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/kwaliteitskader-spoedzorgketen.
20 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_529500_22/1/.
21 OECD 2019b.
22 Brabers en de Jong 2019.
23 OECD 2019b.
24 In 2018 maakten ca. 113.800 cliënten met verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke beperking gebruik van langdurige zorg. Meer dan 85% (96.000) had een verstandelijke handicap.
25 https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/01/13/steekproef-inspectie-onder-26-kleine-instellingen-gehandicaptenzorg-de-meeste-scoren-voldoende-tot-goed. Sedert 2017 kwaliteitskader, in werkveld ontwikkeld.
26 Schuurman 2018.
27 Nieuwenhuis 2018.

Dat neemt niet weg dat er ook knelpunten zijn in deze sectoren. Zo liepen de wachtlijsten in de Nederlandse ziekenhuizen op, over het algemeen ook al voor de coronapandemie.[28] In andere onderdelen van de zorg bestaan er echter nog meer knelpunten, die in sommige gevallen urgent zijn. Deze sectoren zijn veelal niet vertegenwoordigd in de internationale statistieken. Het betreft met name de zorg voor ouderen die afhankelijk zijn van ondersteuning, jongeren die zorg nodig hebben en patiënten met psychische stoornissen. In het vorige hoofdstuk bleek al dat het juist deze sectoren zijn waarover burgers zich in toenemende mate zorgen maken.[29]

We bekijken hieronder welke knelpunten voor de kwaliteit en de toegankelijkheid zich in deze delen van de zorg voordoen in verschillende levensfasen: de eerste 1.000 dagen (preconceptieperiode, zwangerschap, geboorte en de eerste levensjaren), de periode waarin jonge kinderen, de schoolgaande jeugd en adolescenten zich ontwikkelen, de levensfase van volwassenen met een psychische stoornis en die van ouderen.

### 4.2.1 Zorg tijdens de 'eerste 1.000' dagen

De preconceptieperiode, zwangerschap, geboorte en de eerste levensjaren – de 'eerste 1.000' dagen – zijn cruciaal in de ontwikkeling van elk kind.[30] Het merendeel van de kinderen maakt een goede start in het leven en groeit gezond op, maar bij een substantieel aantal kinderen is dat niet het geval door ongunstige zwangerschapsuitkomsten (vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een combinatie daarvan).[31] Dit komt in ons land vaker voor in wijken waar de bewoners een lage sociaaleconomische status hebben en mede daardoor kunnen kampen met armoede, werkeloosheid en schuldenproblematiek.[32] Kinderen die geboren worden in eenoudergezinnen en in gezinnen waarin beide ouders gebruik maken van de GGZ, hebben een verhoogd risico op problemen bij hun (geestelijke) ontwikkeling. Vroeggeboorte en achterblijvende groei van de foetus kunnen gepaard gaan met een hoger risico op diverse ziekten.[33]

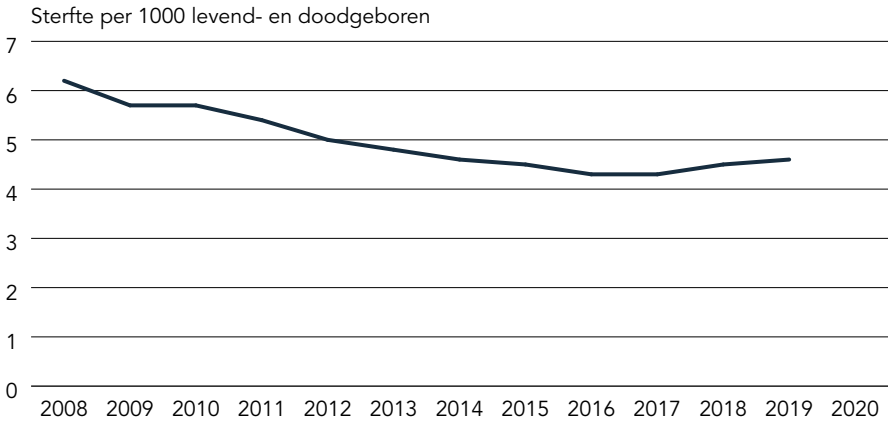
Er was grote schrik en ongeloof toen in 2004 uit Europese cijfers bleek dat de perinatale sterfte (het overlijden vanaf de tweeëntwintigste zwangerschapsweek en in de eerste 28 dagen na de geboorte) in ons land vergelijkbaar was met die in Oost-Europese landen, en in ieder geval ver boven het gemiddelde

---

28 Zie: https://www.volksgezondheidenzorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/toegankelijkheid#node-wachttijd-ziekenhuiszorg-polikliniek.
29 Dekker et al. 2019.
30 Roseboom 2018.
31 Ongeveer 25.000 (14 procent) op jaarbasis; zie Waelput et al. 2017.
32 Steegers 2017.
33 Raju et al. 2017.

van West-Europese landen lag. De oorzaken werden gezocht in een gebrek aan gestandaardiseerde zorg (richtlijnen, samenwerking), het vóórkomen van tweelingzwangerschappen na in-vitrofertilisatie en van tienerzwangerschappen, onvoldoende anticipatie op vroeggeboorte, en de aanwezigheid van risicofactoren bij zwangeren (roken[34], alcoholgebruik, obesitas, en een lage sociaaleconomische status). Aandacht hiervoor en voor andere omstandigheden die bijdragen aan de verhoogde kwetsbaarheid van zwangeren,[35] heeft ertoe geleid dat in de periode 2010-2015 de sterfte rondom de geboorte afnam. Daarmee zit Nederland op het Europese gemiddelde (figuur 4.4).

**Figuur 4.4** Trend in perinatale sterfte, 2008-2018




Bron: Perined, 2020.

Hoe is het sindsdien gesteld met de kwaliteit en de toegankelijkheid van de geboortezorg? Vanaf 2015 stagneert de perinatale zorg, en de laatste jaren stijgt deze zelfs weer licht. Wellicht dat de invoering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg[36] die in 2016 is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut, de sterfte nog verder doet afnemen, maar een driejarige evaluatie van een pilot integrale geboortezorg door het RIVM laat vooralsnog

34 Het aantal vrouwen dat tijdens de zwangerschap nog rookt, is substantieel: 16 procent van de lageropgeleiden, 11,5 procent van de middelbaar opgeleiden en 2,7 procent van de hogeropgeleiden (https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/roken-vrouwen-tijdens-zwangerschap; Trimbos en WODC 2020.

35 Steegers et al. 2020.

36 Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld, vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste 6 weken na de geboorte, inclusief de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners (kraamzorg, verloskundigen en de gynaecologen). De zorg is dan vraaggericht en de zwangere staat centraal.

geen significante impact op de zorguitkomsten zien.[37] Of dat samenhangt met de stokkende implementatie van de integrale geboortezorg is onduidelijk.[38] Uit een vergelijking van de cijfers in ons land met die van de Scandinavische landen blijkt in ieder geval dat er nog verbetering mogelijk is.[39] De kwaliteit en de toegankelijkheid van de geboortezorg staan in sommige regio's onder druk doordat daar een schaarste aan zorgprofessionals bestaat. De coronacrisis heeft deze druk verder doen toenemen.[40]

Helaas blijken er nog weinig vorderingen te zijn gemaakt betreffende preventie in de preconceptieperiode. Preconceptiezorg omvat het geheel aan maatregelen te nemen vóór de conceptie om de gezondheid van de toekomstige moeder en haar kind te bevorderen en geïnformeerde reproductieve keuzes te maken. Het onderwerp staat al 30 jaar op de agenda, er zijn talloze projecten verricht, wetenschappelijke publicaties, rapporten en evaluaties verschenen die laten zien dat preconceptiezorg kansen biedt. Preconceptie-interventies beïnvloeden niet alleen zwangerschapsuitkomsten positief, maar zijn ook kosteneffectief en zelfs kostenbesparend.[41] Waarom lukt het dan onvoldoende om preconceptiezorg te implementeren? Probleem is dat er nog te weinig kennis bij zorgverleners aanwezig is over de zin en inhoud van algemene en specialistische preconceptiezorg en dat ook tijdgebrek een rol lijkt te spelen[42]. Bovendien blijkt de doelgroep van mensen met een kinderwens moeilijk te bereiken. Mensen met een kinderwens staan open voor informatie over preconceptie en zien het belang van preconceptiezorg in, maar nemen vaak niet de vervolgstap naar een preconceptieconsult.

**Kernpunten Zorg tijdens de 'eerste 1.000' dagen**

– De 'eerste 1.000' dagen zijn cruciaal in de ontwikkeling van elk kind. Een deel van de kinderen heeft geen goede start door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht of een combinatie daarvan. Dit kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen.

37 RIVM 2020c.
38 VWS 2020a.
39 Zie Euro-Peristat project 2018. In 2017 is door het College Perinatale Zorg de Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022 opgesteld. Hierin staan plannen om de Nederlandse geboortezorg de komende jaren verder te versterken.
40 Erf en Strijbosch 2020.
41 Gezondheidsraad 2007; Doyle et al. 2009
42 Schonewille-Rosman et al. 2019.

- Ongunstige zwangerschapsuitkomsten komen in ons land vaker voor in wijken waar de bewoners een lage sociaaleconomische status hebben.
- Nederland scoorde in 2004 op sterfte rondom de geboorte ver boven het gemiddelde van de West-Europese landen. Wijzigingen in de organisatie van de geboortezorg hebben ertoe geleid dat dit vanaf 2010 is verbeterd.
- Door schaarste aan zorgprofessionals staan kwaliteit en toegankelijkheid van de geboortezorg onder druk.

### 4.2.2 Jeugdzorg voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen

Met de meeste jeugdigen in Nederland gaat het goed. Een deel van hen heeft echter ondersteuning nodig in de vorm van jeugdzorg. Dit kunnen kinderen met een beperking zijn, kinderen met GGZ-problematiek en kinderen uit gezinnen waarin problemen bestaan met opvoeden en opgroeien. In hoofdstuk 2 constateerden we dat de vraag naar jeugdzorg door de jaren heen aanzienlijk is toegenomen. Door deze stijgende zorgvraag komen gemeenten financieel in de knel. In 2019 bedroegen de totale uitgaven voor jeugdzorg tussen de 5,4 en 5,6 miljard euro, tegenover een budget in dat jaar van 3,8 miljard euro. Daarmee bedroeg het tekort tussen de 1,6 en 1,8 miljard euro.[43]

Hoe staat het met de kwaliteit en toegankelijkheid van de jeugdzorg sinds de decentralisatie ervan in 2015? Rapporten van externe toezichthouders zijn zeer uitgesproken over de kwaliteit en toegankelijkheid van verschillende vormen van jeugdzorg. Zo kwalificeerden de toezichthouders het niet bieden van tijdige en passende zorg aan kwetsbare jongeren die onder de jeugdbescherming en -reclassering vallen, als 'niet acceptabel'.[44] Zij stelden dat gecertificeerde instellingen, die hier namens de overheid verantwoordelijk voor zijn, hun wettelijke opdracht onvoldoende kunnen uitvoeren door de zware problemen van de doelgroep, personeelstekorten, verloop en verzuim, onvoldoende direct inzetbare, passende hulp en onvoldoende financiële zekerheid. De verantwoordelijke ministers van VWS en Justitie en Veiligheid (JenV) erkenden dat de transformatie van de jeugdzorg een omvangrijk proces is en dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg nog te wensen overlaten.[45] Naast een reeks maatregelen om de jeugdzorg (boven)regionaal aan te bieden hebben de ministers

43 AEF 2020.
44 IGJ en IJV 2019.
45 Kamerstukken II 2019/2020, 31 839, nr. 730.

de gemeenten financiële hulp toegezegd.[46] Verder gaven zij aan actie te zullen nemen naar aanleiding van de gesignaleerde zorgen over de personele capaciteit, en heldere afspraken te willen maken met de 42 jeugdzorgregio's, onder meer over de voortgang van de wachtlijstaanpak. In het voorjaar van 2021 bracht de Sociaal-Economische Raad (SER) daarnaast een tienpuntenplan uit voor verbetering van de jeugdzorg op de korte termijn.[47]

De externe toezichthouders kraakten ook harde noten over de jeugd-GGZ nadat de jeugdwet was ingevoerd.[48] Die noten betroffen onder meer het gebrek aan expertise in de lokale teams, te veel aandacht bij de triage voor diagnose in plaats van voor het 'gehele kind', onvoldoende focus op samenwerking met de gespecialiseerde GGZ en een te grote diversiteit in de gemeentelijke regelingen en toezichtsarrangementen. Ook wezen ze erop dat het ontbreken van meetbare indicatoren belemmerend werkt voor het evalueren en sturen op inhoud. De coronacrisis heeft bovenstaande problematiek aanzienlijk verergerd, zo constateerde de IGJ, en er zijn grote verschillen in de gemeentelijke organisatie van de jeugd-GGZ. Door de beperkende coronamaatregelen is de zorgvraag van jeugdigen met psychische problemen in omvang en ernst toegenomen en zijn al bestaande wachtlijsten verder opgelopen.[49] In verschillende regio's zijn de vraag naar en het aanbod aan passende, specialistische zorg voor jeugdigen met ernstige psychische problemen uit balans geraakt en blijken budgetplafonds van instellingen knellend te zijn.[50]

**Kernpunten Jeugdzorg voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen**

- De jeugdzorg staat voor grote uitdagingen rondom kwaliteit en toegankelijkheid. Het gaat dan met name om het niet bieden van tijdige en passende zorg aan kwetsbare jongeren die onder de jeugdbescherming en -reclassering vallen.
- De decentralisatie van de jeugdzorg in 2015 heeft deze problematiek extra uitvergroot.

46 Tot en met 2021 is 1 miljard euro ter beschikking gesteld aan gemeenten. Nadat de VNG een arbitragezaak tegen het Rijk had aangespannen omdat gemeenten het niet redden met de huidige budgetten, heeft VWS naar aanleiding van een uitspraak van de Commissie van Wijzen voor 2022 1,314 miljard euro extra toegezegd (https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/06/03/ruim-%E2%82%AC13-miljard-extra-naar-gemeenten-voor-tekorten-jeugdzorg-in-2022 ).

47 SER 2021b.

48 Friele et al. 2019.

49 Er is echter geen overkoepelende systematiek van wachtlijstrapportage binnen de jeugdzorg; zie Van den Berg et al. 2017.

50 IGJ 2021.

– De toegankelijkheid en kwaliteit van (specialistische) jeugd-GGZ schieten te kort en de coronacrisis heeft in sommige regio's tot een ernstige situatie geleid doordat tijdige en juiste hulp aan kinderen met een ernstige psychische stoornis ontbreekt.

### 4.2.3 Zorg voor volwassenen met een psychische stoornis

Op jaarbasis had in de periode 2007-2009 bijna een vijfde van de volwassenen een psychische stoornis.[51] Vaak zijn deze van voorbijgaande aard en gaan ze over met de juiste behandeling, en soms vanzelf. Het aantal mensen dat last heeft van ernstige psychische aandoeningen is al vele jaren redelijk stabiel.[52] Nederland beschikt van oudsher over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen, maar sinds 2013 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit af te bouwen en tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg uit te breiden en te verbeteren.

Op met name de toegankelijkheid, maar ook de kwaliteit, van de GGZ heeft toezichthouder IGJ het nodige aan te merken. In 2018 verscheen hierover een alarmerend rapport.[53] In een vervolgrapportage uit 2020[54] bleek bovendien dat in de regio's waarin de IGJ onderzoek had gedaan de ambulante zorg al vele jaren qua capaciteit tekortschiet en samenhang in de zorg ontbreekt. Hierbij merkte de IGJ op dat het aantal GGZ-instellingen in rap tempo is afgebouwd (het aantal verblijfsdagen in de gespecialiseerde GGZ is in de periode 2013-2017 met 24 procent gedaald), terwijl de opbouw van de benodigde ambulante zorg achterbleef. De Inspectie kwam de volgende knelpunten tegen: wachtlijsten, onvoldoende samenwerking tussen GGZ en huisarts, barrières bij uitstroom uit zorginstellingen door onvoldoende samenwerking tussen GGZ en gemeenten, en wisselende ervaringen met zorgverzekeraars. De mate waarin deze problemen optraden, vertoonden een grote variatie in het land.

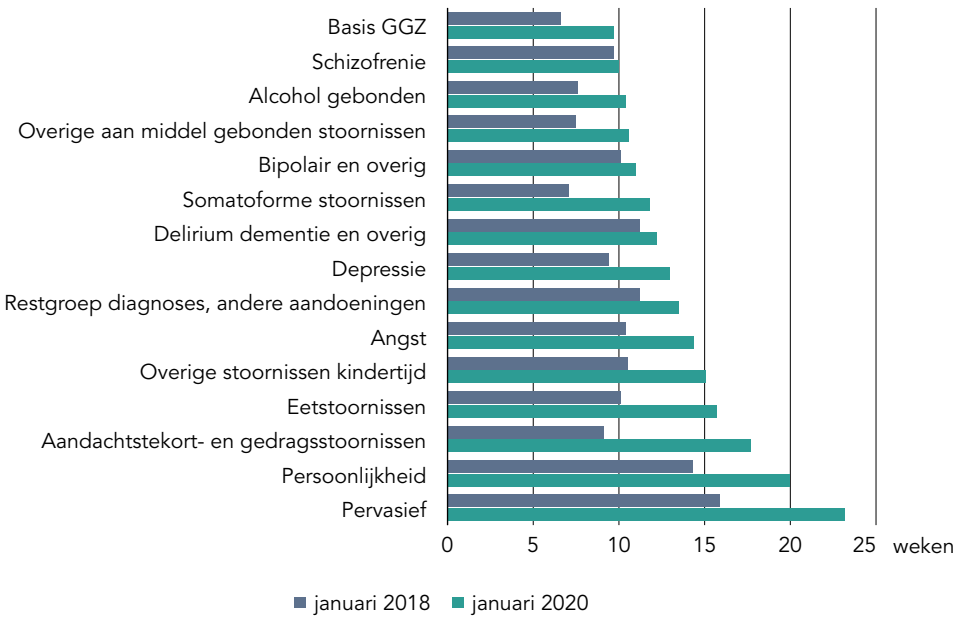
De wachtlijsten zijn het gevolg van een verminderde doorstroom en een gebrek aan samenwerking, en blijven hardnekkig in stand, zo constateert de IGJ. Figuur 4.5 laat zien dat de wachttijden in de GGZ de afgelopen twee jaar over de brede

---

51 Veerbeek et al. 2012.
52 https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen. Het totaal aantal patiënten in de epa-groep door de jaren telt rond de 210.000 personen. De meesten van hen worden niet opgenomen: ongeveer 180.000 patiënten ontvangen alleen ambulante zorg in de GGZ.
53 IGJ 2018.
54 IGJ 2020a.

linie zijn opgelopen. Ook valt op dat de basis-GGZ de kortste wachttijd kent. De wachttijd valt uiteen in twee componenten: een aanmeldwachttijd en een behandelwachttijd. De aanmeldwachttijd ligt voor alle diagnosecategorieën boven de maximaal aanvaardbare wachttijd (de Treeknorm).[55] De behandelwachttijd is het kortst voor de basis-GGZ, maar voor de zwaardere diagnosecategorieën veel langer. Met betrekking tot de wachtlijsten constateerde de IGJ een opvallend gebrek aan data waarop het mogelijk is te sturen (onder meer epidemiologische zorgvraaggegevens op regioniveau). In een gezamenlijke brief hebben IGJ en NZa recent gesteld dat de wachttijden omlaag moeten. Om dit te realiseren moeten huisartsen, psychiaters, psychologen en GGZ-instellingen in regio's veel beter samenwerken wanneer zij mensen met psychische problemen (door)verwijzen.[56] De toezichthouders wijzen ook op de rol van zorgverzekeraars en gemeenten.

**Figuur 4.5** Wachttijden naar diagnose in de GGZ, januari 2018-januari 2020 (in weken)




Bron: Vektis, 2020.

55 IGJ en NZa 2020.
56 Aanvaardbare wachttijd tussen aanmelden en behandeling is veertien weken.

De inspectie maakt zich tevens zorgen over het tekort aan personeel. Ook verplegenden en verzorgenden in de GGZ zien dit in toenemende mate als probleem. In 2013 vond 25 procent van hen dat er onvoldoende personeel was om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden; in 2019 was dit aandeel opgelopen tot 43 procent.[57] GGZ-aanbieders blijken moeite te hebben om nieuwe behandelaars aan te trekken. Een tekort aan opleidingsplekken is hier debet aan, maar ook kiezen steeds meer psychiaters voor het zelfstandig ondernemerschap. De Algemene Rekenkamer komt tot dezelfde conclusies als de IGJ en stelt klip en klaar dat 11.000 mensen – vooral met ernstige psychiatrische aandoeningen – wachten op gespecialiseerde GGZ. Aan de door de IGJ genoemde oorzaken voegt de Algemene Rekenkamer nog een gebrekkige uitstroom van patiënten toe, evenals te weinig behandelcapaciteit in instellingen en verkeerde financiële prikkels. Het blijkt voor zorgaanbieders aantrekkelijk te zijn om patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag.[58] In het regeerakkoord uit 2017 zoekt het kabinet de oplossing van het wachtlijstprobleem in de 'regio', maar de Algemene Rekenkamer beschouwt de wachtlijsten als een gevolg van onevenwichtigheden van het stelsel en stelt dat de verantwoordelijkheid op rijksniveau ligt.

**Kernpunten Zorg voor volwassenen met een psychische stoornis**

- De kwaliteit van de zorg en de toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ zijn zorgwekkend. Voor een belangrijk deel zijn financiële en personele problemen hier debet aan.
- Het aantal GGZ-instellingen is in rap tempo afgebouwd, terwijl de opbouw van de benodigde ambulante zorg achterblijft. Dit zet de kwaliteit en de toegankelijkheid van de GGZ ernstig onder druk.
- Knelpunten zijn: wachtlijsten, onvoldoende samenwerking tussen GGZ en huisarts, barrières bij de uitstroom uit zorginstellingen door onvoldoende samenwerking tussen GGZ en gemeenten, het ontbreken van sturingsgegevens en verkeerde financiële prikkels.

57 Overigens stijgen deze aandelen in gelijke mate in de ziekenhuiszorg en langdurige zorg; https://www.volksgezondheidenzorg.info.

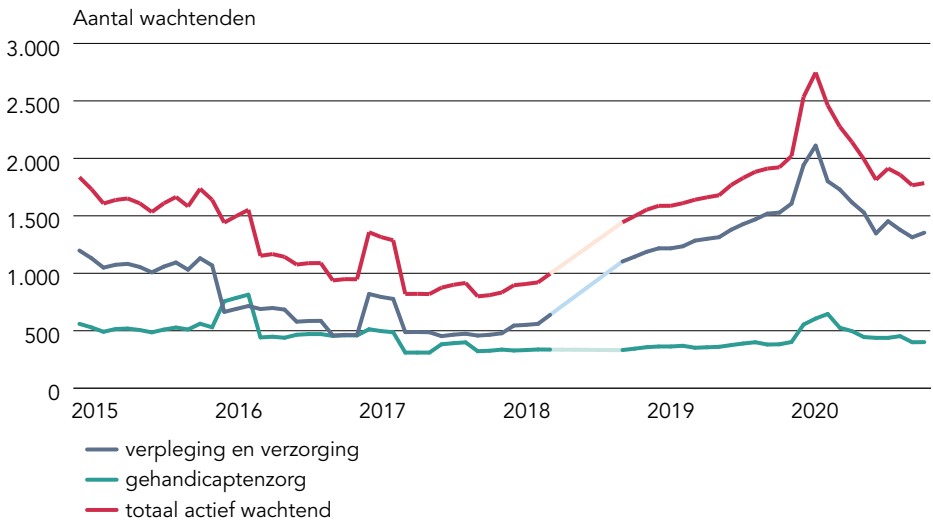
58 Algemene Rekenkamer 2020a.

### 4.2.4 Zorg voor ouderen

Met de hervorming van de langdurige zorg in 2015 wilde de overheid onder meer de stijgende kosten van de (toenmalige) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) structureel verminderen (zie hoofdstuk 5). Daarbij werd bezuinigd: lichtere zorg werd niet meer intramuraal vergoed, en begeleiding en dagbesteding werden verschoven naar de gemeenten (Wmo), die hiervoor echter wel een substantieel lager budget ontvingen. Gemeenten kampen momenteel met grote overschrijdingen op de Wmo en de overheid heeft veel geld bijgelegd in de intramurale langdurige zorg, nadat de kwaliteit daarvan onder de maat bleek te zijn.[59]

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de langdurige zorg geldt dat sinds 2018 de wachtlijsten voor de verpleging en verzorging structureel zijn opgelopen. Figuur 4.6 toont de maanddata vanaf 2015.

**Figuur 4.6** Aantal wachtenden in de Wlz, 2015-2020 (maandcijfers, aantal personen)




Noot: Geen gegevens beschikbaar voor 1 mei – 1 september 2018.
Bronnen: CBS en IStandaarden.[60]

59 Kruse et al. 2021.

60 https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40046NED/table?dl=45D41; https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten/archief-wachtlijsten/archief-2014 (meerdere jaren).

Dit figuur laat zien dat het aantal gehandicapten dat op een wachtlijst staat, de laatste jaren ruwweg constant is gebleven (gemiddeld 420).[61] Bij de categorie verpleging en verzorging (ouderen) is het aantal wachtenden echter structureel opgelopen van zo'n 1.000 in 2017 tot een piek van ruim 2.700 in februari 2020. Dat mogen beperkte aantallen lijken, maar op een populatie van rond de 110.000 bewoners van verpleeghuizen gaat het om zo'n 2 procent van het totaal. De aantallen zijn recent alleen teruggelopen door de sterfte in de verpleeghuizen als gevolg van de coronapandemie.

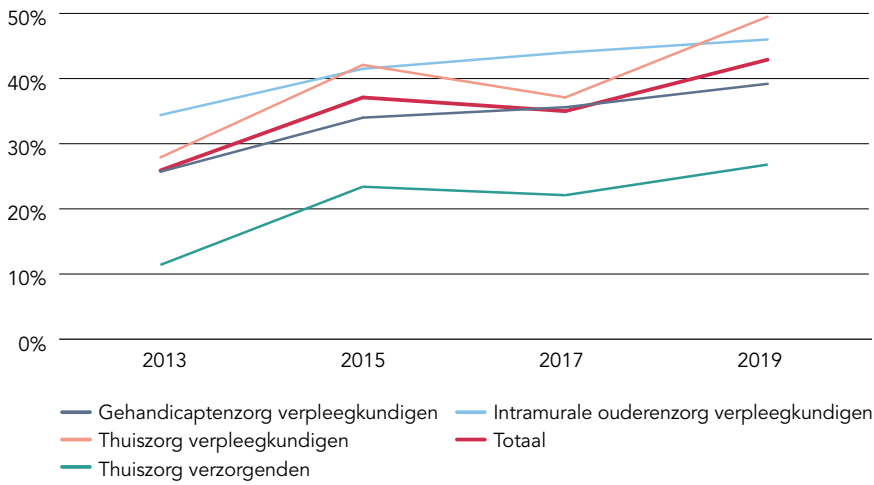
De decentralisatieoperatie had een kostenbesparing tot doel maar was ook ingegeven door de wens om de zorg dichter bij de burgers te organiseren, en deze zo beter af te stemmen op de individuele behoeften. We zien echter dat gemeenten worstelen met hun nieuwe taken. Kortom, er spelen belangrijke vragen rondom het duurzaam organiseren van de ouderenzorg.[62] In een voor dit rapport vervaardigde internationale vergelijking van langdurige en sociale ouderenzorg[63] blijken Japan, Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk net als Nederland te kampen met het probleem van een alsmaar toenemende zorgvraag en de roep om meer kwaliteit. In alle landen wordt geprobeerd het beroep op de verpleeghuizen te beperken en het thuis wonen te stimuleren. Daar zijn de Denen het beste in geslaagd. In Japan werd aanvankelijk gekozen voor meer intramurale zorg om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren, maar daarbij werd al snel tegen financiële grenzen aangelopen. Tegelijkertijd betekent langer thuis blijven echter niet per definitie dat minder zorg verleend wordt. Bovendien neemt de beroepsbevolking in alle landen af, terwijl de informele zorg niet toereikend is. Om met deze uitdagingen om te kunnen gaan, maken de onderzochte landen andere keuzes. Bij hun streven om te sturen op kwaliteit vertonen alle onderzochte landen daarbij een pendelbeweging tussen een nadruk op centraal en op decentraal.[64]

De afgelopen jaren zijn in Nederland de personeelstekorten in de langdurige zorg steeds urgenter geworden. Figuur 4.7 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden zelf vinden dat het personeel in de eigen instelling de afgelopen jaren steeds vaker onvoldoende gekwalificeerd is. En in box 3.6 zagen we al dat er een duidelijke relatie is tussen de constatering van zorgverleners dat er een tekort aan gekwalificeerd personeel is en de door hen ingeschatte lagere kwaliteit en houdbaarheid te bewaken van de zorg.

---

61 De Treeknorm voor de wlz bedraagt zes weken.
62 Kruse et al. 2021.
63 Kruse et al. 2021.
64 Kruse et al. 2021.

**Figuur 4.7** Onvoldoende gekwalificeerd personeel volgens verpleegkundigen en verzorgenden in de langdurige zorg, 2013-2019




Bron: De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Nivel Panel verpleging & verzorging, 2020.

Verpleeghuiszorg kwam in ons land onder een vergrootglas te liggen toen de IGJ medio 2016 een 'zwarte lijst' van verpleeghuizen publiceerde waar de kwaliteit van zorg niet aan de maat zou zijn. Een in 2015 gestart verbeterprogramma – Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen – en een in 2017 door het Zorginstituut Nederland vastgesteld Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben een flinke kwaliteitsimpuls aan de verpleeghuiszorg gegeven. In het kwaliteitskader staat wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van de verpleeghuiszorg. Na bezoeken te hebben gebracht aan een groot aantal verpleeghuisorganisaties constateerde de IGJ in 2020 dat het leveren van persoonsgerichte zorg - in 2016 beschouwd als één van de grote manco's van de verpleeghuiszorg - sterk verbeterd was. Toch constateerde zij nog wel verbeterpunten, vooral op het gebied van de inzet van voldoende deskundige zorgmedewerkers en het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Een kanttekening bij dit laatste is dat de veiligheidsnormen die op de gehele zorg worden toegepast, wellicht te rigide zijn voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Een voorbeeld om de wensen en verlangens van de verpleeghuisbewoners als uitgangspunt te nemen lichten we in box 4.5 toe.

**Box 4.5 Leefplezierplan voor de zorg**

De veiligheid binnen de Nederlandse verpleeghuizen is vaak streng gereguleerd, maar een positief welbevinden is voor deze kwetsbare mensen, in de laatste fase van hun leven, minstens zo belangrijk. In een pilotproject – 'Leefplezierplan voor de zorg', ondersteund door het ministerie van VWS – is tussen april 2017 en april 2019 in elf zorgorganisaties onderzocht wat er gebeurt als in de ouderenzorg de verlangens van bewoners als vertrekpunt worden gekozen en als maatstaf voor kwaliteit. De resultaten waren veelbelovend. De bewoners, hun familie, vrienden en mantelzorgers waren zeer enthousiast, evenals de teamleden. Het sturen op positieve ervaringen heeft een positief effect op het werkplezier van verpleegkundigen en verzorgenden. Het geeft hen veel voldoening om iets te kunnen betekenen voor de kwaliteit van leven van hun bewoners. Gezien de succesvolle pilotresultaten heeft het project een vervolg gekregen in een project van twee jaar, waarin het werken met het leefplezierplan wordt opgeschaald van teamniveau naar twee complete locaties.[65]

De eenzijdige inzet op veiligheid, maar tegelijkertijd ook gebrekkige voorbereiding op de risico's op dat vlak, werden schrijnend duidelijk tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie. Niet alleen ontbrak de verpleeghuiszorg in de draaiboeken van het ministerie van VWS en van het RIVM, ook persoonlijke beschermingsmaatregelen en testmiddelen waren schaars waardoor het aantal besmettingen, en dientengevolge het aantal overledenen, in de verpleeghuizen groot was.[66] De lockdownmaatregelen, waaronder het bezoekverbod, werden strikt nageleefd, waardoor vele ouderen vereenzaamden en hun kwaliteit van leven ook anderszins onder druk kwam te staan. De IGJ heeft medio 2020 in een groot aantal gesprekken binnen de sector Verpleging, verzorging en thuiszorg informatie opgehaald over de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Ze concludeerde dat de sector veerkracht heeft laten zien en getoond snel te kunnen vernieuwen en in gezamenlijkheid op te kunnen trekken wanneer dat nodig is.[67] De kwaliteit van zorg in de thuiszorg bleek te hebben geleden onder de coronacrisis, mede omdat cliënten zelf de zorg afschaalden uit angst besmet te raken in de tijd dat de persoonlijke beschermingsmaatregelen nog onvoldoende voorhanden waren. Naar aanleiding van hun ervaringen tijdens de eerste golf gaven zorgaanbieders aan belang te hechten aan ruimte voor maatwerk, om zo

65 https://www.leydenacademy.nl/leefplezierplan-op-locatie/
66 https://www.vilans.nl/artikelen/analyse-waarom-de-ouderenzorg-achterbleef-tijdens-de-coronacrisis.
67 IGJ 2020b.

het welzijn van individuele cliënten voorop te kunnen zetten. Bovendien zou de dagbesteding op grotere schaal door moeten blijven gaan om de mantelzorgers te ontzien.

Ruim een kwart van de 75-plussers maakt gebruik van zorg in de wijk. Om de kwaliteit van die zorg te verbeteren is in 2018 het Kwaliteitskader Wijkverpleging vastgesteld, en in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging voor de periode 2019-2022 is hiervoor extra geld beschikbaar gesteld. Deze financiële injectie (455 miljoen euro) was bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, om de juiste zorg op de juiste plek te leveren en om duurdere zorg te voorkomen. Uit een in 2019 verricht vragenlijstonderzoek (Nivel panel Verpleging & Verzorging) onder verplegenden en verzorgenden blijkt dat de bekendheid van het kwaliteitskader nog te wensen overlaat, al vond de overgrote meerderheid van de respondenten wel dat de zorg volgens het kwaliteitskader geleverd werd.[68] De verbeterpunten betreffen de samenstelling van het team en de afstemming met de cliënt over de timing van de zorg. Hoewel dit positief klinkt, zijn er wel degelijk knelpunten. Bij ouderen die minder redzaam zijn, gaat het bijvoorbeeld om ouderen met weinig (digitale) vaardigheden, weinig regie, een klein netwerk dat hen kan ondersteunen, een laag opleidingsniveau of een gering inkomen. In toenemende mate komen thuiswonende ouderen ten val of ze raken uitgedroogd of ondervoed en komen dan via de Spoedeisende Hulp in het ziekenhuis terecht. De ziekenhuizen streven naar een korte opnameduur, wat er vaak toe leidt dat deze ouderen weer terug naar huis gaan terwijl er aan hun onzekere thuissituatie weinig is veranderd. Een op de drie teruggeplaatste ouderen overlijdt binnen een half jaar. Om dit te verbeteren zijn er initiatieven zoals de transmurale zorgbrug (zie box 4.6).

**Box 4.6 Ruim een derde minder sterfte dankzij de transmurale zorgbrug**

Het doel van de transmurale zorgbrug is om bij kwetsbare ouderen sterfte, functieverlies en heropname na een ziekenhuisopname te voorkomen. Dit gebeurt door tijdens de ziekenhuisopname kwetsbare ouderen op te sporen en een zorgbehandelplan op te stellen (samenwerking van geriatrieteam en verpleegafdeling), door voor een 'warme overdracht' tussen ziekenhuis en wijkverpleegkundige te zorgen, en door de wijkverpleegkundige de oudere gedurende maximaal vijf

68 90 procent van de ondervraagden geeft aan dat hun cliënten vaak of altijd inzage hebben in hun zorgdossier, 88 procent vindt dat zij veilige zorg leveren en 85 procent dat deze zorg door goede en gekwalificeerde professionals wordt geboden (https://www.nivel.nl/nl/nieuws/wijkverpleegkundigen-kwaliteit-van-ons-werk-goed-maar-kwaliteitskader-wijkverpleging-slecht).

huisbezoeken te laten volgen in de eerste kwetsbare maanden na ziekenhuisopname. Het effect van het geïntegreerde zorgpad van de transmurale zorgbrug werd getest in een gerandomiseerde klinische trial met 674 ouderen. De helft van de ouderen kreeg de transmurale zorgbruginterventie en de andere helft werd op de gebruikelijke manier ontslagen uit het ziekenhuis. Van de groep die zorg volgens de transmurale zorgbrug geleverd kreeg, was dertig dagen na ontslag 37 procent minder gestorven ten opzichte van de groep die de gebruikelijke zorg ontving.[69]

**Kernpunten Zorg voor ouderen**

– Een tekort aan personeel en mantelzorgers leidt tot knelpunten in de ouderenzorg.

– Een eenzijdige focus op veiligheid draagt niet bij aan de kwaliteit van leven van ouderen. Dat is tijdens de eerste golf van de coronacrisis op pijnlijke wijze duidelijk geworden.

## 4.3 Conclusie: meer urgentie voor goede zorg in specifieke sectoren

De borging van de publieke waarden van zorg – kwaliteit en toegankelijkheid – staat in specifieke zorgsectoren in schril contrast tot die in de curatieve zorg. Nederland scoort in vergelijking met andere Europese landen al jarenlang goed waar het de curatieve zorg betreft. Curatieve zorg wordt dan ook vaak als het paradepaardje beschouwd. Dat is begrijpelijk, want deze vorm van zorg is primair gericht op behandeling en als het even kan op genezing. En dat spreekt aan. Kijken we echter door de lens van kwetsbare groepen in de verschillende levensloopfasen naar de zorg, dan blijken de publieke waarden van zorg in alle levensfasen tekort te schieten. Daarbij kan het gaan om de toegankelijkheid van de zorg, om de kwaliteit van de zorg of om beide. Zo zijn er grote problemen rond de kwaliteit en toegankelijkheid van de jeugdzorg, en dat geldt in versterkte mate voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering. Maar ook de wachttijden in de (jeugd-)GGZ – in het bijzonder in de specialistische-GGZ, waar het juist de meest complexe en kwetsbare patiënten zijn die zorg behoeven – zijn ontmoedigend lang. Ten slotte zijn er knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen, die sterk afhankelijk zijn van de inzet van het eigen sociale netwerk.

69 Buurman et al. 2016.

Valt dat netwerk weg, dan komt passende zorg in de knel. Figuur 4.8 geeft een samenvatting van de stand van zaken per levensfase.

**Figuur 4.8** Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg naar levensfase

| Levensfasen | Kwaliteit | Toegankelijkheid |
|---|---|---|
| **De eerste 1.000 dagen** | Perinatale sterfte blijft aandachtspunt; schaarste aan zorgprofessionals heeft negatieve invloed op kwaliteit | Capaciteitsproblematiek zet toegankelijkheid onder druk |
| **Kinderen en jongeren** | Ernstige knelpunten in jeugd-GGZ, -bescherming en -reclassering | Geen tijdige en passende zorg voor kinderen in in jeugdbescherming, -reclassering en -GGZ; verslechterd tijdens coronacrisis |
| **Volwassenen met een psychische stoornis** | IGJ noemt kwaliteit van zorg in specialistische GGZ zorgwekkend | Hardnekkige wachtlijsten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen |
| **Ouderen** | Kwaliteit van zorg intramuraal sterk verbeterd; kwaliteit thuiszorg sterk afhankelijk van kwaliteit zorgverleners | Zorg voor thuiswonende ouderen sterk afhankelijk van sociaal netwerk; knelpunten door tekort aan personeel en mantelzorgers |

Het is niet verbazingwekkend dat juist in de jeugdzorg, de GGZ en de ouderenzorg grote knelpunten zijn ontstaan. Rond 2015 hebben in alle drie de zorgsectoren immers grote transformaties plaatsgevonden die enorme aanpassingen vergden van alle betrokkenen – de zorggebruikers, zorgverleners en zorgaanbieders (zie verder hoofdstuk 5). In de jeugdzorg zijn er vanaf 1974 steeds weer nieuwe stelselwijzigingen of andere interventies geweest omdat de doelen niet werden behaald of omdat de samenleving werd opgeschrikt door een incident waardoor de overheid zich geroepen voelde het beleid aan te passen. Dit staat op gespannen voet met de democratische legitimatie van de decentrale overheden om hun eigen beleid te voeren.[70] Dat de decentralisatie gepaard is gegaan met een 15 procent reductie van het budget voor de jeugdzorg, heeft de gemeenten voor een schier onmogelijke taak gesteld. Temeer omdat tegelijkertijd de ouderenzorg ingrijpend werd hervormd: verzorgingshuizen werden in rap tempo gesloten, de toegang tot de verpleeghuizen werd beperkt tot ouderen met de hoogste zorgzwaarte en de AWBZ werd vervangen door de Wmo. Vooral dit laatste betekende een grote belasting en financiële aderlating voor de gemeenten, omdat deze hervorming eveneens gepaard ging met een flinke reductie van het budget.

70 ROB 2020.

De oorzaken voor de tekortschietende kwaliteit van zorg en/of toegankelijkheid die burgers ervaren liggen met name op het financiële en personele vlak. Daarnaast hebben ze zeker ook te maken met de nieuwe rollen en verantwoordelijkheden die de decentralisatie van de jeugdzorg en de Wmo met zich meebracht.[71] Vanaf 2013 begon de ambulantisering van de GGZ, maar de opbouw van de benodigde ambulante zorg bleef achter waardoor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Hardnekkige wachtlijsten zijn hiervan het gevolg, doordat er onvoldoende samenwerking is tussen GGZ en huisarts, en GGZ en gemeenten, en door een wisselend beleid van zorgverzekeraars.

De WRR constateert dan ook, in navolging van het Nederlands Jeugdinstituut, de IGJ en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) – dat de alsmaar uitdijende vraag naar jeugdhulp en lichte GGZ het zorgaanbod chronisch overvraagt.[72] Soelaas bieden in financieel opzicht en op personeel gebied is echter niet het hele verhaal. Er zal ook nagedacht moeten worden over de waarden die we als samenleving belangrijk vinden (bijvoorbeeld rondom opvoeding en de zorg voor ouderen), over de rol van preventie en over de vraag welk gedeelte van de zorg uit publiek geld moet worden gefinancierd. In hoofdstuk 10 gaan we hier nader op in.

71 Kromhout et al. 2020.
72 Van Yperen et al. 2019; VNG 2019; Kruse et al. 2021.

Deel 2

# Bestaande aanpak van houdbaarheids-opgaven

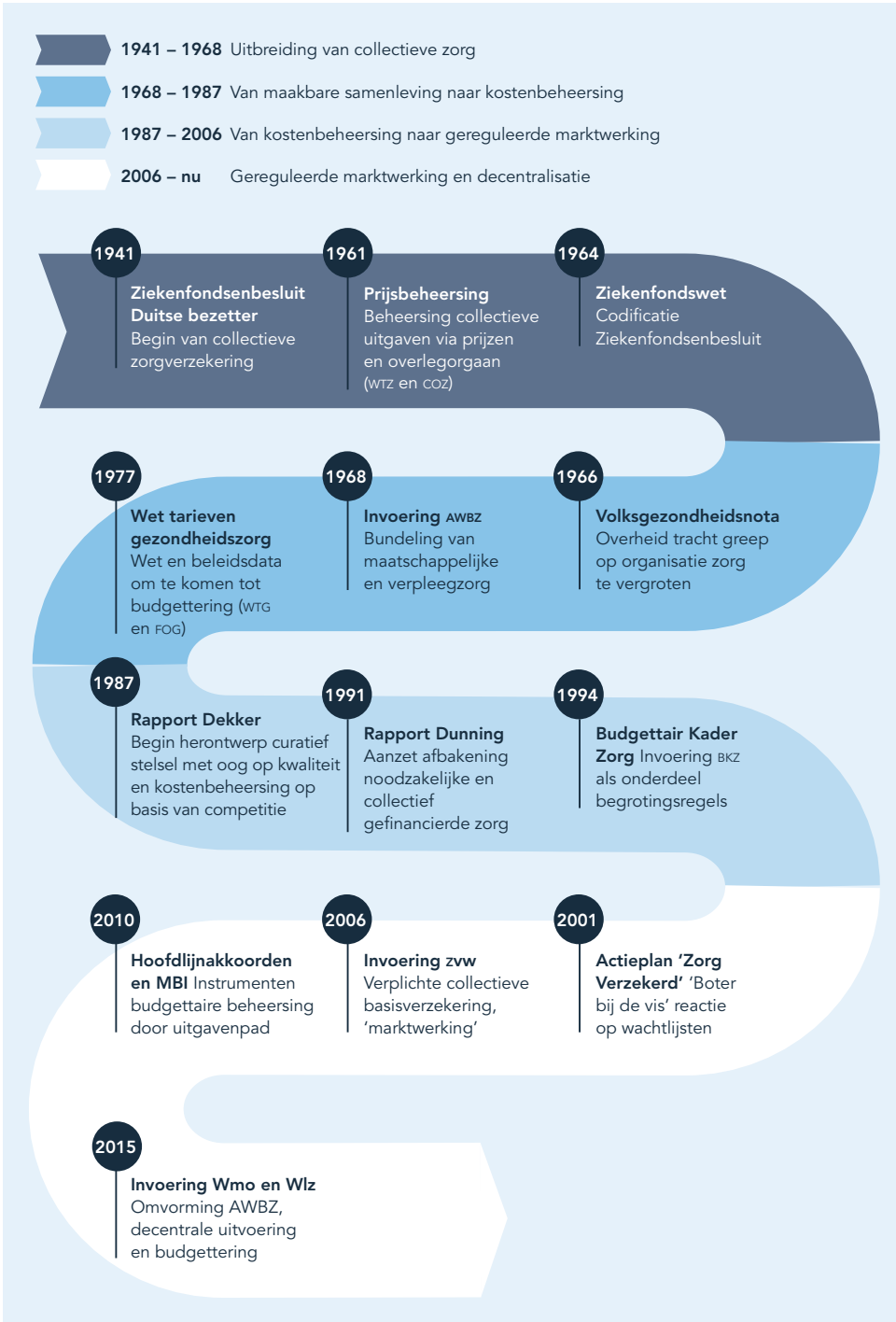
# 5 Beleidsgeschiedenis van de Nederlandse zorg

De ontwikkeling van de zorg sinds de Tweede Wereldoorlog kenmerkt zich door een gestage uitbreiding van de collectieve verantwoordelijkheid, een bevochten relatie tussen overheid en veld, en een sturing die zich hoofdzakelijk op kostenbeheersing heeft gericht. Oplossingen van de ene periode lokten daarbij veelal de vraagstukken van de daaropvolgende periode uit.

In het eerste deel van dit rapport keken we naar de houdbaarheidsopgave in de Nederlandse zorg. We beschreven ontwikkelingen op samenlevingsniveau die die houdbaarheid beïnvloeden en identificeerden knelpunten in het huidige Nederlandse zorgstelsel. In de drie hoofdstukken van dit deel van het rapport verschuift de aandacht naar de rol van overheidsbeleid: Hoe heeft de overheid houdbaarheidsvragen in het verleden aangepakt en is die aanpak afdoende naar de toekomst toe? We kijken in dit hoofdstuk eerst naar de beleidsgeschiedenis rondom houdbaarheidsvraagstukken in de Nederlandse zorg.

Al sinds de totstandkoming van het eerste collectieve zorgverzekeringsstelsel in 1941 heeft de overheid te maken gehad met uitdagingen op het gebied van de financiering en organisatie van de zorg. In dit hoofdstuk bekijken we vanuit historisch perspectief welk beleid de overheid in Nederland heeft gevoerd ten aanzien van de inrichting van het zorgstelsel. Daarbij richten we ons vooral op de uitbreiding van de collectieve aanspraken, de in relatie daarmee opkomende problematiek van de houdbaarheid van het stelsel en het antwoord daarop in de vorm van zich ontwikkelende onderliggende beleidsparadigma's. Daarmee willen we een antwoord geven op de vraag welke lessen te trekken zijn uit de historische pogingen om houdbaarheidsvraagstukken aan te pakken. Op grond van de historische ontwikkeling is het daarbij onvermijdelijk dat de nadruk vooral ligt op de inrichting van de curatieve zorg, en minder op andere sectoren binnen de zorg. Pas vanaf de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 verbreedt die blik zich en komen geleidelijk ook budgettair en organisatorisch beleid rond ouderenzorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg in beeld. Juist in die sectoren van de zorg hebben in de meest recent jaren grote veranderingen plaatsgevonden.

**Figuur 5.1** – Tijdslijn beleidsgeschiedenis zorgstelsel



Dit hoofdstuk is voor een belangrijk deel gebaseerd op het voor dit rapport geschreven working paper *Het Nederlands zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*, waarin de auteurs een meer uitvoerige historische analyse geven van het beleid ten aanzien van de Nederlandse zorg vanaf 1941.[1] Figuur 5.1 geeft de belangrijkste gebeurtenissen weer in de beleidsgeschiedenis van ons zorgstelsel.

## 5.1 Uitbreiding van collectieve zorg, de periode tot 1968

*De opmaat tot overheidsinterventie*

De Nederlandse gezondheidszorg was gedurende de eerste helft van de twintigste eeuw vooral lokaal georganiseerd. De verantwoordelijkheid voor de individuele gezondheidszorg was primair een zaak van artsen, die hun relatie met de patiënt zo min mogelijk wilden laten beïnvloeden door derde partijen als overheden of ziekenfondsen. Ondertussen ontfermden gemeentebesturen zich over 'minvermogenden' door hen via regelingen binnen de Armenwet toegang tot professionele zorg te verlenen wanneer de kerk daartoe onvoldoende in staat was. Tot slot waren ook kruisverenigingen lokaal actief. Dit waren particuliere organisaties die wijkverpleging en medische hulpmiddelen thuis aanboden.[2]

In de loop van de negentiende eeuw kwamen particulier georganiseerde fondsen voor ziekteverzekeringen op, onder andere door artsen zelf georganiseerd.[3] Op deze manier verzekerden artsen en apothekers zich van inkomsten uit de lage inkomensgroepen door het verzekerde risico deels op zich te nemen, terwijl ziekenfondsen een voorspelbaarder overzicht kregen over hun uitgaven.[4] Artsen beschouwden dit als een vorm van liefdadigheid die mede mogelijk werd gemaakt doordat de gegoede burgerij de zorg uit eigen zak betaalde. Via de machtige Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) uitten veel artsen hun ontevredenheid over het gebrek aan bescherming van hun financiële belangen en ze hielden lange tijd een grotere rol voor de staat tegen. In 1913 richtte de NMG haar eigen 'Maatschappijziekenfondsen' op, die vlak voor de Tweede Wereldoorlog een derde van alle ziekenfondsverzekerden aan zich hadden gebonden.[5]

Vanaf de Ongevallenwet van 1901 kwam er langzamerhand steeds meer wetgeving gericht op de sociale zekerheid. Wetsvoorstellen voor

1 Bertens en Palamar 2021.
2 Van Klaveren 2016.
3 Companje et al. 2009.
4 Vonk en Schut 2019.
5 Vonk 2012; Companje et al. 2009.

ziekteverzekering bleven desondanks omstreden, omdat ze vaak in de vorm van een *verplichte* sociale verzekering kwamen. Pas in 1929 trad de eerste Ziektewet in werking, maar zonder de verplichting voor burgers om lid te worden van een ziektefonds. Daarbij huldigde de NMG, gesteund door commerciële ziekenfondsen, het standpunt dat de gezondheidszorg en het ziekenfondswezen een zaak waren van medici en niet van de staat.[6] Door dit breed gedragen sentiment tegen verplichtstelling leek een bescheiden staatstoezicht via de Ziekenfondsraad het hoogst haalbare. Daarmee liep Nederland internationaal uit de pas. In Duitsland gold al sinds 1884 een zorg- en ongevallenverzekering volgens het originele plan van Bismarck en Engeland kende sinds 1911 de National Insurance Act, die kosten vergoedde die in Nederland pas in 1929 onder de Ziektewet zouden vallen.

### *Het Ziekenfondsenbesluit van 1941 en de komst van een collectief stelsel*

Met het Ziekenfondsenbesluit van 1941 introduceerde de Duitse bezetter een nieuwe visie op de verzekering van zorg. De regeling hield in dat het deel van de werkende Nederlandse bevolking dat onder een vastgestelde inkomensgrens viel (die ook al gold voor de Ziektewet uit 1929), verplicht werd zich te verzekeren bij een ziekenfonds, dat de rol van uitvoerder kreeg toebedeeld. Premies voor deze verplichte volksverzekering zouden voor de helft door werkgevers betaald worden.[7] Het gevolg was dat ongeveer 45 procent van de Nederlandse bevolking verplicht was verzekerd voor een uitgebreid pakket aan zorg.[8] Het overige deel van de bevolking verzekerde zich privaat: 15 procent vrijwillig bij een ziekenfonds vanwege het overschrijden van de inkomensgrens en de rest bij een particuliere ziektekostenverzekeraar.[9] Tegen het einde van de oorlog was daarmee zo'n 60 procent van de bevolking verzekerd bij één van de verschillende ziekenfondsen, een aandeel dat sterk afstak tegen de 17 procent verzekerden aan het begin van de twintigste eeuw.[10]

Hoewel Nederland dus geen nationaal ziekenfonds kreeg, was met het Ziekenfondsenbesluit de handelingsruimte voor de private fondsen wel degelijk ingeperkt: voor de verplichte verzekering werden zij uitvoerders van een publiekrechtelijk stelsel. Voor de vrijwillige verzekering die zij vanaf het eind van de jaren 1940 ook gingen aanbieden, bleven zij wel verantwoordelijk. Ook de invloed van artsen nam gedurende de oorlog af. Hun positie raakte

---

6 Vonk, 2012; Companje et al. 2009.
7 Vonk 2013.
8 Vonk 2012.
9 Vonk 2013: Companje et al. 2009: Iedereen met een inkomen tot 3.750 gulden per jaar was verplicht zich te verzekeren bij een ziekenfonds.
10 Companje et al. 2009. De overige 40 procent van de Nederlandse bevolking bleef privaat verzekerd of kon aanspraak maken op de Armenwet die tot 1965 in werking bleef.

verzwakt doordat de NMG per verordening was opgeheven.[11] Het feit dat de nationale overheid verantwoordelijk werd voor de werking van de ziekenfondsenregeling, maakte ook dat er allerlei landelijk geldende verplichtingen ontstonden. Zo kwamen er erkenningsregelingen voor ziekenfondsen, werden verstrekkingen gestandaardiseerd en werd de verhouding tussen ziekenfondsverzekeraars en zorgaanbieders geregeld onder landelijke overeenkomsten.[12] Aanvankelijk had de bezetter het voornemen om een algemeen toegankelijke ziektekostenverzekering bij één nationaal ziekenfonds op te zetten. Hiertegen bestond echter enorme weerstand bij het Nederlandse ambtenarenapparaat, onder verwijzing naar het succesvolle particulier initiatief in Nederland. Het Ziekenfondsenbesluit was een effectief compromis tussen staatsinterventie en private uitvoering, maar de centrale overheid kreeg niettemin voor het eerst een belangrijke verantwoordelijkheid om de toegang tot zorgvoorzieningen voor een aanzienlijk deel van de bevolking te garanderen.

### *De wederopbouw en de uitbouw van sociale zekerheid*

De wederopbouw na de oorlog verliep met groot succes. Tot 1973 steeg het BBP met 5 procent per jaar, een niet eerder geëvenaarde welvaartsgroei die de verwachtingen omtrent de uitbouw van de welvaartsstaat structureel zou beïnvloeden.[13] Er ontstonden nieuwe ideeën over sociale zekerheid die de basis zouden vormen voor de oprichting van de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk. De staat zou garant moeten staan voor sociale zekerheid voor iedereen.[14] Deze ideeën dienden als inspiratie voor de blauwdruk voor het naoorlogse Nederland die een commissie onder voorzitterschap van Aat van Rhijn in 1945-1946 naar buiten bracht[15]. Dit rapport staat bekend als de 'geboorteakte van de Nederlandse verzorgingsstaat'.[16] In de jaren vijftig kwamen er onder de rooms-rode kabinetten van Willem Drees sociale voorzieningen voor ouderen, weduwen, wezen, invaliden en werklozen. Toch stuitten de ideeën uit het rapport-Van Rhijn ook al snel op verzet, vanwege de nadruk op de staat als uitvoerder. Het vooroorlogse particularisme, met waarden als plichtsbesef en eigen verantwoordelijkheid, bleek nog altijd sterk aanwezig in de Nederlandse politiek en samenleving, terwijl ook gevestigde belangen een obstructie voor de voorstellen vormden.[17] Desondanks werd in de naoorlogse decennia de gedachte dat sociale zekerheid een recht was steeds meer gemeengoed, ook in de gezondheidszorg. Hiermee veranderde tevens de

11 Vonk 2013.
12 Companje et al. 2018.
13 Van Ark en De Jong 1996.
14 Vonk 2013.
15 Van Rhijn 1945-1946; Kappelhof 2004.
16 Van Klaveren 2016.
17 Van Klaveren 2016.

rationale achter het verzekeren van risico's van ziekte van een individueel risico op financiële schade naar een sociaal *recht* op zorg en financiële zekerheid.

Op grond van het Ziekenfondsenbesluit kreeg de overheid zo de verantwoordelijkheid om zorg voor zo'n twee derde van de bevolking te garanderen, en dit zou zo blijven tot aan 2006. De administratie en uitvoering van deze verzekering bleven echter in handen van private ziekenfondsen (en particuliere verzekeraars voor niet-verplicht verzekerden), terwijl het aanbieden van zorg in handen bleef van private partijen. Binnen dit gemengd publiek-private verzekeringsstelsel ontstonden ook nieuwe beleidsdoelen. Zo werd de vergroting van de toegankelijkheid van zorg voor een steeds groter deel van de bevolking een belangrijk doel. Daarmee werd ook de reikwijdte van de collectieve verantwoordelijkheid verbreed. Dit uitte zich in de uitbreiding van de toegang tot de ziekenfondsverzekering door het creëren van een bejaardenverzekering (1957) en door het gelijkschakelen van het vrijwillig met het verplicht verzekerde pakket eind jaren veertig. Bovendien was het Ziekenfondsenbesluit zo geformuleerd dat vrijwel alle noodzakelijk geachte zorg automatisch werd opgenomen in het verzekerde pakket, het mechanisme dat de oorsprong vormt van het huidige 'open stelsel' – waarbij nieuw ontwikkelde zorg die 'voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk' in beginsel automatisch het verzekerde pakket instroomt.[18]

Het Ziekenfondsenbesluit leidde dan ook direct tot een toename van het zorggebruik, bijvoorbeeld doordat de aanspraak op 42 ligdagen in het ziekenhuis aan het ziekenfondspakket werd toegevoegd. Hierdoor steeg de bezettingsgraad van ziekenhuizen kort na invoering van het besluit van 70 naar 90 procent.[19] Hoewel van overheidswege wel werd gelet op de ontwikkeling van de kosten in de ziekenfondssector, werd kostenbeheersing nog grotendeels gezien als een verantwoordelijkheid van het veld. Dit ondanks het feit dat de totale zorguitgaven tussen 1953 en 1968 stegen van 754 miljoen naar 5 miljard gulden. Deze ongekende groei paste in de uitbouw van de verzorgingsstaat, met de blik gericht op aspiraties en niet op toekomstige beperkingen met betrekking tot financiële houdbaarheid.[20]

Als gevolg van de regelingen van het Ziekenfondsenbesluit konden burgers die geen werknemers waren zich vrijwillig bij een ziekenfonds aansluiten als zij onder de inkomensgrens vielen. In de praktijk kwamen hier veel mensen terecht die arbeidsongeschikt waren geraakt door hun leeftijd of een door lichamelijke

18 Met uitzondering van sommige geneesmiddelen. Zie ook hoofdstuk 8.
19 Companje 2008.
20 Companje et al. 2018. In reële termen kwam dit neer op een toename van 754 miljoen naar 3,1 miljard gulden (consumenten prijsindex CBS).

of geestelijke beperking. Dit maakte de vrijwillige ziekenfondsverzekering feitelijk tot een verzekering van gemiddeld hogere risico's op ziektekosten. Als gevolg hiervan was de uitgavengroei in de vrijwillige sector hoog en kwam de financiële houdbaarheid van het ziekenfondssysteem in het gedrang. Ondertussen stegen in het verlengde van de algemeen oplopende inflatie ook de prijzen in de zorg, daarmee de uitgaven van de ziekenfondsen opdrijvend.[21] De uitdaging zat er aldus in om een uitgavenexplosie te voorkomen.[22]

*Kostenbeheersing en particulier initiatief*

In de jaren vijftig slaagde de overheid erin de groei in de kosten te beheersen door de zorgprijzen te drukken en het zorgvolume te reguleren via bouwbeleid, met name voor de ziekenhuiszorg. Door de algemene Prijzenwet van 1961 was het voor de overheid echter niet langer mogelijk de kostenstijgingen in de ziekenhuiszorg te beperken. In zijn Wet Ziekenhuistarieven (WZT) poogde minister Veldkamp (KVP, 1961-1967) specifiek voor de ziekenhuiszorg de overheid verantwoordelijk te houden voor het centraal vaststellen van de prijzen. De koepelorganisaties van ziekenfondsen, ziekenhuizen en particuliere verzekeraars hielden de invloed op de prijsvorming echter graag bij zichzelf en richtten in 1961 het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) op, dat als platform voor de prijsonderhandelingen zou gaan dienen. Veldkamp zag zich daarom genoodzaakt om in 1965 het COZ op te nemen in een nieuwe Wet Ziekenhuistarieven. Het COZ kreeg de verantwoordelijkheid om ziekenhuistarieven voor zowel de ziekenfonds- als particuliere verzekeringen vast te stellen. Desondanks zou dit orgaan pas vanaf medio jaren zeventig serieus werk maken van kostenbeheersing middels een controle op de tarieven.[23] In 1964 verving Veldkamp met zijn Ziekenfondswet (ZFW) het Ziekenfondsenbesluit. Deze ZFW verschilde qua strekking amper van het Ziekenfondsenbesluit, maar diende vooral om het stempel van de Duitse bezetter te verwijderen. De Ziekenfondswet vormde daarmee de codificatie van het naoorlogse beleidsparadigma.

Met de Volksgezondheidsnota van 1966 werden de eerste voorzichtige stappen gezet richting een nieuw beleidsparadigma. De overheid stelde zich ten doel coherentie aan te brengen in het gefragmenteerde geheel aan zorgvoorzieningen, met respect voor de historisch gegroeide verhoudingen tussen overheid en particulier initiatief.[24] Langzaam begon echter ook het inzicht te dagen dat als de overheid zich met de structuur van de zorg bezig zou houden, de financiële houdbaarheid van die zorg ook een zaak van de overheid zou worden.

---

21 Vonk 2013.
22 Companje et al. 2018.
23 Ter Heide 1984.
24 Kamerstukken II, 1965/66, 8462, nr. 1 (Volksgezondheidsnota).

Dat inzicht zou echter pas jaren later de beleidsagenda's gaan beheersen, mede door de invoering van wat het huzarenstukje van minister Veldkamp en het boegbeeld van de naoorlogse verzorgingsstaat zou worden: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die in 1968 met brede politieke steun werd ingevoerd. Deze wet maakte de overheid feitelijk verantwoordelijk voor de zorg voor burgers die door aangeboren handicap, beperking of langdurige zorgbehoefte niet onder het curatieve stelsel van de Ziekenfondswet vielen. De AWBZ werd gefinancierd via een universele inkomenspremie en creëerde aanspraken op langdurige – en naar later bleek, kostbare – zorg voor iedere burger.

**Kernpunten De uitbreiding van collectieve zorg, de periode tot 1968**

- Het leveren en organiseren van zorg werd in Nederland lang gezien als een taak van het particulier initiatief. Het veld – verenigd in de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering van Geneeskunst – hield lange tijd een grotere rol van de overheid tegen.
- Toegang tot zorg werd steeds meer beschouwd als een sociaal recht waar voor de overheid garant moet staan. Deze toegang werd stapsgewijs uitgebreid met in 1941 het Ziekenfondsenbesluit, in 1957 de Bejaardenverzekering, in 1964 de Ziekenfondswet en in 1968 de AWBZ.
- Het zorggebruik, de prijzen in de zorg en daarmee de zorguitgaven stegen aanzienlijk in de jaren zestig en zeventig. De financiële houdbaarheid van het ziekenfondssysteem kwam daarmee onder druk te staan.
- Via de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) werd getracht de collectieve uitgaven te beheersen. Met de Volksgezondheidsnota van 1966 trachtte de overheid de greep op de organisatie van de zorg te vergroten.

## 5.2 Van maakbare samenleving naar kostenbeheersing, 1968-1987

*Ambitieuze overheid in een tanende economie*

Onder invloed van de economische crisis in de jaren zeventig, en het credo van de 'maakbare samenleving' van het kabinet-Den Uyl, combineerde staatssecretaris Hendriks (KVP) plannen om de zorg te structureren en de kosten te beheersen met de instandhouding van het recht op gezondheidszorg. Het beleidsparadigma van deze tijd werd gevat in de Structuurnota Volksgezondheid die Hendriks in 1974 presenteerde. Deze structuurnota introduceerde een nieuwe ordening van

de gezondheidszorg volgens twee principes: regionalisering en echelonnering. Regionalisering hield in het opdelen van Nederland in gewesten met elk een samenhangend stelsel van voorzieningen. Echelonnering betrof een striktere scheiding in huisartsenzorg (eerstelijns) en specialistische zorg (met name ziekenhuizen, tweedelijns). Om preventie te versterken zouden er daarnaast landelijk dekkende gemeentelijke gezondheidsdiensten moeten komen. De structuurnota illustreerde de wil van de overheid om de bestuurbaarheid van de zorg te vergroten, waarbij zij haar rol als beschermer van de toegang tot zorg moest gaan waarmaken. Die toegang zou in het geding komen als de kosten ongecontroleerd bleven stijgen. Hoewel de nota nog veel ruimte liet aan het particulier initiatief, vormde deze een duidelijke breuk met het vorige beleidsparadigma, waarin de overheid de verantwoordelijkheden voor het beheersbaar houden van zorgkosten toch primair bij veldpartijen als ziekenfondsen en ziekenhuizen liet. Met het oog op de snel stijgende kosten volstond deze houding niet meer en trok de overheid meer beslissingsmacht naar zich toe.

In 1976 bood Hendriks twee wetten aan de Tweede Kamer aan: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De WVG moest de zorg structureren via regionalisering door een complex geheel van vergunningen, kwaliteitseisen en meer. De wet zou een moeilijk traject doorlopen voordat hij twee decennia later teruggetrokken werd. Hoewel de overheid probeerde meer dan voorheen greep te krijgen op de wildgroei aan zorgvoorzieningen in Nederland, was verzet tegen overheidsingrijpen in de structuur van de zorg nog steeds groot. De WVG was een kaderwet, die na overleg met veldpartijen in de loop van de tijd invulling zou moeten krijgen.[25] Hoewel hij in 1982 werd aangenomen, werden belangrijke bepalingen over bijvoorbeeld kwaliteit en vergunningen nog afgehouden. In de eerstvolgende jaren zou de wet hierdoor weinig praktische gevolgen hebben.

Het meest invloedrijk op langere termijn bleken uiteindelijk de prijsmaatregelen die in deze periode werden ingevoerd. De WTG trad in 1980 in werking, en introduceerde het het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Dit orgaan ging over álle zorgtarieven (niet alleen ziekenhuizen) en verving het COZ. Aanvankelijk was de wet vrij centralistisch opgesteld, maar na een amendement werd de macht van belangenvertegenwoordigers uit het veld hersteld. Desondanks zou de WTG het krachtigste instrument voor de overheid blijken om invloed uit te kunnen oefenen op het zorgveld. In 1983 werd de WTG namelijk tot een budgetteringswet gemaakt en werd het voor het eerst mogelijk zorgaanbieders te beboeten die niet-goedgekeurde tarieven hanteerden.[26]

---

25 Booij 1988.
26 Plomp 2011.

Om het mogelijk te maken de finaciële ontwikkeling van de gezondheidszorg beter te plannen en politiek te beoordelen was meer kennis vereist over hoeveel geld er in de sector omging. In 1977 volgde daartoe het eerste jaarlijkse Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG), met ramingen van toekomstige kosten. Dit beleidsinstrument kreeg steeds grotere betekenis, en uiteindelijk de status van 'taakstellend macro-budgettair kader'.[27]

*Een einde aan planning, voortzetting van kostenbeheersing*

De ambitieuze planningsideologie zoals voorzien door Hendriks zou uiteindelijk een kort leven beschoren zijn. Door de economische stagnatie kwam gedurende de jaren tachtig de verzorgingsstaat onder vuur te liggen, met name waar het ging om het welzijnsbeleid (waaronder zorg). De verzorgingsstaat was onbetaalbaar geworden en maakte mensen 'welzijnsconsumenten', zo was de teneur.[28] Voor het eerst kwam naast het probleem van kostenbeheersing ook het maatschappelijk draagvlak onder druk te staan. Elco Brinkman (CDA), minister van het nieuwe ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, erkende dit probleem. Zijn oplossing lag in het verlengde van een nieuw maatschappelijk ideaal: 'de zorgzame samenleving'. Daarin zouden burgers gestimuleerd worden om de samenleving vorm te geven door zelf opnieuw verantwoordelijkheid te nemen.[29] Door minder sociale voorzieningen, een herschikking van de collectieve en individuele verantwoordelijkheden en een versterking van de zelfredzaamheid kon dit ideaal benaderd worden. Realisatie van de zorgzame samenleving werd ook als noodzakelijk gezien om de solidariteit te bestendigen.

De stagnatie van de economische groei en het effect daarvan op de overheidsinkomsten en de uitgaven aan de sociale zekerheid leidden tot bezuinigingen in de gezondheidszorg. In die sector was de zorgvraag de voorgaande decennia sterk gegroeid en het bleek lastig de verdere uitgavengroei te beperken. Bovendien was zorg een zeer gevoelig thema waar het bezuinigingen betrof. Die mochten namelijk niet ten koste gaan van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Beide waren tot die tijd sterk verbeterd en hadden het verwachtingspatroon van burgers navenant verhoogd. Staatssecretaris voor de Volksgezondheid in het kabinet-Lubbers I Joop Van der Reijden (CDA, 1982-1986) slaagde erin de kostengroei in de zorg te bevriezen door meerdere beleidsinstrumenten in te zetten. Zo zette hij in op controle op bouwprojecten, het instellen van bouwplafonds, het verlagen van het aantal bedden per hoofd van de bevolking en het hanteren van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) om kostenplafonds voor ziekenhuizen in te stellen. Ook probeerde Van der Reijden instroom- en

27 De Haan en Duyvendak 2002
28 Van Doorn en Schuyt 1978; Thoenes 1984.
29 Van Klaveren 2016.

vestigingsregelingen voor medisch specialisten te regelen. Deze groep was van oudsher vrij gevestigd en bleek daardoor over stevige hindermacht te beschikken. De salarissen van andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg waren makkelijker aan te pakken: die werden bevroren. In 1986 slaagde Van der Reijden er bovendien in een groot gedeelte van de vrijwillige en bejaarde ziekenfondsverzekerden – die op grond van hun hoge kosten in toenemende mate druk op het stelsel uitoefenden – te herverdelen over de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars. Deze laatsten moesten een standaardpolis gaan aanbieden voor 65-plussers. De ziekenfondsen werden hiermee ontlast en de solidariteit werd bestendigd door een vereveningssysteem waarmee particulier verzekerden het ziekenfondsstelsel zouden subsidiëren.[30] Met deze ingreep bezuinigde Van der Reijden een miljard gulden.[31] Het tijdperk van 'planning' kwam hiermee ten einde.

**Kernpunten Van maakbare samenleving naar kostenbeheersing, 1968-1987**

- De overheid trok vanaf de jaren 70 beslissingsmacht naar zich toe: via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) uit 1980 kreeg zij grip op de tarieven in de zorg en via het jaarlijkse Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) kregen ramingen vanaf 1977 een concrete en zichtbare rol in de budgettaire besluitvorming.
- De economische stagnatie van de vroege jaren tachtig maakte het noodzakelijk te bezuinigen op de zorg. Dit gebeurde via bouwbeleid, beddenreductie en budgettering.
- Voor het eerst kwam de focus ook op de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg te liggen. De 'zorgzame samenleving' werd geïntroduceerd: om de solidariteit te bestendigen werd een herschikking van collectieve en individuele verantwoordelijkheden gepropageerd.

30 Iets dat in de jaren daarvoor overigens ook al indirect gebeurde, doordat zorgverleners lagere prijzen voor ziekenfondsverzekerden opvingen met hogere prijzen voor het particuliere segment (Vonk en Schut 2019).

31 De Haan en Duyvendak 2002.

## 5.3 Van kostenbeheersing naar gereguleerde marktwerking, 1987-2006

*Het plan Dekker: naar een nieuw beleidsparadigma*

Het kabinet-Lubbers II stelde een commissie in onder voorzitterschap van Philips-topman Wisse Dekker om te adviseren over de financiering en structurering van de gezondheidszorg. Het in 1987 verschenen rapport *Bereidheid tot verandering* van deze commissie werd een blauwdruk voor hervormingen van het zorgstelsel, op basis van nieuwe inzichten over hoe de zorg zo efficiënt mogelijk zou kunnen werken. De nadruk lag daarbij veel meer dan in het vorige decennium op de rol die het veld zou moeten spelen om het primaire beleidsdoel van kostenbeheersing te bereiken. Dit betekende dat de overheid op een andere wijze moest gaan sturen: niet regelend maar voorwaardenscheppend, een rol die ze mede kon realiseren door deregulering.[32] Deze inzichten pasten in de brede omslag die plaatsvond in de jaren tachtig, waarbij de verzorgingsstaat als te veelomvattend, bevoogdend, inefficiënt en falend werd gezien. Het rapport van de commissie-Dekker vormde een kantelpunt ten aanzien van de reikwijdte van de collectieve zorg.

Het advies van de commissie-Dekker kende drie pijlers: een doelmatiger organisatie, een basisverzekering en – gereguleerde – marktwerking. De eerste pijler van de doelmatiger organisatie hield in dat duurdere zorgvormen zouden worden vervangen door goedkopere en dat 'het aanbod van zorg van een ongewenste naar een gewenste plaats' zou gaan, een citaat dat het huidige beleid van 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' naadloos in het verlengde van dat beleid plaatst. Als beleidsinstrument had substitutie al bestaan sinds de structuurnota uit 1974 maar het instrument bleek geen belangrijke factor te zijn geweest bij het terugdringen van de kosten.[33]

De tweede pijler, de verplichte basisverzekering voor curatieve zorg – een volksverzekering met een gedefinieerd basispakket dat door de verzekering gedekt zou zijn –, betrof een riskante aanbeveling.[34] Deze basisverzekering moest namelijk tot stand komen door een grote stelselwijziging, terwijl het zorgveld, en inmiddels ook een groot deel van het electoraat, niet zaten te springen om zo'n grootschalige van bovenaf opgelegde hervorming, zo wezen de ervaringen met 'planning' uit. Toch stelde de commissie-Dekker dat een stelselherziening onvermijdelijk zou zijn om de gezondheidszorg op termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. Met de invoering van de basisverzekering zou het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verdwijnen.

32 Commissie Dekker 1987.
33 Companje et al. 2018.
34 Commissie Dekker 1987.

Zorgverzekeraars moesten de basisverzekering gaan uitvoeren en het aan te bieden basispakket zou circa 85 procent van de zorguitgaven beslaan. Daarnaast zou het mogelijk zijn bij de zorgverzekeraars een aanvullende verzekering af te sluiten, maar deze werd niet collectief gefinancierd.[35]

De derde pijler van het voorstel van Dekker betrof de marktwerking. Marktgerichte hervormingen moesten zorgaanbieders en verzekeraars bevrijden van regulering die het volgens de commissie onmogelijk maakte om te onderhandelen over prijzen en vrijelijk te contracteren. Dat zou uiteindelijk de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg moeten bevorderen.[36] De marktwerking moest daarbij op een doordachte wijze door de overheid gereguleerd worden. Zo zou de beoogde competitie niet ten koste gaan van de kwaliteit en de toegankelijkheid, maar via vergrote doelmatigheid beide juist ten goede komen.[37] Toch bleef het de vraag in hoeverre de introductie van het paradigma van gereguleerde marktwerking zou landen in een wereld waarin, zoals ook de commissie-Dekker erkende, principes van solidariteit, het recht op zorg en de verantwoordelijkheid van de overheid voor toegang tot zorg in hoge mate vastlagen. De commissie-Dekker bood hier geen antwoord op en dat leidde in de jaren na publicatie van haar rapport tot langdurige politieke schermutselingen.

Zoals we hieronder zullen zien, groeiden daar waar marktwerking op den duur toch expliciet vorm zou krijgen collectieve aanspraken op de zorg vanaf eind jaren negentig sneller dan ooit, ondanks pleidooien voor een afgewogen begrenzing door zowel de commissie-Dunning (1991) als de WRR (1997).[38] De commissie-Dunning pleitte er in het rapport *Kiezen en delen* voor om te snijden in de voorzieningen in het basispakket en bedacht daartoe de 'trechter van Dunning'. Deze trechter was opgebouwd uit een aantal filters op basis waarvan het mogelijk was keuzes in de zorg te maken (op basis van de vraag naar de noodzakelijkheid zorg, werkzaamheid en doelmatigheid) van zorg.

---

35 Zie voor het voorstel voor de stelselwijziging hoofdstuk 2 in het rapport van de commissie-Dekker. De commissie pleitte hierbij ook voor een 'functionele omschrijving' van zorgverstrekkingen in plaats van een 'institutionele' in de wetgeving, opdat substitutie van zorg vergemakkelijkt zou worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om het gebruiken van de term 'genees- en heelkundige behandeling' in plaats van 'ziekenhuiszorg'.

36 De budgetteringspraktijk bij ziekenfondsen en de centrale regulering lieten weinig ruimte voor innovatie. Bovendien waren ziekenfondsen verplicht zorgaanbieders in hun regio te contracteren, wat geen prikkels tot het selecteren van de meest efficiënte aanbieders gaf. Daarbij mochten mensen buiten de grote steden niet zelf hun ziekenfonds selecteren, wat ook bij gebrek aan concurrentie tussen ziekenfondsen de hoogte van de premies niet ten goede kwam. Wanneer het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgeheven zou worden, konden de zorgverzekeraars onderling de concurrentie aangaan en daarmee ook de zwakke positie van verzekerden versterken.

37 Commissie Dekker 1987.

38 Gezondheidsraad 1991; WRR 1997.

*Het plan-Dekker strandt, 1987-1994*

Toen in 1988 het nieuwe kabinet-Lubbers III aantrad, dit keer met het CDA en de PVDA in de coalitie, toonde staatssecretaris Hans Simons (PVDA) eveneens de ambitie om het stelsel te hervormen op basis van marktmechanismen.[39] In wat bekend is komen te staan als het 'plan-Simons' (*Werken aan zorgvernieuwing*, 1990) zette de staatssecretaris het voorgenomen hervormingsbeleid uiteen.[40] Dit beleid zou uiteindelijk grotendeels niet uitgevoerd worden. Dat had ten eerste te maken met het feit dat de aanvankelijke politieke steun voor de hervormingen door CDA en VVD afnam toen het kabinet-Lubbers III aantrad. De basisverzekering werd een heikel discussiepunt, anders samengestelde maar vooral onduidelijkheden en verschillende cijfers rondom de inkomenseffecten van het nieuwe stelsel maakten dat Simons cruciale steun verloor, ook van middenpartij D66.[41] Daarnaast kon de staatsecretaris op weinig bijval rekenen uit het veld van de gezondheidszorg en de maatschappij in het algemeen. Zo verloor hij gaandeweg de steun van huisartsen en particuliere verzekeraars. Daarbij was vooral de laatste groep belangrijk, omdat die het nieuwe stelsel moest gaan uitvoeren.[42]

Tijdens de periode van Simons' hervormingsbeleid bleef het overige beleid ondertussen veel gelijkenis vertonen met dat van de jaren tachtig. Ook Simons moest binnen de randvoorwaarden opereren van het financieel-economische beleid dat sinds de werkloosheidscrisis een strengere greep op de budgettering van de zorg had gekregen. Er mochten nog altijd geen grote financiële risico's genomen worden en de macro- en microbudgetten dienden strikt te worden gerespecteerd.[43] In 1994 werd dit budgetteringsbeleid verder aangescherpt met het trendmatig begrotingsbeleid, zij het dat de wachtlijstproblematiek al van meet af aan tot structurele overschrijding van de geplande zorguitgaven leidde. Opnieuw was de druk uit het veld sterker dan de bestuurlijke mechanismen.

Het lot van het plan-Simons past goed in de reeks historische pogingen om het zorgstelsel van bovenaf te hervormen, van de discussies over de rol van de staat voor de oorlog en het falen van de volksverzekeringen in de jaren zestig tot de mislukte planningswetgeving van de jaren zeventig. Het falen van de

---

39 Kamerstukken II, 1989-1990, 21 545, nr. 2. Simons stelde de 85-15 verhouding van collectief en privaat gefinancierde zorg bij naar 95-5 en het inkomensafhankelijke deel van de verplichte premie drong hij terug.

40 Helderman et al. 2005.

41 Commissie Willems 1994.

42 Okma 1997; Commissie Willems 1994. Huisartsen vreesden inbreuk op hun werkterrein door de functionele omschrijving van zorg, terwijl particuliere verzekeraars meenden dat het nieuwe stelsel de zorgkosten zou opdrijven.

43 Van der Grinten en Vos 2004.

implementatie van 'Dekker' tussen 1987 en 1994 is te begrijpen als gevolg van het feit dat hierbij gepoogd werd marktwerking wederom van bovenaf in te voeren.

*Zorgbeleid onder Paars, 1994-2002*

Els Borst-Eilers (D66, 1994-2002) nam als minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de Paarse kabinetten-Kok I en II afstand van het hervormingsbeleid van bovenaf en richtte zich vooral op de kostenbeheersing, het 'passen op de winkel'. De twee meest expliciete pijlers van de commissie-Dekker, marktwerking en de basisverzekering, wonnen echter ook onder Paars terrein. Met betrekking tot de marktwerking was het feitelijke handelen van partijen in de zorg steeds meer in overeenstemming met hoe de commissie-Dekker de rol van zorgverzekeraars voor zich zag. Hoewel Simons eerder geen algehele stelselhervorming had weten door te voeren, had hij in 1992 desalniettemin een aantal belangrijke marktgerichte hervormingen met succes door de Kamers weten te loodsen.[44] Zo kregen de ziekenfondsen de mogelijkheid om contracten op te zeggen en zo te onderhandelen met zorgaanbieders en de concurrentie met elkaar aan te gaan, zoals bij de particuliere verzekeraars gebruikelijk was. Borst-Eilers draaide geen van deze wijzigingen van Simons terug, waardoor ziekenfondsen zich steeds meer als particuliere verzekeraars konden gaan gedragen.

Paars bleef ondertussen weg van discussies over de basisverzekering. Toch riepen enkele partijen de kabinetten op om de basisverzekering op termijn in te voeren.[45] Een daarvan was de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in zijn publicatie *Volksgezondheidszorg* (1997). Het grootste probleem van de gezondheidszorg, zo stelde de raad, was dat de solidariteit in het gedrang kwam. Dit kwam voornamelijk doordat de bevolking steeds ouder werd, maar ook omdat de overheid geen duidelijke voorwaarden voor het behoud van solidariteit had geschapen, terwijl zij wel allerlei marktmechanismen had geïntroduceerd. De WRR kwam tot de conclusie dat gereguleerde marktwerking in de zorg mogelijkheden bood om de algehele doelmatigheid te vergroten, evenals de keuzevrijheid van de zorgconsument. De verplichte basisverzekering met ruimte voor de aanvullende verzekering was volgens de WRR echter onvermijdelijk om zowel concurrentie als kostenbewustzijn te bevorderen.[46]

*Een nijpend beleidsprobleem als kantelpunt: de wachtlijsten*

Het strenge 'passen op de winkel' van Paars leidde uiteindelijk tot wachtlijsten in de zorg. Het instrumentarium voor de kostenbeheersing van de zorg was

44 Voorgaande op basis van Dols en Kerkhoff 2008.
45 WRR 1997; zie ook RVZ 1998.
46 WRR 1997.

sinds de kabinetten-Lubbers grotendeels ongewijzigd gebleven. Zo werd de zogeheten Zalmnorm, vernoemd naar minister van Financiën Gerrit Zalm (VVD, 1994-2002; 2003-2007), vanaf 1994 aangehouden als een hard kader voor het macrobudget voor de gezondheidszorg. De publieke zorguitgaven mochten met niet meer dan 1,3 procent per jaar groeien. De groei van de zorguitgaven kwam tot 1998 echter uit op gemiddeld 2 procent per jaar, waarop de norm werd bijgesteld naar 2,3 procent per jaar voor de periode 1998-2002. Maar ook toen viel de feitelijke groei een stuk hoger uit, uiteindelijk zelfs 4,7 procent per jaar, mede doordat in deze periode in reactie op de wachtlijsten een 'vraaggerichte zorg' werd ingezet.[47] Het strikte macrobudget dat gepaard ging met een groeiende zorgvraag, leidde ertoe dat instellingen zorg gingen rantsoeneren waardoor lange wachtlijsten ontstonden. Dit leidde eind jaren negentig tot een crisissfeer in de zorg en tot een politiek hoofdpijndossier dat met voorzichtig beleid niet op te lossen bleek. Tekenend hierbij was dat analyses van het probleem zich in toenemende mate richtten op de vermeende inefficiëntie van het zorgveld zelf en níet zozeer op de combinatie van volumegroei en strakke budgetten als oorzaak van de wachtlijsten.[48] Pas vanaf de periode-Klink (2007-2010), toen de budgettaire druk als gevolg van het nieuwe curatieve stelsel verder was opgelopen, ontstond onder invloed van nieuwe overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (en compensatie uit andere budgetdisciplinesectoren) de huidige begrotingsprocedure. Los van prijsbijstellingen of discretionaire taakstellingen wordt de door het Centraal Planbureau (CPB) geraamde ontwikkeling van de zorgvraag binnen dit kader in feite geaccommodeerd. Dat maakt ook dat de daarbij gehanteerde methodiek een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van de begrotingsruimte en de feitelijke budettaire ontwikkeling (zie ook hoofdstuk 9).

Hoe dan ook nam met de wachtlijstproblematiek het denken over de aansturing van de zorg een cruciale wending. Zo kon het gebeuren dat de blauwdruk voor gereguleerde marktwerking uit het rapport-Dekker uit 1987 weer van stal werd gehaald, al was dit pas nadat de overheid middels stevig ingrijpen de wachtlijsten te lijf was gegaan. Dit gebeurde door het zogeheten 'boter-bij-de-vis'-beleid dat Borst-Eilers in 2001 inzette met haar *Actieplan Zorg Verzekerd*.[49] Kort gezegd, kwam de overheid terug op haar strenge budgetregels en stelde ze extra geld beschikbaar voor zorgaanbieders die wachtlijsten snel en effectief wisten te verminderen. Dat gebeurde echter ook op een manier die de deur openzette voor cruciale aspecten van het plan-Dekker. De overheid financierde namelijk niet direct de zorgaanbieders, maar maakte verzekeraars verantwoordelijk voor de verdeling van gelden. Hiermee verschoof de onderhandelingspositie in het

47 Schut 2003.
48 Timmermans et al. 2002.
49 Kamerstukken II, 2000-2001, 27 488, nr. 1; Companje 2008.

zorgveld naar de verzekeraars en werd meteen werk gemaakt van de tweede pijler van *Zorg Verzekerd*: het reorganiseren van het stelsel om meer doelmatigheid te bewerkstelligen en het systeem meer vraaggestuurd te maken, gericht op de behoeften van patiënten.

### *Gereguleerde marktwerking in drie zorgmarkten*

Later in 2001 volgde de nota *Vraag aan bod*, waarin minister Borst-Eilers de vernieuwingen in het zorgstelsel verder uitwerkte. Het plan stelde de constructie voor van een drietal zorgmarkten waarop meer concurrentie om de gunst van verzekerden plaats zou moeten vinden. Resultaat was dat het nieuwe beleidsparadigma van de gereguleerde marktwerking werd omarmd, waarbij er feitelijk drie aparte maar onderling verbonden zorgmarkten bestaan. Op de *zorginkoopmarktmarkt* ging het erom dat verzekeraars een goede onderhandelingspositie zouden krijgen om zo goedkoop mogelijk zorg te kunnen inkopen bij zorgaanbieders. De *zorgverleningsmarkt* draaide in de kern om de actieve keuze van patiënten voor hun zorgverlener, wat zowel de prijs als de kwaliteit van de zorgverlening ten goede zou moeten komen. En tot slot zou het complexe duale systeem van verzekeringen vervangen worden door één algemene verplichte verzekering voor het curatieve pakket, met acceptatieplicht. Doordat niet de overheid de prijs van deze basisverzekering zou vaststellen, werd concurrentie tussen verzekeraars mogelijk op de *zorgverzekeringsmarkt.*

Het was hierbij duidelijk dat de solidariteit, die inmiddels diep in het Nederlandse zorgstelsel was verankerd, niet mocht worden aangetast. Volgens de nota *Vraag aan Bod* moest het verplichte zorgpakket alle noodzakelijke zorg omvatten, daarmee in feite een verzekering definiërend met een naar de toekomst toe open dekking. Voor de invulling van dat pakket zouden overheidsinstanties verantwoordelijk blijven. Verzekeraars kregen alleen zeggenschap over wat zij in hun aanvullende pakketten konden bieden.[50] Deze rol van de overheid om de solidariteit in het verplichte zorgpakket te beschermen, werd nog versterkt door de wijze waarop in de nota de uitvoering van het nieuwe verplichte systeem werd voorgesteld. Dit zou moeten gebeuren door het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars weg te nemen. Per saldo was het resultaat dat er markten voor zorgverzekering en zorginkoop ontstonden en tegelijkertijd de zorgvraag een min of meer autonome factor in het stelsel was geworden.

---

50 In 1999 werd de Ziekenfondsraad opgevolgd door het College voor Zorgverzekeringen, dat op haar beurt weer opgevolgd zou worden door het Zorginstituut Nederland (in 2014).

*Een nieuw zorgstelsel: de eerdere plannen eindelijk ingevoerd*

De invoering liet om politieke redenen nog wel even op zich wachten. Uiteindelijk zorgde minister van VWS Hans Hoogervorst (VVD, Balkenende II en III, 2003-2007) ervoor dat op 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw)– in het vorige hoofdstuk al kort beschreven – in werking trad. Daarmee brak een nieuwe fase voor de Nederlandse zorg aan. Met het teruggeven van verantwoordelijkheden aan partijen in het zorgveld, leek de marktwerking goed aan te sluiten op de aloude nadruk op particulier initiatief die de geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg tijdenlang had gekenmerkt. In de uiteindelijke wet werden stevige waarborgen ingebouwd voor de publieke belangen die met het stelsel gediend moesten worden:

- Alle Nederlandse burgers moesten zich verplicht verzekeren voor een basispakket zorg dat de overheid vaststelt;
- Verzekeraars moesten iedereen accepteren voor de basisverzekering, om risicoselectie (het uitsluiten van risicovolle en daardoor dure verzekerden) te voorkomen;
- Bij dezelfde verzekeraar mocht de premie voor eenzelfde basispolis tussen twee patiënten niet verschillen, premiedifferentiatie was verboden;
- Verzekeraars kregen een zorgplicht, waarmee de verantwoordelijkheid voor het leveren van tijdige en kwalitatief hoogstaande zorg primair bij hen kwam te liggen;
- Verzekerden kregen keuzevrijheid middels natura-, restitutie- of combinatiepolissen en de mogelijkheid om jaarlijks over te stappen;
- Om de inkomenseffecten van de premie voor de basisverzekering voor lagere inkomens te compenseren werd het systeem van de zorgtoeslag ingevoerd.

Na twee decennia voorsorteren op de markt bleek 2006 een mijlpaal in de ontwikkeling van het Nederlandse zorgstelsel. Na lang schipperen met de verhouding ziekenfonds-particulier en na meerdere pogingen om een universele verplichte basisverzekering voor de curatieve zorg in te voeren, was dit doel nu eindelijk bereikt. Revolutionair was dat de verdeling tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten – die sinds de oorlog vrij constant zo'n 70 respectievelijk 30 procent was geweest – nu werd opgeheven. Vanaf 2006 was iedere Nederlander verplicht verzekerd voor een breed basispakket. De zorgvormen die niet in de basisverzekering zijn opgenomen en dus aanvullend verzekerd kunnen worden, waren beperkt. Daarmee was de invoering van de gereguleerde marktwerking de grootste beleidsingreep sinds het Ziekenfondsenbesluit van 1941.

Cruciaal aan dit nieuwe beleidsparadigma was de wijze waarop de overheid als marktmeester een gewijzigde, maar niet minder cruciale rol zou blijven spelen in het stelsel. Gegeven de grote publieke belangen die eraan ten grondslag lagen,

was het de overheid er van meet af aan om te doen dit nieuwe stelsel in goede banen te leiden. Zoals de nota *Vraag aan bod* het verwoordde: "marktwerking binnen door de overheid gestelde voorwaarden." Deze kwalificatie van marktwerking had belangrijke implicaties. Als eerder vermeld, moesten de private zorgverzekeraars zich vanaf 2006 opstellen als 'regisseurs' van het zorgstelsel. De verdeling van het zorggeld en de verantwoordelijkheid om het stelsel door middel van doelmatigheidsbevordering betaalbaar te houden kwamen primair bij hen te liggen. Enerzijds moesten zij de meest efficiënte zorgaanbieders contracteren, anderzijds hadden zij de taak om op verzekeringspolissen met elkaar te concurreren om de gunst van de patiënt. Deze 'regierol' verhulde echter de cruciale wegen waarlangs de overheid het stelsel binnen de beoogde kaders moest leiden. Ten eerste bleef de overheid via het Budgettair Kader Zorg (BKZ) eindverantwoordelijk voor de kosten van de zorg (gegeven de overeengekomen begroting). Ten tweede werd per 1 oktober 2006 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa; een zelfstandig bestuursorgaan) in het leven geroepen om als 'marktmeester' te fungeren. Ten derde zou de kwaliteit van de zorg bewaakt blijven worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ; nu Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, IGJ), alsmede de NZa. Ten slotte speelt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een rol binnen de zorg. In het bijzonder is de ACM verantwoordelijk voor de beoordeling van fusies van zorgaanbieders en -verzekeraars. Zie appendix 4 bij dit rapport voor een uitgebreide bespreking van de Zorgverzekeringswet (Zvw), en van de andere grote stelselwetten in de Nederlandse zorg.

**Kernpunten Van kostenbeheersing naar gereguleerde marktwerking, 1987-2006**

- Beleidsoplossingen van de ene periode bleken een probleem voor de volgende: het 'boter bij de vis'-beleid om wachtlijsten weg te werken leidde vanaf 2002 tot een kostenexplosie.
- Het plan-Dekker uit 1987 voor deregulering en marktwerking leidde pas twintig jaar later tot een stelselwijziging: de nieuwe Zorgverzekeringswet van 2006.
- De overheid trok zich enerzijds terug: het beheersbaar houden van het stelsel werd gezien als hoofdtaak voor het zorgveld. De brede basisverzekering moest orde scheppen.
- Anderzijds werd het reguleren van concurrentie een handhavende activiteit van de overheid: de overheid als marktmeester (via de NZa). Ook bleef de overheid via het Budgettair Kader Zorg (BKZ) eindverantwoordelijk voor de kosten van de zorg.

## 5.4 Gereguleerde marktwerking en decentralisatie, de periode na 2006

*Marktwerking en budgettair beleid*

De periode tussen 2006 en 2010 is te zien als een eerste fase van experimenteren met marktwerking, waarbij relatief goed werd vastgehouden aan het nieuwe model. Zo leek in de eerste jaren na de stelselherziening de markt voor zorgverzekeringen goed op gang te komen, met in 2006 een ongekend aantal burgers dat overstapte naar een andere zorgverzekeraar. Bovendien speelde de NZa haar rol van het in banen leiden van marktonderhandelingen. De zorginkoopmarkt werd sinds 2005 gefaciliteerd door de invoering van zogeheten diagnosebehandelcombinaties (DBC's), waarmee zorgproducten inzichtelijker werden en er beter over de prijs ervan onderhandeld kon worden. In de jaren nadat de marktwerking was ingevoerd, steeg het percentage van DBC's, waarvan het tarief 'vrij onderhandelbaar' was. En in 2008 werd voor het eerst verplicht nominaal een eigen risico ingevoerd, ter vervanging van de no-claimregeling die tot dan toe had gegolden. Hiermee werd invulling gegeven aan het beoogde kostenbewustzijn bij de burger.

Na enkele jaren marktwerking bleek er toch meer behoefte te bestaan aan regulering. De goede wil van de veldpartijen bleek niet genoeg om continue overschrijdingen van het BKZ tegen te gaan, terwijl dit één van de hoofddoelen van de stelselwijziging was. Ook bleek de kernvoorwaarde van transparantie over de kosten en de kwaliteit van zorg moeilijk realiseerbaar, en was binnen de nieuwe systematiek van vergoeding voor zorgaanbieders het aantal DBC's geëxplodeerd. Vanaf 2010 trad daarom een nieuwe periode in: de overheid begon zich – door bestuurlijke convenanten en hoofdlijnenakkoorden te sluiten – weer te mengen in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze convenanten en akkoorden zagen toe op de wijze waarop het beschikbare budget besteed zou worden alsmede op een grotere transparantie bij de levering en kwaliteit van zorg.[51] Parallel aan het eerste hoofdlijnenakkoord werd het zogeheten Macrobeheersingsinstrument (MBI) voor de kosten in de zorg geïntroduceerd. Onder het mom dat "de regering geen avontuur wil aangaan rond de uitgaven in de gezondheidzorg" moest de overheid over instrumenten beschikken om overschrijdingen van het BKZ bij zorgaanbieders terug te vorderen.[52] Dit om de veldpartijen te kunnen dwingen tot kostenbeheersing.

Om echte concurrentie te stimuleren en machtsconcentraties bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders tegen te gaan had de overheid via de NZa en ACM al vroeg in moeten grijpen. Zo nam het aantal verzekeraars tussen 1990 en 2018 af van 82

51 Algemene Rekenkamer 2016.
52 Kamerstukken II, 2009-2010, 32 393, nr. 3.

naar 23 en het aantal ziekenhuizen daalde van 125 naar 79.[53] Onder de merkenparaplu's zijn er inmiddels in essentie zelfs nog maar vier grote verzekeringsconcerns over: CZ, VGZ, Achmea en Menzis.[54] In de vroege jaren 2000 werd al gewaarschuwd dat machtsconcentraties de keuzevrijheid van patiënten en de onderhandelingsvrijheid van aanbieders én verzekeraars zouden kunnen beknotten.[55] Maar zowel vóór als na de invoering van de marktwerking en de oprichting van de NZa ondernam de overheid weinig actie om dit soort concentraties tegen te gaan.

De mededingingsautoriteiten hadden tot taak fusies en concentraties te toetsen, maar grepen tussen 2004 en 2017 maar één keer in bij een ziekenhuisfusie.[56] En zelfs tussen 2014 (nadat de zogeheten zorgspecifieke fusietoets was ingevoerd) en 2018 zetten zij op een totaal van 549 fusies in het zorgveld slechts één keer extra monitoring in. Bovendien handelde de NZa met dit beleid niet op eigen houtje; in 2014 presenteerde de commissie-Borstlap een rapport waaruit bleek dat het ministerie van VWS de NZa nog sterk stuurt. In recente jaren lijkt het ministerie bovendien steeds meer aan te sturen op samenwerking boven concurrentie in de zorg.[57] Machtsconcentraties komen zo steeds meer in het licht te staan van het idee dat publieke belangen in het zorgstelsel gebaat zijn bij grotere eenheden en lijken steeds minder gericht op onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.[58]

Onder druk van de Eurocrisis en in het licht van de daaraan voorafgaande, sinds 1999 versnelde uitgavengroei, voerde minister van VWS Edith Schippers (VVD, 2012-2017, Rutte-II) expliciet budgettair beleid. Daarmee werd de begrotingsprocedure waarbij de geraamde zorgvraag feitelijk werd geaccommodeerd – zoals die onder invloed van terugkerende overschrijdingen met name onder de voorgaande minister Klink vorm had gekregen –, doorkruist. Daartoe werd niet alleen de begroting zelf in stelling gebracht, ook werden de vanaf 2010 gesloten hoofdlijnenakkoorden breder ingezet.[59] Dat leidde ertoe dat over de gehele kabinetsperiode de uitgavengroei tot stilstand kwam. Tussen 2012 en 2017 namen de totale zorguitgaven cumulatief met 1 procent toe, terwijl deze in

53 https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-fusies-tussen-ziekenhuizen.

54 Dit is vooral een kwestie van kwantitatieve verhoudingen: er zijn daarnaast nog wel een aantal kleinere partijen actief (zie NZa 2018b).

55 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002.

56 De NZa werkt hier nauw samen met de Autoriteit Consument & Markt (tot 2013 de Nederlandse Mededingingsautoriteit).

57 Brief van Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer 19-07-2018.

58 Ruwaard 2018.

59 Met meerdere partijen - naast ziekenhuizen en medisch-specialisten ook met private klinieken, GGZ-aanbieders en wijkverpleging – werd afgesproken de stijging van het zorgvolume te beperken.

de jaren sinds 1999 jaarlijks met 4 procent waren gestegen (en met 63 procent in totaal). In termen van groeicijfers was de daling al ingezet onder het voorgaande kabinet (na 2010), maar het was pas na 2012 dat de reële uitgaven stabiliseerden.

Na vijftien jaar van gereguleerde marktwerking kwam er uiteindelijk veel neer op de veldpartijen die onder dreiging van overheidsingrijpen tot afspraken kwamen. De opeenvolgende, in de jaren na 2010 gesloten hoofdlijnakkoorden leidden inderdaad tot een kostenreductie, maar de overheid had zich hiermee veel sterker gemengd in het samenspel tussen wat de eigenlijke verantwoordelijken in het nieuwe stelsel hadden moeten zijn.[60] Daarmee is ook de vraag wie verantwoordelijk is voor de houdbaarheid van de zorg tussen wal en schip geraakt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten zich in om het stelsel efficiënt en kwalitatief hoogstaand te houden, maar kijken daarbij wel naar een overheid die zich sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking niet kleiner heeft gemaakt. Dat betekent ook dat de overheid naar het veld kijkt voor een grotere doelmatigheid maar niet in staat is bij de verdeling van het zorgbudget, laat staan bij het remmen van de groei daarvan, lastige keuzes te maken.

*Hervormingen in het sociaal domein: regie bij burger en gemeente*

Terwijl de landelijke overheid in de markt voor curatieve zorg stappen nam om haar macht over het veld te vergroten, was de beweging in de langdurige zorg omgekeerd. In de schaduw van het zichtbare debat over de stelselhervorming in de curatieve zorg werd in 2003 een wet gepresenteerd die lichtere zorgtaken zou doorschuiven naar de gemeenten: de in het vorige hoofdstuk al besproken Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De decentralisatie van veel zorgtaken naar gemeenten vormde een parallel met het overhevelen van verantwoordelijkheden naar verzekeraars en veldpartijen in het regime van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een soortgelijke logica als in de stelselwijziging voor de curatieve zorg speelde daarnaast een rol: zo'n 1,3 miljard euro aan AWBZ-zorg werd nu overgeheveld naar de gemeenten. Deze Wmo trad in 2007 in werking, waarbij veel ruimte werd gecreëerd voor gemeenten om de zorgbehoeften van hun burgers vast te stellen tijdens 'keukentafelgesprekken'. Het inschatten van de zorgbehoefte van burgers werd belegd bij gemeentelijke ambtenaren, die vervolgens in samenspraak met het Centrum Indicatiestellingen Zorg (CIZ) tot een conclusie kwamen over die behoefte en de precieze aanspraak op zorg. Die zorg kon in natura zijn of in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB).[61]

---

60 Maarse et al. 2016.

61 De reikwijdte van de rol van het CIZ is inmiddels aangepast. Aanvankelijk verzorgde het CIZ ook sociaal-medische advisering in het kader van de WVG/Wmo. Maar omdat een dergelijke marktinmenging onder Europese competitieregels niet is toegestaan werd deze functie per 1 januari 2011 verzelfstandigd onder de naam 'MOzaak' en beperkt de rol van het CIZ zich nu tot de Wlz.

Op de terreinen van lichte, ondersteunende zorg werd hiermee een ontwikkeling in gang gezet die parallellen vertoonde met de klantgerichtheid van de markt in de curatieve zorg. Vanuit historisch perspectief is het interessant dat de overheid ook teruggreep op het oude model van particulier initiatief en de lokale overheid dichtbij de zorgbehoevende burger. Daarmee vertoont deze beleidsstrategie trekken van het oude beleidsparadigma, waarin de centrale overheid zich relatief klein opstelde en veel uitbesteedde aan lokale overheden. Na veertig jaar centralistische AWBZ kon dit gezien worden als een radicale herijking. Maar de overheid greep ook terug op een model dat gold in de tijd dat het recht op zorg tot gelding begon te komen en het particulier initiatief een nog prominentere rol had. Tegelijkertijd leidde dit tot de kritiek dat hiermee de rechtszekerheid die uitgaat van nationaal beleid, werd ingeruild voor willekeur. Lokale ambtenaren zouden immers een belangrijke rol gaan spelen bij het vaststellen van de zorgaanspraken van individuele burgers.

De gerichtheid op het lokale niveau en een herijking van de rollen en verantwoordelijkheden tussen centrale overheid, lokale overheden en burgers bleek nog sterker toen in 2015 de Wmo 2007 werd herzien.[62] Hierin kwam de nadruk te liggen op de 'maatwerkvoorziening' die het College van burgemeester en wethouders zou moeten vaststellen. Tegelijkertijd werd ook de 'eigen verantwoordelijkheid' van burgers wettelijk vastgelegd, waarbij de eigen kracht van burgers en hun naaste omgeving een grotere rol kregen bij het vervullen van (lichte) zorgtaken. Daarbij paste ook het beleidsinstrument van het persoonsgebonden budget, waarmee burgers zelf zorg konden inkopen. Beleidstechnisch had de Wmo in belangrijke mate een kostenbesparend doel, waarbij de gemeenten gelden kregen te verdelen die eerder het Rijk beschikbaar stelde (en waarop werd gekort). In termen van normen en waarden die aan het inmiddels dominante beleidsparadigma ten grondslag liggen, werd er echter gesproken van "nieuwe mengvormen van solidariteit, waarbij overheid en samenleving elkaar aanvullen en versterken" en "de inzet van professionele ondersteuning […] als vanzelfsprekendheid hand in hand [dient] te gaan met informele ondersteuning en zorg".[63] Al met al kwamen de aspecten van solidariteit én persoonlijke keuzevrijheid (en zelfredzaamheid), die we bij het in de vorige paragraaf beschreven derde beleidsparadigma zagen, terug in wat het 'sociaal domein' van de gemeenten moest worden.

### *Langdurige zorg: oud beleid in een nieuw jasje*

De Wmo was de opmaat voor een veel uitgebreidere beleidsingreep die in 2013 werd ingezet. Staatssecretaris Martin van Rijn (PVDA) lanceerde een

62 Een soortgelijke ontwikkeling vond plaats in de Jeugdwet, die wij hier niet nader bespreken.
63 Kamerstukken II, 2013-2014, 33 841, nr. 3.

plan voor de toekomst van de AWBZ. Deze wet was in het leven geroepen om de staat de directe verantwoordelijkheid op zich te laten nemen voor zwaar hulpbehoevende burgers. Wat onder deze zorgwet viel, was echter met de tijd fors uitgebreid. Bij inwerkingtreding van de wet in 1968 was becijferd dat zo'n 0,6 procent van de bevolking behoefte zou hebben aan de zorgvormen die eronder vielen. In 2013 constateerde Van Rijn echter dat zo'n 5 procent van de bevolking aanspraak maakte op de AWBZ.[64] Met het toenemen van de gemiddelde levensverwachting zouden deze aanspraken naar verwachting bovendien fors toenemen. Ook stelde Van Rijn dat burgers in de toekomst het liefst zo lang mogelijk thuis zouden willen blijven wonen, al dan niet met (zorg) ondersteuning door de overheid. Zonder direct te spreken over het beperken van zorgaanspraken werd hier, evenals bij de Wmo, ingezet op een middenweg tussen ondersteuning dicht bij de burger en aanspraken op zorg vanuit de lokale overheid als vangnet.[65]

Of Van Rijns beroep op zo lang mogelijk thuis wonen nu wel of niet politiek wensdenken was om de kostengroei te drukken, het resultaat was dat de Wet langdurige zorg (Wlz) werd voorgesteld om de oude AWBZ te vervangen. De doelen van de nieuwe wet waren drieledig: de kwaliteit van zorg moest gewaarborgd blijven, de langdurige zorg moest ook op termijn financieel houdbaar blijven, en sociale solidariteit moest versterkt worden.[66] Bij dit alles werd een soortgelijke argumentatie gehanteerd als bij de Wmo: burgers zouden meer autonomie willen en de regie over hun leven, ook als ze hierin door ziekte beperkt worden (zie ook vorige hoofdstuk). Waar de Zvw de regie bij de zorgverzekeraars had gelegd, werd deze met de Wlz aan de burgers (terug)gegeven, zo was de gedachte. De Wlz, die op 1 januari 2015 in werking trad, verschilde uiteindelijk slechts op luttele punten van de oude AWBZ. Waar AWBZ-aanspraken eerder ten dele naar de Wmo waren overgeheveld, werden die nu deels onder de Zvw geschaard (wijkverpleging). Aansluiting bij de eigen regie (en daarmee de Wmo, die als voorportaal van de Wlz gezien kan worden) werd ook hier gezocht in de introductie van een persoonsgebonden budget (PGB). Voorts werden er nog enkele vormen van ondersteuning doorgezet naar de Wmo. In appendix 4 bespreken we zowel de Wlz als de Wmo uitgebreider.

Welbeschouwd bleek het onhaalbaar om echt te snijden in de aanspraken op zorg en bleef 100 procent van de Nederlandse bevolking van rechtswege verzekerd voor de nieuwe Wlz, die op vergaande wijze zorgverantwoordelijkheden aan de staat oplegt. Dat gegeven is van groot gewicht, gezien de context

64 Kamerstukken II, 2013-2014, 33 891, nr. 3.
65 Kamerstukken II, 2012-2013, 30 597, nr. 296.
66 Kamerstukken II, 2013-2014, 33 891, nr. 3.

waarin deze plicht geldt: een vergrijzende bevolking die maakt dat de zorgvraag autonoom groeit, terwijl de groei van de beroepsbevolking stagneert en het arbeidsaanbod en de premiebasis zodoende versmallen (zie hoofdstukken 2 en 3). Anders gezegd, gegeven de universele toegang vormt de reikwijdte van de Wlz een fundamentele kracht achter zowel het financiële als het personele houdbaarheidsprobleem. Bovendien is er aan de *sturing* van deze vormen van zorg niet veel veranderd. De semipublieke zorgkantoren (onderdeel van de zorgverzekeraars) bleven verantwoordelijk voor het beheren van de Wlz-gelden en voor de zorginkoop. Al met al zijn de wijzigingen die in 2015 in de langdurige zorg zijn ingevoerd, niet radicaal nieuw. Beleidstechnisch is er een breuk met de verschuiving van het centrale naar het lokale niveau en voor het overige moest de Wlz vooral een krapper jasje krijgen: ook hier werden begrippen als zelfredzaamheid en eigen regie geïntroduceerd om op termijn een kleiner deel van de groeiende zorg bij de staat te kunnen beleggen.

**Kernpunten Gereguleerde marktwerking en decentralisatie, de periode na 2006**

- In antwoord op de structurele kostenoverschrijdingen trok de overheid de (financiële) regie naar zich toe via hoofdlijnenakkoorden en het Macrobeheersingsinstrument.
- Door expliciet budgettair beleid kwam de uitgavengroei tussen 2012 en 2017 tot stilstand.
- Na veertig jaar centralistische AWBZ werden lichte zorgtaken via de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (Wmo) in 2007 gedecentraliseerd. De overheid greep hiermee terug op het oude beleidsparadigma van particulier initiatief en een grotere rol van de lokale overheid.
- In 2015 trad de Wet Langdurige Zorg (WLZ) in werking, om meer regie bij de burger te leggen ('langer thuis'). De aanspraken op deze wet gaan gezien de demografische ontwikkelingen een sterke druk leggen op de personele en financiële houdbaarheid.

## 5.5 De historische lessen van zorgbeleid

De discussie over het Nederlandse zorgstelsel wordt historisch gezien gekenmerkt door een retoriek waarin de overheid op afstand gehouden moest worden. De overheidsrol was het meest directief in de jaren zeventig en tachtig, maar is met de daaropvolgende overgang naar marktstructurering zeker niet zonder meer teruggebracht. De taak van de overheid blijkt breder en intensiever dan gedacht, ook omdat het nieuwe stelsel niet alles levert wat ervan werd verwacht, zeker niet met betrekking tot de beheersing van de kostengroei en het effect daarvan op de financiële houdbaarheid. Het balanceren tussen de verschillende publieke waarden (kwaliteit, toegankelijkheid), de (financiële) houdbaarheid en het zoeken naar de rol van de overheid blijft een constante. De antwoorden op de dominante beleidsvragen in de ene periode bepalen daarmee in hoge mate de vraagstukken voor de volgende periode. Deze 'intertemporele' beleidseffecten vormen samen met het permanente touwtrekken tussen beleid en veld en de retoriek van een streven naar een beperkte rol voor de overheid de kern van dit hoofdstuk.

**Tabel 5.1** De omvang en verdeling van collectieve zorguitgaven naar sector, 1998-2019

| | **Reële uitgaven** (miljard euro van 2019) | | | **Aandelen in uitgaven** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1998** | **2013** | **2019** | **1998** | **2013** | **2019** |
| Medisch specialistisch | 14,4 | 26,4 | 29,1 | 26,6% | 29,3% | 29,9% |
| GGZ | 3,7 | 7,2 | 7,1 | 6,8% | 8,0% | 7,3% |
| Huisartsen | 2,0 | 3,5 | 4,4 | 3,7% | 3,9% | 4,5% |
| Tandartsen | 1,8 | 2,9 | 3,0 | 3,3% | 3,2% | 3,1% |
| Paramedisch | 1,2 | 2,1 | 2,3 | 2,1% | 2,3% | 2,4% |
| Verpleging, verzorging en thuiszorg | 11,2 | 18,7 | 20,2 | 20,6% | 20,7% | 20,8% |
| Gehandicapten | 5,4 | 10,5 | 11,4 | 10,0% | 11,6% | 11,7% |
| Preventie | 1,7 | 2,1 | 2,2 | 3,1% | 2,3% | 2,2% |
| Genees- en therapeutische middelen | 7,2 | 8,6 | 8,6 | 13,3% | 9,5% | 8,9% |
| Ondersteunend en overig | 1,7 | 3,3 | 3,4 | 3,1% | 3,6% | 3,5% |
| Sociaal werk en maatschap. opvang | 2,8 | 2,7 | 3,2 | 5,1% | 3,0% | 3,3% |
| Jeugdzorg | 1,2 | 2,2 | 2,4 | 2,3% | 2,4% | 2,4% |

Bron: CBS

Dergelijke padafhankelijkheden hebben geleid tot een stelsel waarin een grote rol is weggelegd voor partijen met zowel private als publieke doelstellingen in een sector die zich moeilijk laat sturen. Zonder de steun van veldpartijen lijken er in de gezondheidszorg geen grote omwentelingen tot stand te kunnen worden gebracht. De rol die de hoofdlijnakkoorden hebben gespeeld bij de budgettaire afremming van de groei na 2012, wordt in dat verband nog wel eens aangevoerd als tegenvoorbeeld. Deze akkoorden zouden immers met name de curatieve zorg (sinds 2000 zeer sterk gegroeid onder invloed van de voorafgaande wachtlijstproblematiek en het nieuwe stelsel) door een meer dan evenredige afremming tot een grotere houdbaarheid hebben gebracht. Dat beeld wordt echter vertekend door de omvang en zichtbaarheid van die sector: met uitzondering van de huisartsgeneeskunde en de maatschappelijke opvang werd de groei in alle collectieve zorguitgaven in reële termen tussen 2012 en 2016 in meer of mindere mate afgeremd (het sterkst in de jeugdzorg, die in deze vier jaar stilstond na in de voorgaande vier jaar 31 procent te zijn gegroeid). En sinds 2012 zijn de reële uitgaven aan medisch-specialistische zorg toegenomen met 12 procent (2012-2019), tegenover 28 procent in de zeven jaar daarvoor en zelfs 42 procent in de zeven jaar daar weer voor.[67] Tussen 2000 en 2013 is het aandeel van deze sector in de totale uitgaven echter consequent toegenomen en sindsdien is datzelfde aandeel niet meer dan gestabiliseerd (zie tabel 5.1). Eerder constateerden we bovendien dat technologische innovatie (zoals dure geneesmiddelen of apparatuur) in de toekomst juist de uitgaven in de curatieve zorg verder onder druk dreigt te zetten. Op de padafhankelijkheid van sectorale aandelen in de uitgaven en de implicaties daarvan voor het politieke keuzeproces ten aanzien van de zorg komen we in hoofdstuk 8 terug.

Ook het huidige systeem van gereguleerde marktwerking wordt als gevolg daarvan gekenmerkt door een complex samenspel van *checks and balances* en marktprikkels, terwijl gevestigde belangen en de gevoeligheid van kwesties rondom zorg het voor de overheid lastig maken om in te grijpen. De ervaring met gerichte sturing tot 1987 – waar het huidige stelsel nu juist een lang uitgesponnen reactie op vormt – maken die afweging nog lastiger. Het beleid blijft bij kleine stappen; een grote overheid in de zorg botst op tal van fundamentele krachten die de uitkomsten in vergaande mate bepalen als expliciete keuzes om bij te sturen uitblijven. Kenmerkend is ook dat ogenschijnlijk klein beleid (bijvoorbeeld na het rapport-Dekker) effectiever blijkt dan plannen voor expliciete stelselhervorming. Deze laatste, zo leert de geschiedenis, lokken langdurig debat uit en leiden zelden tot de beoogde resolute ingrepen en eenduidige oplossingen. In zekere zin is deze complexe sturingsrelatie de consequentie van de keuze voor een publiek-privaat stelsel, een keuze die op zijn beurt sterk historisch bepaald is. Het gevolg is wel dat sturing en verandering moeilijk zijn en een lange adem vergen.

---

67 Diezelfde cijfers komen overeen met een stilstand respectievelijk toename van 0,4 en 0,6 procent BBP.

Budgettaire afremming kwam tot op heden alleen tot stand onder druk van een vergaande verslechtering van de economische omstandigheden: eerst als een lang uitgesponnen reactie op de groeivertraging van de jaren zeventig en na 2012 in reactie op de financiële crisis. Zowel in de jaren negentig als in de afgelopen jaren leidde het onvermogen om tegelijkertijd ook de toenemende aanspraken op de zorg te beperken, echter alleen maar tot een inhaalvraag die het financiële houdbaarheidsprobleem versterkt op tafel legde. Door de stagnerende groei van de beroepsbevolking is daar nu ook het probleem van de personele houdbaarheid bijgekomen. Beleidsoplossingen van de ene periode worden zo het probleem voor de volgende. Zo vormde de wachtlijstproblematiek een reactie op de budgettering van de jaren tachtig en negentig en leidde het 'boter-bij-vis'-beleid uit 2001 om de wachtlijsten weg te werken op zijn beurt tot een kostenexplosie. Gezien de budgettaire ontsporingen vanaf het eind van de jaren negentig, waarbij krappe financiële houdbaarheid niet in de pas bleek te lopen met de maatschappelijke houdbaarheid, roept deze geschiedenis de vraag op hoe in de toekomst om te gaan met toenemende schaarste van middelen en de daarvan afgeleide budgettaire kaders.

Solidariteit in het Nederlandse stelsel is op organische wijze gegroeid en is sterk verankerd in de wijze waarop in Nederland wordt gedacht over zorg als iets waar de overheid garant voor moet staan. Dit begon met het Ziekenfondsenbesluit van 1941 en het effect daarvan op de toegang tot zorg. De daarin besloten solidariteit werd met name uitgebreid in de AWBZ van 1968 en is met het nieuwe stelsel van 2006 ook voor de curatieve zorg geborgd. Aangezien de collectieve zorg een steeds groter beslag legt op het inkomen, neemt ook de relatieve omvang van de herverdelende solidariteit toe. Die schurende werking heeft implicaties voor de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg, en plaatst politici in de klem tussen de groeiende vraag naar zorg en houdbaarheidsproblemen. Sinds het rapport-Dekker wordt de oplossing gezocht in een streven naar een verhoogde doelmatigheid. De kern van het houdbaarheidsprobleem is echter dat – in het licht van schaarse middelen, een toenemende zorgvraag en een stagnerende groei van de beroepsbevolking – dit antwoord niet langer volstaat en dat, in navolging van de commissie-Dunning, eveneens moet worden nagedacht over de begrenzing van de collectieve zorg en het maken van eerlijke en rechtvaardige keuzes daarbij. In het derde deel van van dit rapport gaan we hier verder op in.

# 6 Houdbaarheid door doelmatigheid

Inzetten op doelmatigheid in de zorg is van blijvend belang, maar biedt geen afdoende oplossing voor het houdbaarheidsvraagstuk.

Iets is doelmatig of efficiënt als er relatief weinig middelen nodig zijn om resultaat te behalen. In de zorg betekent dit de inzet van zo weinig mogelijk mensen of middelen om een bepaalde gezondheidswinst te boeken of de kwaliteit van leven te verbeteren. Economen noemen dit ook wel *productieve efficiëntie*: hoe meer gezondheid te 'produceren' bij een lagere inzet van mensen en middelen? Of anders gezegd: hoe 'verspilling' van mensen en middelen tegen te gaan bij de geleverde zorg? Deze vorm van efficiëntie staat in contrast met de *allocatieve efficiëntie*: de vraag of de mensen en middelen op de juiste plaats worden ingezet gegeven de maatschappelijke wensen en doelen.[1] Dit laatste vraagstuk staat centraal in het derde deel van dit rapport, als we ingaan op keuzes en prioritering in de zorg. In dit hoofdstuk kijken we naar het potentieel voor een grotere doelmatigheid in de zorg, oftewel de productieve efficiëntie.[2] We richten ons op doelmatigheid in relatie tot de middelen of de kosteneffectiviteit. In het volgende hoofdstuk kijken we naar doelmatigheid in relatie tot mensen en gaan we in op het vraagstuk van personele houdbaarheid.

Wat is de relatie van het doelmatigheidsvraagstuk met de houdbaarheidsopgave? Door de zorg doelmatiger te organiseren, zijn minder mensen en middelen nodig om in dezelfde zorgvraag te kunnen voorzien. Op die manier kan de samenleving proberen de groeiende zorgvraag te laten passen binnen de grenzen van de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid, bijvoorbeeld binnen de grenzen van het beroep op solidariteit. In theorie zijn de samenhangende houdbaarheidsproblemen die we eerder in dit rapport hebben geïdentificeerd aan te pakken door een steeds doelmatiger organisatie van de zorg. In het vorige hoofdstuk bleek ook dat dit streven de afgelopen decennia één van de centrale pijlers van het zorgbeleid is geweest – zowel via omvattende stelselherzieningen als via kleinere aanpassingen binnen het stelsel. De vraag is of deze strategie van 'houdbaarheid door doelmatigheid', gezien de omvang van de opgave, een toekomstbestendige strategie is.

Om die vraag te beantwoorden, moeten we kijken naar het potentieel voor meer doelmatigheid in de zorg. Allereerst gaan we daarbij in op de manier waarop de

1 Baicker et al. 2012; Tanke 2018.
2 Wij gebruiken in dit rapport vooral de term 'doelmatigheid', omdat die in het zorgbeleid gebruikelijk is.

overheid via beleidsinterventies de doelmatigheid probeert te verbeteren, en op de wijze waarop de complexiteit van het stelsel die verbetering bemoeilijkt (paragraaf 6.1). Het is vanuit wetenschappelijk perspectief vaak moeilijk te voorspellen hoe effectief beleidsinitiatieven in dit opzicht zullen zijn. Zo kunnen de complexiteit van de zorg en de veelheid aan actoren tot onvoorspelbare neveneffecten leiden. Zelfs terugkijkend zijn de effecten van beleid vaak moeilijk in gecontroleerde studies te beoordelen.[3] De tweede stap is dat we kijken of andere typen stelsels in andere landen beter presteren, en geven we antwoord op de vraag of een ander stelsel een oplossing voor houdbaarheidsproblemen kan geven (paragraaf 6.2). Ten slotte analyseren we in paragraaf 6.3 welke brede richtingen de grootste potentie hebben om de doelmatigheid binnen het huidige stelsel te verbeteren.

## 6.1 Doelmatigheidsbeleid en complexiteit als bestuurlijke beperking

### *Gericht doelmatigheidsbeleid*

De overheid probeert de doelmatigheid in de Nederlandse zorg via allerlei beleidsinterventies te verbeteren. Beleid om dat te realiseren is in de afgelopen drie decennia verschoven van de herinrichting van het curatieve stelsel – uitmondend in de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 – naar een streven tot kostenbesparing door decentrale uitvoering (decentralisatie Wmo en Jeugdwet), en parallel daaraan naar de instelling van hoofdlijnakkoorden met efficiëntiekortingen als budgettair instrument (zie hoofdstuk 5). Daarnaast zijn er specifieke maatregelen binnen de stelsels om het zorgaanbod bij te stellen en een doelmatiger gedrag van partijen in de zorg te bewerkstelligen, zowel van zorgverleners en patiënten als van zorginkopers.

Een voorbeeld van zo'n maatregel is het preferentiebeleid, waarbij zorgverzekeraars uit een groep medicijnen met dezelfde werkzame stof alleen de goedkoopste variant mogen vergoeden (het 'preferente medicijn'). Dit creëert voor patiënten en behandelaars een prikkel om dat medicijn te kiezen. Op die manier wordt dezelfde gezondheidswinst geboekt tegen lagere kosten en zou de zorg dus doelmatiger worden. Een tweede voorbeeld is de ambitie om het zorgaanbod te verplaatsen naar andere instellingen of zorgverleners (bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de 'eerste lijn', of van een medisch specialist of huisarts

3 De gouden standaard is de 'randomised controlled trial' waar een interventie willekeurig wel of niet wordt toegepast binnen een testpopulatie. Door de controlegroep en de 'behandelde' groep te vergelijken zijn vervolgens na verloop van tijd de effecten te bepalen. Deze methodologie wordt binnen de geneeskunde gebruikt om de effectiviteit van behandelingen te bepalen (een vorm van *evidence-based medicine*), maar maakt ook steeds meer opgang in de analyse van de effectiviteit van beleid (*evidence-based policy*). Voor (grootschalige) beleidsinterventies in de zorg gebeurt dat echter weinig – en is dat veelal ook niet mogelijk.

naar gespecialiseerde verpleegkundigen), recentelijk vooral bekend onder de noemer 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.[4] De gedachte is dat de alternatieve zorgaanbieder of -verlener dezelfde kwaliteit kan bieden tegen lagere kosten en zo de doelmatigheid van de zorgverlening toeneemt. Om dit te bereiken wordt binnen het programma 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' gewerkt met een combinatie van financiële prikkels (de zogeheten transformatiegelden[5]), kennisuitwisseling (bijvoorbeeld regiobeelden en kennisplatforms) en andere vormen van ondersteuning voor zorgaanbieders.[6] Juist dit type beleid – specifieke maatregelen gericht op doelmatigheid binnen het stelsel – is de afgelopen jaren in het begrotingsproces en bij formaties gaan domineren. Voor we ingaan op de vraag wat is er in algemene zin over de effectiviteit te zeggen is, analyseren we eerst het verschijnsel dat complexiteit de mogelijkheden beperkt om op een voorspelbare manier te kunnen sturen op de doelmatigheid van de zorg.

### *Complexiteit als bestuurlijke beperking*

De zorg is een omvangrijke sector met veel verschillende partijen. Er zijn meer dan 60.000 artsen, waarvan ongeveer de helft actief is in ten minste 245 instellingen voor medisch-specialistische zorg. Het totale aantal andere zorgaanbieders – van fysiotherapie en huisartsgeneeskunde tot GGZ en gehandicaptenzorg – loopt in de tienduizenden.[7] Op de spoedeisende hulp alleen al worden per jaar meer dan zes miljoen gedeclareerde handelingen verricht, en onder de Wet langdurige zorg (wlz) worden ongeveer 300.000 personen verpleegd. Dit alles is georganiseerd op basis van de in hoofdstuk 4 kort beschreven vijf stelselwetten die worden verondersteld een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke én doelmatige zorg te genereren (zie appendix 4 voor een uitgebreide beschrijving van het zorgstelsel in Nederland).

---

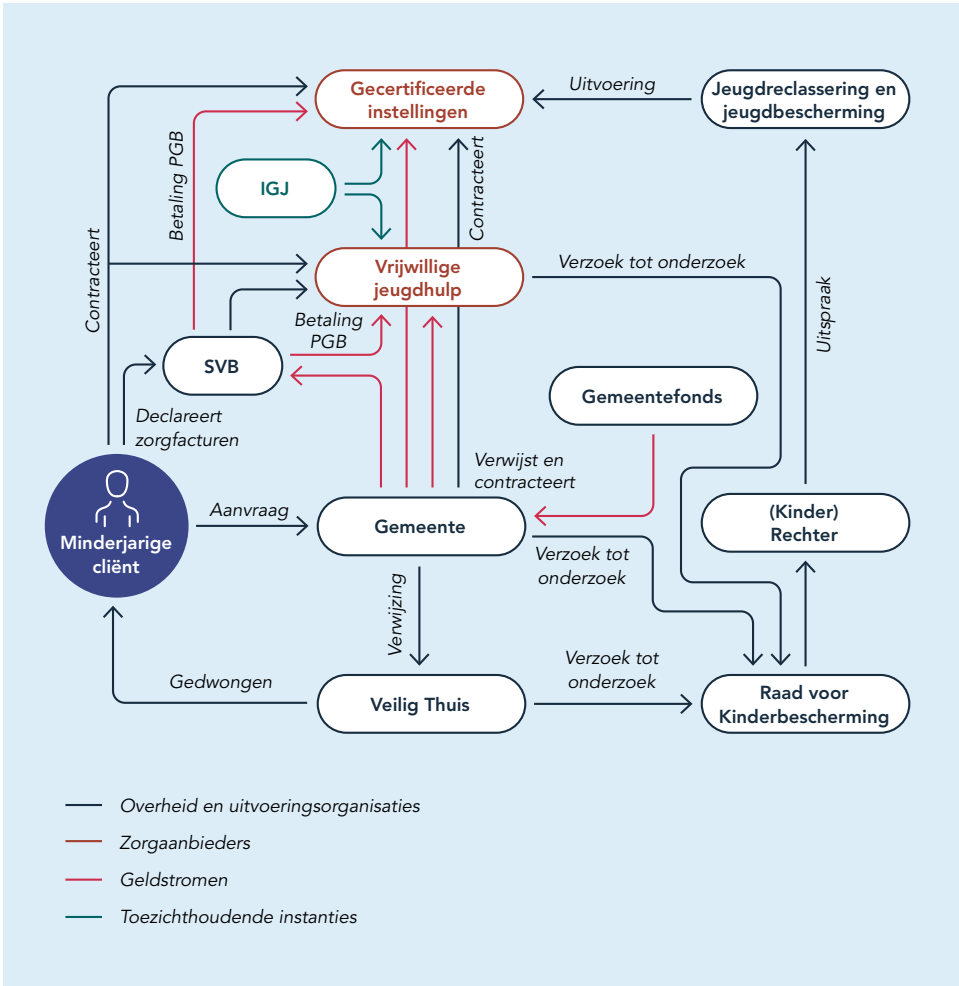
4 Het streven is niet nieuw en bestond al lang voordat het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) werd opgezet. Historisch werd gewoonlijk de term 'substitutie' gebruikt om vergelijkbare ideeën aan te duiden.

5 De gedachte is dat de transformatiegelden zorgaanbieders helpen om de transitie te financieren maar andere manieren van zorg aanbieden, bijvoorbeeld als zij in het kader van JZOJP huidig zorgaanbod en daarmee omzet moeten afstoten. Een evaluatie van de NZa liet zien dat de gelden maar beperkt gebruikt werden. Zo werd in het jaar 2019 maar ruim 29 miljoen van de beschikbare 70 miljoen euro ingezet (NZa, 2019a).

6 Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018.

7 Volksgezondheidenzorg.info; De zelfstandigenstatistiek van het CBS specificeert voor 2018 een totaal van 37090 zelfstandigen in de zorg, waarvan 10940 huisartsen en 10260 fysiotherapeuten. De bedrijvenstatistiek geeft een totaal van 1781 middelgrote en grote bedrijven en 21550 kleine bedrijven, waarvan 19150 in verpleging en thuiszorg. Zie: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84602NED/table?dl=4AF8E; https://opendata.CBS.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83626NED/table?dl=4AF8C

**Figuur 6.1** Geldstromen, verantwoordelijkheden en rollen in de Jeugdwet




De zorg heeft daarmee alle kenmerken van een complex systeem.[8] Niet alleen is er een groot aantal actoren – zorgaanbieders, patiënten, inkopers en toezichthouders –, ook zijn deze actoren georganiseerd in een netwerk waarvan de individuele schakels maar een beperkt deel kunnen overzien en binnen dat kader invloed kunnen uitoefenen op het geheel (zie ter illustratie deze actoren

8 Voor algemene inleidingen op de complexiteitstheorie zie: Waldrop 1992; Anderson 1999. Voor inleidingen op de toepassing van complexiteitstheorie op het inrichten en besturen van de zorg zie: Martínez-García en Hernández-Lemus 2013; Anderson en McDaniel jr. 2000; Begun et al. 2003; Kannampallil et al. 2011 en Sturmberg et al. 2012.

voor de Jeugdwet in figuur 6.1). De bestuurlijke organisatie kent meerdere niveaus (*multilevel governance*), en de betrokken actoren beïnvloeden elkaar ook nog eens onderling.[9] Bovendien is de wettelijke inkadering complex en is er een veelheid aan beleidsprikkels. Het begrip 'complexiteit' geeft hier uitdrukking aan het gegeven dat uitkomsten op het overkoepelende niveau maar in beperkte mate zijn te herleiden tot individuele acties. Daaruit vloeit voort dat het een illusie is te denken dat het mogelijk is om in detail te sturen op specifieke uitkomsten. In een complex stelsel zijn de acties en reacties van de verschillende actoren en de daardoor per saldo optredende effecten namelijk niet goed te voorspellen; er treden altijd onvermoede (neven)effecten op. Een voorbeeld daarvan vormen de effecten die het eerdergenoemde preferentiebeleid voor geneesmiddelen op de leveringszekerheid heeft (box 6.1).

**Box 6.1 Preferentiebeleid – een illustratie van een neveneffect**

In termen van financiële doelmatigheid is het zogeheten preferentiebeleid – waarbij zorgverzekeraars alleen de goedkoopste variant van een medicijn mogen vergoeden (het 'preferente medicijn') – een succes gebleken. Zo zijn tussen 2009 en 2015 – de periode waarin het preferentiebeleid in werking trad – de uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking in Nederland met 2,8 procent afgenomen, tegenover een toename met 2,3 procent in een groep van 31 OECD-landen.[10] Een neveneffect hiervan was dat leveranciers van medicijnen bij voorkeur leverden aan landen die hogere prijzen hanteren en dus minder aan Nederland, waardoor het aantal medicijnen met leveringsproblemen toenam. In de periode tussen 2008 en 2016 steeg het aantal preferente geneesmiddelen met een tekort van nul naar 115. Hoewel het tekort ook voor niet-preferente middelen toenam, was die toename relatief gezien veel kleiner (van 156 naar 647).[11] Voor de patiënt kan dit leiden tot onzekerheid en de noodzaak om regelmatig van medicijn te wisselen, terwijl de werking daarvan niet altijd volledig overeenkomt met het eerder gebruikte middel.

9 Vergelijk Chambers et al. 2012; Masic et al. 2012; Ferlie et al. 2011.
10 OECD 2017.
11 KNMP Farmanco 2017. Zie met betrekking tot het effect van het preferentiebeleid op de markt voor geneesmiddelen ook de analyse van Berenschot (Carp et al. 2018). Deze pleit voor strengere voorwaarden bij aanbesteding van preferente middelen, monitoring van tekorten, versoepeling bij terugkerende tekorten, inperking in geval van bewezen slechte leverbaarheid en vereenvoudiging.

*Realisme in gericht doelmatigheidsbeleid*

In een complex stelsel is het dus moeilijk om uitkomsten van beleidsinterventies te voorspellen. Wat is er in algemene zin wel te zeggen over de effectiviteit van een doelmatigheidsbeleid binnen het stelsel? Als we naar de kosten en baten over de gehele linie kijken, dan is een eerste conclusie dat de feitelijke opbrengsten veelal achterblijven bij de verwachtingen. De Algemene Rekenkamer constateerde dit bijvoorbeeld voor de substitutie van zorg naar 'goedkopere' aanbieders.[12] Verschijnselen als opvuleffecten (de vrijgekomen capaciteit wordt alsnog gebruikt) of waterbedeffecten (de verleende zorg verplaatst zich maar neemt niet af) zijn hier debet aan.[13]
Vanuit het perspectief van de complexiteitstheorie is dit geen verrassing. Zorgverleners die eerder zorg aanboden die nu verplaatst is of als niet-passend wordt beoordeeld, reageren op de veranderende situatie. Soms gebeurt dat onbewust: doordat er nu minder druk op de capaciteit is, worden behandelaars minder strikt bij de indicering voor andere vormen van zorg. En soms kan het op de korte termijn gewoon niet anders: het verplaatsen van zorg uit een ziekenhuis leidt niet meteen tot besparingen omdat de uitgaven aan gebouwen, mensen en ondersteuning pas op de langere termijn in lijn gebracht kunnen worden met de verlaagde zorgvraag. Ook prikkels kunnen een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is een casus in het Limburgse Afferden, waar de (te) succesvolle verplaatsing van zorg richting huisartsen tot risico's leidde voor de financiële continuïteit van het lokale ziekenhuis.[14] Hieruit blijkt hoe in sommige gevallen de zorg die in beginsel elders doelmatiger aangeboden kan worden, via kruissubsidie binnen de zorginstelling noodzakelijk is om andere niet-winstgevende zorg in stand te kunnen houden.

Een tweede observatie is dat de beoogde effecten van doelmatigheidsmaatregelen vaak lang op zich laten wachten. Dit komt doordat de verschillende betrokken actoren zich moeten aanpassen en organisaties heringericht moeten worden. Een voorbeeld hiervan is het veranderprogramma dat is doorgevoerd in het Beatrixziekenhuis in Gorinchem en het Bernhoven in Uden. Uit een onafhankelijke evaluatie bleek dat een combinatie van meerjarig contracteren met zorgverzekeraars om de (interne) productieprikkels terug te dringen en meer samenwerking met huisartsen in de regio weliswaar leidde tot verbetering van de doelmatigheid, maar dat het jaren kan duren voordat deze effecten optreden.[15] Een permanente druk op de uitgaven maakt de verleiding echter groot om bijgestelde initiatieven door weer nieuwe te laten volgen.

---

12 Algemene Rekenkamer 2016.
13 Vlaanderen en Klink 2018; Stadhouders en Kruse 2018; Stadhouders et al. 2016.
14 Jung et al. 2019.
15 Douven et al. 2020.

Door de grote 'bestuurlijke drukte' kan de effectiviteit echter juist doorkruist worden. De Rekenkamer stelde bijvoorbeeld vast dat dit mogelijk een rol speelt bij de stimulering van gepast gebruik van zorg: het grote aantal programma's en beleidsinitiatieven kunnen de werkvloer overvragen.[16] Doordat actoren binnen het zorgstelsel hun gedrag aanpassen, kunnen de doelmatigheidsmaatregelen daarnaast na verloop van tijd 'bot' worden of nadelige neveneffecten gaan vertonen. Dit effect wordt versterkt doordat in de praktijk het doel en de analytische onderbouwing van doelmatigheidsmaatregelen sterk gestuurd worden door financiële afrekenbaarheid.[17] Dat kan ten koste gaan van publieke waarden, zoals de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. Een voorbeeld is het eerdergenoemde preferentiebeleid voor geneesmiddelen (box 6.1). De gevolgen van dat beleid illustreren een breder punt: in een complex stelsel met veel onafhankelijke actoren die hun eigen belangen en voorkeuren hebben, treden altijd neveneffecten op. Deze zijn op het moment waarop beleid wordt ingevoerd, niet volledig te voorzien.

### *Realisme over complexiteit*

Complexe stelsels zijn met dit alles niet inherent problematisch; ze weerspiegelen eerder een hoge graad van ontwikkeling. De complexiteit van het zorgstelsel beantwoordt in belangrijke mate aan de behoefte aan hoogkwalitatieve en steeds meer gespecialiseerde zorg, gevoed door kennis, technologie en welvaartsgroei. Complexiteit beperkt echter wel de mate waarin het beleid op een voorspelbare, lineaire manier kan sturen op de uitkomsten en – voor houdbaarheid belangrijk – op de doelmatigheid van zorg. De observatie dat complexiteit van de zorg tot op zekere hoogte onvermijdelijk is, betekent evenwel niet dat *alle* toegevoegde complexiteit waardevol is. Voorkomen moet worden dat zorgbeleid onbewust of ondoordacht leidt tot extra instituties en sturings- of controlemechanismen. Dat is alleen al nodig om toenemende administratieve lasten op de werkvloer tegen te gaan (zie ook hoofdstuk 3), en daarmee de druk op de personele houdbaarheid (zie ook hoofdstuk 7). Een manier om deze dynamiek in toom te houden is om aanvullende aanvragen te beprijzen: wanneer de partij die een aanvullende informatievraag bij het zorgveld neerlegt daarvoor ook moet betalen, creëert dit een prikkel om kritischer over deze vraag na te denken. Daarnaast ligt er ook een politieke verantwoordelijkheid om overmatige complexiteit te voorkomen: de verleiding is soms groot om met nieuwe beleidsprikkels, -programma's of instituties te reageren op een incident in de zorg. Die verleiding moet worden getemperd door vooraf een inschatting te maken van de vraag of de toegevoegde complexiteit in verhouding staat tot het beleidsdoel, en door eventuele neveneffecten en gedragsreacties te evalueren.

---

16 Algemene Rekenkamer 2020b.
17 Lipsitz 2012.

Al met al noopt het complexiteitsperspectief op het doelmatigheidsbeleid tot bescheidenheid ten aanzien van de aan dat beleid toegekende rol voor de houdbaarheidsopgave. Niet alleen omdat de focus vaak financieel is en de opbrengsten beperkt zijn, maar vooral omdat de neveneffecten en gedragsreacties die erop volgen, veelal niet beantwoorden aan de beleidsveronderstellingen.

*Gefragmenteerde beleidsdata als complexiteitsprobleem*

Dit alles wijst erop dat we voorzichtig moeten zijn bij zowel het instellen van doelmatigheidsmaatregelen als het 'inboeken' van de effecten daarvan. Deze constatering noopt tot continue, snelle en brede monitoring en evaluatie van zorgbeleid. Een noodzakelijke voorwaarde daartoe is de beschikbaarheid van data om de uitkomsten op het gebied van doelmatigheid en de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid effectief te kunnen monitoren. Dit is ten eerste van belang omdat het publieke karakter van de financiering van de zorg maakt dat data een rol moeten spelen in het publieke debat en daarmee niet alleen toegankelijk, maar ook tijdig beschikbaar, inzichtelijk, consistent en afdoende dekkend dienen te zijn. Ten tweede gaat het erom de resultaten niet slechts af te meten aan economische waarden zoals de uitgaven maar aan bredere normatieve doelen, in het bijzonder de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg.

De complexiteit van de zorg zelf – van het specialistische karakter van het product tot de veelheid aan zelfstandige instellingen – maakt echter dat de relevante data verspreid worden gegenereerd en ongelijksoortig van aard zijn. Zoals samengevat in box 6.2, zijn de verzameling, de opstelling en de publicatie van data met betrekking tot uitgaven, werkgelegenheid en prestatie-indicatoren in de zorg momenteel verspreid over instituten als het CBS, het Zorginstituut, de NZa en RIVM. De daarbij gehanteerde verdeling van taken is slechts ten dele gebaseerd op een formele statistische verantwoordelijkheid. Daardoor is het vaak moeilijk om tijdig op een gestructureerde manier inzicht te krijgen in gedetailleerde data over de kwaliteit en de toegankelijkheid in de verschillende delen van de zorg. Bovendien is de beleidshorizon soms kort doordat definities en afbakening bij de registratie van data veranderen. Dat hangt op zijn beurt samen met het ad-hoc karakter van veel initiatieven voor monitoring en evaluatie van uitkomstdata in de zorg. Zo worden er veelal monitors opgezet die aansluiten bij een beleidsprioriteit van een kabinet, zonder dat de databronnen, - definities en -infrastructuur op de voor zorgbeleid zo belangrijke langere termijn van meerdere kabinetsperiodes zijn geborgd.

**Box 6.2 Complexiteit en fragmentatie in beleidsdata**

In het kader van de zorgrekeningen stelt het CBS reeksen op van de totale en collectieve uitgaven aan zorg en van de werkgelegenheid in de sector. Hiervan afgeleid is de door het Zorginstituut beheerde ZorgCijfers Monitor, waarin sinds 2018 eens per kwartaal de kostenontwikkeling van specifieke zorg in kaart wordt gebracht. Het samen met het RIVM beheerde 'Kosten van Ziekten'-deel van Statline bevat op zijn beurt de naar ziektebeeld uitgesplitste uitgaven. Een kernverzameling van prestatie-indicatoren is terug te vinden op de door het RIVM beheerde site volksgezondheidenzorg.info. Deze website biedt informatie over indicatoren op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en doelmatigheid. Onder de noemer 'kwaliteit' vallen 44 indicatoren, die zijn onder te verdelen in een zestal clusters[18], bij toegankelijkheid gaat het om dertien indicatoren en bij betaalbaarheid om acht maatstaven. En hoewel de data voor de meeste indicatoren inmiddels teruggaan tot 2010, kennen die voor wachttijden in de curatieve zorg een structurele breuk waardoor de gegevens vanaf 2019 onvergelijkbaar zijn met die daarvoor.[19] Een groot deel van al deze cijfers komt tot slot samen op de site Staat van Volksgezondheid en Zorg, die beoogt "de meest actuele kerncijfers voor het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport" te geven.

Naast bronnen voor de feitelijke data is er op het gebied van prestatie-indicatoren ook het overzicht in het 'Dutch health care performance report' (DHCPR). Dit overzicht verschijnt sinds 2006, waarmee Nederland één van de eerste landen ter wereld was die tot een dergelijke omvattende rapportage overging.[20] Een overkoepelend beeld en een effectieve signalering van problemen worden echter in de weg gestaan door fragmentatie en de wens om tegelijkertijd de perspectieven van patiënten, professionals en beleidsmakers te bedienen, hetgeen leidt tot een totaal van 125 indicatoren. Inmiddels worden dergelijke statistieken in de internationale literatuur wel steeds meer geïntegreerd – bijvoorbeeld via 'value based healthcare'.[21] De samengestelde indicatoren die hier het product van zijn, laten zich vergelijken met inmiddels veelgebruikte economisch-bestuurlijke maatstaven als de *Worldwide Governance Indicators* van de Wereldbank.

18 De betreffende clusters zijn 'geboorte en zwangerschap', 'gezond blijven', 'beter worden', 'beter worden (acute zorg), 'leven met een ziekte of beperking' en 'zorg rond het levenseinde'. Die zijn ontleend aan de Staat van Zorg en geven op een eigen manier de levensfasen weer.

19 Tot en met juli 2018 werden de wachttijdgegevens verzameld en bewerkt door Mediquest.

20 Van den Berg et al. 2014.

21 Porter en Teisberg 2006.

Op sectoraal niveau kunnen, op basis van grenswaarden, ook indicatoren van veranderingen in zorgprestaties ('stoplichten') deel hiervan uitmaken. De Monitor Brede Welvaart van het CBS is hiervan een voorbeeld.

Dat er in dit opzicht ook in internationaal vergelijkende zin ruimte is voor verbetering, maakt een OECD-studie uit 2015 op verschillende manieren duidelijk.[22] Dit volgt ten eerste uit een analyse gebaseerd op het aandeel van nationale zorgdatasets dat tegemoetkomt aan criteria met betrekking tot beschikbaarheid en gebruik[23]. Van de daarbij onderzochte 22 landen vinden we Nederland terug op plaats zeventien. Er werd bijvoorbeeld relatief laag gescoord op de criteria beschikbaarheid, dekkingsgraad van data en aandeel van beschikbare datasets dat periodiek wordt verbonden ten behoeve van onderzoek en monitoring.[24] Ook als het gaat om delen en toegankelijkheid van uitkomstdata in de zorg staat Nederland in de onderste regionen.[25] En tot slot illustreert een rangschikking van dezelfde 22 landen naar het aantal partijen dat verantwoordelijk is voor het beheer van nationale datasets, de eerder geconstateerde fragmentatie in de verzameling, statistische systematisering en publicatie. Van de onderzochte landen is naast Nederland alleen in Noorwegen en Ierland sprake van zeven of meer verantwoordelijke partijen (tabel 6.1).

**Tabel 6.1** Verantwoordelijke partijen voor het beheer van nationale zorgdatasets

| | |
|---|---|
| **1-2 verantwoordelijken** | Tsjechië, IJsland, Italië, Japan, Zwitserland, Turkije, Engeland, Schotland |
| **3-4 verantwoordelijken** | Canada, Denemarken, Finland, Israël, Nieuw-Zeeland, Singapore, Spanje, Zweden, Verenigde Staten |
| **5-6 verantwoordelijken** | Korea, Wales |
| **7 of meer verantwoordelijken** | Ierland, Nederland, Noorwegen |

Bron: OECD 2015a; online beschikbaar: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en#page5

22 OECD 2015b. Figuur hier beschikbaar: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en#page33.
23 Zeven van zulke criteria werden geformuleerd (op de gebieden "availability, maturity and use") en de aandelen op ieder van die criteria werden opgeteld.
24 OECD 2015b, figuur en tabel 2.1.
25 OECD 2015b 67.

Het resultaat van dit alles is dus niet zozeer een gebrek maar juist een overdaad aan data en een gebrek aan systematische ontsluiting, met name aan de zijde van *output*indicatoren. Tussen alle gefragmenteerde data raken met name kwetsbare groepen uit beeld. Denk aan de oplopende wachtlijsten in de GGZ, die breed onder de aandacht kwamen toen een patiënte na meerdere suïcidepogingen en honderden dagen wachten op een behandelplek in januari 2020 uit protest plaatsnam in de hal van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).[26] En op eenzelfde wijze waren patiënten in de jeugdzorg afhankelijk van het alarm van kinderrechters om hun probleem op tafel te krijgen.[27] Betere data garanderen niet dat dergelijke problemen op elk niveau vroegtijdig worden opgemerkt, maar verbeteren wel de voorwaarden daartoe. De veelheid aan indicatoren is inherent aan het karakter van de zorg en het resultaat van de gedifferentieerde maatstaven die bij de beoordeling worden gehanteerd. Deze constateringen vormen dan ook geen pleidooi om de administratieve last in de zorg verder op te voeren, maar juist om het potentieel van de bestaande data beter te gebruiken.[28] Een systematischer verzameling en ordening van prestatiedata, gecoördineerd door een enkele partij, zouden in beginsel het probleem van de stapeling van informatievragen zelfs kunnen beperken. Dit vraagt niet alleen om structurele financiële middelen, maar vooral om politiek *commitment* aan het realiseren van gesystematiseerde, naar sector dekkende en langdurig consistente uitkomstreeksen waarvoor de primaire data structureel worden aangeleverd.

**Kernpunten Doelmatigheidsbeleid en complexiteit als bestuurlijke beperking**

- De zorg is doelmatiger als het mogelijk is meer gezondheid te 'produceren' met een beperktere inzet van mensen of middelen. De afgelopen decennia is 'houdbaarheid door doelmatigheid' een centrale pijler van de Nederlandse beleidsinzet geweest.
- Het concrete potentieel voor doelmatigheid is vaak moeilijk in te schatten. Ook terugkijkend is de effectiviteit van doelmatigheidsinitiatieven maar beperkt te beoordelen.
- Complexiteit van het zorgstelsel is onvermijdelijk en hoeft ook niet inherent problematisch te zijn, maar is eerder uitdrukking van een hoge graad van ontwikkeling.

26 NOS 2020. Na uiteindelijk 1047 dagen wachten kreeg deze patiënte een behandelplaats toegewezen.
27 RTL Nieuws 2019.
28 Er zijn vanaf de werkvloer immers al veel klachten juist over de administratielast, zie bijvoorbeeld initiatieven als 'Het roer moet om' van Nederlandse huisartsen.

- Complexiteit beperkt echter wel het potentieel voor sturing op de doelmatigheid van het zorgstelsel. Specifiek zien we (1) dat de (financiële) effectiviteit van maatregelen vaak tegenvalt vergeleken met de verwachting, (2) dat het lang kan duren voor effecten optreden, en (3) dat veelal onvermoede neveneffecten optreden.
- Verandering in de zorg moet dus altijd gepaard gaan met doorlopende, tijdige en brede evaluatie en monitoring; dat is nu in onvoldoende mate het geval.
- Het is daarbij belangrijk dat uitkomst- en prestatiedata op een systematische en tijdige manier ontsloten worden, en dat de verzameling op de lange termijn geborgd en gefinancierd wordt.
- Gewaakt moet worden voor 'bestuurlijke drukte', waarbij grote aantallen programma's en initiatieven ontplooid worden zonder dat eerder beleid tot wasdom kan komen; veranderingen in een (complex) zorgveld vergen tijd.

## 6.2 Stelselwijzigingen en houdbaarheid

In het maatschappelijke en politieke debat over de inrichting van het zorgstelsel wordt regelmatig impliciet of expliciet gepleit voor een stelselwijziging.[29] Bij een stelselwijziging worden de rollen en verantwoordelijkheden van actoren in het stelsel wezenlijk anders gedefinieerd. Dit in tegenstelling tot de maatregelen die we in de vorige paragraaf bespraken, waar de verandering kleiner is. Het gegeven dat zorgstelsels in verschillende landen op andere manieren zijn vormgegeven, kan iets zeggen over de vraag of andere grondslagen betere oplossingen bieden rondom houdbaarheidskwesties. Kan een stelselwijziging tot meer doelmatigheid leiden? Vanuit deze vraag kijken we naar de stelsels voor curatieve en voor langdurige zorg. De redenen om op deze sectoren te focussen is drieledig. Ten eerste spitsen debatten rond de stelselinrichting in Nederland zich met name toe op de curatieve zorg, in het bijzonder op de merites van marktwerking in de zorg.[30] Ten tweede zijn vooral voor het curatieve zorgstelsel de uitkomsten (kwaliteit en toegankelijkheid) voldoende internationaal vergelijkbaar. Ten derde zijn de Zvw en de Wlz in uitgaven verreweg de meest

29 Het kan moeilijk zijn om te bepalen wanneer een set aan maatregelen ingrijpend genoeg is om als 'stelselwijziging' te gelden. De term wordt dan ook op heel verschillende manieren gebruikt in het publieke debat.

30 De andere stelselwetten waar redelijk veel debat is over de grondslagen van het stelsel – zijn de Wmo en Jeugdwet. Over de Wlz lijkt deze discussie minder te spelen.

omvangrijke stelselwetten. Dit zijn ook de sectoren waar de komende decennia de grootste groei te verwachten valt.[31] Een strategie van houdbaarheid door doelmatigheid zal zich onvermijdelijk primair op deze sectoren moeten richten.

**Tabel 6.2** Classificatie van typen zorgstelsels

| Type zorgstelsel | Regulering | Financiering | Zorg-voorziening | Landen |
|---|---|---|---|---|
| **National Health Service** | Overheid | Overheid | Overheid | Scandinavische landen, IJsland, Portugal, Spanje, VK |
| **National Health Insurance** | Overheid | Overheid | Privaat | Australië, Canada, Ierland, Nieuw-Zeeland, Italië |
| **Social Health Insurance** | Maatschappelijk | Maatschappelijk | Privaat | Oostenrijk, Duitsland, Zwitserland |
| **Private Health System** | Privaat | Privaat | Privaat | VS |
| **Etatist Social Health Insurance** | Overheid | Maatschappelijk | Privaat | België, Frankrijk, Tsjechië, Nederland, Polen, Israël, Japan |

Classificatie op basis van de verdeling van verantwoordelijkheden over de drie rollen regulering, financiering en zorgvoorziening. Landen dienen als voorbeeld; het overzicht is niet uitputtend. Privaat omvat hier zowel *for-profit* als private instellingen zonder winstoogmerk, zoals de meeste Nederlandse ziekenhuizen.

### *Curatieve zorg in internationaal verband*

We kijken eerst op hoofdlijnen naar de manieren waarop stelsels voor de curatieve zorg van elkaar kunnen verschillen. Er zijn allerlei typologieën om zorgstelsels in te delen. Een veelgebruikte typologie maakt onderscheid naar drie rollen die in elk zorgstelsel vervuld moeten worden: (1) aanbod van zorg (wie levert de zorg?), (2) financiering (wie betaalt?) en (3) regulering (wie controleert?).[32] Voor elk van die rollen wordt de vraag gesteld waar die taken belegd worden: bij private partijen (*profit* of *non-profit*), bij overheden

31 Vonk et al. 2020.
32 Böhm et al. 2013.

(lokaal, regionaal of nationaal) of in mengvormen (bijvoorbeeld het maatschappelijke middenveld)? In de praktijk zijn er vijf typen curatieve zorgstelsels (zie tabel 6.2). In een National Health Service, zoals bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen, Portugal, Spanje en IJsland die kennen, zijn het aanbod van zorg, de financiering en de regulering ervan taken van de overheid. Nederland maakt, samen met onder meer België, Polen, Frankrijk, Israël en Japan, deel uit van een groep landen die een 'Etatist Social Health Insurance' hebben. In zo'n stelsel zijn zorgaanbieders private partijen, terwijl regulering een overheidstaak is en financiering een maatschappelijke taak (bijvoorbeeld via gereguleerde, semipublieke zorgverzekeraars zoals in Nederland).

Het is belangrijk te bedenken dat binnen deze brede typen zorgstelsels nog aanzienlijke variatie bestaat. Stelsels die, zoals het Nederlandse, te kenschetsen zijn als Etatist Social Health Insurance, lijken in wezenlijke aspecten meer op elkaar dan op alle andere stelsels, maar verschillen onderling niettemin aanzienlijk. Zo hebben niet alle landen uit deze groep meerdere onderling concurrerende zorgverzekeraars, zoals in Nederland het geval is. En bij de National Health Service-stelsels ligt het primaat bij overheden, maar bij welke overheid kan verschillen: in het Verenigd Koninkrijk is dat voornamelijk de nationale overheid, terwijl in de Scandinavische landen de rol van regionale of lokale overheden veel groter is. Daarnaast is geen enkel stelsel een pure representant van het betreffende archetype – er zijn altijd uitzonderingen. Dat heeft veelal te maken met de historische ontwikkeling van een zorgstelsel (zie hoofdstuk 5 voor die ontwikkeling in Nederland). Zo wordt zelfs in de Verenigde Staten, dé vertegenwoordiger van een Private Health System, curatieve zorg voor grote groepen patiënten aangeboden in door overheden gefinancierde of gecontroleerde onderdelen van het zorgstelsel, wat vergelijkbaar is met het model van de National Health Service en de National Health Insurance.[33]

Enige tijd geleden heeft de OECD vergelijkend onderzoek gedaan naar de mate waarin de doelmatigheid verschilt tussen en binnen verschillende typen zorgstelsels.[34] De belangrijkste constatering was dat er geen superieur type zorgstelsel is. De verschillen *binnen* typen zorgstelsels bleken groter te zijn dan de verschillen *tussen* groepen. Een uitzondering hierop in negatieve zin vormen de Verenigde Staten, waar de uitgaven uitzonderlijk hoog zijn terwijl de resultaten

33 Dat geldt bijvoorbeeld voor zorg voor ouderen (via het programma Medicare), mensen met lage inkomens (Medicaid) en veteranen (Veterans Health Administration).

34 Joumard en Nicq 2010; in dit onderzoek hanteert de OECD een classificatie van zorgstelsels met net iets andere variabelen dan Bohm et al. 2013, en een totaal van zes groepen.

in termen van kwaliteit en toegankelijkheid zeker niet in alle opzichten bij de top behoren. Een recente studie bevestigde deze resultaten in grote lijnen.[35] In deze analyse berekenden de onderzoekers voor vier van de vijf typen stelsels een gemiddelde efficiëntiescore.[36] De verschillen bleken beperkt en niet statistisch significant; alleen stelsels met een Social Health Insurance (bijvoorbeeld Duitsland) scoorden wezenlijk lager dan de andere typen. Dat betekent niet dat er voor deze stelsels geen doelmatigheidswinsten te behalen zijn; in elk stelsel zijn immers altijd inefficiënties te vinden. En het betekent evenmin dat er geen enkel verschil bestaat tussen (typen) stelsels als het gaat om andere uitkomsten (zie bijvoorbeeld box 6.3). Maar de conclusie is wel dat geen enkel *type* zorgstelsel *als geheel* wezenlijk uitsteekt boven de andere stelsels.

**Box 6.3 Organisatie van de zorg in reactie op corona**

De coronacrisis heeft veel debat aangewakkerd rondom de organisatie van de zorg. Is de druk op de IC-bedden tijdens de coronacrisis niet het ultieme bewijs van een doorgeschoten marktwerking of juist van de beperkingen van centrale sturing? Het is nog te vroeg om de prestaties van verschillende zorgstelsels in relatie tot de coronacrisis te analyseren. Niettemin kijken we, met de opschaling van vaccinatie als casus, kort naar dit vraagstuk.

Het is waarschijnlijk geen toeval dat in Europa de vaccinatiegraad initieel juist in het Verenigd Koninkrijk verreweg het snelst toenam.[37] De beschikbaarheid van vaccins was daarbij een belangrijke factor. Daarnaast kan in een sterk gecentraliseerd zorgstelsel zoals in het Verenigd Koninkrijk in een crisissituatie relatief snel *top-down* gehandeld worden, met heldere verantwoordelijkheden en korte lijntjes. Ook in Denemarken – eveneens een NHS-stelsel, zij het met een meer regionale uitvoering – ging de opschaling van de vaccinatie nadat vaccins eenmaal waren toegelaten, relatief snel.[38] Het in noodgevallen relatief snel kunnen opschalen en handelen is waarschijnlijk een voordeel van een stelsel dat een centrale sturing kent. Daarnaast is in beide stelsels de uitvoering van zorg ook historisch gezien veel meer een overheidstaak dan in Nederland.

Vanuit de bril van houdbaarheid echter gaat het erom de prestaties van ons zorgstelsel breed te beoordelen. Alle typen zorgstelsels hebben

35 Lee en Kim 2018.
36 Private Health Systems waren uitgesloten, omdat de vs hiervan het enige voorbeeld zijn binnen de OECD.
37 Gallardo 2021.
38 Verhelst 2021.

sterke en zwakke punten. Ten slotte geldt ook bij de organisatie van zorg in reactie op corona dat details ertoe doen. Een punt van discussie was bijvoorbeeld de IC-capaciteit: in debatten werd soms betoogd dat het relatief lage aantal bedden per hoofd van de bevolking in Nederland (6,4 bedden per 100.000 inwoners) een gevolg is van de sterke sturing op doelmatigheid, al dan niet door marktwerking.[39] Maar Nederland blijkt hierop ongeveer hetzelfde te scoren als het centraal en door de overheid aangestuurde Britse zorgsysteem (6,6 bedden). In het voor de curatieve zorg meer met Nederland overeenkomstige Duitse stelsel is het aantal bedden juist aanzienlijk hoger (29,2). Ook hier trekken we de conclusie dat sterk verschillende inrichtingsmodellen tot zeer vergelijkbare uitkomsten kunnen leiden, terwijl een vergelijkbare inrichting juist tot sterk uiteenlopende uitkomsten kan leiden.

*De langdurige ouderenzorg internationaal vergeleken*

Tot slot kijken we in internationaal verband naar de langdurige ouderenzorg – qua omvang de komende decennia de andere grote groeisector, naast de curatieve zorg. In een achtergrondstudie voor dit rapport is een vergelijking gemaakt van de langdurige ouderenzorg in een aantal landen (Japan, Engeland, Denemarken, Duitsland).[40] Deze landen zijn geselecteerd omdat ze qua demografische ontwikkeling – specifiek de mate van vergrijzing – vergelijkbaar zijn met Nederland (Engeland, Denemarken) of (iets) op ons voorlopen (Duitsland, Japan), en omdat ze verschillende typen stelsels voor langdurige zorg vertegenwoordigen. De auteurs hanteren een typologie met vier typen, gebaseerd op brede karakteristieken van de verzorgingsstaat zoals die oorspronkelijk door Esping-Andersen is voorgesteld (tabel 6.3).[41] De Nederlandse langdurige ouderenzorg past het best in het corporatistische model, maar kent een relatief grotere rol voor de (nationale) overheid en een beperktere voor de familie vergeleken met andere landen binnen dit type. Oftewel, Nederland valt binnen het corporatistische model, met sterke invloeden van het sociaaldemocratische model en in minder mate van het liberale model.

39 Rhodes et al. 2012.
40 Kruse et al. 2021.
41 Esping-Andersen 1990.

**Tabel 6.3** Karakteristieken van de verzorgingsstaat in Duitsland, Denemarken, Engeland en Japan.

| | Duitsland | Denemarken | Engeland | Japan |
|---|---|---|---|---|
| **Type verzorgingsstaat** | Corporatistisch | Sociaal-democratisch | Liberaal | Corporatistisch/ conservatief |
| **Rol van het individu** | Latent | Dominant | Dominant | Latent |
| **Rol van de familie** | Dominant | Latent | Latent | Dominant |
| **Rol van de staat** | Dominant | Dominant | Latent | Latent |
| **Rol van de markt** | Latent | Latent | Dominant | Dominant |

Bron: Esping-Andersen 1990

Uit deze vergelijking zijn lessen te trekken ten aanzien van de doelmatigheid van de langdurige ouderenzorg. Ook hier is namelijk een belangrijke conclusie dat er geen ei van Columbus is: geen enkele van de onderzochte typologieën weet het dilemma rondom kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van de langdurige ouderenzorg echt op te lossen. Voor deze zorgsector is het overigens moeilijker om internationale vergelijkingen te maken dan voor de curatieve zorg. Bij ouderenzorg gaat goede zorg immers meer over de kwaliteit van leven, die moeilijker te objectiveren is en meer cultureel en maatschappelijk bepaald is dan de uitkomsten in de curatieve zorg.

*Stelselherziening: geen oplossing voor houdbaarheidsopgaven*

Wat voor conclusies kunnen we uit deze resultaten trekken voor de Nederlandse situatie? Zowel voor de curatieve als voor de langdurige ouderenzorg constateren we dat er in het buitenland geen alternatief stelsel 'op de plank' ligt waarvan het aannemelijk is dat het wezenlijk doelmatiger is dan het onze. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat een (fundamenteel) andere stelselinrichting tot een wezenlijk doelmatiger zorg zou leiden en daarmee houdbaarheidsvraagstukken zou helpen oplossen. De invoering van een nieuw zorgstelsel gaat bovendien gepaard met aanzienlijke transitiekosten.[42] Voor de invoering van een volledig publiek zorgstelsel ('de Nederlandse NHS') schat het Centraal Planbureau (CPB) de rechtstreekse transitiekosten op ruim 6 miljard euro (750 miljoen per jaar, gedurende een transitieperiode

42 Goudriaan en Heida 2015.

van acht jaar).[43] Misschien nog wel zwaarder weegt de lange voorbereidingstijd die stelselherzieningen bestuurlijk en maatschappelijk gezien vergen. Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, nam de introductie van de Zorgverzekeringswet twee decennia in beslag. Als alternatief kijken we daarom naar de mogelijkheden binnen het huidige stelsel om doelmatigheidswinst te realiseren. Daarover gaat de volgende paragraaf.

**Kernpunten Stelselherziening en houdbaarheid**

- Er zijn grote verschillen tussen zorgstelsels in verschillende landen. Een belangrijke factor daarbij is de verdeling van publieke en private verantwoordelijkheden.
- In alle stelsels zijn verbeteringen te boeken, maar geen enkel alternatief type stelsel levert zorg op een wezenlijk doelmatiger manier. Dat geldt zowel voor de curatieve als voor de langdurige ouderenzorg.
- De transitiekosten en de voorbereidingstijd die gemoeid gaan met stelselherzieningen, zijn aanzienlijk.
- Gegeven het beperkte internationaal vergelijkende bewijs voor wezenlijk betere uitkomsten, valt van een stelselherziening geen oplossing voor de houdbaarheidsopgave te verwachten.

## 6.3 Doelmatigheid verbeteren binnen het zorgstelsel

In deze paragraaf kijken we naar een aantal manieren waarop de doelmatigheid *binnen* ons bestaande zorgstelsel verbeterd zou kunnen worden. Gezien de grote reeks aan initiatieven, (actie)plannen, manifesten, programma's en beleidsvoorstellen om hieraan bij te dragen – met een reikwijdte variërend van de hele zorg tot een (kleine) deelsector – bieden we hier geen alomvattende analyse van alle plaatsen waar binnen het stelsel dergelijke winst te behalen zou kunnen zijn. De meest systematische analyse van de te verwachten effecten – overwegend langs de as van financiële houdbaarheid – bieden het rapport *Zorgkeuzes in Kaart* (ZiK)[44] – waarin Nederlandse politieke partijen een totaal van 147 ideeën[45] aandragen voor verbetering binnen het stelsel – en het

43 CPB 2020a.
44 CPB 2020b.
45 Met in veel gevallen meerdere varianten – het totale aantal komt boven de 200.

rapport *Brede Maatschappelijke Heroverwegingen* (BMH) over de zorg.[46] In deze paragraaf kijken wij op een hoger abstractieniveau in welke richting de grootste potentie voor doelmatigheidsverbetering binnen het stelsel te vinden is. Ter herinnering, doelmatigheid kan worden verbeterd door de uitkomsten van de zorg te verbeteren – de kwaliteit en de toegankelijkheid – én door de inzet van mensen of middelen te beperken.

### *Een internationaal perspectief op een doelmatiger stelsel*

Hoewel het in de vorige paragraaf beschreven landenvergelijkende onderzoek suggereert dat er geen substantiële verschillen zijn tussen de diverse typen zorgstelsels, zit er binnen een type wel degelijk grote variatie. Zo laat de studie van Lee en Kim die we eerder bespraken, zien dat Nederland binnen de categorie Etatist Social Health Insurance relatief laag scoort qua doelmatigheid.[47] De conclusie is dan ook dat het weliswaar niet per se wenselijk is om het stelsel volledig om te vormen maar daaruit volgt niet dat geen verbetering binnen het stelsel mogelijk zou zijn. Waarin zouden die verbeteringen voor Nederland kunnen zitten? Die vraag is op basis van het onderzoek van Lee en Kim niet makkelijk te beantwoorden. Immers, zorgstelsels verschillen op tientallen aspecten van elkaar, en die zijn op het niveau van het individuele land niet één op één te koppelen aan de doelmatigheid van het stelsel. Niettemin kijken de auteurs over de hele set van 35 landen naar verklarende factoren. Ze vinden drie factoren die een significant effect hebben op de doelmatigheid van zorgstelsels.[48] Stelsels met vrijheid om de zorgverzekeraar te kiezen, met meer decentralisatie en met een betere beschikbaarheid van kwaliteits- en prijsdata van het zorgaanbod dan andere stelsels blijken gemiddeld genomen minder efficiënt zijn. Over die laatste factor concluderen de auteurs dat de reden van het verband niet goed te begrijpen is en dat dit resultaat conflicteert met andere studies. Daarnaast is zoals we zagen de publieke beschikbaarheid van dergelijke data in Nederland relatief gering, wat suggereert dat deze factor in Nederland maar beperkt speelt. Voor de andere twee factoren geldt echter dat het effect in Nederland aanwezig kan zijn: burgers zijn vrij om hun zorgverzekeraar te kiezen en het stelsel kent een relatief sterke decentralisatie, met name bij de langdurige zorg (Wlz: inkoop via 36 regionale zorgkantoren) en de maatschappelijke ondersteuning (Wmo: inkoop op gemeentelijk niveau). Een reden waarom dit zou kunnen leiden tot een lagere doelmatigheid, zijn de hogere uitvoerings- en administratiekosten van het stelsel.

---

46 Kamerstukken II 2019/2020, 32 359, nr. 4. Voor zowel ZiK als de BMH geldt dat naast kleine en middelgrote wijzigingen binnen het stelsel ook naar omvattende stelselherzieningen wordt gekeken.

47 Lee en Kim 2018.

48 Factoren die onderzocht waren maar geen significant effect hadden waren: private zorgaanbieders (zoals in Nederland) versus publieke, prijsregulering, regulering van de arbeidsmarkt en van apparatuur, keuzevrijheid van zorgaanbieder ('vrije artsenkeuze'), poortwachters en budgetbeperkingen.

*Integrale zorg, zorginkoop en decentralisatie*

We kijken hier wat nader naar de thema's decentralisatie en zorginkoop, en in het verlengde daarvan naar de notie van marktwerking. We verbinden deze thema's aan een belangrijke epidemiologische ontwikkeling (zie hoofdstuk 2), namelijk de toename van chronische patiënten met meerdere aandoeningen tegelijk – soms ook wel 'complexe' patiënten genoemd.[49] De toename aan complexe patiënten betekent dat steeds meer mensen veelal jarenlang te maken hebben met verschillende zorgaanbieders, -verleners en -inkopers. Het wordt helemaal ingewikkeld als dit speelt tussen de stelselwetten, met hun verschillende verantwoordelijkheden, aanspraakcriteria en financieringsbronnen. Denk bijvoorbeeld aan een GGZ-patiënt wiens behandeling grotendeels uit de Zvw wordt gefinancierd en die daarnaast wisselende ondersteuning uit de Wmo of Wlz nodig heeft. Patiënten maar ook zorgverleners ervaren grensproblemen – ook wel 'schotten' genoemd. En die grensproblemen kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg, én voor de houdbaarheid van ons stelsel. Bijvoorbeeld wanneer iemand een (duur) ziekenhuisbed onnodig lang bezet houdt, omdat de thuiszorg nog niet is geregeld.

Dit leidt tot een maatschappelijke roep om 'ontschotting', ook wel 'integrale zorg' genoemd, ofwel om betere samenwerking en afstemming tussen verschillende soorten zorgverleners. Appendix 4 biedt een overzicht van het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van het concept 'integrale zorg'. Daaruit valt af te leiden dat integrale zorg leidt tot grotere tevredenheid – en mogelijk betere uitkomsten – bij patiënten. Die tevredenheid draagt waarschijnlijk bij aan de maatschappelijke houdbaarheid, een belangrijke component van houdbaarheid. We zagen echter ook dat de effecten van ontschotting op de uitgaven en het personeel ofwel onbekend ofwel niet eenduidig zijn. Het is – gegeven de bestaande inrichting van de zorg – dus niet evident dat een meer integrale zorg rechtstreeks bijdraagt aan de financiële en personele houdbaarheid. We moeten dan ook voorzichtig blijven bij het toekennen van grote doelmatigheidseffecten aan zulke voorgenomen wijzigingen.

Hoe sluit dit aan bij de noties van decentralisering en zorginkoop? We kijken eerst naar de zorginkoop en – daaraan gerelateerd – naar de marktwerking in de zorg (zie box 6.4 voor een korte ontleding van de onderlinge verbanden). Het gebrek aan samenwerking tussen zorginkopers wordt vaak als barrière voor de integrale zorg gezien.[50] Doordat de criteria van zorginkopers niet goed op elkaar aansluiten, kunnen zorgaanbieders hun processen niet op een integrale manier 'rondom de patiënt' organiseren. Dat is met name een probleem bij

---

49 Als contrast met de patiënt die zich met één enkelvoudig probleem meldt bij een zorgverlener.
50 Menzis 2020.

'complexe' patiënten. Zij hebben bijvoorbeeld te maken met verschillende zorgverzekeraars met onderling conflicterende wensen of inkoopcriteria die een transformatieproces binnen een ziekenhuis belemmeren. De grotere uitdaging ligt waar het gaat om samenwerking tussen verschillende stelselwetten bij de inkoop. Daar gaat het om in aard en bevoegdheden wezenlijk verschillende inkopers (gemeenten bij de Jeugdwet en Wmo, zorgkantoren bij de Wlz en zorgverzekeraars bij de Zvw), die ook nog eens in verschillende en slechts deels overlappende regionale indelingen werken.

**Box 6.4 Zorginkoop en de drie vormen van marktwerking in de zorg**

In het publieke debat is de rol van marktwerking in de zorg een heet hangijzer. Het is dan niet altijd duidelijk waar het precies over gaat. In hoofdstuk 4 van dit rapport zagen we dat er drie zorgmarkten zijn. Op de *zorgverzekeringsmarkt* concurreren zorgverzekeraars om de gunsten van consumenten, op de *zorgverleningsmarkt* proberen zorgaanbieders patiënten aan te trekken en op de *zorginkoopmarkt* proberen zorginkopers goede en doelmatige zorg in te kopen. Kritiek op de marktwerking binnen de zorg kan betrekking hebben op elk van deze markten of op alle drie tegelijk. Alleen binnen de Zvw spelen overigens alle drie de markten, en alleen daar is dus sprake van volledige gereguleerde marktwerking. Binnen de Wmo, Wlz en Jeugdwet heeft een patiënt alleen te maken met zijn of haar gemeente of zorgkantoor. Hij of zij kan geen alternatieve zorginkoper kiezen (zonder te verhuizen). In de internationaal vergelijkende literatuur heet dat een *single payer*-systeem, omdat er maar één zorginkoper per gebied is. De Nederlandse zorg is dus een *multiple payer*-systeem voor de curatieve zorg, en *single payer* voor de rest van de zorg. In een *single* payer-systeem bestaat er geen zorgverzekeringsmarkt, want consumenten kunnen maar uit één inkoper 'kiezen'.[51] De andere twee markten bestaan – afhankelijk van details van de inrichting[52] – wel, want zowel patiënten (zorgverleningsmarkt) als die enkele inkoper (zorginkoopmarkt) kunnen blijven kiezen tussen meerdere aanbieders. Ook in de Zvw is in de praktijk het belang van gereguleerde marktwerking als mechanisme om doelmatigheid te bereiken gedurende het afgelopen decennium echter afgenomen. Dit is een gevolg van de introductie van instrumenten zoals de hoofdlijnakkoorden en het macrobeheersinstrument. Deze werden geïntroduceerd omdat van

51 Dit valt in hoge mate samen met het onderscheid uit de studie van Lee en Kim (2018) tussen stelsels met keuze van zorgverzekeraar (*multiple payer*-systemen) en zonder die keuze (*single payer*).

52 In sommige stelsels kan ook de keuzevrijheid van patiënten en/of inkopers voor zorgaanbieders gereduceerd of geëlimineerd zijn.

de oorspronkelijke insteek van de Zvw, met name op het gebied van financiële houdbaarheid, onvoldoende de daarvan veronderstelde verbetering bleek uit te gaan (zie ook hoofdstuk 5). Deze aanvullende instrumenten werken enerzijds als mechanismen om doelmatigheidsprikkels via de zorginkoop te borgen, maar zijn daar tot op zekere hoogte ook strijdig mee en kunnen de beoogde prijsconcurrentie doorsnijden.[53]

Dat brengt ons bij het thema decentralisatie. Het is aannemelijk dat het op verschillende regionale niveaus organiseren van inkoop en financiering de potentie voor samenwerking tussen sectoren beperkt.[54] In Nederland speelt dit wanneer patiënten te maken krijgen met overgangsproblemen tussen zorg uit verschillende stelselwetten. Overigens raakt dit aan de beleidsdiscussie rondom de regionalisering in Nederland. In box 6.5 geven we een korte analyse van de betekenis en interpretaties van dit begrip. In de huidige Nederlandse beleidsdiscussie lijkt regionalisering nauw verbonden te zijn – en soms samen te vallen met – pleidooien voor nauwere en intensere samenwerking tussen (verschillende typen) zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor 'complexe' patiënten met meerdere aandoeningen, voor de jeugdzorg of voor ouderen.[55] De analyse dat meer integrale zorg nodig is, wordt dan verbonden met de gedachte dat de samenwerking die daarvoor nodig is, het best op regionaal niveau tot stand kan komen.

**Box 6.5 Regionalisering van de zorg – analyse van een divers begrip**

Het begrip 'regionalisering' speelt de afgelopen jaren een toenemende rol in de Nederlandse beleidsdiscussie rondom de zorg.[56] Ook in de jaren 70 speelde dit begrip een belangrijke in de Structuurnota Volksgezondheid (Zie hoofdstuk 5). In algemene zin is de gedachte dat (een deel van) de zorg op regionaal niveau georganiseerd en eventueel ook gefinancierd en ingekocht zou moeten worden. Daarvoor kan gepleit worden om redenen van kwaliteit, toegankelijkheid of doelmatigheid. In het algemeen kan

53 Schut et al. 2010.
54 Zo hebben zorgverzekeraars (Zvw) in principe een landelijke reikwijdte, is de Wmo op gemeentelijk niveau georganiseerd, maar vindt de inkoop in de praktijk veelal in regionale samenwerkingsverbanden, en is de Wlz gebaseerd op 31 zorgkantoorregio's.
55 Bijv. Bal et al. 2019.
56 Voorbeelden zijn een recente nota van Menzis *Samenwerking aan gezonde regio's*, maar bijvoorbeeld ook de recente discussienota van het ministerie van VWS over de organisatie van de zorg van de toekomst (Menzis 2020; VWS 2021).

regionalisering zowel centraliserend van aard zijn (van lokaal naar regionaal organisatieniveau) als decentraliserend (van landelijk naar lokaal). Een tweede dimensie is het type zorgaanbieder dat op een nieuw, regionaal, niveau wordt georganiseerd: gaat het alleen om een geografisch andere indeling van vergelijkbare zorgaanbieders of ook om de integratie van eerder apart opererende typen zorgaanbieders? Een historisch voorbeeld van dit laatste is de vorming in de jaren zestig van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) uit daarvoor lokaal functionerende, ongelijksoortige typen zorgaanbieders (bijvoorbeeld sociale psychiatrie, psychotherapie, medische opvoedkunde).[57] Een derde dimensie is de vraag of het alleen om de regionale organisatie van het zorgaanbod gaat of ook – of zelfs juist – om de financiering en inkoop. In de huidige Wmo en Jeugdwet is de inkoop bijvoorbeeld lokaal belegd (bij de gemeente), maar deze wordt in de praktijk vaak ten minste deels regionaal uitgevoerd, door samenwerkingsverbanden van gemeenten. De laatste dimensie is het niveau waar je op uitkomt. In andere woorden: wat is eigenlijk 'de regio'? In het huidige beleidsdebat gaat het dan vaak om niveaus als de OOR-regio's (zeven in Nederland), de ROAZ-regio's (elf), provincies (twaalf), GGD-/veiligheidsregio's (25), zorgkantoorregio's (31) of jeugdzorgregio's (42). Samenvattend, het concept 'regionalisering' schetst veelal een contrast met een bestaand geografisch organisatieprincipe in de zorg. Het stelt daartoe een alternatief – en op enige manier regionaal – organisatieprincipe en -niveau voor. Maar binnen dit brede begrip vallen veel verschillende invullingen. Dat maak het moeilijk om regionalisering als algemeen verschijnsel te evalueren.

Er is – zoals eerder gesteld – internationaal vergelijkend bewijs dat suggereert dat meerdere zorginkopers en een gedecentraliseerde organisatie van het zorgstelsel samenhangen met een lagere doelmatigheid. Dit lijkt samen te vallen met de gedachte dat – vooral in het belang van 'complexe' patiënten – meer samenwerking tussen verschillende zorgverleners wenselijk is en dat dit onvoldoende tot stand komt doordat prikkels vanuit verschillende inkopers binnen én tussen de stelselwetten onvoldoende synchroon lopen. De gebrekkige samenwerking wordt nog eens versterkt doordat de geografische reikwijdte van de verschillende stelselwetten in een gedecentraliseerd zorgstelsel onderling niet overlapt.

57 Inmiddels zijn de Riaggs's weer verdwenen en grotendeels opgegaan in de (voorlopers van) huidige GGZ-instellingen.

*Een doelmatiger zorginkoop en zorglandschap*

Wat betekent dit voor de zorginkoop? We bespreken deze vraag langs vijf dimensies. Een eerste dimensie is de vorm en reikwijdte van de zorginkopers: welke actoren moeten die inkoop verzorgen, hoe moeten zij zich tot elkaar verhouden, en hoe zijn ze geografisch afgebakend? Bovenstaande bevindingen pleiten voor een grotere inzet op coördinatie tussen zorginkopers en een grotere overlap in de geografische reikwijdte van die inkopers, oftewel minder verschillende typen regio's. In termen van de drie zorgmarkten betekent dit effectief minder verschillende zorginkopers en daarmee een afnemend belang van de zorgverzekeringsmarkt. Praktisch gezien kan de inzet op coördinatie nog veel verschillende dingen betekenen. Een vergaande implicatie is bijvoorbeeld de invoering van een algehele *single payer* in (bijna) alle domeinen van de zorg, waarmee alle zorgverzekeraars en andere inkopers opgaan in een nieuwe inkooporganisatie of verzekeraar. Ten opzichte van de status quo zou deze wijziging een zeer ingrijpende stelselherziening behelzen. Het Nederlandse stelsel zou dan binnen de hiervoor besproken typologie van zorgstelsels namelijk verschuiven van het model van Etatist Social Health Insurance naar dat van National Health Insurance (en, indien ook het zorgaanbod een overheidsverantwoordelijkheid zou worden, zelfs naar een National Health Service). Een veel beperktere invulling van deze dimensie zou zijn om zorgverzekeraars ertoe aan te sporen om voor de inkoop van Zvw-zorg meer congruent inkoopgedrag te vertonen.[58] Denk bijvoorbeeld aan de wettelijke verankering van 'preferente zorgverzekeraars', waarbij andere zorgverzekeraars in een bepaalde regio deze 'preferente zorgverzekeraar' in de inkoop volgen. Tussen de hier genoemde mogelijkheden van een universele *single payer* en congruente zorginkoop in zitten voorstellen om de inkoop meer af te stemmen tussen inkopers uit verschillende stelselwetten, zoals zorgverzekeraar Menzis recentelijk heeft voorgesteld.[59] Ook die voorstellen zouden in meer of mindere mate wettelijk verplichtend ingericht kunnen worden.

Een tweede dimensie betreft de vormen van zorg waar die grotere mate van coördinatie in de zorginkoop betrekking op zou moeten hebben. Een overweging kan zijn om planbare operaties zoals staar-, heup- en knieoperaties – grofweg de vormen van zorg die doelmatiger in focusklinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) te leveren zijn[60] – uit te sluiten van congruente zorginkoop. Juist voor dergelijke vormen van zorg is sturing op doelmatigheid via concurrerende zorginkopers namelijk effectief. Het spiegelbeeld van dit model is om alleen die vormen van zorg te definiëren die we expliciet willen

58 Bijvoorbeeld Kiers 2019.
59 Menzis 2020.
60 Kruse 2018.

uitsluiten van concurrentie tussen zorginkopers. In een recent advies kiest de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) bijvoorbeeld die aanpak voor de acute zorg.[61] Hoe het model ook precies wordt ingericht, het principe is dat de marktwerking op inkoop gedifferentieerd kan worden ingezet. Het publieke en politieke debat zou zich meer op de relevante afwegingen bij die vraag kunnen richten, in plaats van op een weinig productief debat over 'marktwerking' als abstract verschijnsel.

Een derde dimensie is de structuur van het zorglandschap: het geheel aan zorginstellingen dat er is en de verdeling daarover van de verrichte zorg. Een doelmatiger zorglandschap – een zorglandschap dat beter aansluit bij de geschetste epidemiologische en demografische ontwikkelingen en bij de doorlopende ontwikkelingen van de zorgtechnologie – zou wel eens een andere structuur kunnen hebben dan het bestaande, historisch gegroeide landschap.[62] Bewaakt moet worden dat de prikkels die van het stelsel uitgaan er niet toe leiden dat het bestaande zorglandschap gefixeerd wordt; verandering in de structuur moet mogelijk blijven. Als een organisatorische verbetering – zoals de eerdere genoemde doelmatiger inrichting van het Bernhoven en Beatrixziekenhuis – door prikkels vanuit de regulering of de bekostiging gehinderd wordt, dan is het een overheidstaak om die prikkels te herzien. Mede met het oog op de eerdergenoemde complexiteit van de zorg en op de beperkingen die die complexiteit oplevert, verandert het zorglandschap vaak het meest doeltreffend via experimenten met nieuwe manieren om het zorgaanbod te organiseren, in plaats van via grootschalige *top-down*-programma's.[63] Vaak gaat dat het beste via allianties tussen verschillende zorgaanbieders en zorginkopers rondom concrete problemen. Een voorbeeld zijn de zorgnetwerken rondom complexe chronische aandoeningen zoals de longziekte COPD[64] en de ziekte van Parkinson.[65] Een ander voorbeeld is het oncologische zorgnetwerk.[66] Zulke netwerken zijn vaak doelmatiger omdat ze met name bij de behandeling van complexe patiënten met een chronische zorgvraag schaalvoordelen opleveren.[67] Overheden en toezichthouders moeten zoveel mogelijk de omstandigheden creëren om zulke experimenten mogelijk te maken en zorgverleners daarbij ruimte en vertrouwen geven. Het is bij zulke experimenten cruciaal om snel en breed te evalueren op beoogde effecten en op onvermoede neveneffecten, die in het complexe zorgstelsel makkelijk

61 RVS 2020a.
62 Tanke 2018.
63 Tanke 2018.
64 Zorginstituut 2019.
65 Bijvoorbeeld het bekende initiatief ParkinsonNet (https://www.parkinsonnet.nl/).
66 NFK 2018.
67 Vlaanderen et al. 2021.

kunnen optreden (zie het begin van dit hoofdstuk). Een goed voorbeeld hiervan is de grondige en brede evaluatie van de experimenten in het Bernhoven- en het Beatrixziekenhuis.[68] Opschaling van *evidence-based* interventies leidt bij bredere implementatie niet per se tot dezelfde veelbelovende resultaten.[69] Brede evaluatie dient er in dergelijke gevallen toe dat beleid tijdig kan worden bijgesteld.

Een vierde dimensie is het versterken van het vermogen van de zorgaanbieders om te leren. Als de experimenten doelmatiger blijken, ligt er een overheidstaak om de barrières die een verdere verspreiding daarvan tegenhouden, weg te nemen. Denk bijvoorbeeld aan de eerder besproken casus in Afferden, waar de (te) succesvolle verplaatsing van zorg richting huisartsen tot risico's voor de financiële continuïteit van het lokale ziekenhuis leidde. Een vanuit het oogpunt van houdbaarheid en kwaliteit wenselijke aanpassing van het zorglandschap wordt zo tegengewerkt door de historisch gegroeide structuur van het zorglandschap. In dit geval zou de overheid kunnen sturen op de gewenste structuur via prikkels in de bekostiging. De NZa en het ZiN deden hiervoor recentelijk handreikingen.[70]

Een laatste dimensie waarlangs de doelmatigheid van de zorg door zulke experimenten kan worden verbeterd is het hebben van een lange adem. Positieve effecten laten vaak lang – soms vele jaren – op zich wachten. Dit komt doordat de verschillende actoren zich moeten aanpassen aan nieuwe manieren om de zorg te organiseren en in te richten. Het is dan ook van belang om consistent beleid en initiatieven een kans te geven. Veelal is het beter om bestaande programma's door tijdige evaluaties bij te sturen dan nieuwe initiatieven te starten, ook om bestuurlijke drukte en druk op de werkvloer te voorkomen.

### *Budgettaire effecten van doelmatigheidsmaatregelen*

Ten slotte buigen we ons over de vraag hoe groot de effecten nu eigenlijk zijn die verwacht mogen worden van een doelmatiger zorgstelsel. Een inschatting van de voorstellen op dit vlak zijn te vinden in de eerder in deze paragraaf genoemde Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH) van het ministerie van Financiën. In de BMH zijn mogelijke maatregelen ondergebracht in twee hoofdvarianten: (1) het versterken van gereguleerde competitie en (2) het versterken van gereguleerde samenwerking (tabel 6.4). De eerste variant omvat maatregelen zoals het afschaffen van het zogenoemde hinderpaalcriterium – waardoor de keuzeprikkel van een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mogelijk wordt –, het versterken van mededingingstoezicht op de marktmacht

68 Douven et al. 2020.
69 Al-Ubaydli et al. 2017.
70 Zie bijvoorbeeld het recente plan van Zorginstituut en NZa 2020 *Samenwerken aan passende zorg*.

en sturing van gepast gebruik. Onder de tweede variant vallen maatregelen zoals 'allocatieve normstelling' – vergoeding op basis van *best practice* –, tariefregulering, het in loondienst nemen van medisch specialisten en het uitbreiden van de zorgplicht voor verzekeraars en aanbieders.

Als we naar dat totaalpakket kijken, dan zien we dat de ingeschatte doelmatigheidswinst het grootst is voor de variant 'versterken van gereguleerde samenwerking': in totaal heeft deze een orde van grootte van tussen de 2,4 en 3 miljard euro. Voor de variant 'versterken van gereguleerde competitie' kan volgens de BMH tussen de 1,4 en 1,7 miljard aan doelmatigheidswinst worden ingeboekt. De WRR pleit hier niet voor of tegen het uitvoeren van één van deze routes. Dat is uiteindelijk een politieke afweging, waarbinnen ook ideologische en normatieve afwegingen een belangrijke rol spelen. Wij stellen ons hier alleen de vraag hoe de orde van grootte van zulke (sets aan) maatregelen zich verhoudt tot de omvang van het houdbaarheidsvraagstuk. Daarbij constateren we dat – nog afgezien van transitiekosten (onder 'samenwerking' in de BMH valt bijvoorbeeld ook het in loondienst nemen van alle medisch specialisten, waarvoor éénmalig 2 miljard wordt ingeboekt[71]) – dergelijke strategieën om ons stelsel doelmatiger te maken maar beperkt in verhouding staan tot de financiële houdbaarheidsopgave. Dat betekent niet dat ze geen bijdrage kunnen leveren aan de financiële houdbaarheid, wel dat die bijdrage noodzakelijkerwijs relatief beperkt zal zijn en het dus ongewenst is dat ze het politieke debat monopoliseren. Daar komt bij dat dergelijke schattingen met grote onzekerheid omgeven zijn, en in het verleden lang niet altijd te realiseren bleken (zie ook de bespreking eerder in dit hoofdstuk).

**Tabel 6.4** Geraamde budgettaire effecten van beleidsvarianten gericht op doelmatigheid in de BMH 2020

| | Versterken gereguleerde competitie (mld euro) | Versterken gereguleerde samenwerking (mld euro) |
|---|---|---|
| Pakketbeheer | 0,81-0,96 | 0,81-0,96 |
| Curatieve zorg | 0,27 | 0,73-0,83 |
| Langdurige zorg | 0,32-0,46 | 0,83-1,16 |
| Totaal | 1,40-1,69 | 2,37-2,95 |

Bron: Samengesteld op basis van Inspectie der Rijksfinanciën 2020

71 Een recent onderzoek in opdracht van de Tweede Kamer trekt de juridische noodzaak voor het betalen van goodwill in twijfel. Daarmee zou dit bedrag aanzienlijk lager kunnen uitvallen (Meersma et al. 2021).

*Verbetering van doelmatigheid van het zorgstelsel: een afdoende antwoord?*
Inzetten op doelmatigheid is en blijft belangrijk voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Maar zelfs in een optimistisch scenario vallen opbrengsten van doelmatigheidsmaatregelen bijna altijd tegen. Los van neveneffecten die de personele en maatschappelijke houdbaarheid zullen raken, betekent het voorgaande dat het houdbaarheidspotentieel van een doelmatigheidsbeleid niet afdoende zal zijn. Het saldo ervan komt immers overeen met niet meer dan een jaar aan zorggroei.[72] Uiteraard kunnen die opbrengsten nog aangevuld worden met andere typen maatregelen – bijvoorbeeld hernieuwde hoofdlijnakkoorden als basis voor budgettaire controle of maatregelen uit het scenario 'meer eigen regie', waarin beperktere collectieve aanspraken (bijvoorbeeld in wonen en hulp in de Wlz) en lichtere zorgpakketten gepaard gaan met hogere of inkomensafhankelijke eigen betalingen. Dat is echter eerder te zien als een allocatieve keuze – wat bieden we wel en niet collectief?– dan als een doelmatigheidsmaatregel. Daarover buigen we ons nader in deel 3 van dit rapport.

**Kernpunten Doelmatigheid verbeteren binnen het zorgstelsel**

- Internationaal vergelijkend bewijs suggereert dat meerdere zorginkopers en een meer gedecentraliseerde organisatie van het zorgstelsel samenhangen met een lagere doelmatigheid.
- Doelmatigheid binnen het stelsel kan worden verbeterd door meer te differentiëren in de zorginkoop, door waar nodig het zorglandschap doelmatiger in te richten, en door zorgverleners ruimte, vertrouwen en tijd te geven om te experimenteren.
- Het is belangrijk om in te zetten op doelmatigheid in de zorg, maar die inzet is niet afdoende om het houdbaarheidsprobleem op te lossen.

## 6.4 Conclusie: inzet op doelmatigheid is nodig maar niet afdoende

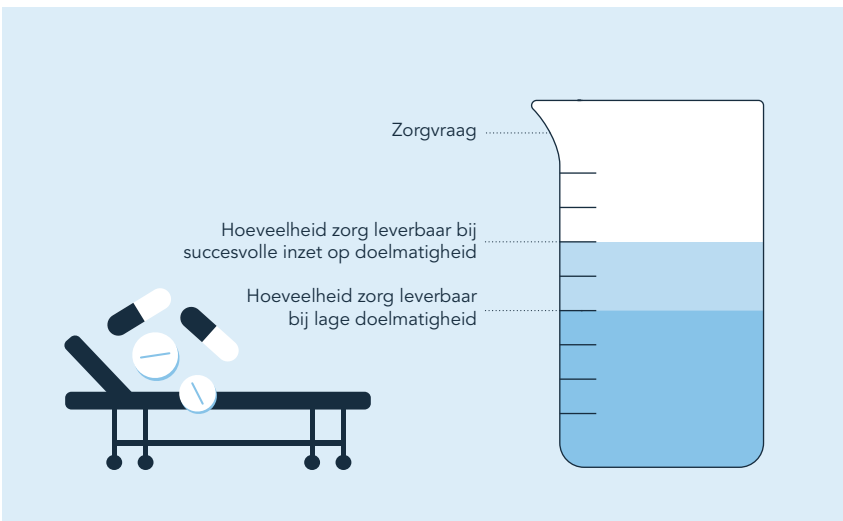
We hebben in dit hoofdstuk gekeken naar 'houdbaarheid door doelmatigheid'. Wij komen tot de conclusie dat het onwaarschijnlijk is dat een verbetering van de doelmatigheid van onze zorg afdoende is om de drievoudige houdbaarheidsopgave in onze zorg te kunnen aanpakken. Figuur 6.2 geeft dit schematisch weer: we kunnen onze zorg doelmatiger maken en zo met dezelfde middelen

72 Ondanks de budgettaire afremming na 2012 bedroeg de gemiddelde jaarlijks toename in de zorguitgaven in de laatste tien jaar 2,4 miljard. Over de laatste twintig jaar was die 3,2 miljard (1,0 en 2,2 miljard in constante prijzen).

en mensen meer zorg aanbieden (van de kleine blauwe cirkel, naar de grotere), maar dat is waarschijnlijk niet voldoende gegeven de aanhoudende groei van de zorgvraag (buitenste cirkel).

Inzetten op *productieve efficiëntie* is dan ook op zichzelf onvoldoende om de grote houdbaarheidsopgave die voor ons ligt aan te pakken. Daarvoor is het potentieel van deze strategie niet voldoende groot vergeleken met de omvang van de opgave. Dat betekent allerminst dat we moeten stoppen met het efficiënter maken van onze zorg. Doorlopende verbetering van de doelmatigheid daarvan blijft een deel van het antwoord op de houdbaarheidsopgave vormen. Niet alleen helpt doelmatigheid om de financiële en personele houdbaarheidsopgave in ieder geval voor een deel binnen de perken te houden, ze is ook cruciaal voor de maatschappelijke houdbaarheid. Zoals we in hoofdstuk 3 hebben laten zien, is de publieke opinie erg gekant tegen verspilling in de zorg en heerst de opinie dat er al veel te veel geld naar de 'verkeerde dingen' gaat. De overheid en het zorgveld zelf zijn aan zet om dergelijke verspilling zo veel mogelijk zichtbaar tegen te gaan en daarmee het draagvlak voor de zorg te behouden. De politieke en maatschappelijke verleiding is echter groot om een inzet op doelmatigheid als het enige antwoord te zien. Immers, het is altijd wenselijk om verspilling tegen te gaan, en niemand is daartegen. Daarom ligt de focus van dit rapport ook niet op manieren om de zorg doelmatiger te maken. In plaats daarvan betogen we verderop in dit rapport – nadat de personele houdbaarheidsvraag in meer detail aan de orde is geweest – dat vooral een inzet op *allocatieve efficiëntie* – op het maken van keuzes en het stellen van prioriteiten – nodig is om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in de toekomst te kunnen borgen.

**Figuur 6.2** Inzet op doelmatigheid is belangrijk maar niet afdoende



# 7 Houdbaarheid van personeel

Gezien de omvang van het personele houdbaarheidsprobleem is een inzet nodig op meerdere sporen, al zal dit niet voldoende zijn om aan de groeiende zorgvraag tegemoet te kunnen komen.

Gegeven de verwachte arbeidsvraag, de stagnerende omvang van de beroepsbevolking en de beperkte rek in de arbeidsparticipatie is het aannemelijk dat op de korte en middellange termijn de personele houdbaarheid in de zorg een urgenter vraagstuk vormt dan de financiële houdbaarheid. We bespraken in hoofdstuk 3 de personele tekorten in de zorg en gerelateerde problemen als werkdruk en uitstroom, en we keken vooruit naar de te verwachten tekorten op de lange termijn. Als er aan de huidige situatie niets verandert en toch aan de volledige vraag naar zorg moet worden voldaan, zou vanaf 2040 een kwart en tussen 2050 en 2060 een derde deel van onze beroepsbevolking in de zorg moeten werken. Dat is niet alleen onrealistisch, het zou ook grote gevolgen hebben voor andere (publieke) sectoren waar nu al personeelstekorten zijn of waar die tekorten onder invloed van dezelfde schaarste gaan optreden. Personele tekorten binnen de zorg tekenen zich nu ook al af; in de ene sector meer dan in de andere (zie hoofdstuk 3). In dit laatste hoofdstuk van het tweede deel van dit rapport kijken we naar manieren om de personele houdbaarheid te verbeteren. Net als in de rest van dit rapport hanteren we daarbij een brede blik en gaan we niet in op mogelijk verschillende aanpakken in specifieke deelsectoren.

Allereerst kijken we naar het potentieel voor een verhoogde doelmatigheid. Richtten we ons in het vorige hoofdstuk vooral op doelmatigheid in relatie tot de middelen – hoeveel geld moeten we inzetten om een bepaalde hoeveelheid gezondheidswinst te boeken? –, hier kijken we juist naar doelmatigheid in relatie tot het zorgpersoneel – hoeveel mensen moeten we inzetten om een bepaald 'volume' aan zorg te kunnen bieden? In het eerste geval gaat het om kosteneffectiviteit, in het tweede om arbeidsproductiviteit. Door de arbeidsproductiviteit te verbeteren zijn minder mensen nodig om dezelfde hoeveelheid zorg te bieden. Dat verbetert de personele houdbaarheid rechtstreeks. Het gaat hier dus om wat te doen met de mensen – of eigenlijk met de uren – die er (bij gelijkblijvende overige factoren) ter beschikking zijn. Het doel is: meer doen binnen hetzelfde aantal uren.

Naast verbetering van de arbeidsproductiviteit is er een aantal andere sporen waarop kan worden ingezet om de personele houdbaarheid te verbeteren. Hier gaat het ons om aantallen mensen – of, opnieuw, om aantallen uren. Het doel is dan: meer uren voor de zorg organiseren binnen een (vrijwel) gelijkblijvende potentiële beroepsbevolking. In algemene zin hebben we het dan over 'arbeidsmarktbeleid'. Daarbij onderscheiden we drie sporen: (1) beter behouden van mensen, (2) mensen verleiden om meer te werken en (3) werven van nieuw personeel.[1] Het is mogelijk bestaand personeel voor de zorg te behouden door de werkomstandigheden te verbeteren. Voor het verleiden van mensen om meer te werken is het van belang de arbeidsparticipatie te verhogen alsmede het aantal gewerkte uren per medewerker. Bij werven, ten slotte, gaat het erom (meer) nieuwe mensen voor de zorg te winnen. Voor elk van de drie sporen is een reeks concrete maatregelen te bedenken die op het betreffende doel aangrijpen. Daarbij geldt dat sommige maatregelen op meerdere sporen tegelijk kunnen aangrijpen. Zo kan de beloning van zorgpersoneel – een factor waar we in het bijzonder naar kijken – effecten hebben op zowel de werving als het behoud van zorgpersoneel. Daarnaast zijn er interacties denkbaar tussen arbeidsmarktbeleid en arbeidsproductiviteit; sommige maatregelen hebben effect op beide. Waar een hogere arbeidsproductiviteit kan leiden tot meer stress en burn-out, kan aangrijpen op het aantal uren deze juist doen afnemen. In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de potentie voor verbetering van de arbeidsproductiviteit in de zorg.

Overigens is het hier wel van belang onderscheid te maken tussen kwantitatieve en kwalitatieve knelpunten op de zorgarbeidsmarkt.[2] Het realiseren van meer capaciteit, op welke manier dan ook, geeft nog geen garantie dat beter aan de zorgvraag wordt voldaan. Het is ook van belang dat zorgpersoneel *kwalitatief* goed aansluit bij de naar de toekomst toe veranderende zorgvraag. In hoofdstuk 2 zagen we immers dat er grote veranderingen te verwachten zijn in die zorgvraag, alleen al doordat ziektebeelden veranderen. Dus ook al werkt het personeel meer, harder, effectiever en langer (door), dan nog kunnen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg achterblijven, bijvoorbeeld omdat zorgpersoneel te veel gespecialiseerd is geraakt, en minder in staat is om flexibel, breed of generalistisch inzetbaar te zijn. Dit vergroot het probleem van de personele houdbaarheid overigens alleen nog maar verder.

1 Deze driedeling sluit aan bij de uitdagingen die Batenburg in zijn oratie onderscheidt voor de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg (Batenburg 2019).

2 In navolging van Batenburg 2019.

## 7.1 Arbeidsproductiviteit, technologie en houdbaarheid

*Arbeidsproductiviteit en het houdbaarheidsvraagstuk*

Is het mogelijk om met een doelmatiger inzet van het zorgpersoneel de houdbaarheidsopgaven aan te pakken? Arbeidsproductiviteit gaat over de vraag hoeveel van een 'product' een werknemer per tijdeenheid kan produceren. Wanneer de productiviteit groeit, zijn er dus minder mensen nodig om dezelfde hoeveelheid zorg te leveren, en is het mogelijk met dezelfde hoeveelheid mensen meer zorg te 'produceren'. Dat hangt nauw samen met de notie van personele houdbaarheid. Arbeidsproductiviteit bepaalt immers hoeveel zorg geleverd kan worden met de beschikbare zorgmedewerkers.

Dit laatste heeft indirect ook weer implicaties voor de financiële houdbaarheid. Het merendeel van de uitgaven in een arbeidsintensieve sector als de zorg betreft namelijk personeelskosten. Over de hele zorg komt deze post gemiddeld neer op 67 procent van de uitgaven (tabel 7.1). Dit ligt ver boven het gemiddelde van 53 procent over alle economische activiteiten opgeteld, met uitschieters naar beneden van bijvoorbeeld 12 procent in de delfstoffenwinning en 26 procent in de sector energievoorziening. In een hoogtechnologische omgeving als een ziekenhuis is het aandeel arbeid in de totale kosten logischerwijs lager (60 procent) dan in bijvoorbeeld verpleeghuizen (72 procent) of GGZ-instellingen met overnachting (75 procent).[3] Daarnaast is er een link met de financiële houdbaarheid via het zogeheten Baumol-effect: als de productiviteitsgroei in een sector achterblijft bij de gemiddelde productiviteitsgroei in de economie, dan lopen de relatieve prijzen in die sector op (zie hoofdstuk 2). Dit Baumol-effect is typisch voor arbeidsintensieve delen van de economie.

Ten slotte zijn er ook indirecte effecten te verwachten van arbeidsproductiviteitsgroei op de maatschappelijke houdbaarheid. Immers, de maatschappelijke zorgen over kwaliteit en toegankelijkheid hangen in hoge mate samen met de zorgen over het gebrek aan personeel (zie hoofdstuk 3). Waar productiviteitsgroei personeelstekorten zou kunnen matigen, kan dat positief uitpakken voor de maatschappelijke houdbaarheid.

3 Zie voor de details van deze berekening online appendix 5.

**Tabel 7.1** Het aandeel van de totale arbeidskosten in bedrijfsopbrengsten in de zorg, 2018

| Sector | Aandeel arbeidskosten |
|---|---|
| Ziekenhuizen | 60% |
| GGZ met overnachting | 75% |
| Gehandicaptenzorg | 70% |
| Jeugdzorg met overnachting | 72% |
| Ambulante jeugdzorg | 73% |
| Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg | 72% |
| Totaal zorg | 67% |
| Totaal alle economische activiteiten | 53% |

Bron: CBS (Bedrijfsrekeningen), Voor de berekening zie Online appendix 5

Vanuit het oogpunt van houdbaarheid van de zorg zijn er dus goede redenen om in te willen zetten op productiviteitsgroei in deze sector. Het is wel zaak dat op een duurzame manier te doen. Op de korte termijn kan de productiviteit bijvoorbeeld toenemen door simpelweg de werkdruk op te laten lopen. Dat heeft echter niet alleen gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, maar ook voor het behoud en de werving van nieuw personeel en schaadt mogelijk op de langere termijn juist de personele houdbaarheid. In deze paragraaf kijken we naar het potentieel voor een strategie van productiviteitsgroei in de zorg. Daarvoor kijken we eerst naar historische ontwikkelingen van de arbeidsproductiviteit binnen de zorg, ook internationaal. Hoewel in het verleden behaalde resultaten noch een garantie voor de toekomst vormen, noch een noodzakelijkerwijs beperkende factor zijn, kunnen we hier wel iets uit afleiden voor de mate waarin productiviteitsgroei binnen de zorg een reële verwachting vormt als basis voor beleid. Ten tweede geven we een analyse van het potentieel dat een inzet op faciliterende technologie – in het bijzonder *e-health* – heeft voor productiviteitsverhoging in de zorg. Productiviteitsgroei hangt in veel sectoren namelijk in belangrijke mate samen met de inzet van technologie. Een timmerman kan met een elektrische boor per uur meer tafels maken dan met een handboor. Wanneer verplegend personeel door *e-health* toezicht kan houden op een groter aantal patiënten[4], dan neemt de arbeidsproductiviteit in

4 Hilbers-Modderman en De Bruijn 2013.

de zorg op een vergelijkbare manier toe. Immers, iedere werknemer 'produceert' dan meer zorg. Dit soort technologieën heet in de context van arbeidsproductiviteit dan ook wel 'arbeidsbesparend'. We kijken primair naar de zorg als geheel, maar trekken soms ook conclusies over deelsectoren.

*Historische en internationale productiviteitsgroei in de zorg*

We kijken eerst naar het historische beeld: wat is de afgelopen jaren de groei van arbeidsproductiviteit in de zorg geweest, en hoe is die groei te vergelijken met die in andere sectoren? Figuur 7.1 toont de trend in toegevoegde waarde per werkzame persoon als maat voor de arbeidsproductiviteit. In een oogopslag is te zien dat de productiviteitsgroei in de zorg sterk achterblijft bij die in de economie als geheel – voor de periode 1995-2019 gaat het om in totaal 1,7 procent voor de zorg tegen 23,4 procent voor de economie als geheel (alle activiteiten) –, en in het bijzonder bij die in de industrie (een stijging van 82,5 procent).[5] Ter vergelijking: volgens het CPB steeg de arbeidsproductiviteit in de marktsector over dezelfde periode met 32 procent.[6]

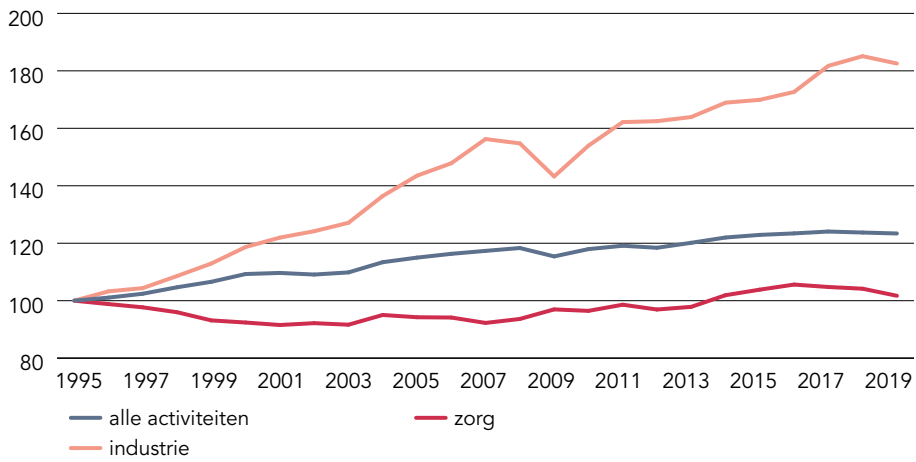
Dit verschil reflecteert een fundamenteel economisch verschijnsel. Productiviteitsgroei wordt in hoge mate bepaald door de mogelijkheden die er binnen een bepaald productieproces zijn om arbeidsdeling (specialisatie) en een verhoogde kapitaalintensiteit (bijvoorbeeld de inzet van technologie) toe te passen. Het potentieel voor beide is met name groot in de (maak)industrie en veel beperkter in de dienstensector. Bij persoonlijke diensten in het algemeen en de (verpleeg)zorg in het bijzonder speelt dit des te sterker. De menselijke component blijft daar cruciaal en is voor patiënten van intrinsiek belang. Daarnaast zijn processen in de zorg, vergeleken met die in de industrie, veel minder repetitief en niet op dezelfde manier op te delen in gestandaardiseerde – en veelal geautomatiseerde – componenten.

---

5 We geven hier de uitkomsten voor werkzame personen; de uitkomsten per uur geven (door de daling in het gewerkte aantal uren buiten de zorg) een nog iets sterker beeld. De toename in toegevoegde waarde tussen driejaarlijkse gemiddelden voor 1996 en 2018 bedraagt in dat geval voor de zorg 4 procent en voor de economie als geheel 26 procent. Een beperkte nuance hierbij is nog dat waar we in economische analyses de groei in arbeidsproductiviteit afmeten aan gegenereerde inkomens ('toegevoegde waarde'), we in relatie tot de zorg veeleer geïnteresseerd zijn in het volume aan zorg dat met de beschikbare middelen wordt 'geproduceerd'. Immers, dat bepaalt hoeveel zorg mensen kunnen gebruiken. Nemen we ook het zorgvolume in overweging, dan is de toename van de arbeidsproductiviteit in de zorg groter: voor driejaarlijkse gemiddelden tussen 1996 en 2018 nam die toe met 13 procent. Het grote verschil met de markt blijft echter onveranderd.

6 CPB 2021 (kerngegevenstabel arbeidsproductiviteit bedrijven (per uur)).

**Figuur 7.1** Toegevoegde waarde per werkende in de zorg, industrie en in de gehele economie, relatief ten opzichte van 1995 (1995=100)




Bron: CBS, Statline (Nationale Rekeningen).

Er is maar beperkt internationaal vergelijkend onderzoek beschikbaar, maar het onderzoek dat er is suggereert dat Nederland niet uniek is. Zo blijkt uit een studie in het Verenigd Koninkrijk dat de productiviteitsgroei in de zorg daar voor de periode 1995-2016 beperkt is, namelijk 7 procent.[7] Een vergelijkende analyse in een aantal andere – vooral Angelsaksische – landen laat een vergelijkbare beperkte groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg zien, in sommige gevallen kromp deze zelfs.[8] Dit geeft aan dat de beperkte productiviteitsgroei in de Nederlandse zorg in de afgelopen 25 jaar geen specifieke eigenschap van het Nederlandse zorgstelsel is. Het geeft ook aan dat de wereldwijde en toch behoorlijk vergaande technologische veranderingen in de afgelopen decennia het patroon van beperkte productiviteitsgroei niet wezenlijk hebben kunnen veranderen.

### *Productiviteitsgroei door technologie en e-health*

In hoofdstuk 2 zijn we ingegaan op de invloed van technologische ontwikkelingen op houdbaarheidsvragen. Duidelijk werd dat die invloed kan bestaan uit medisch-technologische ontwikkelingen en uit ontwikkelingen op het gebied van faciliterende technologieën (bijvoorbeeld *e-health*), ofwel procestechnologieën ofwel procesinnovaties – het gaat dan namelijk om innovaties die niet

7 Charlesworth 2019.
8 Sheiner en Malinovskaya 2016.

zozeer de aangeboden zorg veranderen (zoals bij een nieuw medicijn), maar vooral de manier waarop die zorg wordt aangeboden. Waar de eerste categorie een sterk kostenverhogend effect op de zorg heeft, is het beeld bij de tweede categorie diffuser. Tot op heden lijken verwachtingen niet waargemaakt, maar dat laat onverlet dat dergelijke technologieën in de toekomst in beginsel een positieve invloed zouden kunnen hebben op de houdbaarheidsvragen. We gaan hier nader in op de kansen en belemmeringen rondom de inzet van faciliterende technologieën en op hun potentiële rol bij de houdbaarheid van de zorg in de toekomst.

Het toepassen van digitale informatie- en communicatietechnologieën (ICT) kan de zorg in potentie ondersteunen of verbeteren.[9] Hierdoor zouden behandelingen steeds meer op afstand kunnen plaatsvinden en kunnen ouderen of andere zorgbehoevenden langer thuis wonen. Denk bijvoorbeeld aan GPS-trackers of zogenoemde dagstructuurrobots die mensen met dementie helpen herinneren dat ze hun medicijnen in moeten nemen of die een bericht uitspreken van een mantelzorger.[10] De toepassing van ICT kan ook aangrijpen op de toegankelijkheid van de zorg, bijvoorbeeld door monitoring op afstand via op het lichaam gedragen sensoren. Denk aan de 'slimme pleister' die hartslag, ademfrequentie en temperatuur kan meten. ICT kan tevens de kwaliteit van de zorg verhogen doordat ze bijvoorbeeld integrale zorg dichterbij brengt.[11] Denk aan interactie met de huisarts rondom thuiszorg en integratie van het aanbod. In beginsel kan dat kosten besparen, bijvoorbeeld doordat het mogelijk wordt om de dure tweedelijnszorg naar de goedkopere eerste lijn te verplaatsen. Zulke innovaties hebben op die manier de potentie om de zorg efficiënter en minder arbeidsintensief te maken.[12] Juist in de ouderenzorg zou dit soelaas kunnen bieden gezien het arbeidsintensieve karakter ervan en de toenemende druk daarop vanwege vergrijzing en personeelstekorten. In een land als Japan wordt al flink ingezet op robotica en domotica en worden technologische ontwikkelingen gezien als een manier om de langdurige zorg duurzaam te organiseren.[13] Verder heeft de coronacrisis in delen van de zorg het gebruik van *e-health* aangejaagd, omdat juist door die crisis de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen en chronisch zieken onder druk is komen te staan en de behoefte om zorg op afstand te kunnen bieden, is toegenomen (box 7.1). De vraag is wel of die effecten beklijven.

---

9 Nictiz en Nivel 2019.
10 Zie Van der Meulen 2020.
11 Velez Lapao en Dussault 2017.
12 Ishiguro 2018; Dethlefs en Martin 2006.
13 Ishiguro 2018; Kruse et al. 2021.

**Box 7.1 *E-health* en corona**

Uit onderzoek van het Nivel onder meer dan 1.400 huisartsenpraktijken blijkt dat drie kwart van de huisartsenpraktijken meer gebruik is gaan maken van *e-health*toepassingen.[14] De allergrootste stijger is het beeldbellen, maar ook worden herhaalrecepten nu aanzienlijk vaker online aangevraagd. Tijdens de coronapandemie is 64 procent van de huisartsenpraktijken voor het eerst met patiënten gaan beeldbellen. Daarvan geeft een kwart aan dit ook na de pandemie intensiever te blijven inzetten. Dat geeft aan dat op dit punt een terugval te verwachten is. De toename van het gebruik van *e-health* werd als een grote 'administratieve last' genoemd en het werken met e-consulten of beeldbelconsulten werd juist niet als tijdbesparend gezien[15]. Een initiatief met zuurstofgebruik thuis, waarbij ook telemonitoring werd ingezet bij COVID-19-patiënten uit het Maasstadziekenhuis in Rotterdam, bleek veilig en patiëntvriendelijk en resulteerde in een reductie van de ligduur en de kosten[16].

*Barrières voor e-health en digitale zorg*

Nederland doet het wat het invoeren van de digitale zorg aangaat, minder goed dan landen als Spanje, Portugal, Engeland en Zweden. Op de Digital Health Index staat Nederland op de achtste plaats. In een recent advies over de toekomstbestendigheid van de zorg ziet de Sociaal-Economische Raad (SER) dan ook belangrijke kansen voor *e-health*.[17] Gebruik van deze technologie kan gezondheidswinst opleveren door betere en tijdige zorg. Daarnaast kan de technologie de positie van de patiënt verstevigen, tot meer werkplezier onder professionals leiden, tot betere informatieoverdracht en tot minder administratieve regeldruk. Ontwikkelingen als kunstmatige intelligentie (AI) en *big data* kunnen de zorg meer op maat maken. Zo kan telemonitoring zelfmanagement ondersteunen en *virtual reality* kan een alternatief bieden voor conventionele zorg.[18]

14 Van Tuyl et al. 2020a.
15 Meurs et al. 2020a
16 Herwerden et al. 2021
17 SER 2020.
18 SER 2020.

De Algemene Rekenkamer signaleert echter een aantal typen belemmeringen voor een wijdverbreide implementatie van *e-health* in de ouderenzorg. Deze belemmeringen spelen op meerdere niveaus en hangen onderling samen[19]:

- *Menselijke belemmeringen*: het ontbreekt zorggebruikers en -aanbieders regelmatig aan tijd, kennis en vaardigheden, of aan een organisatiebrede visie op *e-health*;
- *Technische belemmeringen*: er is vaak een *mismatch* tussen de ontwikkeling van digitale zorgtoepassingen en de daadwerkelijke gebruiksmogelijkheden in de zorg (bijvoorbeeld te ingewikkelde toepassingen voor simpele problemen); ook is vaak niet duidelijk wat de effectiviteit van de zorgtoepassing is, wat het lastig maakt om te kiezen uit de veelheid aan digitale zorgtoepassingen;
- *Financiële belemmeringen*: *e-health* kan niet altijd via de reguliere tarieven worden gedeclareerd omdat er een betaaltitel ontbreekt; ook zijn zorgaanbieders soms onbekend met de financieringsmogelijkheden die er wel zijn.

Dergelijke belemmeringen spelen niet alleen in de ouderenzorg, maar zorgsectorbreed. Als belangrijke belemmeringen noemt de SER bijvoorbeeld ook onbekendheid met *e-health*-technologie bij patiënten en professionals, een gebrek aan standaardisering in de gegevensuitwisseling, bekostigingskwesties en een gebrek aan regie.[20] Gevolg is dat initiatieven vaak blijven steken in pilots, proeftuinen en lokale initiatieven. Er is volgens de Rekenkamer vooral behoefte aan domeinoverstijgende vormen van bekostiging en aan de mogelijkheid om van anderen te leren. Dit sluit aan bij aanbevelingen van de RVS en de NZa.[21] De NZa wil digitale zorg stimuleren door een meer integrale benadering en bekostiging van de zorgvraag en door in de contractering afspraken te maken over de inzet van digitale zorg, met name bij grote volumes zoals polibezoeken.[22] Een ander idee is het eigen risico voor de digitale zorg lager te maken om de bestaande zorgvraag via digitalisering te kanaliseren.[23] De SER identificeert een aantal randvoorwaarden voor succes. De ICT-infrastructuur binnen de zorgsector moet op orde zijn (naast een goed functionerend Elektronisch Patiënten Dossier – EPD – een veilige en bruikbare Persoonlijke Gezondheidsomgeving – PGO). Pas daarna kunnen data beter benut worden voor nieuwe toepassingen als AI. Dit vergt ook regulering en goede voorbeelden en bovenregionale en thematische samenwerking zullen nodig zijn om landelijk op te kunnen schalen.[24] Maar bovenal dienen zorgprofessionals betrokken te worden bij de digitalisering van

19 Algemene Rekenkamer 2020c.
20 SER 2020.
21 RVS 2020b, 2020c; NZa 2020a.
22 Zorgverzekeraars hebben dit voor een gedeelte al opgepakt, zie ICT & Health 2021; en Gibbels 2012.
23 NZa 2021.
24 SER 2020.

de zorg, bijvoorbeeld door meer aandacht voor *e-health* in de zorgopleidingen en specifieke aandacht voor de bevolkingsgroepen die in digitaal opzicht niet mee kunnen komen. De SER concludeert dan ook dat de verwachtingen van de digitale transformatie in de zorg hooggespannen zijn, vooral ten aanzien van *blended care* (conventionele zorg combineren met digitale technologie), maar dat de feitelijke opbrengst achterblijft. Waar digitalisering in andere sectoren grote consequenties heeft voor kernprocessen, verdienmodellen en arbeidsproductiviteit, is dit in de zorg slechts beperkt zichtbaar.[25] Er is in Nederland al veel beleidsenergie en geld gestoken in het stimuleren van *e-health*, maar het gebruik ervan nam in ieder geval tot voor de COVID-19-pandemie nog geen hoge vlucht.[26] Ook is de technologie nog maar beperkt geïntegreerd in de reguliere zorgprocessen.

### *Invloed van e-health op productiviteitsgroei*

Er is een brede adviesliteratuur over (het wegnemen van) de barrières voor *e-health*. De fundamentele vraag waar we voor staan, is echter: als het zou lukken de barrières voor *e-health* weg te nemen, wat zijn dan de te verwachten effecten op de arbeidsproductiviteit, en daarmee op de personele en financiële houdbaarheid? Het antwoord op die vraag is moeilijk te geven; het hangt immers ten dele af van toekomstige, nog te ontwikkelen technologieën waarvan de schaal en reikwijdte op dit moment nog ongewis zijn. Een ander algemeen probleem is een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over de werkzaamheid en doelmatigheid van innovatieve interventies in de zorg.

Niettemin is er wel onderzoek gedaan naar deze vraag. Daarbij is bijvoorbeeld gekeken naar voorbeelden van innovaties waarbij het is gelukt om de genoemde technische, menselijke en financiële barrières ten minste ten dele te doorbreken, en de technologie te implementeren. In de meeste gevallen staan in dergelijk onderzoek de effecten van technologie op de zorgkosten centraal, in sommige gevallen gaat het ook om de effecten op de inzet van personeel.[27] Waar het lukt om *e-health* succesvol in te voeren, zijn er zeer wisselende effecten op de resulterende kosten. Op het personele vlak doemt geen consistent beeld op dat de inzet van personeel is afgenomen of de arbeidsproductiviteit is toegenomen. Wel worden reële winsten behaald op het gebied van de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg, en patiënten zijn veelal tevreden[28], maar dat betekent niet dat de doelmatigheid of arbeidsproductiviteit vanzelfsprekend omhoog

25 McKinsey Global Institute 2016.
26 Nictiz en Nivel 2019, en zie eerdere *e-health* monitors.
27 Voor een aantal metastudies zie bijvoorbeeld Elbert et al. 2014; Mistry 2012; Steventon et al. 2013; Sanyal 2018; Velez Lapao en Dussault 2017.
28 Zie bijvoorbeeld ook Meurs et al. 2020a.

zijn gegaan. Ook hier geldt dat dit resultaat niet specifiek is voor Nederland, het geldt voor diverse westerse landen. Een belangrijke factor die de inzet van technologie in algemene zin – niet alleen in de zorg – belemmert, is het gebrek aan digitaal geschoold personeel (zie ook eerder in deze paragraaf).[29] Gezien vanuit het perspectief van de houdbaarheid van zorg, versterken deze empirische resultaten het eerdere historische beeld: het blijft zeer moeilijk om de productiviteitsgroei in een arbeidsintensieve sector als de zorg structureel te verhogen.
Uit recent onderzoek van het Nivel blijkt dat de Nederlandse bevolking overwegend positief is over de inzet van *e-health*. Tegelijkertijd heeft de coronapandemie er niet toe geleid dat het beeld dat Nederlanders hebben ten aanzien van de meerwaarde van digitale toepassingen in de zorg – bijvoorbeeld ten aanzien van het contact met de zorgverlener, de kosten van de gezondheidszorg en de zorg dichterbij huis –, positiever is geworden. Bovendien zijn zij als gevolg van de pandemie negatiever gaan denken over de bijdrage die *e-health* kan leveren aan de kwaliteit van de zorg en aan het beter onder controle houden van de gezondheid.[30] De fundamentele beperking van *e-health* in de zorg blijft het grote belang dat patiënten hechten aan de menselijke component, aan tijd en aandacht van een mens. Dit raakt aan maatschappelijke houdbaarheidsvragen. Uit een kennissynthese van het SCP over de zorg voor thuiswonende ouderen blijkt dat mensen de inzet van technologie accepteren als het gaat om diagnostiek, terwijl ze weerstand hebben tegen de inzet van zorgrobots wanneer deze intermenselijke contacten gaan overnemen.[31] De behoefte aan de menselijke component maakt dat de inzet van technologie in de zorg – en bijvoorbeeld ook in het onderwijs – wezenlijk anders is dan procesinnovaties in bijvoorbeeld de industrie.[32] In de laatste sector is de kern van de innovatie veelal tijdsbesparing, terwijl tijdsbesparing in de zorg vaak niet als wenselijk gezien wordt. Daarmee blijft er een belangrijke barrière voor de inzet van arbeidsbesparende technologie in de zorg, en daarmee voor het potentieel voor productiviteitsgroei door deze technologie.

Dat betekent niet dat er geen winst te behalen valt. De coronacrisis heeft laten zien dat het potentieel voor een grootschaliger inzet van bijvoorbeeld videoconsulten groot is (box 7.1). Het betekent echter wel dat over de brede linie voorzichtigheid betracht moet worden om daarvan grote effecten te verwachten voor de efficiëntere inzet van personeel. Alles overziend komen wij tot de conclusie dat van de inzet van faciliterende technologie als *e-health* weliswaar

---

29 Zie bijvoorbeeld OECD 2019a , 2019d: ondanks toenemende digitalisering neemt de arbeidsproductiviteit in OECD-landen in algemene zin af. Nederland heeft weliswaar een hoge internetdichtheid, maar loopt Europees gezien achter voor wat betreft digitaal geschoold personeel.
30 Meurs et al. 2020b.
31 De Klerk et al. 2019; PWC 2017.
32 Polder 2018.

een bijdrage verwacht mag worden in termen van productiviteitsgroei, maar dat er geen goed bewijs is dat de arbeidsproductiviteit hierdoor zodanig kan toenemen dat opgaven rondom personele houdbaarheid opgevangen kunnen worden. Er zijn bemoedigende voorbeelden en het is natuurlijk nooit zeker welke technologie in de verdere toekomst ontwikkeld gaat worden, maar de impliciete verwachting dat met de inzet van technologie een substantiële nog ongerealiseerde productiviteitsgroei simpelweg voor het oprapen ligt, is meer gebaseerd op hoop dan op bewijs. Dat neemt niet weg dat werkgevers en beleidsmakers in de zorg alles op alles moeten zetten om op zoek te gaan naar minder arbeidsintensieve inrichtingen van hun werkprocessen; een aantal recente adviezen biedt daarvoor handvatten.[33] Net als met betrekking tot de middelen (zie hoofdstuk 6) zal er ook met betrekking tot de mensen naar doelmatigheid in de zorg moeten worden gestreefd.

**Kernpunten Arbeidsproductiviteit, technologie en houdbaarheid**

- Historisch gezien blijft de productiviteitsgroei in de zorg achter bij die in de bredere economie. Dit is een gevolg van de hoge arbeidsintensiteit en de aard van het 'product' zorg.
- Het patroon van deze beperkte productiviteitsgroei in de zorg is de afgelopen decennia niet veranderd, ook niet onder invloed van de vergaande technologische veranderingen in die periode.
- Er is potentieel voor de inzet van faciliterende technologie als *e-health* voor productiviteitsgroei, maar het is niet aannemelijk dat deze de opgaven rondom personele houdbaarheid in de nabije toekomst afdoende kan matigen.

## 7.2 Arbeidsmarktbeleid in de zorg – inzetten op meer personeel

Naast een inzet op de arbeidsproductiviteitsgroei kan een aantal andere beleidsrichtingen helpen om de personele tekorten in de zorg aan te pakken door het aantal mensen en vooral het aantal uren te verhogen. We kijken, zoals gezegd, naar drie sporen: (1) behoud van personeel, (2) verleiden tot een hogere arbeidsdeelname en (3) werving van nieuw personeel. Een andere beleidsoptie om de arbeidsdeelname in de zorg te verhogen, is de beloning van zorgpersoneel. Deze richting kan aangrijpen op zowel de werving als het behoud van zorgpersoneel en is een vierde spoor waarnaar we in deze paragraaf kijken.

33 Algemene Rekenkamer 2020; SER 2020; RVS 2020b, 2020c; NZa 2020a.

### 7.2.1. Behoud van personeel: aanpakken werkdruk en uitstroom

Het behoud van personeel betreft eigenlijk niet meer en niet minder dan goed werkgeverschap: door problemen als werkdruk en uitstroom aan te pakken, is het mogelijk de mensen die nu al in de zorg werken, voor die zorg te behouden. In hoofdstuk 3 bleek dat er momenteel aanzienlijke tekorten zijn in delen van de zorg en dat de fysieke en psychische belasting in deze sector het capaciteitsprobleem nog verder versterkt. Met name spelen een bovengemiddeld ziekteverzuim en een hoge uitval door burn-out. Bijna de helft van de werknemers in de zorg vindt de werkdruk te hoog of zelfs veel te hoog.[34] Uit een vragenlijstonderzoek van het Nivel onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners werkzaam in de directe patiëntenzorg (zie box 3.6 in hoofdstuk 3) kwam naar voren dat bijna een kwart vindt dat ze in een 'crisissituatie' werken en te veel te snel proberen te doen. Ook geven ze aan veel tijd kwijt te zijn aan registratie en verslaglegging, waardoor de perceptie van een verhoogde werkdruk en verminderde professionele autonomie toeneemt. De uitstroom uit de zorgsector is dan ook relatief hoog, met name voor verplegend personeel.[35] Het totale verloop van personeel is hoog in alle zorgsectoren, met uitschieters van tussen de 11 en 12 procent voor verpleging, verzorging en thuiszorg en jeugdzorg.[36] Personeelstekorten versterken deze werkdruk natuurlijk verder en kunnen zo tot een vicieuze cirkel leiden en een nog hogere uitstroom.

Een belangrijk aspect van de personeelsproblematiek betreft de administratieve lasten in de zorg. Zorgpersoneel is te veel – naar schatting 30 procent van de werktijd[37] – tijd kwijt met procesverantwoording en dat gaat ten koste van de patiëntgebonden activiteiten. Zoals ook al bleek uit het Nivel-onderzoek onder verplegend en verzorgend personeel, is dit een belangrijke oorzaak van de hoge werkdruk, minder baantevredenheid en uitstroom. Een grote ervaren administratielast speelt ook bij artsen, getuige acties als 'Meer tijd voor de patiënt' van de Landelijke Huisartsen Vereniging[38] en 'Laat dokters dokteren' van de

---

34 AZW Zorgenquêtes 2018 en 2019. Overigens is wel de perceptie van de mate van zelfstandigheid door het meer zelf kunnen bepalen van werktijden toegenomen. Zie ook https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2016/46/werknemers-in-de-zorg-ervaren-hoge-werkdruk.

35 WRR 2020b.

36 Gemiddeld over de periode 2014-2019 ging het om 10,8 procent in de Verpleging, verzorging en thuiszorg en om 12,1 procent in de Jeugdzorg. Voor de zorg in het algemeen lag dat percentage op 9,4 procent en voor de ziekenhuizen op 6,7 procent (algemene ziekenhuizen) of 7,7 procent (academische ziekenhuizen). Berekeningen op basis van CBS AZW Statline: https://azwstatline.cbs.nl/#/Azw/nl/dataset/24049NED/table?ts=1593595854441 en https://azwstatline.cbs.nl/#/Azw/nl/dataset/24017NED/table?ts=1620042632938.

37 In 2018 lanceerde het ministerie van VWS het actieplan '(Ont)regel de Zorg' waarin verschillende partijen samenwerken om de regeldruk aan te pakken.

38 LHV 2021

Federatie van Medisch Specialisten[39]. Zoals we concludeerden in hoofdstuk 6, is een hoge mate van sturings- en controlemechanismen een afgeleide van de complexiteit van de zorg, bijvoorbeeld door de eisen van zorgverzekeraars, inspecties, risico-aversie en aansprakelijkheidskwesties. Dergelijke mechanismen leiden tot hoge uitvoerings- en administratiekosten en leggen onherroepelijk druk op de personele houdbaarheid. Dit is geenszins een nieuw punt – in veel adviezen in en over de zorg is dit de laatste jaren al naar voren gebracht[40] –, maar niet minder belangrijk om te adresseren.

In het licht van personeelstekorten is er de afgelopen jaren het nodige in werking gesteld om de knelpunten rond werkdruk, uitval en uitstroom van zorgpersoneel te verminderen. We sluiten ons aan bij de recente adviezen van de SER en de RVS dat dit type beleid navolging verdient. Beide raden pleiten voor een stevige inzet op het behoud van personeel door een beter personeelsbeleid te voeren met aandacht voor minder werkdruk en meer ruimte voor autonomie.[41] Ook de Commissie Werken in de Zorg – onder voorzitterschap van Doekle Terpstra – pleit hiervoor. Kortom, de arbeidstevredenheid in de zorg moet omhoog. Zorgverleners zouden meer ruimte moeten krijgen voor de zorg voor patiënten. Zij missen nu veelal de zeggenschap om zelf vorm te geven aan de zorg die ze leveren, maar ook invloed op hun eigen werktijden en werkprocessen.[42] De WRR pleitte eerder al voor meer 'grip op werk' voor professionals in de zorg (en daarbuiten).[43] Belangrijke middelen om dit te bereiken zijn: meer autonomie voor de zorgprofessional, meer tijd voor patiënten/cliënten en meer waardering. Met betrekking tot het punt van waardering geeft de RVS aan dat veel verzorgenden en verpleegkundigen een aantrekkelijk loopbaanperspectief missen. Met name voor verzorgenden is de financiële honorering dermate beperkt en hebben zij vaak zulke kleine contracten dat ze vaak niet economisch zelfstandig zijn.[44]

---

39 Medisch Contact 2018.
40 Bijvoorbeeld SER 2020; RVS 2020d.
41 SER 2020; RVS 2020d.
42 RVS 2020d; zie ook https://www.venvn.nl/nieuws/merkbaar-beter-tijd-voor-meer-zeggenschap-op-de-werkvloer/. CNV Zorg en welzijn is samen met de Vereniging voor verplegenden en Verzorgenden (V&VN) het project 'merkbaar beter' gestart, waarin zij werkgevers vijftig interventies aanbieden (bijvoorbeeld trainingen over werkdruk) met als doel de zeggenschap, de werkdruk en het werkplezier in de zorg te verbeteren.
43 WRR 2020b.
44 RVS 2020d.

Inzet op de genoemde punten kan helpen om het verloop te beperken en mensen langer te behouden voor de zorg, en daarmee om de knelpunten te verzachten in de deelsectoren waar de nood nu hoog is. Gezien de omvang van de opgave, is het echter sterk de vraag of het beter behouden van personeel afdoende is om tegemoet te komen aan de toekomstige arbeidsvraag in de zorg. Het verloop in de zorg is immers relatief hoog, maar niet van een andere orde dan in andere sectoren. Zo komt het jaarlijks aantal baanwisselaars in de economie als geheel met ongeveer 12 procent sterk overeen met dat binnen de zorg.[45] Dat suggereert dat er weliswaar potentieel voor verbetering is, maar ook dat dat potentieel grenzen kent.

### 7.2.2. Verleiden van personeel: bevorderen van de arbeidsdeelname in de zorg

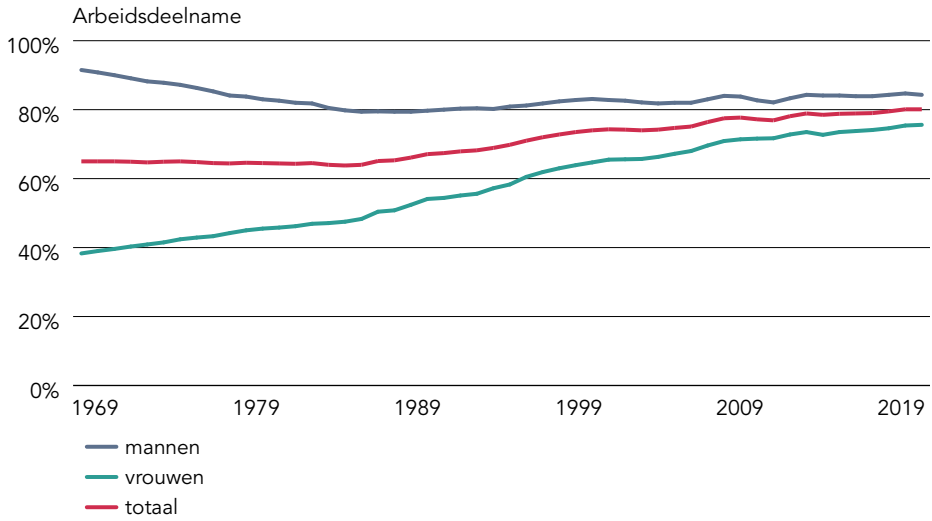
Kunnen we mensen die in de zorg werken, verleiden om meer te gaan werken en kunnen we meer mensen verleiden om in de zorg te gaan werken? We beginnen met die laatste vraag en kijken daarvoor eerst in algemene zin naar de arbeidsparticipatie in Nederland. De gemiddelde participatie in de economie als geheel is sinds midden jaren tachtig structureel gestegen en ligt inmiddels boven de 80 procent (figuur 7.2).[46] Die stijging werd geheel veroorzaakt door de toenemende arbeidsdeelname van vrouwen, terwijl die van mannen stabiel bleef (figuur 7.2). Overigens zeggen deze cijfers nog niets over het aantal uren dat mensen werken: vrouwen werken vaker in deeltijd dan mannen. Maar ze geven wel aan dat, hoewel de arbeidsparticipatie onder vrouwen verder omhoog zou kunnen, het potentieel daarvoor sterk is afgenomen. In het algemeen geldt dat bij een hoge mate van arbeidsparticipatie, zoals op dit moment, een substantiële toename in arbeidsparticipatie ten koste kan gaan van onbezoldigde taken (waaronder mantelzorg), die dan naar de formele markt kunnen worden gedrongen. Dit kan ertoe leiden dat de tekorten in de zorg juist verder oplopen.

---

45 Voor sommige sectoren ligt het lager, bijvoorbeeld industrie (8 procent), openbaar bestuur (7 procent) en onderwijs (8 procent). Voor andere sectoren ligt het (aanzienlijk) hoger, bijvoorbeeld de zakelijke dienstverlenging (20 procent). Berekeningen op basis van CBS: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/71792ned/table?ts=1620045627298.

46 We meten de arbeidsdeelname hier voor 15- tot 65-jarigen. Mede onder invloed van het beleidsstreven naar een verhoogd niveau daarvan wordt deze de laatste jaren gemeten inclusief 65- tot 70-jarigen. Op grond van de levensverwachting en de pensioenleeftijd is die verruiming voor eerdere jaren echter niet relevant en vertekent die de hoogte en ontwikkeling. De actieve beroepsbevolking tussen 65 en 70 is tussen 2000 en 2020 toegenomen van 67.000 naar 278.000 personen en vormt daarmee nog steeds slechts 3 procent van de totale beroepsbevolking (CBS).

**Figuur 7.2** De arbeidsparticipatie van 15- tot 65-jarigen, 1969-2020




Bron: CBS, Statline.

Hoe ziet het beeld naar de toekomst toe eruit? NIDI en CBS komen in hun eindrapport *Verkenning bevolking 2050* tot de conclusie dat krimp van de beroepsbevolking alleen te voorkomen is door een hogere arbeidsdeelname van zowel vrouwen als oudere werknemers en door een hogere arbeidsmigratie.[47] Een hogere arbeidsparticipatie van oudere werknemers zou in de zorg met name van belang zijn omdat in sommige sectoren relatief veel 55-plussers actief zijn, die de komende jaren richting hun pensionering gaan. Dit geldt het meest voor de sector verpleging en verzorging, waar 29 procent van de verplegenden en verzorgenden 55 jaar of ouder is.[48] Op het punt van arbeidsmigratie gaan we in de volgende paragraaf verder in. Hier bespreken we de conclusies met betrekking tot de arbeidsparticipatie van vrouwen.

Gezien het hoge aandeel vrouwen dat in de zorg werkt (circa 80 procent) – waarvan de grote meerderheid (82 procent) in deeltijd[49] – zou een verhoging

47 NIDI en CBS 2021.

48 In de sector zorg en welzijn als geheel is 24 procent van de werknemers 55 jaar of ouder (tegen 20 procent over alle economische activiteiten). Uitschieters naar beneden zijn bijvoorbeeld de jeugdzorg (16 procent) en kinderopvang (12 procent), zie CBS 2020e: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn/3-kenmerken-branches-zorg-en-welzijn

49 De gemiddelde contractgrootte in de zorg is 23,6 uur, 28 procent van de contracten bedraagt 20 uur of minder (zie: Stichting het potentieel pakken 2020; Commissie Werken in de zorg 2020).

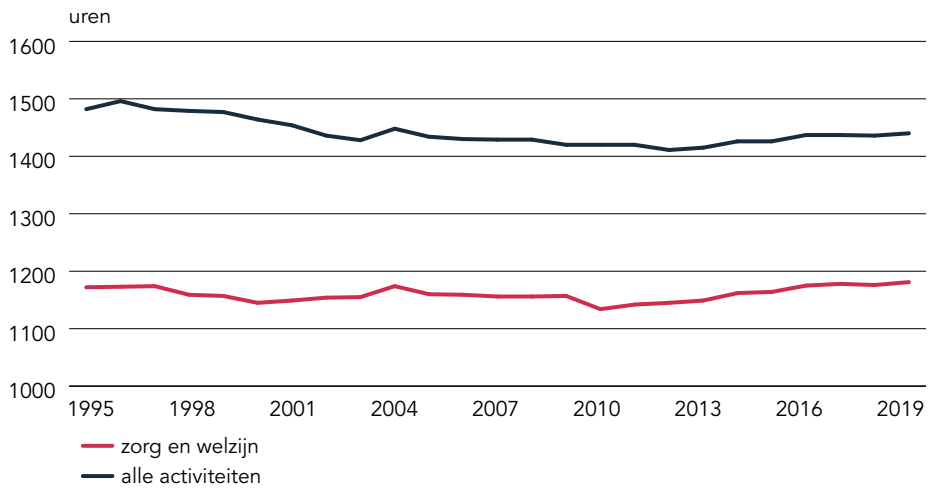
van het aantal gewerkte uren door met name vrouwelijk personeel veel potentie hebben om de personeelstekorten in de zorg aan te pakken. Als het percentage werkende vrouwen in 2050 op hetzelfde niveau ligt als dat van mannen én als het verschil in deeltijdwerk tussen mannen en vrouwen is gehalveerd, zou dit volgens NIDI en CBS een groot effect hebben op de omvang van de beroepsbevolking. Volgens hun berekeningen zou het gaan om tussen de 500.000 en 700.000 fte[50] meer in 2050.[51] Aangezien rond die tijd naar verwachting een op de drie mensen in de zorg moet werken om aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen, gaat het in potentie om rond de 200.000 extra fte's voor de zorg. Deze extra fte's kunnen een substantiële bijdrage leveren aan de personele houdbaarheid in de toekomst, maar zijn in orde van grootte nog beperkt in aantal vergeleken met het geraamde tekort van ongeveer 1,4 miljoen werkenden op dat moment (zie tabel 3.4 in hoofdstuk 3).

Het beleid moet volgens NIDI en CBS dus inzetten op het bijsturen van de demografische ontwikkelingen door te investeren in participatie. Maar hoe realistisch is dit? De arbeidsparticipatie van vrouwen kon in de afgelopen decennia alleen toenemen doordat het beleid onder meer inzette op een gescheiden fiscale behandeling van inkomens en een terugdringing van de lasten op arbeid. Met name die laatste conditie is naar de toekomst toe wellicht weinig realistisch. De stijgende zorgvraag legt immers in toenemende mate druk op de collectieve lasten. Bovendien is het percentage werkenden al zodanig hoog dat er minder potentieel is voor verhoging zonder de rest van het leven onder druk te zetten, zoals de zorg voor kinderen en informele zorg (zie hierboven). Belangrijke randvoorwaarden zijn hier dan ook – zoals ook NIDI en CBS concluderen – beschikbare en betaalbare kinderopvang en veranderingen in de rolverdeling van mannen en vrouwen thuis. Voor het langer doorwerken na de pensioengerechtigde leeftijd geldt eveneens een belangrijke beperking. Gezien het beeld van de werkdruk en uitval in de zorg, zou het voor een groot deel van het (verplegende) zorgpersoneel waarschijnlijk een te zware belasting zijn om langer door te moeten werken. Er zou dan eerst veel moeten veranderen in de arbeidsomstandigheden in deze sector. Van alle medewerkers in de zorg- en welzijnssector is het ziekteverzuim in de categorie verpleging, verzorging en thuiszorg al sinds jaar en dag het hoogst, en vooral onder de zorgwerknemers van 55 jaar en ouder is het ziekteverzuim hoger dan onder de jongere zorgwerknemers.[52]

---

50 Fte staat voor fulltime-equivalent en geeft het aantal voltijds werkende personen aan.
51 NIDI en CBS 2021.
52 Zie bijvoorbeeld https://transvorm.arbeidsmarktinbeeld.nl/transvorm-artikel-ziekteverzuim-in-zorg-en-welzijn en https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/12/ziekteverzuim-verpleging-verzorging-en-thuiszorg-stijgt-tot-8-5-procent.

**Figuur 7.3** De ontwikkeling in het aantal gewerkte uren per werkzaam persoon per jaar, in de sector zorg en welzijn en in de totale economie, 1995-2019




Bron: CBS, Statline.

De afgelopen decennia zijn historisch gezien uitzonderlijk. Waar de bevolkingsgroei na 1970 halveerde, van rond 1,2 procent per jaar naar gemiddeld 0,5 procent in de laatste tien jaar, nam vanaf halverwege de jaren tachtig de groei van de beroepsbevolking juist toe (voor 15- tot 65-jarigen van 6,3 naar 9,0 miljoen). Deze groei is voor de helft te verklaren door de toename van de arbeidsdeelname. Nu de groei van de beroepsbevolking naar verwachting ruwweg tot staan komt en het potentieel van de arbeidsdeelname voor een belangrijk deel is verbruikt, komt de eindigheid in beeld van de strategie gericht op een verdere groei van de arbeidsdeelname. Ook het potentieel van een inzet op het aantal gewerkte uren lijkt op de lange termijn realistisch gezien misschien beperkter dan uit de inschattingen van NIDI en CBS naar voren komt. Het aantal uren per arbeidsjaar (2019) ligt in de zorg op 1.181, wat lager is dan in de economie als geheel (1.440). Bovendien is het aantal gewerkte uren in de zorg de afgelopen 25 jaar – een aantal schommelingen daargelaten – constant gebleven (figuur 7.3). Voor de enkele tienduizenden banen die in de komende jaren vervuld moeten worden, biedt het verhogen van het aantal uren per zorgmedewerker wellicht enig soelaas, [53] maar daarbij blijft het probleem dat dit botst met de ontwikkelingen op het gebied van werkdruk en uitval (zie vorige sectie).[54]

53 De stichting Het potentieel pakken zet hierop in door via het initiatief Contractuitbreiding in de zorg de deeltijdfactor terug te dringen (zie: https://www.hetpotentieelpakken.nl ).

54 Vergelijk McKinsey Global Institute 2018.

Bovenal gaat zo'n verhoging in tegen de trend dat het aantal uren per werkende in de gehele economie in de afgelopen 25 jaar structureel is afgenomen. Met het verder stijgen van de welvaart neemt de relatieve waarde van werk en inkomen af en die van vrije tijd toe. De zorg zal waarschijnlijk moeilijk aan die trend kunnen ontsnappen.

Het vergroten van het arbeidsaanbod wordt verder bemoeilijkt door de algemene trend op het gebied van de fiscale lasten en de verdeling daarvan. Na vanaf 1994 te zijn teruggedrongen, nemen sinds 2005 de collectieve lasten in Nederland opnieuw structureel toe, niet in de laatste plaats onder invloed van de tot 2013 snel gegroeide zorguitgaven.[55] Het aandeel van belastingen en wettelijke premies in het bruto binnenlands product (BBP) is toegenomen van 35 procent in 2005 tot ruim 39 procent nu; daarmee is het terug op het niveau van 1976 en dat van 1989-1990 (zie hoofdstuk 3 en figuur 3.5 voor meer detail). Door het effect dat hogere lasten hebben op de groei van het arbeidsaanbod is de uitruil tussen financiële druk en personele houdbaarheid hier direct: naarmate de zorguitgaven, en daarmee de lasten, toenemen, zal het moeilijker worden om te voorzien in een groei van het arbeidsaanbod die tred houdt met die lastenstijging.

Een bijkomend probleem is dat de marginale druk op arbeid – het deel van de stijging van het bruto-inkomen dat niet resulteert in een toename van het besteedbaar inkomen – in Nederland over de tijd een steeds vlakker verloop heeft gekregen, waardoor deze ook voor lagere inkomens relatief hoog is. Concreet leidt dit ertoe dat extra werken al vanaf 23.000 euro per saldo minder dan de helft oplevert.[56] Een meer gradueel verloop zou met het oog op de toekomst ruimte kunnen bieden. Empirisch onderzoek ondersteunt het idee dat de huidige situatie de arbeidsmarktefficiëntie van het stelsel vergroot: een stijging van de tarieven aan de bovenkant van de inkomensverdeling heeft maar een beperkt effect op het aantal uren per werkende, terwijl de stijging van de tarieven aan de onderkant werken juist aanzienlijk ontmoedigt.[57] Zoals we in hoofdstuk 3 reeds opmerkten, heeft een verhoging van de marginale belastingdruk vooral effect op de beslissing om meer of minder uren te werken.

---

55 Hoewel dit een integrale budgettaire afweging betreft, zou een lagere groei van de collectieve zorguitgaven *ceteris paribus* hebben geleid tot ofwel een lagere collectievelastendruk, ofwel hogere overige uitgaven en publiek diensten.

56 Zie Ministerie van Financiën 2019. De marginale belastingdruk neemt vanaf een persoonlijk bruto-inkomen van rond 13.000 euro steil toe tot een niveau van 55 procent vanaf 25.000 euro. Vanaf dit punt blijft deze vlak tot een inkomen van net boven de 60.000 euro. Het niveau stijgt dan tot 60 procent, waarna vanaf 100.000 euro een geleidelijke daling volgt.

57 Jongen et al. 2015. Zie ook Commissie van Dijkhuizen 2013.

Onderzoek laat daarbij zien dat de reacties op financiële prikkels enorm uiteenlopen en dat de effectiviteit van die prikkels dus sterk samenhangt met een gerichte vormgeving.[58] Generieke lastenverlichting doet relatief weinig; de arbeidsparticipatie van alleenstaanden en van mannen in samenwonende stellen is relatief ongevoelig voor financiële prikkels. De arbeidsparticipatie van moeders met jonge kinderen daarentegen is daar wel relatief gevoelig voor.[59] Verder blijkt het effectiever te zijn om de keuze om al dan niet te werken te beïnvloeden dan die om het aantal uren of dagen werk te vergroten. Beleid dat het inkomensverschil tussen werken en niet werken vergroot, zoals het verhogen van de arbeidskorting aan de onderkant of het beperken van inkomensondersteuning voor lagere inkomens, levert relatief veel participatie op. Daar staan dan wel een toename in de inkomensongelijkheid en bredere sociale effecten (zoals wederom die in de mantelzorg) tegenover. Tot slot hebben de abrupte effecten van het toeslagenstelsel een remmend effect op het aantal gewerkte uren. Een hogere beloning als instrument om de urenkeuze in de zorg te verhogen leidt er in de huidige situatie toe dat verplegenden en verzorgenden minder kinderopvangtoeslag, zorgtoeslag en huurtoeslag ontvangen en er per saldo weinig of zelfs niets op vooruit gaan.

De effectiviteit van beleid gericht op verhoging van de arbeidsparticipatie in de zorg heeft zo even veel te maken met algemene vraagstukken van de Nederlandse arbeidsmarkt als met een specifieke situatie in de zorg. Een andere inrichting van de fiscale prikkels zou juist zorgpersoneel ertoe kunnen verleiden meer uren te maken – daar zit immers de meeste ruimte. Daar staat tegenover dat, mede door de zorguitgaven, de overkoepelende fiscale lasten vermoedelijk onder druk zullen blijven staan. Daarnaast blijft aanpassing van het verloop van de marginale druk een politieke afweging, waarbij de brede verdelingseffecten die inherent zijn aan een dergelijke verschuiving, van groot belang zijn.

### 7.2.3. Werving van nieuw personeel in de zorg

Naast het behouden en verleiden van bestaand personeel in de zorg, is het verleiden van nieuwe groepen om in deze sector te gaan werken een derde mogelijkheid om de arbeidsdeelname te verhogen. Voor deze optie geldt natuurlijk dat de eerder in deze paragraaf genoemde aspecten als werkomstandigheden en loopbaanperspectief net zo goed van groot belang zijn.

---

58 Jongen et al. 2011; Jongen et al. 2015. Zie ook De Boer et al. 2014; Blau en Kahn 2007; Saez et al. 2012.

59 Mastrogiacomo et al. 2011.

*Een grotere inzet op mantel- en informele zorg*

Een eerste mogelijkheid om nieuw personeel aan te trekken is om de toekomstige vraag naar verplegenden en verzorgenden in toenemende mate te laten opvangen door onbezoldigde mantelzorgers. Deze optie kent evenwel vergaande beperkingen (zie hoofdstuk 2), waaronder gebrek aan kwalificaties. Inmiddels verlenen meer dan 4 miljoen Nederlanders van boven de zestien in enige mate mantelzorg en voorzien zij 750.000 mensen van informele zorg, die zowel langdurig als intensief is.[60] Niet alleen is er reden om te twijfelen aan de ruimte om deze inzet nog verder op te voeren, ook maken mantelzorgers in belangrijke mate deel uit van de groep waaruit de formele zorgverleners geworven moeten worden. Bovenal echter neemt het demografisch potentieel voor mantelzorgers snel af, met name in sterk vergrijzende krimpregio's (zie hoofdstuk 2). Ook dit is een internationaal gedeelde trend waarvan de consequenties al geruime tijd duidelijk zijn. In een analyse uit 2010 spreken demografen Herrmann, Michel en Robine van een "dramatic decline in informal care resources available to the oldest old".[61]

Om aan de toenemende zorgvraag tegemoet te komen, zouden daarom andere groepen moeten kiezen voor een opleiding en baan in de zorg, zoals meer jongeren en mannen. Daarnaast zouden werkgevers zich kunnen inspannen om extra personeel ook uit andere sectoren aan te trekken. Van belang hierbij is dat opleidingen in de zorg aantrekkelijker worden gemaakt. Een andere optie is nog om zorgpersoneel uit het buitenland in te zetten. Beide opties – het aantrekkelijker maken van opleidingen in de zorg en het aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland – werken we hieronder nader uit.

*Aantrekkelijker maken van opleidingen in de zorg*

De afgelopen jaren heeft de overheid het nodige gedaan om knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg te verminderen. Bijvoorbeeld door gericht personeel te werven en te stimuleren, zoals binnen het Actieprogramma Werken in de Zorg, maar ook op het vlak van opleidingen. De uitstroom uit de mbo- en hbo-opleidingen verpleegkunde is toegenomen van een min of meer constant niveau van rond 6.300 per jaar tot 2013 naar 10.000 sinds 2018.[62] Onder

60 De registratiecriteria in de onderliggende enquête zijn 'meer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week'.

61 Herrmann et al. 2010.

62 Het gemiddelde voor 2005 (vroegst beschikbare data) en 2013 bedroeg 6.333. Voor het schooljaar 2016-2017 was de uitstroom 9.380. Het aantal geslaagden in de medische sector is, mede onder invloed van beperkende maatregelen bij de toelating, sinds 2012 echter gedaald van 3.742 naar 2.717 (2018). Zie: CBS, Statline: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/19/meer-verpleegkundigen-afgestudeerd; https://www.CBS.nl/nl-nl/nieuws/2019/19/aantal-verpleegkundigen-toegenomen.

andere hierdoor neemt de in de zorg gerealiseerde werkgelegenheid opnieuw toe (in uren sinds 2016, in mensen vanaf 2017), stijgt de instroom in banen en zorgopleidingen en is het tekort voor de komende jaren wat minder omvangrijk dan eerder werd verwacht. Voor de lange termijn is het echter sterk de vraag of, gegeven de omvang van de opgave (zie tabel 3.4) en de geschetste demografische ontwikkelingen, een blijvende grootschalige inzet op het aantrekkelijker maken van opleidingen soelaas biedt. Immers, ook vanuit andere (publieke) sectoren blijft de vraag naar arbeid groot.

Overigens is hier niet alleen het kwantitatieve aspect van belang – het vergroten van de uitstroom uit de opleidingen –, maar ook het kwalitatieve (zie de inleiding van dit hoofdstuk). Zo is er in toenemende mate aandacht voor zogenoemd *skillmix*-beleid: het optimaliseren van de samenstelling van het personeelsbestand naar functies en competenties. De coronacrisis heeft laten zien dat hier meer mogelijk is dan vooraf gedacht; denk aan de inzet van geneeskundestudenten voor het onder supervisie verrichten van bepaalde zorghandelingen.[63] Meer in het algemeen is taakherschikking in Nederland tien jaar geleden ingevoerd en inmiddels is in elk zorgdomein een vorm van taakherschikking aanwezig.[64] Het gaat daarbij bijvoorbeeld om beroepen als verpleegkundig specialisten en *physician assistants* die taken van artsen overnemen. Taakherschikking wordt beschouwd als een belangrijk instrument om de 'juiste zorg op de juiste plek' te realiseren. Uit diverse onderzoeken blijkt dat taakherschikking leidt tot positieve effecten in termen van toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid, maar ook in termen van een hogere werktevredenheid.[65] Tot positieve effecten op de betaalbaarheid heeft ze evenwel (nog) niet geleid, al acht de NZa de bestaande productiegerichte prikkels in het bekostigingssysteem daar medeverantwoordelijk voor.[66]

Een verschijnsel als taakherschikking illustreert echter dat het personeelsvraagstuk in de zorg ook een belangrijke kwalitatieve component kent: het gaat niet alleen om aantallen mensen, deze mensen moeten ook de benodigde vaardigheden hebben, en die kunnen over de tijd veranderen. Meer in het algemeen hebben de in hoofdstuk 2 geschetste dynamiek in ziektebeelden tezamen met de in hoofdstuk 6 besproken ontwikkelingen rondom complexiteit en

63 Bosveld et al. 2021.
64 Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden, tussen verschillende beroepen. Het doel van taakherschikking is om een doelmatige, kwalitatief goede en toegankelijke zorg te blijven leveren zonder extra kosten. Dit staat benoemd in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg en het rapport van de Taskforce 'Zorg op de juiste plek'.
65 Van Tuyl et al. 2020b.
66 NZa 2019b.

integrale zorg, tot gevolg dat de arbeidsvoorraad niet alleen naar omvang maar ook naar samenstelling toekomstbestendig moet worden gemaakt. Het is niet alleen *meer* mensen inzetten, maar deze ook *anders* inzetten. Dit zal moeten beginnen in het onderwijs, zowel in het initiële onderwijs als in het onderwijs en de bijscholing tijdens de loopbaan. De opleidingen hebben al veranderingen doorgevoerd op dit punt[67], maar de praktijk van de zorg is ook weerbarstig, met een van oudsher vrij rigide en beschermde beroepenstructuur.

### *Het aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland*

Regelmatig gaan er in Nederland stemmen op om buitenlandse zorgmedewerkers aan te trekken. De discussie spitst zich veelal toe op twee verschillende groepen: (1) al in Nederland aanwezige migranten, bijvoorbeeld asielmigranten; en (2) buitenlands zorgpersoneel dat specifiek wordt aangetrokken voor beroepen in de zorg.

De inzet van asielmigranten in de zorg zou tot een win-winsituatie leiden: asielmigranten gaan hierdoor aan de slag, wat hun integratie in Nederland bevordert, en de zorgsector kan zo de arbeidstekorten tegengaan. Er zitten echter haken en ogen aan deze optie, zelfs als asielmigranten in hun land van herkomst al in de zorg werkten of er in ieder geval voor zijn opgeleid; denk aan de lange asielprocedure, taalbarrières en problemen rondom de erkenning van buitenlandse diploma's en werkervaring.[68] Bovendien is de arbeidsparticipatie van vluchtelingengroepen in Nederland gemiddeld genomen zeer laag. Voor zijn meest recente publicatie volgde het CBS een cohort statushouders die in 2014 een verblijfsvergunning kregen. Van dit cohort had medio 2020 43 procent een baan (meestal in deeltijd en met een tijdelijk contract).[69] Drie kwart van hen werkt in de uitzendbranche, de horeca of de handel en slechts weinigen in de zorgsector.[70] Relevant in het licht van de grote oververtegenwoordiging van vrouwen in de zorg is dat vrouwelijke vluchtelingen een beduidend grotere afstand tot de arbeidsmarkt hebben dan mannelijke en dat velen van hen zich (nog) niet oriënteren op die arbeidsmarkt. Ook de absolute aantallen zijn beperkt. In de periode 2014-2017 – op het hoogtepunt van de instroom van asielmigranten – kwamen er bijvoorbeeld in totaal 51.500 vrouwelijke asielzoekers (inclusief nareizigers) naar Nederland. Van hen vond uiteindelijk

---

67 Interdisciplinair onderwijs geneeskunde is in alle curricula doorgevoerd met daarin aandacht voor zich een leven lang te blijven ontwikkelen en samen te blijven werken in (multidisciplinaire) netwerken, zie het Raamplan Artsopleiding 2020 (NFU 2020).

68 Regioplan 2020; Van Liempt en Staring 2020; ACVZ 2021a.

69 CBS 2021.

70 Zie CBS 2020d; ook binnen de totale groep personen met een migratieachtergrond in de beroepsbevolking (15-75 jaar) is het aandeel dat in een zorg- en welzijnsberoep werkt lager dan bij personen met een Nederlandse achtergrond (CBS 2020b).

maar een minderheid een baan, en tot op heden veelal niet in de zorg.[71] Iedere asielmigrant die uiteindelijk in de Nederlandse zorg emplooi vindt, is er natuurlijk één. Toch lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat deze optie – de inzet van asielmigranten – een druppel op een gloeiende plaat zal zijn als het erom gaat de enorme personeelstekorten in te vullen die voor de toekomst in de zorg verwacht worden.

Een andere mogelijkheid is om zorgpersoneel uit het buitenland aan te trekken. De toenemende vergrijzing zorgt in vele westerse landen voor grote tekorten aan artsen en verplegend personeel, waardoor de afhankelijkheid van werving uit het buitenland zal toenemen. Er is dan ook al geruime tijd sprake van migratie van zorgpersoneel zowel binnen de Europese Unie, als van en naar EU-landen, en deze aantallen nemen ook toe.[72] Met name in Frankrijk en Italië, maar ook in het Verenigd Koninkrijk komen veel artsen van buiten de EU.[73] Bovendien vertrekt veel zorgpersoneel ook weer vanuit de EU om in met name Engelstalige landen als de vs, Australië en Canada te gaan werken. In Nederland zijn, in vergelijking met andere Europese landen, gemiddeld weinig in het buitenland opgeleide artsen en verpleegkundigen werkzaam. In 2015/2016 gold dit voor 2 procent van de artsen, tegenover bijvoorbeeld 12 procent in zowel België als Duitsland. Voor verpleegkundigen liggen de aandelen nog lager: van de in Nederland werkzame verpleegkundigen is 0,5 procent in het buitenland opgeleid (tegen een OECD-gemiddelde van 7,4 procent).[74] Er is kortom volop sprake van wereldwijde (circulaire) migratie van zorgpersoneel, maar Nederland blijft daarbij ver achter. Een aantal specifieke belemmeringen kan deze achterstanden ten opzichte van andere landen mogelijk verklaren. Denk aan bijvoorbeeld de relatief grote nadruk in Nederland op kwalificaties en registraties. Ook speelt mogelijk een rol dat tekorten in veel andere landen (nog) veel groter zijn dan in Nederland en dat er weinig landen zijn waar zoveel mensen een opleiding in de zorg hebben voltooid als hier. Dat maakt de behoefte aan buitenlands zorgpersoneel in Nederland tot op heden mogelijk minder urgent dan in andere landen, maar nader onderzoek naar de verklarende factoren voor deze verschillen lijkt gewenst. Volgens de Adviescommissie Vreemdelingenzaken (ACVZ), in haar verkenning *Van asielzoeker naar zorgverlener*, kan een antwoord op de vraag naar de ondervertegenwoordiging van buitenlands zorgpersoneel in Nederland mogelijk bijdragen aan een afname van de personeelstekorten in de zorgsector.[75] Meer in het algemeen zou het

71 Dat is een derde van het totaal: er zijn meer mannen dan vrouwen onder de asielzoekers, zie bijvoorbeeld Razenberg et al. 2018.
72 Wismar et al. 2011; Williams et al. 2020.
73 ILO 2019.
74 OECD 2019c; ACVZ 2021b.
75 ACVZ 2021a.

waardevol zijn te onderzoeken wat er te leren valt van andere landen die al op aanzienlijk grotere schaal personeel uit het buitenland hebben aangetrokken voor en inzetten binnen de zorg. Hebben die landen manieren gevonden om de barrières bij de inzet (zie hieronder) te vermijden of te matigen?

Overigens zorgt de grote uitstroom van zorgmedewerkers in vele landen voor debatten, vanwege het probleem van *braindrain* in de 'zendende' landen.[76] In deze landen spelen immers in veel gevallen vergelijkbare problemen rondom personeelstekorten in de zorg doordat ook daar de vergrijzing en de vraag naar zorg toenemen. In Midden- en Oost-Europese landen ontstonden ten tijde van de coronacrisis bijvoorbeeld grote problemen omdat zoveel zorgmedewerkers voor de coronapandemie naar het buitenland waren vertrokken.[77]

Veel aandacht gaat in deze debatten uit naar het aantrekken van buitenlands zorgpersoneel in de curatieve zorg, maar de knelpunten in de langdurige zorg nopen veel landen eveneens tot deze strategie. Naast een tekort aan zorgverleners en een hoog personeelsverloop in de zorginstellingen, is een andere reden in veel landen om buitenlands personeel aan te trekken dat er een steeds groter tekort is aan informele zorgverleners in de zorg voor ouderen thuis. Uit een voor dit rapport uitgevoerde internationale vergelijking naar de houdbaarheid van de langdurige ouderenzorg komt naar voren dat deze situatie bijvoorbeeld speelt in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.[78] In het Verenigd Koninkrijk, waar grote personeelstekorten bestaan in de langdurige zorg, werken veel buitenlandse arbeidskrachten in deze sector. Vanwege de Brexit staat het migratiebeleid er echter onder druk. Ook de Duitse casus springt in het oog. Migranten, voornamelijk uit Polen, vormen hier een groot aandeel in zowel de formele (verpleeghuiszorg) als de informele zorg. Veelal gaat het om vrouwen van middelbare leeftijd die tegen lage lonen werken, lonen die desalniettemin hoger zijn dan in hun land van herkomst. Er is geen toezicht op deze zorg, noch op de arbeidsomstandigheden van deze werknemers. Door de grote vraag naar zorg en het tekort aan zorgverleners worden deze praktijken gedoogd. Dit geldt met name voor de rurale gebieden, waar de nood het hoogst is. Dit is des te meer opvallend omdat Duitsland aan de migranten die officieel in de langdurige zorg werken hoge eisen stelt, zoals een goede beheersing van de Duitse taal, inclusief de professionele terminologie, en het behalen van een beroepskwalificatie volgens de Duitse standaarden.

---

76 Adovor et al. 2021.

77 NRC Handelsblad 2020, beschikbaar op: https://www.nrc.nl/nieuws/2020/11/26/corona-legt-artsentekort-midden-europa-bloot-a4021537.

78 Kruse et al. 2021.

Japan is hier eveneens een interessante casus. Het toestaan van immigratie is in dit land een gevoelig thema en de Japanse politiek omarmt technologische innovatie graag als alternatief. Deskundigen zijn echter tot de conclusie gekomen dat technologische oplossingen alleen niet toereikend zijn voor de grote tekorten aan zorgpersoneel. Daarom biedt Japan sinds vorig jaar zorgprofessionals uit het buitenland permanente verblijfsvergunningen aan. Wel is vereist dat deze migranten op hoog niveau Japans spreken, de 'regels voor het dagelijks leven' kennen en het Japanse *care professional*-diploma behalen voordat ze aan het werk kunnen. Deze hoge eisen zijn belangrijk voor de publieke acceptatie maar zorgen er tegelijkertijd voor dat het aantal buitenlandse zorgmedewerkers maar mondjesmaat toeneemt.

Bovenstaande casussen brengen een aantal belemmeringen aan het licht rondom de inzet van buitenlandse arbeidskrachten in de zorg. Deze zitten zowel aan de aanbod- als aan de vraagkant van zorgpersoneel. Aan de aanbodkant spelen belemmeringen als afwijkende opleidingskwalificaties, taalproblemen en culturele verschillen. Deze maken dat er eerst behoorlijke tijd in iemand geïnvesteerd moet worden voordat deze inzetbaar is.[79] Veel werk in de zorg is hooggekwalificeerd werk, waarbij communicatie met patiënten, en met andere zorgverleners, van groot belang is. Bovendien keren arbeidsmigranten na verloop van tijd vaak terug naar het land van herkomst, wat de opbrengst van deze investeringen in menselijk kapitaal onzeker maakt.[80] Aan de vraagkant zitten eveneens belemmeringen. De zorgsector heeft er in algemene zin al moeite mee om personeel vast te houden. De RVS benoemt dit in een recent advies als een groot probleem.[81] Ook de Commissie Werken in de Zorg constateert dat 43 procent van de nieuwe zorgmedewerkers binnen twee jaar de zorg alweer verlaat, waarmee de uitstroom onder nieuwe zorgmedewerkers hoger ligt dan voor de totale groep zorgmedewerkers.[82] Redenen liggen bijvoorbeeld in het lage startsalaris van verzorgenden, in de werkdruk en werktijden, in een gebrek aan loopbaanperspectief en in het ontbreken van een cultuur van investeren en leren. Deze belemmeringen zouden wel eens in versterkte mate voor buitenlands zorgpersoneel kunnen gelden, met name als zij vooral worden gezien als goedkope arbeidskrachten (zoals de Duitse casus laat zien) en er niet wezenlijk in hen wordt geïnvesteerd.[83] Factoren als de grote nadruk op kwalifica-

79 Zie bijvoorbeeld Razenberg et al. 2018; Regioplan 2020.
80 WRR 2020a.
81 RVS 2020d.
82 Commissie Werken in de Zorg 2019.
83 Ruhs en Anderson 2010.

ties en (BIG-)registraties[84] maken het voor buitenlandse werknemers bovendien moeilijk om in te stromen. Ook de ACVZ benoemt dergelijke belemmerende factoren voor de inzet van migranten in de zorg.[85] Naast belemmeringen in de wet- en regelgeving en rondom diplomawaardering, ziet de adviescommissie ook de cultuur op de werkvloer als een obstakel. Daarbij benoemt zij factoren als hiërarchie en omgangsvormen, evenals vooroordelen van zorgmedewerkers.

NIDI en CBS hebben een inschatting gemaakt van het potentieel dat de inzet van personen met een migratieachtergrond heeft voor de toekomstige beroepsbevolking in algemene zin. Ze betrekken daarbij zowel in Nederland aanwezige personen met een migratieachtergrond als aan te trekken buitenlandse arbeidskrachten. Het door hen berekende scenario van een hoog migratiesaldo in combinatie met een hoge arbeidsparticipatie van de groep personen met een migratieachtergrond, levert volgens NIDI en CBS in 2050 een vergroting van de beroepsbevolking op met 150.000 à 300.000 fte.[86] Gerelateerd aan de verwachting dat in 2050 een op de drie mensen in de zorg zou moeten werken om aan de vraag te kunnen voldoen, zou het in potentie gaan om tussen de 50.000 à 100.000 extra fte voor de zorg. Op het geraamde tekort van ongeveer 1,4 miljoen fte is dat natuurlijk wederom beperkt. Bovendien is dit een *best-casescenario* en zullen de aantallen waarschijnlijk aanzienlijk lager uitkomen gezien de in deze paragraaf benoemde praktische bezwaren.

Het aantrekken van buitenlands zorgpersoneel lijkt kortom de meest opportune optie om specifieke knelpunten in de zorg op te lossen, met name rondom de tekorten bij gespecialiseerd zorgpersoneel zoals IC-verpleegkundigen. Daarbij geldt dat de hierboven besproken knelpunten geadresseerd moeten worden, wil deze optie succesvol zijn. Wanneer Nederland, in navolging van Duitsland, op grotere schaal laaggeschoold personeel in gaat zetten, bijvoorbeeld in de thuiszorg, brengt dit veel bredere kosten en vraagstukken met zich mee, zo laat de recente instroom van arbeidsmigratie in Nederland zien. Daarbij dient men ook oog te hebben voor het maatschappelijk draagvlak in het land van bestemming van de migrant – in hoeverre worden buitenlandse verpleegkundigen bijvoorbeeld maatschappelijk geaccepteerd in onze ouderenzorg? – en voor problemen als *braindrain* die deze uitstroom van zorgpersoneel kan veroorzaken in de landen van herkomst.

---

84 Wanneer iemand in Nederland in een medisch beroep wil werken, moet hij of zij zich inschrijven in het BIG-register. Alleen als zorgverleners daarin staan geregistreerd, mogen zij bepaalde handelingen uitvoeren. Volgens de RVS draagt dit bij aan een inefficiënte manier van werken en aan tekorten in de zorg, en zou de wet gewijzigd moeten worden met meer nadruk op bekwaamheden en minder op beroepen (RVS 2019).

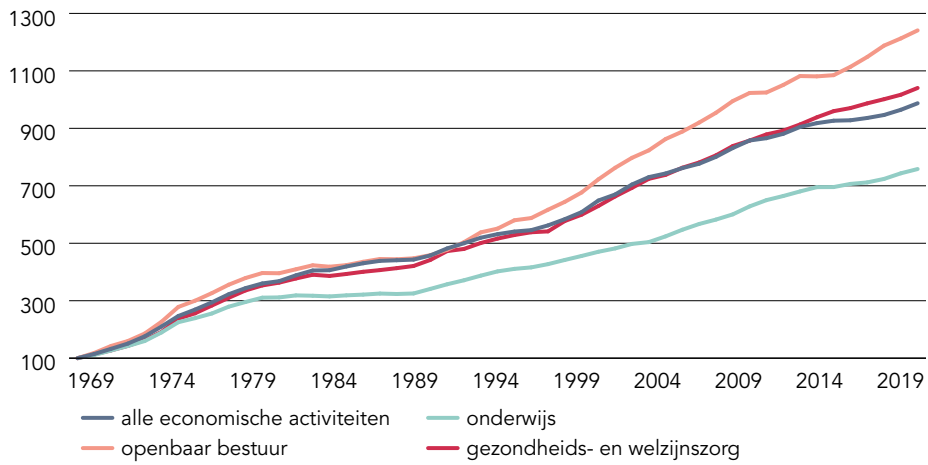
85 ACVZ 2021a.

86 NIDI en CBS 2021.

### 7.2.4 Beloning voor zorgpersoneel

Een vierde beleidsoptie om een groter deel van de beroepsbevolking voor de zorg aan te trekken en te behouden is de beloning van zorgpersoneel. Deze optie kan aangrijpen op zowel de werving als het behoud van zorgpersoneel. In het publieke debat speelt daarbij ook vaak de gerelateerde discussie rondom de vraag of de beloningen in de zorg achterblijven bij die in andere sectoren. Daar kijken we in deze paragraaf kort naar.

**Figuur 7.4** Relatieve loonontwikkeling in zorg, onderwijs, openbaar bestuur en economie als geheel, 1969-2019 (totale beloning per gewerkt uur; het jaar 1969=100)




Bron: CBS, Staline.

Over de lange termijn bezien lijkt de gemiddelde beloning in de zorg niet te zijn achtergebleven bij die in andere sectoren. Sinds 2010 zijn de cao-lonen er in de sector gezondheids- en welzijnszorg als geheel 16 procent op vooruit gegaan. Het cijfer voor de marktsectoren en het onderwijs ligt daar onder. Figuur 7.4 toont de ontwikkeling sinds 1969 in de totale beloning per uur voor verschillende delen van de collectieve sector en in de economie als geheel. Ook over een langere periode bezien blijkt er van een oplopende loonachterstand in de zorg geen sprake, ten opzichte van de economie als geheel. Dit is een heel ander beeld dan voor bijvoorbeeld het onderwijs, waar de beloning wel structureel achter lijkt te blijven. Het sinds 1999 bestaande OVA-convenant, waarbij de overheid automatisch meebetaalt aan een loonontwikkeling in de zorgsector die meebeweegt met de economie als geheel, is een belangrijke factor die het

verschil tussen zorg en onderwijs verklaart.[87] Wel blijft de zorg achter ten opzichte van de lonen in het openbaar bestuur, voornamelijk omdat de lonen in die sector vanaf begin jaren negentig aanzienlijk sneller stegen dan de economie als geheel. Ook in internationaal opzicht blijkt er weinig reden om aan te nemen dat de zorgsector met een structurele loonachterstand te maken heeft, zo blijkt uit OECD-onderzoek. De verhouding tussen de beloning van verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en de gemiddelde beloning van alle werknemers ligt, met een waarde van 1,18, voor Nederland hoger dan voor het merendeel van de 31 onderzochte landen.[88] Voor een structureel achterblijven van de lonen in de zorg zijn er dus geen aanwijzingen.

Wat in de discussie over de lonen in de zorg vooral het beeld lijkt te vertekenen, is het gegeven dat de lonen weliswaar marktconform zijn, maar dat het in de zorg lagere aantal gewerkte uren bij een vergelijkbare opleiding leidt tot een lager maandsalaris. De keuze om minder uren te werken kan op zijn beurt weer samenhangen met de eerder besproken ervaren hoge werkdruk. Daarnaast speelt natuurlijk nog de normatieve vraag of verpleegkundigen en andere werknemers in de zorg gezien de zwaarte van hun beroep een hoger salaris zouden moeten krijgen – een vraag die door de coronacrisis verder op scherp is gezet. Daarnaast kunnen zich *binnen* de ontwikkeling van het gemiddelde uurloon verschillen voordoen die van invloed zijn op het behoud en de werving van personeel. Om zicht te krijgen op deze verschillen heeft de Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN) voor een recent SER-rapport onderzoek uitgevoerd naar de personeelsproblematiek in de zorg. Daarbij heeft zij de (eind)salarissen van cao's binnen en buiten de zorg vergelijkbaar gemaakt naar functiezwaarte.[89] Het kernpunt van de bevindingen van de AWVN is dat de eindsalarissen van schalen binnen de zorg die corresponderen met een opleiding tussen mbo-3 tot wo, gemiddeld 9 respectievelijk 6 procent onder de mediane beloning voor een gelijke functiezwaarte in respectievelijk de

87 Via het sinds 1999 bestaande OVA-convenant betaalt de overheid mee aan de loonontwikkeling in de zorgsector. De OVA-ruimte (Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling) is de vergoeding van de gestegen arbeidskosten (contractloon, werkgeverslasten en incidentele loonkosten). Die looninflatie moeten zorgverzekeraars betalen aan zorginstellingen als onderdeel van de tarieven die ze afspreken in hun contracten. De OVA-ruimte wordt door het CPB berekend op basis van een schatting van de gemiddelde geschatte loonstijging voor heel Nederland. Door deze systematiek is de zorg verzekerd van een overheidsbijdrage aan de loonruimte die deze laat meebewegen met die in de economie als geheel. Een dergelijke vastgelegde zekerheid ontbreekt in andere overheidssectoren, het meest pregnant in de naar omvang tweede grote semipublieke sector: het onderwijs. Zoals figuur 7.4 toont lijkt het gevolg daarvan in de afgelopen twee decennia te zijn geweest dat de relatieve loonontwikkeling in de zorg sterker is geweest en dat het verschil in het gemiddelde uurloon ten opzichte van het onderwijs (en meer recent zelfs de marktsectoren) is toegenomen.

88 OECD 2019b. Dit betreft het bruto jaarlijks inkomen inclusief sociale premies en inkomstenbelasting ten laste van de werkgever.

89 SER 2021; AWVN 2021.

marksector en de publieke sector liggen. Pas voorbij een algemeen wo-niveau klimmen de cao-eindlonen in de zorg naar het niveau van de markt en gaan ze daar ook overheen (om vervolgens een constant verschil te tonen). Relatief lager opgeleid personeel binnen de zorg heeft zo dus wel een loonachterstand ten opzichte van vergelijkbaar zwaar werk in andere delen van de economie, terwijl hoger opgeleid zorgpersoneel gelijk opgaat met de rest van de economie of per uur meer verdient. Deze verdelingsuitkomsten vormen in een krapper wordende arbeidsmarkt waarschijnlijk een probleem om het betreffende deel van de werknemers in de zorg te behouden of daarvoor te werven.

Om te bereiken dat een structureel groter deel van de beroepsbevolking voor de zorg kiest, kan een relatief hoger loonniveau waarschijnlijk een belangrijke rol spelen. Vooral in die delen van de zorg waarvoor waarschijnlijk wel een loonachterstand bestaat ten opzichte van vergelijkbare opleidingsniveaus en functiezwaartes buiten de zorg. De omvang van de zorg in combinatie met het aandeel van de zorgsalarissen in de totale kosten maken deze strategie echter een zeer kostbare operatie. Een loonsverhoging van 1 procent in de zorg kost volgens ramingen van het CPB in de huidige situatie 560 miljoen.[90] Die situatie is bovendien naar de toekomst toe niet statisch: ook werkgevers buiten de zorg zullen zich bij toenemende schaarste inspannen om voldoende mensen te werven. Voor zover het lukt om een groter aantal mensen naar de zorg te trekken, maakt dat bovendien dat andere sectoren niet alleen hun personeelsbehoefte niet in de gewenste mate kunnen invullen, maar ook dat ze via oplopende lonen met hogere kosten worden geconfronteerd. De competitieve effecten vergroten op hun beurt weer het probleem van de financiële houdbaarheid. Dit alles geeft niet alleen aan hoezeer de personele en financiële houdbaarheid in de zorg met elkaar verweven zijn, maar ook dat beide problemen moeten worden bezien in relatie tot schaarste, en in het licht van de vraag naar personeel in andere (publieke) sectoren.

**Kernpunten Arbeidsmarktbeleid in de zorg – inzetten op meer personeel**

- Het verlagen van de werkdruk, het verhogen van de autonomie en het bieden van loopbaanperspectief kan het relatief hoge verloop van zorgpersoneel helpen beperken.
- Om het aantal gewerkte uren te verhogen zijn er mogelijkheden via het algemene fiscale beleid (toeslagen en marginale druk).

90 CPB 2020.

- Om aan de toenemende zorgvraag tegemoet te komen, moeten nieuwe groepen worden 'aangeboord' voor een opleiding en een baan in de zorg. Denk aan meer mannen, asielmigranten of werknemers uit het buitenland.
- Op de bredere inzet van mantelzorgers kan in de toekomst steeds minder worden gerekend, met name door de demografische ontwikkelingen.
- Het aantrekken van buitenlands zorgpersoneel lijkt het meest opportuun om specifieke knelpunten op te lossen. Bij een bredere inzet van dit personeel is evenwel aandacht nodig voor de knelpunten die hiermee gepaard gaan.
- In internationaal opzicht kent de zorg in Nederland geen structurele loonachterstand. Dit geldt binnen Nederland overigens ook ten opzichte van de meeste andere sectoren.
- Om te bereiken dat een groter deel van de beroepsbevolking voor de zorg gaat kiezen, is het van belang een relatief hoger loonniveau te realiseren. De omvang van de zorg in combinatie met het aandeel van salarissen in de totale kosten maakt dit echter tot een zeer kostbare oplossing.

## 7.3 Mogelijke effecten van beleid op personele tekorten in de zorg

In deze paragraaf geven we een kwantitatieve inschatting van de in dit hoofdstuk besproken beleidsrichtingen. Wat betekent een en ander voor het terugbrengen van de te verwachten personeelstekorten in de zorg naar de toekomst toe? Deze kwantitatieve inschatting is niet meer en niet minder dan een theoretische exercitie op de vraag wat er gebeurt met de personeelstekorten als bijvoorbeeld het personeelsverloop in de zorg wordt teruggedrongen naar dat in de economie als geheel, of als het aantal in de zorg gewerkte uren toeneemt tot het gemiddelde in de totale economie. Aan deze exercitie zitten bovendien allerlei haken en ogen; zo houden we bijvoorbeeld geen rekening met verschillen tussen zorgsectoren. In ieder geval bieden we zo wel een

globaal beeld op macroniveau van de orde van grootte van de beleidseffecten.[91] Wat is met beleid maximaal te bereiken ervan uitgaande dat alle barrières en knelpunten – zoals in dit hoofdstuk besproken – kunnen worden weggenomen? In tabel 7.2 richten we ons op twee beleidsrichtingen, namelijk de arbeidsparticipatie verhogen en het aantal gewerkte uren omhoog brengen.

**Tabel 7.2** De effecten van beleidsscenario's ten aanzien van arbeidsparticipatie en urenkeuze in de zorg op geraamde tekorten en de werkgelegenheidsstructuur, 2019-2050

| | 2019 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---|---|---|---|---|
| **'No policy change'** | | **aantal personen x 1.000** | | |
| Tekort bij huidig aandeel beroepsbevolking | | 360 | 858 | 1373 |
| Voor invulling arbeidsvraag noodzakelijk aandeel | 16,0% | 19,8% | 25,3% | 30,5% |
| **Verhoogde arbeidsparticipatie, waarvan een derde naar zorg (2019 75,8%)** | | **aantal personen x 1.000** | | |
| Tekort bij 80% in 2050 | | 284 | 727 | 1.180 |
| Tekort bij 85% in 2050 | | 215 | 592 | 972 |
| Aandeel beroepsbevolking bij 80% | | 19,4% | 24,3% | 28,7% |
| Aandeel beroepsbevolking bij 85% | | 19,0% | 23,3% | 27,0% |
| **Verhoogde urenkeuze zorg (2019 1181 uur per werkende per jaar)** | | **aantal personen x 1.000** | | |
| 1311 uur per werkende per jaar in 2050 | | 304 | 749 | 1.205 |

91 Voor de arbeidsmarkt van de verschillende beroepen in de zorg laat het Capaciteitsorgaan voor opleidingen van professionals in de zorg – als adviesorgaan van het ministerie van VWS – ramingen uitvoeren. Het Capaciteitsorgaan is een stichting die de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg (in totaal 79 beroepen) onderzoekt. Op basis daarvan maakt het Capaciteitsorgaan ramingen voor de benodigde instroom in de opleidingen. Het Nivel heeft daarvoor een ramingsmodel ontwikkeld om beleidsmatig te kunnen bepalen hoeveel zorgprofessionals er meer of minder opgeleid moeten worden om evenwicht op de arbeidsmarkt te behouden of te bereiken. In die modellen is bijstelling van de opleidingsinstroom de belangrijkste knop waaraan gedraaid kan worden, maar ook allerlei andere vraag- en aanbodparameters zitten in deze modellen, waaronder het aantal uren per fte (arbeidstijdsverandering), taakherschikking en substitutie en natuurlijk de zorgvraag zelf (bijvoorbeeld demografische, epidemiologische, sociaal-culturele ontwikkelingen die het benodigd aanbod in de toekomst bepalen); zie Van Greuningen 2016. Deze ramingen zijn behulpzaam om vraag en aanbod in kwalitatieve zin beter op elkaar te laten aansluiten, maar staan los van de fundamentele vraag die we juist in deze paragraaf – en breder in dit rapport – oproepen wat er zou moeten gebeuren om meer personeel of minder vraag naar zorg te creëren.

| | 2019 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---|---|---|---|---|
| 1440 uur per werkende per jaar in 2050 | | 249 | 641 | 1.039 |
| | | | | |
| Aandeel beroepsbevolking bij 1331 uur per jaar | | 19,1% | 23,8% | 27,9% |
| Aandeel beroepsbevolking bij 1440 uur per jaar | | 18,5% | 22,4% | 25,7% |
| | | | | |
| **Verhoogde arbeidsparticipatie en urenkeuze** | | **aantal personen x 1.000** | | |
| Tekort bij 80% en 1311 uur per jaar | | 228 | 618 | 1.013 |
| Tekort bij 85% en 1440 uur per jaar | | 104 | 375 | 638 |
| | | | | |
| Aandeel beroepsbevolking bij 80% en 1331 uur | | 18,4% | 22,4% | 26,0% |
| Aandeel beroepsbevolking bij 85% en 1440 uur | | 17,1% | 19,7% | 21,9% |

Bron: Eigen raming WRR.

Stel dat het door een succesvolle beleidsinzet lukt de arbeidsparticipatie maximaal te verhogen (tot 85 procent), dan zou het oorspronkelijk geraamde tekort van 1,4 miljoen voltijds werkenden in de zorg kunnen afnemen tot circa 1,0 miljoen in 2050. En stel dat het lukt het aantal gewerkte uren maximaal te verhogen (tot 1.440 uur per werkende), dan zou het tekort kunnen afnemen tot circa 1,1 miljoen. Worden beide maatregelen tegelijkertijd doorgevoerd, dan zou het tekort kunnen teruglopen tot 680.000 werkenden. Ten opzichte van het geraamde tekort aan personeel van 1,4 miljoen zou dat bijna een halvering betekenen. Dit laatste is echter alleen mogelijk onder vrij extreme aannames en met substantiële repercussies voor bijvoorbeeld de keuze om parttime te werken en de druk op de informele zorg. Ook bij een tekort van tussen de 680.000 respectievelijk 1,1 miljoen betekent dit bovendien dat in 2050 nog steeds ongeveer een kwart van de beroepsbevolking in de zorg zou moeten werken, en dat in een situatie waarin arbeidskrachten zeer schaars zijn. Deze exercitie omvat niet alle factoren. Zo is bijvoorbeeld het potentieel van een grotere inzet op buitenlands zorgpersoneel of van het aantrekkelijker maken van opleidingen in de zorg, nauwelijks te ramen op de termijn van enkele decennia. Desalniettemin laat de orde van grootte zien dat de personeelsproblemen in de zorg een beleid langs vele sporen vergt, en dat – zelfs met tamelijk extreme veronderstellingen over het succes van die sporen – personeel een grote beperking blijft vormen voor de houdbaarheid van de zorg.

**Kernpunten Mogelijke effecten van beleid op personele tekorten in de zorg**

- Als een succesvolle beleidsinzet ertoe leidt dat de arbeidsparticipatie en het aantal gewerkte uren per werkende maximaal omhoog gaan, zou het personele tekort in de zorg kunnen afnemen tot 680.000 werkenden.
- Dit lukt echter alleen onder vrij extreme aannames en met substantiële gevolgen voor bijvoorbeeld de keuze om parttime te werken en de druk op informele zorg.
- Ook bij een tekort van ergens tussen de 680.000 en 1,1 miljoen zou nog steeds ongeveer een kwart van de beroepsbevolking in de zorg moeten werken.
- De orde van grootte van de verwachte tekorten laat zien dat een beleid langs meerdere sporen nodig is.

## 7.4 Conclusie: inzetten op (meer) personeel is nodig maar niet afdoende

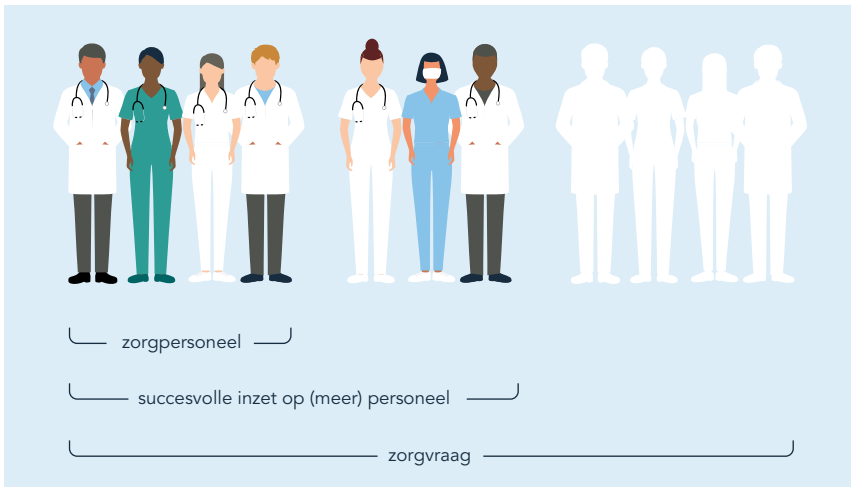
Hoewel er nu al, maar zeker op de lange termijn een uitdaging ligt rondom de financiële houdbaarheid, is de personele houdbaarheid de meest urgente en meest knellende dimensie van de houdbaarheid van zorg. Om de publieke waarden van de zorg (kwaliteit en toegankelijkheid) te kunnen blijven borgen, moet juist die personele houdbaarheid op orde zijn. Dit maakt het van belang om in te zetten op alle in dit hoofdstuk genoemde sporen. Voor elk van deze oplossingsrichtingen is er potentieel. Dit betekent allereerst – en aansluitend bij de recente adviezen van de SER en de RVS[92] – dat Nederland moet inzetten op het behoud van personeel door een beter personeelsbeleid, met minder werkdruk, minder administratieve lasten, meer ruimte voor autonomie en meer aandacht voor loopbaanperspectief. Dergelijk personeelsbeleid kan met name helpen om het verloop van zorgpersoneel te beperken en mensen langer vast te houden binnen deze sector. Ten tweede is het van belang het zorgpersoneel te verleiden om meer uren te gaan werken (velen werken immers parttime). Door fiscale prikkels en toeslagen anders in te richten gaat het voor de gemiddelde zorgmedewerker lonen om meer uren te werken. De keerzijde van deze optie is dat deze een negatief effect zal hebben op de beschikbaarheid van informele zorgverleners. Betere werkomstandigheden met minder werkdruk werken hier ook weer op in, net als het vergelijkenderwijs realiseren van

92 SER 2020, 2021; RVS 2020d.

een hoger loonniveau. Ten derde is het mogelijk meer mensen aan te trekken voor de zorg. Bijvoorbeeld opleidingen in de zorg aantrekkelijker te maken of – en dit is politiek en maatschappelijk controversiëler – door personeel uit het buitenland te werven voor beroepen waarvoor personele knelpunten bestaan. Steeds meer westerse landen hanteren deze laatste strategie voor de langdurige ouderenzorg. Wel is het daarbij zaak – zoals we in dit hoofdstuk benoemen – een aantal belangrijke barrières te slechten. En ten slotte zullen werkgevers in de zorg op zoek moeten naar een minder arbeidsintensieve inrichting van hun werkprocessen en daarvoor de mogelijkheden van arbeidsbesparende technologie beter moeten benutten.

Zoals we in hoofdstuk 3 lieten zien, concentreert bij ongewijzigd beleid een derde van de beroepsbevolking zich naar verwachting over dertig jaar in de zorg. De vraag is of een dergelijke verschuiving in de werkgelegenheid zonder een verdere begrenzing haalbaar is. De beroepsbevolking neemt naar verwachting nauwelijks toe, terwijl de zorgvraag sterk groeit. De ruimte om deze toenemende arbeidsvraag op te vangen door een hogere arbeidsparticipatie en het draaien van meer uren in de zorg, staat naar verwachting niet in verhouding tot de omvang van die vraag – zeker op de langere termijn. Arbeidsbesparende technologie kan een deelantwoord bieden, maar daarvan zijn de reikwijdte en acceptatie vooralsnog ongewis. Bovendien zijn er op dat vlak nog veel substantiële belemmeringen weg te nemen. En ook hier blijft het vraagstuk één van orde van grootte: waar het gelukt is zulke belemmeringen te beperken, heeft dat vooralsnog maar een bescheiden invloed gehad op de arbeidsproductiviteit.

**Figuur 7.5** Inzetten op meer personeel is belangrijk, maar niet afdoende



Dit alles maakt dat het vanuit het perspectief van personeel gezien steeds moeilijker zal worden de kwaliteit en de toegankelijkheid te bieden die Nederlanders van de zorg verwachten. Deze situatie wordt schematisch weergegeven in figuur 7.5: zelfs als de inzet (langs meerdere sporen) op meer personeel – van de binnenste naar de middelste cirkel – succesvol is, is het nog niet aannemelijk dat dit afdoende is gegeven de zorgvraag (buitenste cirkel). In een situatie waarin het steeds minder goed mogelijk is om tegemoet te komen aan de stijgende vraag, treden er onvermijdelijk negatieve effecten op voor de werkdruk en vermoedelijk ook voor de kwaliteit van het geleverde werk. Dat heeft onder andere gevolgen voor de maatschappelijke houdbaarheid, zoals we in deel 1 van dit rapport constateerden. Bovendien zal een grootschalige inzet op het aantrekken van personeel tot grote druk op de financiële houdbaarheid leiden en tot competitie met andere (publieke) sectoren. Zelfs als het zou lukken om – door een combinatie van activiteiten gericht op werving en behoud, en op meer uren werken – voldoende personeel te werven, dan is de vraag van belang wat hiervan de gevolgen zijn voor de publieke waarden in die andere publieke sectoren. Kunnen we bijvoorbeeld de toegankelijkheid en kwaliteit van ons onderwijs borgen, wanneer één op de drie Nederlanders in de zorg werkt? Met andere woorden – net zoals we in het vorige hoofdstuk concludeerden rondom het doelmatigheidsbeleid – de omvang van de opgave is zodanig dat niet alleen moet worden ingezet op (meer) personeel maar dat ook allocatieve keuzes onvermijdelijk zullen zijn. Daarop gaan we in deel 3 van dit rapport nader in.

Deel 3

# Op een betere manier keuzes maken over de zorg

# 8 Prioriteiten en verdeling rondom zorg

Houdbaarheid van zorg is in belangrijke mate een kwestie van keuzes maken en prioriteren. De manier waarop die keuzes nu tot stand komen, is echter niet optimaal vanuit het perspectief van gezondheidswinst of van de borging van publieke waarden.

In het derde deel van dit rapport kijken we naar keuzes over de zorg. Op welke manieren binnen de zorg mensen en middelen te verdelen over sectoren, organisaties, behandelingen en preventieve interventies? Hoe onze publieke middelen te verdelen tussen zorg versus andere doelen? En hoe te besluiten over zulke vragen? Lag onze focus in het vorige deel op de organisatie van zorg en de inzet op doelmatigheid of productieve efficiëntie – *hoe* zorg aan te bieden? –, in dit deel gaat het dus om *wat* te doen: *welke* zorg aan te bieden? En *hoeveel* zorg aan te bieden? Economen noemen dit ook wel *allocatieve* efficiëntie: aan welke doelen middelen te alloceren, en aan welke niet of minder? Allocatieve *efficiëntie* gaat daarbij om de mate waarin die verdeling in lijn is met de wensen en voorkeuren in de samenleving.[1] Oftewel, doen we wel de juiste dingen? Het gaat hier dus over prioriteiten – en over waar we in de praktijk grenzen aan de groei van zorg stellen. En misschien nog wel belangijker, over de vraag hoe keuzes daarover tot stand komen.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden kijken we in dit hoofdstuk naar de huidige inrichting van keuzeprocessen in de zorg, en naar de daaruit voortvloeiende verdeling binnen de zorg, en tussen de zorg en andere sectoren. Hoewel dit in principe aparte keuzeprocessen zijn, blijken de keuzes *binnen* delen van de zorg, tussen sectoren van de zorg en over de verdeling tussen de zorg en andere beleidsterreinen in de praktijk tegen vergelijkbare mechanismen en knelpunten aan te lopen. We kijken in het bijzonder naar de vraag of de huidige verdeling binnen de zorg en tussen de zorg en andere sectoren vanuit het perspectief van gezondheid wel de meest wenselijke is. We identificeren vijf knelpunten rondom de keuzes binnen en over de zorg. In het volgende hoofdstuk analyseren we de maatschappelijke, politieke en bestuurlijke achtergronden van die knelpunten verder, en kijken we naar manieren om deze aan te pakken.

---

1 Dit in contrast met de productieve efficiëntie, waar het om de vraag gaat of we datgene wat we doen, zo doelmatig mogelijk doen. Ofwel, leveren we de zorg die we aanbieden met een zo beperkt mogelijke inzet van mensen en middelen? We hebben in het vorige deel van dit rapport geconstateerd dat daar ruimte voor verbetering is, maar ook dat houdbaarheid door doelmatigheid niet afdoende kan zijn (hoofdstukken 6 en 7).

## 8.1 Grenzen aan groei van de zorg – een kwestie van keuzes en prioriteiten

Waarom is het nodig om na te denken over grenzen? Iedereen moet toch gewoon de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft? Uiteindelijk is de houdbaarheidsopgave in hoge mate een vraagstuk van verdeling van schaarste. Mensen willen altijd een betere gezondheid en een langer leven, en liefst allebei. Het vermogen van de maatschappij om in die behoefte te voorzien, is echter beperkt. Er zijn begrenzingen aan mensen en middelen, en aan onze bereidheid om die voor de zorg in te zetten.[2] In de eerste twee delen van dit rapport hebben we gezien dat deze begrenzingen de komende jaren steeds pregnanter worden, gegeven de trends en ontwikkelingen die op de maatschappij afkomen (zie hoofdstuk 2). De zorgvraag blijft naar verwachting snel toenemen, terwijl de groei van de beroepsbevolking stokt en ook de groei van de economie achterblijft bij die van de zorg. Het vraagstuk van schaarste en hoe daarmee om te gaan, gaat dus steeds sterker spelen, waardoor de zorg niet op dezelfde manier kan doorgroeien zonder steeds grotere nadelige gevolgen te hebben. De mensen om die zorg te leveren, zijn er simpelweg niet. Dat betekent dat er in toenemende mate een kloof ontstaat tussen de verwachtingen van mensen – de zorg kan blijven groeien – en de gevolgen daarvan.

Het borgen van de publieke waarden van zorg en het in balans houden van de drie vormen van houdbaarheid impliceert dan ook dat Nederland keuzes zal moeten maken ten aanzien van de zorg. Het impliceert ook dat bestuur en politiek goed moeten nadenken over waar grenzen aan de groei te gaan stellen, en daarmee over de te stellen prioriteiten. Juist in een wereld waarin mensen en middelen in toenemende mate schaars zijn, wordt het immers steeds belangrijker om die mensen en middelen in te zetten op plaatsen waar zij de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid het best borgen. En ook op plaatsen waar zij de meeste gezondheidswinst opleveren, dat wil zeggen een langere (gezonde) levensverwachting. Dat alles vergt heldere keuzes: waar liggen de grenzen aan de groei van zorg, en – daaruit voortvloeiend –welke zorg wordt collectief gefinancierd en welke niet. Het vergt ook keuzes over de criteria op basis waarvan dat onderscheid moet worden gemaakt. Kortweg, het vergt prioritering.

Keuzes over prioriteiten worden dagelijks gemaakt op duizenden plaatsen in alle onderdelen van de zorg en het beleid daaromheen. We kijken in dit hoofdstuk niet naar *alle keuzes* rondom prioritering, maar de belangrijkste lichten we eruit. Het gaat daarbij om een brede waaier aan keuzes: van heel specifieke, concrete keuzes – moet een medicijn vergoed worden, welke behandeling of diagnostiek wordt ingezet voor deze patiënt? – tot veel abstractere – bijvoorbeeld: hoeveel gaat er naar de verschillende sectoren

2 Den Ridder et al. 2019; Kooijman et al. 2018. Zie ook hoofdstuk 3 van dit rapport.

binnen de zorg? En op het hoogste niveau, dat van het kabinetsbeleid, gaat het om keuzes als hoeveel middelen en mensen te besteden aan zorg of juist aan andere doelstellingen? Bij elk van die keuzes gaat het er op de keper beschouwd om verschillende opties met elkaar te vergelijken. Geld naar de zorg of naar het onderwijs? Inzetten op meer ondersteuning in de langdurige zorg of op meer preventie? Een operatierobot aanschaffen of meer personeel aannemen? Keuzes rondom prioritering in de zorg worden in de praktijk dus gemaakt op verschillende niveaus: van in de spreekkamer – oftewel in de interactie tussen patiënten en behandelaars – tot in de Tweede Kamer – oftewel in de politieke arena. Daartussen zit nog de 'directiekamer': het bestuur van zorginstellingen, maar ook van toezichthouders en zorginkopers.

In de volgende paragraaf kijken we eerst in algemene zin naar wat er nodig is om prioriteiten te kunnen stellen rondom de zorg (paragraaf 8.2). Vervolgens kijken we naar de vraag hoe de belangrijkste keuzeprocessen rondom prioritering in de zorg op het moment zijn georganiseerd. We beginnen 'onderop', met de prioritering en grenzen *binnen* de domeinen van de zorg. Daarbij hebben we het met name over de twee omvangrijkste domeinen, namelijk de curatieve en de langdurige zorg (paragraaf 8.3). Vervolgens richten we de aandacht op de brede verdeling van middelen en mensen *tussen* sectoren van de zorg, en uiteindelijk op de verdeling tussen zorg en andere publieke doelen (paragrafen 8.4-8.6). Hoewel het misschien logischer lijkt om 'bovenaan' te beginnen, bij de keuze over de totale inzet op zorg, hanteren we deze volgorde omdat de verdelingspatronen op hoger niveau in hoge mate bepaald blijken te worden door het geheel aan keuzes op een lager niveau: door pakketbeslissingen in alle sectoren van de zorg, door beslissingen in de spreekkamer. In Nederland vloeien de impliciete keuzes over de 'grotere' vragen – zoals de totale inzet op zorg – eerder voort uit de keuzes op lager niveau, dan andersom. Uiteraard geldt dat keuzes en beslissingen op elk van die niveaus elkaar onderling beïnvloeden – we beschrijven ze separaat, maar in een complex systeem hangt alles met elkaar samen.

**Kernpunten Grenzen aan de groei van de zorg – een kwestie van prioritering**

- Keuzes maken in de zorg gaat om het stellen van prioriteiten.
- Dat is nodig juist om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te kunnen bieden.
- Dergelijke keuzes worden gemaakt op veel verschillende plaatsen – in de spreekkamer (tussen patiënt en behandelaar), in de directiekamer en in de Tweede Kamer.

## 8.2 Hoe keuzes te maken in de zorg? De theorie

We kijken hier eerst naar hoe in theorie keuzes te maken zijn over de grenzen aan de groei van zorg. Daarvoor is het eerst nodig om de baten van het aanbod van zorg te meten en te vergelijken.[3] Daarnaast gaat het erom die baten normatief te wegen: hoe belangrijk vinden we ze als samenleving, wat hebben we ervoor over en hoe vinden we dat ze verdeeld moeten zijn?

### 8.2.1 Baten van zorg inschatten – hoe groot zijn ze?

Keuzes over grenzen aan de groei van de zorg gaan, zoals gezegd, impliciet of expliciet over het vergelijken van verschillende opties. De alternatieve optie is niet altijd concreet aanwijsbaar – we beslissen bijvoorbeeld over de toelating van een nieuw medicijn tegen een zeldzame erfelijke spierziekte zonder dit medicijn expliciet te vergelijken met de eventuele baten van een nieuw medicijn tegen borstkanker. En we beslissen over de gewenste inzet van verpleging in de ouderenzorg zonder die expliciet te vergelijken met de gewenste inzet op preventie door bijvoorbeeld screening op kanker of door vaccinaties. De opties die we impliciet met elkaar vergelijken, zijn dus niet altijd gelijksoortig. Ze komen bovendien niet op hetzelfde tijdstip: het nieuwe medicijn tegen borstkanker is er nu, dat tegen de spierziekte pas volgend jaar, en ook dat is nog lang niet zeker. Al zijn deze keuzes ongelijksoortig, en in de tijd van elkaar gescheiden, in een wereld van schaarste beïnvloeden ze elkaar toch. Geld en mensen die al zijn ingezet voor behandeling A, zijn (later) niet meer in te zetten voor behandeling B.

Linksom of rechtsom gaat het er dus om ongelijksoortige opties met elkaar te vergelijken. In een voorstudie voor dit rapport heeft het RIVM de verschillende maatschappelijke baten van zorg in kaart gebracht.[4] Ten eerste gaat het daarbij om de directe baten van zorg: de gezondheidswinst of de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt. Deze baten worden bepaald door een vergelijking te maken met de gezondheid of kwaliteit van leven die de patiënt zou hebben ervaren als de betreffende zorg niet geleverd was. Ten tweede zijn er indirecte baten. Denk bijvoorbeeld aan gezondheidsbaten voor derden, bijvoorbeeld bij de behandeling van infectieziekten en bij vaccinaties. Deze hebben het afgelopen jaar in de context van de COVID-19-pandemie volop in de aandacht gestaan. Of denk aan de economische en arbeidsbaten: mensen die werken, zijn

3 Het vakgebied dat probeert kosten en baten van zorg vergelijkbaar te maken wordt wel Health Technology Assessment (HTA) genoemd. Dit reflecteert dat het vakgebied historisch gefocust is geweest op de beoordeling van (medische) technologie, in het bijzonder geneesmiddelen, maar het instrumentarium is breder te gebruiken.

4 Polder et al. 2020.

productiever als ze gezonder zijn.[5] Of aan vertrouwen in de samenleving: het geruststellende idee dat er goede zorg beschikbaar is als we hulp nodig hebben. Hoe belangrijk dat vertrouwen is, illustreert de maatschappelijke onrust die tijdens de coronacrisis ontstond toen de IC's vol dreigden te raken. Het is moeilijk te verdragen dat iemand in een noodsituatie wellicht niet op hulp kan rekenen omdat er geen plaats meer is. Om die situatie te voorkomen zijn velen bereid om zeer ingrijpende maatregelen als de lockdown, schoolsluitingen en de avondklok te accepteren.

Hoe belangrijk zulke indirecte baten ook zijn, ze hangen uiteindelijk toch af van die directe gezondheidsbaten en zijn daar een afgeleide van. Om de gezondheidsbaten te meten is een veelgebruikte maatstaf de QALY – de *Quality-Adjusted Life Year* (box 8.1). Deze meet zowel de kwaliteit van leven als de levensverwachting. Deze QALY's maken het mogelijk de baten van onderling onvergelijkbare behandelingen of andere interventies zoveel mogelijk vergelijkbaar te maken. QALY's worden met name gebruikt binnen de curatieve zorg; voor andere sectoren zijn er alternatieve maatstaven. Zo wordt in de sector langdurige zorg – waar de focus meer op kwaliteit van leven ligt dan op genezing – wel de ICECAP (*Investigating Choice Experiments Capability Measure*) gebruikt. Deze meet hoe mensen hun leven beoordelen op waarden als binding, veiligheid, controle en tevredenheid.[6] Voor dergelijke maatstaven geldt dat ze binnen een deel van de zorg een zekere mate van vergelijkbaarheid creëren, door een getal te plakken op de vraag: wat voor baten levert deze zorg op?

**Box 8.1 Qualy – een maatstaf voor levensverwachting en kwaliteit van leven**

Qualy is de meest gebruikte maatstaf voor de baten van zorginterventies. QALY's zijn een manier om de gezondheidswinst van zorg – of van preventieve ingrepen – meetbaar te maken. De afkorting staat voor *Quality-Adjusted Life Years*. De maatstaf grijpt terug op wat vaak als de twee hoofddoelen van medische zorg wordt gezien: kwaliteit van leven en levensverwachting. De QALY vangt beide doelstellingen in één enkele maatstaf en probeert recht te doen aan de opvatting van veel mensen dat goede zorg niet alleen gaat om een langer leven, maar ook om een

5 Niettemin concludeert dezelfde studie van het RIVM dat zorguitgaven over de brede linie niet te zien zijn als een investering om economische baten te genereren. Dat is een gevolg van het gegeven dat – op macroniveau – de gezondheidsbaten van de bulk van onze zorg neerslaan bij mensen die niet (meer) werken. Zie Polder et al. 2020.

6 Coast et al. 2008.

kwalitatief goed leven.[7] Een behandeling die het leven verlengt met één jaar in volledige gezondheid, levert één QALY op. Een gewonnen levensjaar met een mindere kwaliteit van leven, telt minder zwaar mee, bijvoorbeeld voor 80 procent (0,8 QALY).

### 8.2.2 Baten van zorg wegen – wat vinden we belangrijk?

Wanneer van een behandeling de gezondheidswinst en de kosten bekend zijn, volgt de stap hoe die potentieel te realiseren baten te wegen. Wat vinden we als samenleving belangrijk? Om een maatschappelijk legitieme beslissing over de grenzen van zorg te kunnen nemen, is het zaak hierover een zekere mate van overeenstemming te bereiken. In deze stap kijken we dus niet alleen naar hoeveel gezondheid de zorg weet te 'produceren', maar ook naar de verdeling: bij wie slaan die baten uiteindelijk neer? In de ethiek is een aantal rechtvaardigheidsprincipes ontwikkeld die hierbij kunnen helpen. Tabel 8.1 geeft een overzicht van een aantal van dergelijke, veel gebruikte, principes.

**Tabel 8.1** Distributieve rechtvaardigheidsprincipes voor prioritering in de zorg

| Rechtvaardigheidsprincipe | Doelstelling | Implicatie |
|---|---|---|
| **Utilitarisme** | Optimaliseren van totale gezondheid | Elke gezondheidswinst telt even zwaar; verdeling speelt geen rol |
| ***Rule of rescue*** | Voorrang voor de meest urgente aandoeningen | Prioriteit voor gezondheidswinst in een levensbedreigende situatie |
| ***Fair Innings*** | Minimaliseren van verschillen in levensduur | Gezondheidswinst van jongeren krijgt meer prioriteit |
| ***Absolute Shortfall*** | Voorrang groter absoluut verlies aan levensjaren | Gezondheidswinst van mensen met een ernstige aandoening of van jongeren krijgt meer prioriteit |
| ***Proportional Shortfall*** | Voorrang groter relatief verlies aan levensjaren. | Gezondheidswinst bij ernstige aandoeningen krijgt meer prioriteit |
| **Prioritarianisme** | Optimaliseren van gezondheid van mensen die slechter af zijn | Gezondheidswinst van achtergestelden krijgt meer prioriteit |

7 Weinstein et al. 2009; Whitehead en Ali 2010.

Bij utilitarisme gaat het erom de potentiële gezondheidswinst te optimaliseren voor de gehele bevolking.[8] Nadat mogelijke behandelingen zijn vergeleken, wordt die behandeling gekozen die bijdraagt aan de meeste gezondheidswinst per geïnvesteerde euro. Deze benadering optimaliseert dus alleen de efficiëntie, en probeert met een bepaald budget zoveel mogelijk *totale* gezondheidswinst te bieden. Andere overwegingen, zoals de gezondheidstoestand van de mensen aan wie de gezondheidswinst toekomt of de verdeling over de bevolking, tellen niet mee. Het maken van keuzes puur op basis van een optimalisatie van gezondheidswinst, leidt – zoals het voorbeeld van Oregon (zie box 8.2) laat zien – echter tot uitkomsten die de samenleving als onrechtvaardig kan zien.

**Box 8.2 Systematische prioritering in Oregon**

De Amerikaanse staat Oregon voerde in de vroege jaren negentig als één van de eerste een experiment uit om prioriteiten in de zorg op een systematische en objectieve manier aan te pakken.[9] In eerste instantie werd daarbij een ordening alleen op basis van gewonnen QALY's versus kosten gebruikt, ofwel een ordening op basis van een strikt utilitair principe. De uitkomst dat verstandskiezen trekken één van de top 10-prioriteiten was terwijl intensieve zorg voor vroeggeboren kinderen met een zeer laag geboortegewicht laag op de lijst stond, leidde tot brede onvrede over de gebruikte systematiek en criteria. Puur vanuit het utilitaire oogpunt was dit evenwel een begrijpelijke uitkomst. De toen beschikbare behandelingen voor zeer vroeggeboren kinderen hadden namelijk een relatief kleine kans op succes, waardoor de verwachte gezondheidswinst klein was vergeleken met die van het trekken van verstandskiezen. De uitkomst illustreert echter treffend dat mensen ook de verdeling van de gezondheidswinst – wie gaat erop vooruit in gezondheid? – van belang vinden. Factoren als ernst van de aandoening, leeftijd van de patiënten en verwacht verlies aan levensjaren voor de betrokkenen, blijken voor mensen wel degelijk belangrijk te zijn. In Oregon werd de oorspronkelijk puur op utilitaire grondslag van zorguitgaven gebaseerde lijst dan ook niet ingevoerd. Een reeks van wijzigingen en aanvullende overwegingen werd meegenomen om de uiteindelijke verdeling te bepalen.

8 Emanuel et al. 2018; Bognar en Hirose 2014.
9 Honigsbaum et al. 1995.

De andere rechtvaardigheidsprincipes (tabel 8.1) zijn dan ook te zien als correcties of variaties op het utilitarisme.[10] Ze wegen[11] allemaal op de één of andere manier bepaalde vormen van gezondheidswinst zwaarder dan andere en nemen dus meer factoren in overweging dan alleen de omvang van de gezondheidswinst. Een voorbeeld is de *rule of rescue*. Volgens dit principe moet niet alleen naar het gezondheidspotentieel worden gekeken, maar ook naar de urgentie van de behandeling. Potentiële gezondheidswinst voor acute patiënten zou zwaarder moeten tellen dan *dezelfde* gezondheidswinst voor minder acute patiënten. Bij *fair innings* weegt dezelfde hoeveelheid gezondheidswinst zwaarder voor een jongere dan voor een oudere patiënt. Tijdens de coronacrisis zijn bijna al deze principes toegepast (box 8.3).

**Box 8.3 Normatieve rechtvaardiging prioritering COVID-19**

Tijdens de coronacrisis ontstond op verschillende momenten de vrees dat er acute tekorten zouden ontstaan aan IC-bedden voor de mensen die beademing behoeven. Dit bracht het vraagstuk van prioritering van schaarse medische middelen onder de maatschappelijke aandacht, zij het op een veel acutere en dwingender manier dan in de context van het houdbaarheidsvraagstuk. De onderliggende principes die spelen, zijn echter vergelijkbaar. In het begin van de coronacrisis in maart 2020 bracht de Nederlandse Vereniging van Intensive Care een draaiboek uit waarin zij beschreef hoe de IC-capaciteit tijdens een acute noodfase verdeeld zou moeten worden.[12] De inclusiecriteria voor opname op de IC waren in essentie een vorm van de *rule of rescue*: alleen mensen met een dringende en acute noodzaak voor beademing zouden voor opname in aanmerking komen. De toen gehanteerde exclusiecriteria zijn te zien als een mix van principes die in overeenstemming is met de rechtvaardigheidsprincipes *absolute shortfall* en *fair innings*. Zo is gevorderde leeftijd (ouder dan 80 jaar) als laatste exclusiecriterium in lijn met *fair innings*. Daarnaast werd een aantal situaties met een lage kans om te overleven en een korte levensverwachting als exclusiecriteria gedefinieerd, zoals kanker met uitzaaiingen. Dit is een vorm van *absolute shortfall*: de resterende levensverwachting van deze patiënten is al laag. De lage verwachte baten van IC-behandeling leiden dan tot een lagere prioriteit voor deze categorie patiënten. In het politieke en maatschappelijke debat is met name het element van *fair innings* controversieel gebleken[13]. Het leidde later zelfs tot een – na

10 Weinstein 1998.
11 Die andere weging kan impliciet zijn, of expliciet en kwantitatief gemaakt worden.
12 Nederlandse Vereniging voor Intensive Care 2020.
13 Dit maatsschappelijk debat kwam vooral op gang naar aanleiding van een later advies opgesteld door medici en ethici (FMS & KNMG, 2020).

protest vanuit het veld snel teruggetrokken – wetgevingstraject om te verbieden dat leeftijd als zelfstandig criterium wordt meegenomen.

### *Voorkeuren van Nederlanders rondom prioritering in de zorg*

Welke voorkeuren hebben Nederlanders rondom de prioritering in de zorg? Uit onderzoek[14] blijkt dat zij in grote lijnen vinden dat gezondheidswinst bij ziektes met een hogere ziektelast meer mag kosten. Dat is in lijn met zowel *proportional* als *absolute shortfall*. Ook spreken zij de steun uit voor het meten van ziektelast via *proportional shortfall* (zie tabel 8.1). Daarnaast is er een redelijk animo voor principes in lijn met *fair innings*, oftewel gezondheidswinst van jongeren gaat boven die van ouderen. Deze bevindingen ondersteunen de in Nederland gehanteerde aanpak bij de afbakening van het basispakket, waarbij hogere maximale kosten per QALY worden gehanteerd voor ernstige ziekten.[15] Vergelijkbare inzichten komen voort uit het burgerforum Keuzes in de Zorg, waarin 24 burgers gedurende drie weekenden discussieerden over welke zorg in Nederland in het basispakket thuishoort.[16]

### *Procedurele rechtvaardigheid*

De in tabel 8.1 genoemde normatieve kaders zijn vormen van distributieve rechtvaardigheid. Er bestaan ook theorieën die de aandacht niet zozeer leggen op de inhoudelijke afwegingen, maar juist op het proces van de afweging – de 'procedurele rechtvaardigheid'.[17] Volgens aanhangers van zulke procedurele aanpakken zijn algemene kaders als *fair innings* niet concreet genoeg om daadwerkelijke praktische keuzes mogelijk te maken.[18] Fundamenteler is het bezwaar dat het nooit mogelijk zal zijn het als maatschappij eens te worden over één kader, omdat mensen het onderling wezenlijk oneens zijn over het belang van de onderliggende principes. Daaruit zou volgen dat het illusoir is om te denken dat een distributieve rechtvaardigheidstheorie ooit kan leiden tot maatschappelijk legitieme beslissingen. Daarom is het belangrijker om een eerlijke procedure in te richten die uiteindelijk leidt tot legitieme prioriteringsbeslissingen. De kern is een open, deliberatief proces, toegankelijk voor gewone

---

14 Reckers-Droog et al. 2018; Reckers-Droog et al. 2019; Stolk et al. 2005.

15 ZiN hanteert de volgende maximumwaarden: maximale meerkosten voor een extra kwalitatief levensjaar bij een ziektelast van 0,1 tot 0,4 zijn 20.000 euro per QALY, voor een ziektelast van 0,41 tot 0,7 50.000 euro per QALY en voor een hogere ziektelast maximaal 80.000 euro per QALY. Dezelfde hoeveelheid gezondheidswinst mag bij een ernstigere aandoening dus meer kosten, in lijn met de voorkeuren van Nederlanders. We weten echter niet of de precieze niveaus en posities van de drie maximumwaarden in lijn zijn met de voorkeuren van Nederlanders.

16 Baltussen et al. 2018.

17 Dit grijpt op zijn beurt weer terug op het beroemde boek *A Theory of Justice* van de filosoof John Rawls.

18 Fleck 2009; Daniels en Sabin 2008.

burgers of hun vertegenwoordigers (inspraak en beroep). Zo'n proces helpt om opvattingen en voorkeuren te articuleren en deze te scherpen aan andere meningen. Daarnaast zou het deliberatieve proces het conflict tussen maatschappelijke rollen als premiebetaler enerzijds en (toekomstig) patiënt anderzijds met elkaar in balans moeten brengen. In de praktijk zijn beide aanpakken complementair: om overeenstemming te bereiken over een distributief rechtvaardigheidsprincipe is bijvoorbeeld een maatschappelijk debat nodig – ofwel in de politieke arena, ofwel via allerlei vormen van burgerinspraak. In het volgende hoofdstuk kijken we in meer detail naar deze wisselwerking.

### *Kiezen voor zorg – of voor iets anders?*

Ten slotte moeten we onze blik nog verder verbreden. Tot nu toe zijn we impliciet uitgegaan van prioritering *binnen* de zorg – behandeling A of behandeling B, curatieve zorg of preventie? Het vraagstuk van houdbaarheid gaat echter ook over de vraag of de samenleving mensen en middelen wil inzetten in de zorg of in bijvoorbeeld het onderwijs. Dat maakt de component van het meten van baten nog complexer. Alleen binnen de zorg is de vergelijkbaarheid al moeilijk door de ongelijksoortigheid van de baten van verschillende vormen van zorg. Het wordt echter helemaal complex wanneer de brede baten van investeren in defensie, onderwijs, cultuur of sociale zekerheid ook in de vergelijking worden meegenomen – en worden afgewogen tegen (verdere) groei van de zorg. Het vraagstuk wordt echter weer iets hanteerbaarder door te kijken naar alleen de g*ezondheids*baten van andere beleidsterreinen dan de zorg. Het is immers bekend dat beleidsterreinen als onderwijs, armoedebestrijding, inrichting van de fysieke omgeving en goed werk – via hun preventieve werking – aanzienlijke gezondheidsbaten hebben.[19] Een precieze kwantificering is niet te geven, maar waarschijnlijk zijn – gemiddeld genomen – factoren als woonomgeving, werkomstandigheden, milieu en sociale cohesie belangrijkere determinanten van de gezondheid dan de zorg in engere zin.

### *Keuzes in de zorg in de praktijk – wat doen we feitelijk?*

Tot zoverre de theorie over keuzes maken in de zorg. Het gaat erom simpelweg de baten van allerlei vormen van zorg in te schatten, en in een open maatschappelijk debat na te denken over de principes op basis waarvan die baten worden gewogen, en over hoeveel die baten de samenleving eigenlijk waard zijn. De volgende stap is dat proces toe te passen op alle zorg die collectief kan worden aangeboden.[20] Daar rolt dan een keuze uit, en een prioritering, waar de samenleving zich achter kan scharen. Die prioritering maakt duidelijk welke

19 Broeders et al. 2018; WRR 2020b; Polder et al. 2020.

20 In essentie is dit proces te zien als een vorm van een (maatschappelijke) kosten-batenanalyse (MKBA), die ook gebruikt wordt bij keuzes op andere beleidsterreinen.

zorg wel en welke zorg niet gaat worden verleend, en daarmee waar de grenzen aan de groei van de zorg liggen.

Maar zo werkt het in de praktijk natuurlijk niet. Daar zijn allerlei redenen voor, van institutionele barrières, tot onvoldoende kennis, normatieve bezwaren, en verschillen in organisatiekracht tussen maatschappelijke groepen. In het vervolg van dit hoofdstuk kijken we op drie niveaus hoe in Nederland keuzes rondom prioritering en allocatie in de zorg tot stand komen.

**Kernpunten Hoe keuzes te maken in de zorg? De theorie**

- Om te kunnen kiezen tussen verschillende alternatieven in zorginterventies moeten diverse baten zoveel mogelijk meetbaar en vergelijkbaar zijn.
- Hoewel daar manieren voor bestaan, zoals de QALY, is het niet mogelijk baten volledig objectief meetbaar te maken.
- De baten en kosten moeten niet alleen worden ingeschat maar vervolgens ook worden gewogen om tot een keuze te kunnen komen. Het gaat hierbij om de inherent normatieve vraag van wat we als samenleving belangrijk en rechtvaardig vinden.
- Er zijn verschillende rechtvaardigheidsprincipes die in het keuzeproces kunnen helpen. Daarnaast is het mogelijk vanuit het perspectief van procedurele rechtvaardigheid te kijken naar wat een eerlijke procedure zou zijn om tot keuzes te komen.

## 8.3 Keuzes in de praktijk – prioritering binnen domeinen van de zorg

Om de prioritering binnen de zorg nader te kunnen onderzoeken verdelen we de zorg in een aantal brede domeinen. We kijken daarbij met name naar het afwegingskader – welke criteria worden gebruikt? – maar ook naar institutionele inbedding – welke actoren zijn verantwoordelijk voor de afweging? Omdat ze nauw met elkaar verbonden zijn, bespreken we beide aspecten in samenhang. We richten ons vooral op de curatieve en de langdurige zorg omdat deze sectoren het grootste deel van de zorg vormen zowel in de huidige omvang (personeel, middelen) als in de verwachte bijdrage aan de toekomstige groei (zie figuur 1.4 en hoofdstuk 2). Dat betekent dat het vanuit het perspectief van houdbaarheid – met name de financiële en de personele houdbaarheid –van het grootste belang is om scherpe keuzes te maken, vooral binnen de twee domeinen. Een hypothetisch voorbeeld: stel dat de geraamde groei in de ziekenhuizen door heldere keuzes met 0,5 procent kan worden teruggedrongen, dan zou dat in het

jaar 2060 jaarlijks ruim vijftien keer de voor dat jaar geraamde uitgaven aan de GGD'en besparen.[21] In andere woorden, door betere keuzes te maken binnen de twee grote zorgdomeinen, is het al snel mogelijk veel mensen en middelen vrij te spelen voor andere publieke doelen binnen de zorg of daarbuiten.

### 8.3.1 Curatieve zorg

De curatieve zorg is gericht op genezing en behandeling van acute en chronische zieken en valt grotendeels samen met de zorg die gefinancierd wordt via de Zorgverzekeringswet (Zvw; zie hoofdstuk 4). Dat er een belangrijke overheidstaak ligt om zorg te dragen voor een pakket aan breed toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare curatieve zorg, is in Nederland weinig omstreden. De discussie wordt eerder gevoerd over de grenzen van die verantwoordelijkheid, oftewel over de vraag wat er wel en niet in zo'n pakket hoort. De beslissing daarover heeft directe implicaties voor de personele en financiële houdbaarheid van de zorg; een groter pakket vergt immers meer mensen en middelen dan een klein pakket. Een prioriteringsbeslissing *binnen* de zorg grijpt dus rechtstreeks aan op een impliciete keuze over de zorg: hoeveel middelen gaan naar deze sector, en hoeveel blijven er daarmee over voor andere publieke doelen?

In Nederland is het de overheid die uiteindelijk bepaalt welke zorg wel en welke zorg niet vanuit het basispakket wordt vergoed. Het Zorginstituut Nederland (ZiN) adviseert gevraagd en ongevraagd over de samenstelling van het pakket.[22] Daarbij spelen zowel procedurele rechtvaardigheid een rol, bijvoorbeeld via de mogelijkheid tot inspraak, als sommige distributieve rechtvaardigheidsprincipes (tabel 8.1). In het algemeen kan nieuwe zorg op twee manieren het pakket instromen: via een 'gesloten' systeem – een formele, expliciete toelatingsprocedure (box 8.4) – en via een 'open' systeem. In Nederland is zo'n open systeem de route voor het merendeel van de nieuwe behandelingen.

**Box 8.4 Toelating medicijnen via het gesloten systeem**

Voor de toelating van geneesmiddelen die in de apotheek verkrijgbaar zijn en een aantal dure geneesmiddelen die in het ziekenhuis

21 Berekening op basis van de onderliggende data van figuur 4.11 uit Vonk et al. 2020. Over de periode 2020-2060 is de gemiddelde jaarlijkse groei in de uitgaven aan ziekenhuizen 2,9 procent. Wordt dat teruggedrongen tot 2,4 procent over die periode, dan komen de totale uitgaven in 2060 niet uit op de onder de status quo geraamde 96 miljard euro, maar op 79 miljard. Dat komt neer op ruim vijftien keer het geraamde budget voor de GGD'en in 2060 (1,1 miljard).

22 ZiN 2017.

verkrijgbaar zijn[23], geldt een zogeheten gesloten systeem. Dat betekent dat deze medicijnen pas tot het zorgpakket worden toegelaten nadat een expliciete, formele toelatingsprocedure gevolgd is. Deze medicijnen worden getoetst aan de hand van vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.[24] In andere woorden: is het überhaupt nodig om voor de aandoening een behandeling aan te bieden (noodzakelijkheid)? Levert de voorliggende behandeling (wezenlijke) gezondheidswinst op (effectiviteit)? Weegt de hoeveelheid gezondheidswinst op tegen de kosten (kosteneffectiviteit)? En is het wel mogelijk om de behandeling aan te bieden (uitvoerbaarheid)? Nieuwe medicijnen worden beoordeeld door de Adviescommissie Pakket (ACP), waarin medici maar ook ethici, economen, een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie en andere experts vertegenwoordigd zijn. Het conceptadvies wordt voorgelegd aan de betrokken partijen (bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, farmaceutische bedrijven). Na een openbare vergadering met mogelijkheid tot inspraak formuleert de ACP haar eigen advies.

De raad van bestuur van het ZiN adviseert de minister op basis van de algehele afweging van de ACP (box 8.4). De minister hoeft het uiteindelijke advies niet op te volgen, maar kan een eigen afweging maken. Ook kan de minister pakketbesluiten nemen zonder voorafgaand advies van ZiN. Uiteindelijk zijn pakketbeslissingen in Nederland dus een politieke afweging. In andere landen is dat niet altijd het geval. In het volgende hoofdstuk kijken we in meer detail naar de verdeling van verantwoordelijkheden in die andere landen.

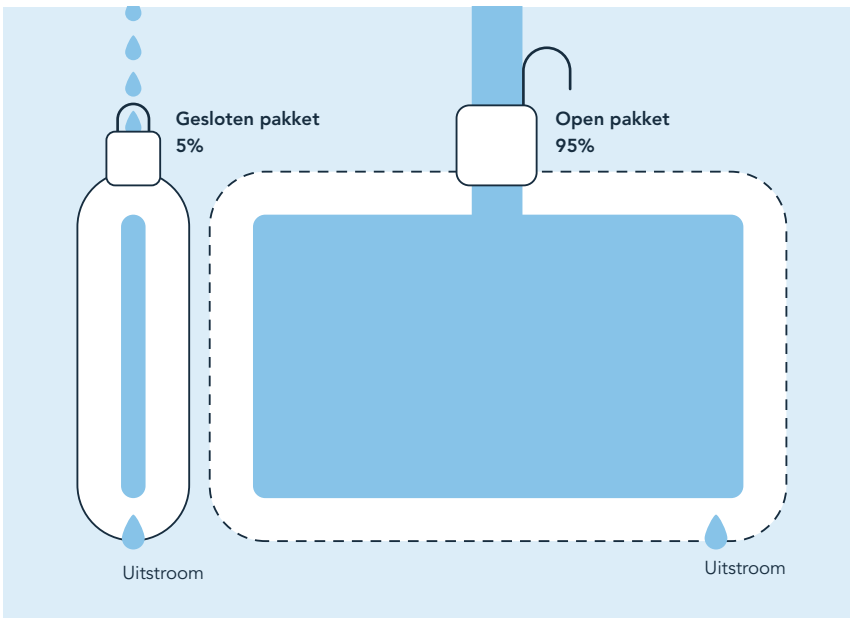
Vanuit het perspectief van houdbaarheid is kosteneffectiviteit het meest wezenlijke criterium van de vier gebruikte criteria. Dit criterium drukt in feite uit hoeveel middelen de samenleving bereid is in te zetten voor een levensjaar (een QALY) – in ieder geval via de vormen van zorg die voorliggen in deze

23 Intramurale geneesmiddelen worden in beginsel automatisch via het 'open pakket' vergoed (zie hieronder). Uitzondering zijn zeer dure intramurale geneesmiddelen; deze kunnen in de 'sluis' worden geplaatst, waarbij ze onderworpen worden aan de formele toetsingsprocedure van het gesloten pakket. Niettemin neemt volgens de NZa het aandeel van de dure geneesmiddelen in de kosten van de medisch-specialistische zorg de afgelopen jaren snel toe, met een groeipercentage van tussen de 5,5 procent en 12,1 procent jaar (van bijna 7 procent in 2012, naar bijna 10 procent in 2018). Zie Nza 2020b.

24 Deze criteria zijn gebaseerd op de zogeheten trechter van Dunning uit 1991 (zie ook hoofdstuk 4). Daar waren ze gebaseerd op noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en het niet voor eigen rekening en verantwoording kunnen nemen van de zorg. Het vierde criterium is vervangen door het criterium van uitvoerbaarheid.

procedure (namelijk medicijnen). Het ZiN hoeft niet alleen positief of negatief te adviseren, het kan de minister ook adviseren om te onderhandelen over de prijs. Gewoonlijk is dit de uitkomst bij behandelingen die weliswaar effectief zijn (dat wil zeggen gezondheidswinst opleveren), maar (nog) niet kosteneffectief zijn. Als de prijs immers maar ver genoeg daalt, wordt elke effectieve beslissing op een gegeven moment kosteneffectief.

**Figuur 8.1** Schematische weergave van pakketbeheer in de Zorgverzekeringswet.




In het gesloten systeem verloopt de toelating dus via een uitgebreide, expliciete toets. Veruit de meeste zorg, zo'n 95 procent, stroomt echter binnen via het open systeem (Figuur 8.1).[25] Dat geldt dus voor alle zorg waarbij het niet om een geneesmiddel gaat, zoals medische hulpmiddelen.[26] In dat geval bepalen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de toelating onderling, zonder dat er een formele procedure is. Wel moet de zorg effectief zijn, ofwel gezondheidswinst opleveren. Het criterium hiervoor is dat de zorg moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders of verzekerden kunnen een toets aanvragen bij het ZiN als hierover onduidelijkheid bestaat – een zogeheten standpunt. Deze toets bepaalt of de zorg effectief is, maar niet of

25 Van der Wilt et al. 2018.
26 Er wordt wel nagedacht over de inrichting van een 'sluis' voor (dure) medische hulpmiddelen, equivalent aan de sluis voor dure intramurale geneesmiddelen. Zie: Oosterkamp et al. 2021.

deze kosteneffectief is. Deze open toegangsroute heeft vanuit het perspectief van houdbaarheid een zeer fundamentele implicatie. Voor het overgrote deel van het pakket wordt een behandeling die effectiever is dan de bestaande, automatisch tot het pakket toegelaten. Of in andere woorden, een verbetering in de kwaliteit van de zorg wordt rechtstreeks en zonder tussenliggend keuzemoment – politiek of anderszins – doorgevoerd, en niet afgewogen tegen de kosten die ermee gemoeid zijn.[27]

### *Uitstroom uit het basispakket*

Voor het houdbaarheidsvraagstuk minstens even belangrijk als de instroom is de uitstroom uit het pakket. Immers, naarmate technologie en wetenschappelijke inzichten voortschrijden, kan het voorkomen dat zorg die voorheen aan de eisen voldeed dat nu niet meer doet. Bijvoorbeeld doordat uit nader wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een behandeling in de praktijk toch niet voldoende gezondheidswinst oplevert. In het Nederlandse pakketbeheer zijn formele uitstroommechanismen er maar in zeer beperkte mate. Alleen (dure) intramurale geneesmiddelen die via de 'sluis' het gesloten pakket instromen, kunnen als onderdeel van hun toelating voorwaardelijk worden toegelaten. Andere geneesmiddelen kunnen op een ad-hocbasis opnieuw beoordeeld worden en vervolgens mogelijk uitstromen. Een voorbeeld is de beslissing om vanaf begin 2019 een aantal vrij verkrijgbare medicijnen niet langer via het basispakket te vergoeden.[28] Voor de andere zorg geldt eveneens het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Oftewel, het moet uit het wetenschappelijk onderzoek of de dagelijkse praktijk duidelijk worden dat een behandeling geen passende zorg meer is, en dus niet meer vergoed zou moeten worden. Formele, expliciete uitstroom uit het basispakket is dan ook zeer beperkt – ook in financiële zin. Volgens onderzoek van de Algemene Rekenkamer zijn alle expliciete uitstroombeslissingen tussen 2007 en 2013 vooraf geraamd op een cumulatieve jaarlijkse besparing van 0,5 miljard euro, maar uiteindelijk is de helft daarvan gerealiseerd.[29] Dat is zeer bescheiden gezien de stijging van de Zvw-uitgaven in dezelfde periode met 13,4 miljard euro.

### *Keuzes in de spreekkamer – de (on)mogelijkheid van zinnige zorg*

We spraken tot nu toe over prioritering in de curatieve zorg als een kwestie van een behandeling wel of niet in het pakket opnemen. Voor een groot deel van de behandelingen is het beeld echter genuanceerder. Het gaat er dan om subgroepen van patiënten te identificeren voor wie het middel voldoende effectief én

27 Studiegroep Begrotingsruimte 2020; Kersten et al. 2021.
28 Het ging bijvoorbeeld om hoge dosis paracetamol (1000 mg), vitaminen en mineralen. Zorginstituut 2016a.
29 Algemene Rekenkamer 2015.

kosteneffectief is. Dat verplaatst de beslissing om een behandeling wel of niet toe te passen in praktische zin van het systeemniveau naar het spreekkamerniveau: valt deze patiënt binnen de groep die bewezen baat heeft bij de interventie? Aan het in de praktijk voldoen aan passende zorg[30] blijken echter grote beperkingen te zitten. Hieraan liggen allerlei, vaak gedragsmatige processen ten grondslag. Zo blijken allerlei behandelingen in de klinische praktijk over de tijd vaak ruimer te worden toegepast, ook in het geval van patiënten voor wie niet wetenschappelijk aangetoond is dat ze er baat bij hebben. Van andere behandelingen is überhaupt nooit overtuigend vastgesteld dat ze effectief, laat staan kosteneffectief, zijn. Naar schatting is van 40 procent van alle zorg in het basispakket niet bekend of die passend (*evidence-based*) is, en 10 procent van de zorg is zelfs bewezen niet-passend.[31] In ons zorgstelsel is het bevorderen van gepast gebruik uiteindelijk een gedeelde verantwoordelijkheid van de 'veldpartijen', met name van behandelaars en zorgverzekeraars: behandelaars vanuit hun verantwoordelijkheid als professionals, en zorgverzekeraars vanuit hun rol om via de zorginkoop te sturen op een doelmatig zorgstelsel – zij zouden niet gepaste zorg dus in beginsel niet moeten vergoeden. Een recente evaluatie van de Algemene Rekenkamer van het initiatief 'Zinnige Zorg' om gepast gebruikt te bevorderen, roept echter grote twijfels op over de effectiviteit van dit mechanisme.[32] De evaluatie laat zien dat sommige vormen van zorg aangeboden blijven worden, zelfs als er goed bewijs is dat zij niet gepast zijn.

### *Impliciete keuzes en verdringing binnen de curatieve zorg*

Naast de hierboven beschreven expliciete keuzes binnen de curatieve zorg, kan prioritering ook op een impliciete manier gebeuren. In een wereld waarin mensen en middelen schaars zijn, kan het verlenen van de ene vorm van zorg namelijk tot impliciete verdringing leiden van andere vormen van zorg. Zulke impliciete verdringing gebeurt vaak op een wat lager niveau in het stelsel, bijvoorbeeld bij prioriteringsbeslissingen binnen zorginstellingen.[33] In een studie in opdracht van het ZiN werden zes casussen binnen de curatieve zorg geanalyseerd. Hieruit blijkt dat de budgetdruk bij zorgaanbieders door de toepassing van nieuwe medische technologie vermoedelijk leidt tot verdringing van andere aspecten van zorg – met mogelijk netto negatieve gevolgen voor de gezondheid. Zo kan de aanschaf van dure technologie als een operatierobot er indirect toe leiden dat een ziekenhuis minder budget heeft voor personeel. Zulke verdringing is echter moeilijk één op één aan te tonen.[34] Zorgakkoorden

---

30 Andere termen die in omloop zijn voor vergelijkbare ideeën zijn 'zinnige zorg', 'gepast gebruik' en *evidence-based medicine*.

31 Kiers 2021.

32 Algemene Rekenkamer 2020b.

33 Maybin en Klein 2012.

34 Adang et al. 2018.

zoals de hoofdlijnenakkoorden waarbij partijen afspreken om de kostenstijgingen binnen een sector te beperken (hoofdstuk 5), versterken het potentieel voor zulke verdringingseffecten.[35] Ze leiden namelijk tot een hardere budgetbeperking voor instellingsbestuurders. Zulke zorgakkoorden zijn dan ook te zien als een manier om impliciete prioriteringskeuzes in de zorg af te dwingen.[36] De vraag is bij zulke impliciete keuzes echter altijd of daarbij die afweging wordt gemaakt die tot de meest gezondheidswinst leidt.

### 8.3.2 Langdurige zorg

Kenmerkend aan de langdurige zorg is dat zorg niet gericht is op herstel, maar op (24-uurs) verzorging en maatschappelijke ondersteuning. Medische handelingen maken hier slechts een beperkt onderdeel van uit, het gaat vooral om ondersteuning bij het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld wassen, hulp bij aankleden). In veel gevallen gaat het om een kwetsbare groep, waaronder mensen die lastig voor zichzelf kunnen opkomen (door ernstige fysieke of verstandelijke beperkingen, zoals mensen met dementie). De zorg waar we het hier over hebben, wordt met name gefinancierd uit de Wet langdurige zorg (Wlz) – en deels uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (zie hoofdstuk 4). Net als in de curatieve zorg speelt hier de vraag welke activiteiten wel en welke niet onder de collectieve verantwoordelijkheid vallen. Waar in de curatieve zorg keuzes over veranderingen in de pakketafbakening vooral samenhangen met technologische innovatie (medicijnen, hulpmiddelen, nieuwe technieken) en de daaruit voortvloeiende vragen rondom in- en uitstroom, speelt deze factor in de langdurige zorg veel minder een rol. Hiervoor wordt immers veel minder 'nieuwe' zorg ontwikkeld. De normatieve component van de afweging wordt daarmee misschien wel des te belangrijker. Denk aan vragen als: dienen activiteiten als schoonmaken en maaltijden in het verzekerde pakket te vallen? En: is het de verantwoordelijkheid van de sociale omgeving om voor iemand te zorgen? Dergelijke discussies spelen al decennialang, bijvoorbeeld in de voorloperwet van de huidige Wlz en Wmo, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zo ontstond er na verloop van tijd een steeds bredere politieke consensus dat het verzekerde pakket binnen de AWBZ te omvangrijk was geworden (zie hoofdstuk 5). Daardoor – zo was de analyse – werd te veel vertrouwd op de formele zorg terwijl ook patiënten zelf, en hun sociale omgeving, hiervoor een verantwoordelijkheid zouden moeten dragen.

35 Van der Wilt et al. 2018.
36 Van der Wilt et al. 2018.

Voor de langdurige zorg geldt in principe – net als voor het open deel van het basispakket in de Zvw – dat zorg verleend dient te worden in lijn met wetenschappelijke en praktische inzichten over de effectiviteit. Er is in de praktijk van de langdurige zorg echter minder een traditie van het aantonen van de effectiviteit van zorg.[37] Dat komt ten dele doordat op dit gebied in mindere mate sprake is van een onderzoekscultuur en doordat een structurele onderzoeksfinanciering ontbreken. Ook is de effectiviteit van zorg lastiger te onderzoeken. Zo is verzorging meer gericht op het behoud van de kwaliteit van leven of het beperken van de verslechtering daarvan dan op de verbetering van de gezondheid. De baten van zorg zijn daarmee in veel gevallen minder goed objectief te meten dan in de curatieve zorg, en hangen meer af van de persoonlijke voorkeuren van de cliënt. Dat maakt het nog moeilijker om grenzen te trekken. Niettemin worden ook voor het meten van de baten van langdurige zorg maatstaven ontwikkeld – we bespraken eerder al de ICECAP. Het brede beeld blijft echter dat het expliciete prioriteringsproces binnen de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning minder ver zijn ontwikkeld, zeker vergeleken met dat in delen van de curatieve zorg.

Toch zijn er ook in de langdurige zorg impliciete vormen van prioritering. Zo kwamen na de grote hervorming hiervan in 2015 alleen de mensen met de zwaarste ziektelast nog in aanmerking voor permanent verblijf in een zorginstelling. De capaciteit voor verzorgingshuizen is daarmee afgebouwd. Hierdoor blijven mensen langer thuis wonen en geldt voor de patiënten die nog in de instellingen verblijven, dat zij gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan de thuiswonenden. Een vergelijkende analyse van langdurige zorg voor ouderen in andere landen laat zien dat deze beweging ook daar is ingezet, maar dat die in sommige gevallen ook weer wordt teruggedraaid, met een pendulebeweging als gevolg.[38] Een reden hiervoor is dat het niet evident is dat de verschuivingen naar zorg thuis leiden tot een verbetering van de personele of financiële houdbaarheid. Zorg thuis vergt namelijk niet vanzelfsprekend minder personele inzet, en hoeft ook niet altijd goedkoper te zijn. Zo blijkt uit onderzoek in Nederland dat de besparing aan langdurige zorg gecompenseerd wordt door hogere uitgaven aan de curatieve en thuiszorg.[39] Om die reden is de beweging naar zorg thuis in Japan deels weer teruggedraaid. In Denemarken is dit minder het geval, maar was een zeer sterk ontwikkeld systeem van thuiszorg nodig om deze verschuiving mogelijk te maken.[40] In Nederland treedt in relatie tot de vergrote inzet op zorg thuis onbedoeld een zogeheten verkeerdebeddenproblematiek op. Doordat

37 Zorginstituut 2016b.
38 Kruse et al. 2021.
39 Wong et al. 2018.
40 Wong et al. 2018.

de capaciteit in instellingen is afgebouwd, verblijven patiënten die langdurige zorg behoeven soms langer in het ziekenhuis[41], wat tot hogere kosten leidt. Dit verschijnsel trad ook op in het sterk vergrijsde Japan.[42] Het is een voorbeeld van hoe prioritering binnen de ene sector gevolgen kan hebben voor een andere sector – en die gevolgen hoeven voor het zorgstelsel als geheel niet per se optimaal te zijn. Deze onbedoelde allocatiegevolgen doen zich ook op andere plaatsen voor (zie box 8.5), en benadrukken opnieuw de complexe aard van het zorgstelsel (zie hoofdstuk 6).

**Box 8.5 Kwaliteitskader verpleeghuiszorg**

Een onderwerp dat de laatste jaren veel aandacht heeft gekregen, is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Na een actie van Hugo Borst en Carin Gaemers en het manifest 'Scherp op zorg' ontstond er grote politieke druk om de verpleeghuiszorg te verbeteren. De regering vroeg het Zorginstituut in 2016 om samen met het zorgveld een kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg op te stellen. Omdat het overleg hierover stokte, formuleerde de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zelf een kwaliteitskader. Dit blijkt uiteindelijk 2,1 miljard euro op jaarbasis te kosten. Omdat de regering aan dit kwaliteitskader gehouden was, was ze gedwongen dit bedrag beschikbaar te stellen.[43] Overigens kon een deel van dat geld niet besteed worden, omdat er niet genoeg personeel beschikbaar was.[44]

De gang van zaken rond het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (box 8.5) roept een aantal vragen op rond de wijze waarop middelen binnen de langdurige (ouderen)zorg gealloceerd worden. Ten eerste is er de vraag of kosteneffectiviteit bij het kwaliteitskader terecht geen rol speelde of dat dit criterium een integraal onderdeel zou moeten zijn van de ontwikkeling van kwaliteitskaders.[45] Een tweede vraag is of het terecht is dat deze afweging puur bij het veld en het Zorginstituut wordt gelegd of dat een besluit tot kwaliteitsverbetering een politieke keuze vergt. Deze vraag is inmiddels ten dele beantwoord omdat een noodrem is ingevoerd die maakt dat de politiek in geval van een zeer grote verwachte uitgavenstijging kan ingrijpen.[46] Maar de bredere vraag blijft of die

41 Van der Geest 2019.
42 Kruse et al. 2021.
43 Schakel 2018.
44 Algemene Rekenkamer 2019.
45 Algemene Rekenkamer 2019.
46 Wet financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden.

politieke weging niet breder en eerder zou moeten plaatsvinden. Ten derde benadrukt de kwestie rondom het kwaliteitskader dat financiële middelen niet de enige begrenzende factor zijn, maar dat personeel ook een belangrijke rol speelt (zie hoofdstuk 3.3). Dit laat nogmaals zien hoe belangrijk het is dat beleid in de zorg de drie houdbaarheden in overweging neemt, en in balans houdt.

### 8.3.3 Jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg

We kijken ten slotte kort naar prioritering en allocatie binnen de jeugdzorg en de GGZ. Hoewel deze sectoren op macroniveau van beperkte omvang zijn (zie figuur 1.4), zijn er verschuivingen in de impliciete prioritering binnen deze sectoren te zien. Bij de jeugdzorg doet zich daarnaast een snelle groei voor van de sector als geheel (zie hoofdstuk 4). Aandacht voor prioritering binnen deze sectoren is vooral van belang, omdat – zoals we eerder in dit rapport zagen – delen van de jeugdzorg en de gespecialiseerde GGZ niet voldoen aan de basisnormen met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid (zie hoofdstuk 4). Kijken we naar vraagstukken van prioritering, dan blijken binnen de GGZ en de jeugdzorg vergelijkbare beperkingen te spelen als bij de langdurige zorg. De baten van zorg zijn hier minder goed te objectiveren en meten dan in de curatieve zorg. Ze hangen vaker dan in de curatieve zorg samen met kwaliteit van leven dan met gezondheidswinst. En ze hangen ook vaak samen met de leefwereld van de cliënt buiten de zorg (bijvoorbeeld huisvesting, werk).

Als we kijken naar de verdelingspatronen van de afgelopen jaren, dan vallen niettemin een paar zaken op. Zo was de groei binnen de GGZ de afgelopen jaren vooral sterk binnen de basis-GGZ en de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts), waar lichtere vormen van GGZ-problematiek behandeld worden, en veel minder binnen de gespecialiseerde GGZ. Over de periode 2015-2018 steeg het aantal patiënten in de POH-GGZ met 25 procent, in de basis-GGZ met 11 procent en in de gespecialiseerde GGZ met 2,9 procent; de uitgaven stegen met respectievelijk 24,7 procent, 22,6 procent en 10,7 procent.[47] In de periode daarvoor, 2011-2016, namen de uitgaven binnen de gespecialiseerde GGZ in absolute zin zelfs met 6 procent af.[48] Vergeleken met andere delen van de zorg – in het bijzonder de curatieve zorg – wijkt dit beeld sterk af, zeker in het licht van de hoge en toenemende vraag naar zorg en de hardnekkige wachtlijsten in de zwaardere vormen van GGZ (zie hoofdstuk 4). Ook binnen de jeugdzorg stegen de aantallen behandelde cliënten met name in de – relatief lichte – jeugdhulp tussen 2015 en 2019 van ruim 350.000 per jaar naar bijna

47 NZa 2021.

48 Over de periode 2011-2016 ging een krimp van 6 procent in uitgaven voor de gespecialiseerde GGZ (van 3,2 miljard naar 3 miljard), gepaard met verdubbeling van de uitgaven aan de basis-GGZ (van 104 naar 197 miljoen). Zie KPMG en Vektis 2018.

450.000. In diezelfde periode bleven de aantallen in de jeugdbescherming en de jeugdreclassering grofweg gelijk (respectievelijk rond de 40.000 en de 9.000).[49]

**Kernpunten 8.3**

- Voor een relatief beperkt deel van de Nederlandse zorg worden de baten expliciet gewogen tegen de kosten.
- De meeste nieuwe zorg (kwaliteitsverbetering) binnen de curatieve zorg wordt automatisch geaccommodeerd: ongeveer 95 procent daarvan stroomt het pakket in via de 'open' route.
- Ook in de langdurige zorg, de GGZ en de jeugdzorg is er slechts een beperkte expliciete toetsing en afbakening van het pakket (pakketbeheer) in het licht van (kosten)effectiviteit.
- Uitstroom van niet (meer) passende zorg vindt onvoldoende plaats, en is niet systematisch georganiseerd. Van zo'n 40 procent van het pakket is dan ook niet bekend of die passend is.
- Groei van middelen en patiënten binnen jeugdzorg en GGZ slaat vooral neer bij relatief lichte problematiek.

## 8.4 Keuzes in de praktijk – verdeling tussen zorgsectoren

In de vorige paragraaf keken we naar de prioritering *binnen* sectoren. We kunnen ook een niveau hoger kijken, naar hoe in Nederland de middelen, en daarmee de mensen, verdeeld worden *tussen* verschillende sectoren van de zorg. In het eerste hoofdstuk van dit rapport constateerden we dat de bulk van de middelen naar de medisch-specialistische en de langdurige zorg gaat. In deze paragraaf ontrafelen we de keuzeprocessen die aan deze verdeling ten grondslag liggen, verder. Hoe wordt de allocatie van mensen en middelen over sectoren bepaald, en hoe verandert die over de tijd? Aan welke knoppen kunnen beleidsmakers draaien? We richten ons daarbij met name op de verdeling van middelen. Deze valt niet volledig samen met de verdeling van mensen – bijvoorbeeld omdat de gemiddelde lonen verschillen tussen delen van de zorg – maar hangt daar wel sterk mee samen, omdat de bulk van de uitgaven in de zorg opgaat aan personeelskosten (zie ook hoofdstuk 7).

49 AEF 2020. In de jeugdbescherming ging het om een lichte afname van 42.318 in 2015 naar 41.249 in 2019, in de jeugdreclassering om een afname van 11.420 naar 9.170. Zie ook hoofdstuk 2 van dit rapport.

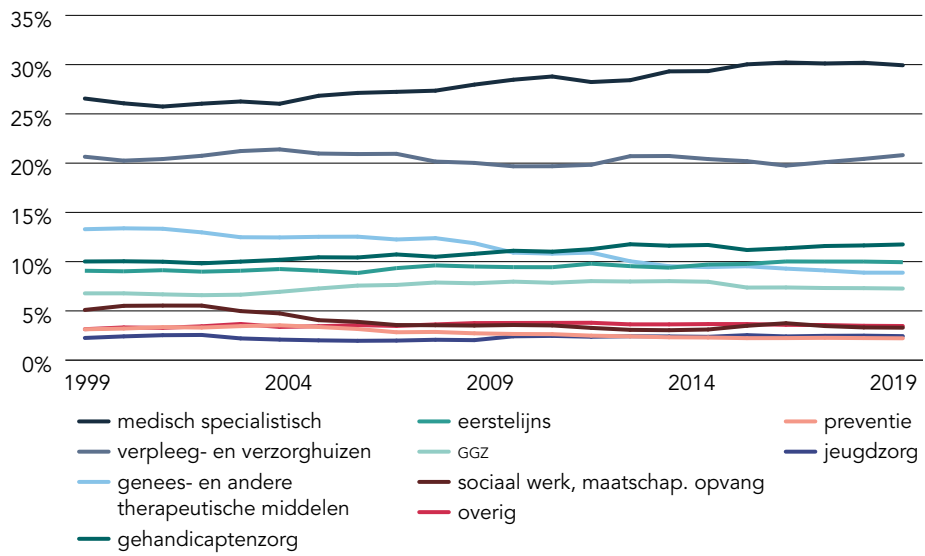
Om deze vragen te kunnen beantwoorden is de nuttigste bril die we daarbij kunnen opzetten, die van de stelselwetten (zie hoofdstuk 4). Voor de Zorgverzekeringswet – grofweg de curatieve zorg – geldt dat de totale uitgaven vooral bepaald worden vanaf de vraagkant, namelijk door de zorg die we in het pakket opnemen. Uit de in dit hoofdstuk beschreven dynamiek rondom in- en uitstroom van zorg in het pakket, in combinatie met het daadwerkelijke gebruik van die zorg, vloeit indirect voort hoe hoog het totale beslag op de middelen wordt. De nominale premie varieert daarbij vrij en de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt door de overheid vastgesteld. Voor de Wlz worden de premies en betalingen, en daarmee de totale uitgaven, in hun geheel vastgesteld door de overheid. Bij de Wmo en de Jeugdwet hangen de totale uitgaven af van de beleidskeuzes die de individuele gemeentes maken ten aanzien van de voorzieningen die zij aanbieden.

In alle stelselwetten geldt dat er in de praktijk een complexe interactie is tussen de maatschappelijke verwachtingen rondom de kwaliteit en de toegankelijkheid van de geboden voorzieningen en het verzekerde pakket. In theorie hebben overheden – nationaal en lokaal – veelal de vrijheid om budgetten vast te stellen en te variëren. In de praktijk is de politieke en maatschappelijk ruimte voor verschuivingen beperkt, omdat deze al snel gevolgen hebben voor de kwaliteit en de toegankelijkheid in een deel van de zorg. Denk aan de gevolgen van de budgetbeperkingen in de nasleep van de financiële crisis voor de werkgelegenheid in de GGZ, de jeugdzorg en de verpleging en verzorging, en de daaruit voortvloeiende problematiek rondom wachtlijsten en kwaliteit die we eerder bespraken (zie hoofdstukken 3 en 4).

Als we kijken naar de historische verdeling van middelen over verschillende typen zorgaanbieders (figuur 8.1)[50], dan blijkt bijvoorbeeld dat de medisch-specialistische zorg de afgelopen twintig jaar het grootste deel van de uitgaven innam; dit aandeel nam langzaam toe van 27 procent rond de eeuwwisseling naar ruim boven de 30 procent nu. Meer in het algemeen veranderen de brede allocatiepatronen maar zeer langzaam, zo blijkt uit de langzaam verschuivende lijnen in figuur 8.1. Dat illustreert de hoge mate van padafhankelijkheid: de verdeling van middelen is sterk historisch bepaald. Tot op zekere hoogte is dit onvermijdelijk; de onderliggende demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen verlopen immers traag. Een supertanker als de zorg kan niet te plotseling de steven wenden, en het is de vraag of dat ook wenselijk zou zijn.

50 Zoals we eerder zagen in de hoofdstukken 1 en 2, liepen die totale uitgaven over de hele periode fors op, maar dat is niet zichtbaar in figuur 8.2. Hier kijken we alleen naar de verdeling van die uitgaven over sectoren.

**Figuur 8.2** Relatieve verdeling van uitgaven voor acht types zorgaanbieders, 1998-2019[51].




Bron: CBS, Statline.

### 8.4.1 Beperkte inzet op preventie

Los van de snelheid van de verschuivingen, lijkt de verdeling van middelen maar beperkt in lijn te zijn met waar in het stelsel gezondheidswinst geboekt kan worden, de kwaliteit van leven kan worden verbeterd, en publieke waarden kunnen worden gestut. Dat is problematisch gegeven de houdbaarheidsopgaven die op ons afkomen. De toenemende schaarste aan mensen en middelen zorgt er namelijk voor dat het vraagstuk van verdringing binnen de zorg steeds knellender wordt.[52] Dat maakt het des te belangrijker om de mensen en middelen daar in te zetten waar de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg de meeste ondersteuning behoeven, en waar op een relatief efficiënte manier gezondheidswinst te boeken is. Juist als er schaarste is, is het immers belangrijk dat de samenleving voor haar inzet voldoende baten terugkrijgt. Optimalisatie van de

51 Een deel van de geobserveerde verschuivingen valt te verklaren door overhevelingen van zorgbudgetten tussen sectoren, zoals de verschuiving van 'dure geneesmiddelen' naar de ziekenhuizen vanaf 2012. De categorieën in deze figuur komen overeen met de hoofdcategorieën uit figuur 1.4. Op twee uitzonderingen na: (1) de langdurige zorg is opgesplitst in gehandicaptenzorg en zorg geleverd in verpleging en verzorging, (2) beleid en beheer blijven achterwege om de focus op zorgaanbieders te leggen.

52 En ook vanuit de zorg ten opzichte van andere sectoren. Naar dat aspect kijken we in paragraaf 8.6.

totale hoeveelheid gezondheidswinst volstaat daarbij niet (zie paragraaf 8.1). De conclusie dat het van belang is meer dan nu in te zetten op verhoging van de gezondheidswinst, impliceert niet dat maximalisatie daarvan de enige overweging moet zijn, Maar dat laatste betekent ook niet dat het niet mogelijk is de gegenereerde gezondheidsbaten te verbeteren.

Waarom denken we dat de verdeling van mensen en middelen gericht zou kunnen worden op waar in het stelsel met name gezondheidswinst kan worden geboekt, en publieke waarden kunnen worden gestut? Een reden hiervoor zijn de al decennialang relatief beperkte uitgaven aan preventie, die procentueel samen met de jeugdzorg onderaan in de verdeling staan (figuur 8.1).[53] Ondanks herhaalde oproepen tot een grotere inzet op preventie[54] die al geruime tijd te horen zijn, is het aandeel in de uitgaven hieraan sinds de millenniumwisseling gestaag gedaald. Onderzoek laat zien dat met allerlei vormen van preventief ingrijpen tegen relatief lage maatschappelijke en financiële kosten gezondheidswinst te behalen valt[55] (tabel 8.2 en box 8.6) – zeker in vergelijking met vormen van curatieve zorg. Daarnaast zou preventie ook de maatschappelijke houdbaarheid kunnen stutten. Denk aan de druk op de solidariteit bij aan leefstijlgerelateerde aandoeningen (hoofdstuk 3): dat zijn bij uitstek aandoeningen die preventie kan helpen voorkomen of beperken. Voor sommige vormen van preventie – bijvoorbeeld accijnzen – geldt zelfs dat de maatregelen geen geld kosten maar juist geld opleveren (zie tabel 8.2). Dat betekent niet dat investeren in preventie vanzelfsprekend geld zal besparen, maar wel dat het potentieel voor gezondheidswinst via preventie hoog is en dat die gezondheidswinst vaak relatief weinig kost vergeleken met de gezondheidswinst die met (andere vormen van) zorg te boeken zijn (zie box 8.6).

---

53 Het gaat bij de in figuur 8.1 weergegeven data overigens om de uitgaven aan vormen van preventie die binnen het domein van de zorg vallen, met name om ziektepreventie en gezondheidsbevordering via instellingen als de GGD'en, om Arbo en om screeningprogramma's voor bijvoorbeeld kanker (zie ook online appendix 4 voor een overzicht van de verschillende vormen van preventie). In 2015 lagen de uitgaven die weergegeven zijn in figuur 8.1, volgens het CBS op bijna 2 miljard euro. Als we een breder perspectief op preventie hanteren, dan liggen die bedragen fors hoger. De uitgaven aan gezondheidsbescherming lagen in dit jaar namelijk op 9,5 miljard, waarvan verreweg de grootste post de riolering is met 3,2 miljard, gevolgd door uitgaven gerelateerd aan drinkwater (1,4 miljard) en luchtkwaliteit (1,4 miljard), afvalverwerking (1,2 miljard) en verkeersveiligheid (1,2 miljard). Ter vergelijking, in 2015 lagen de uitgaven in brede zin aan ziektepreventie op 2,4 miljard, en die aan gezondheidsbevordering op 0,6 miljard. Ook onder de brede interpretatie van preventie daalden de uitgaven echter: gecorrigeerd voor inflatie tussen 2007 en 2015 met 17 procent. Zie voor meer informatie: Van Gils et al 2020; Volksgezondheidszorg.info, Kosten van Preventie.

54 Zie voor een overzicht: Broeders et al. 2018.

55 Polder et al. 2020.

**Tabel 8.2** Illustratie van potentiële gezondheidswinst en kosteneffectiviteit[56]

| Interventie of behandeling | Totaal te winnen gezonde levensjaren | Kosten/ QALY (ICER) | Totale kosten |
|---|---|---|---|
| **Voorbeelden kosteneffectieve preventieve maatregelen** | | | |
| Verbod op tv-reclame voor ongezond eten gericht op kinderen | 29.229 jaar | € 3 | € 101.337 |
| Screening huisarts op overmatige alcoholconsumptie | 65 jaar | € 681 | € 44.360 |
| Verlaging max. snelheid in dichtbevolkte gebieden naar 80 km/h | 143 jaar | € 1.500 | - |
| Financiële prikkel meer bewegen op werk | 542 jaar | € 3.196 | € 13 miljoen |
| Screening huidkanker risicogroep | 126.880 jaar | € 12.291 | € 1,5 miljard |
| **Ter vergelijking, recent pakketadvies** | | | |
| Osimertinib (longkanker) | | € 134.575 | |
| **Kostenbesparende preventieve maatregelen** | | | |
| Accijnsverhoging ongezonde voeding (10% prijsstijging) | 522.907 jaar | | € 2,9 miljard opbrengst |
| Verplichte zoutreductie voedsel | 65.718 jaar | | € 217 miljoen opbrengst |
| Accijnsverhoging suikerhoudende dranken | 42.953 jaar | | € 75,3 miljoen opbrengst |

Bron: Polder et al. 2020; Van der Vliet et al. 2020; ZiN 2020a.

56 Polder et al. 2020; Van der Vliet et al. 2020; ZiN 2020a.

**Box 8.6 Geld besparen door preventie?**

De impliciete verwachting is vaak dat preventie geld bespaart, en in het verlengde daarvan, dat meer investeren in preventie de zorguitgaven drukt. Voorkomen is immers beter dan genezen. Als iemand niet ziek wordt, dan kost dat toch ook geen geld? Helaas ligt het in de praktijk niet altijd zo simpel. Hiervoor zijn verschillende redenen.[57] Eén ervan is het eerder in dit rapport besproken gegeven dat een groot deel van de uitgaven vlak voor het overlijden wordt gedaan (hoofdstuk 2). Preventie verandert dat niet vanzelfsprekend, maar schuift die kosten potentieel wel naar achteren. Een andere redenen is dat in sommige gevallen preventie kan leiden tot verlenging van de levensduur, maar dat die extra jaren (groten)deels in zieke toestand worden doorgebracht (*expansion of morbidity*). Nog een aspect is dat preventie kan leiden tot verschuiving naar andere ziektebeelden. Mensen krijgen bijvoorbeeld minder longkanker wanneer zij stoppen met roken, en leven zodoende langer, maar een deel van hen krijgt daardoor te maken met dementie. Die 'vervangende' aandoening kan goedkoper zijn, maar ook duurder. Het netto-effect is dus niet altijd op voorhand duidelijk, is omgeven met grote onzekerheid, en varieert sterk tussen verschillende preventieve interventies. Een voorstudie voor dit rapport geeft een overzicht van de baten van preventie en andere vormen van zorg.[58] Het brede beeld is dat niet gesteld kan worden dat door 'preventie' in algemene zin de zorguitgaven omlaag gaan. Wel duidelijk is dat veel preventieve interventies verreweg de minst kostbare manier zijn om extra gezonde levensjaren te 'produceren'. En in veel gevallen is preventie ook simpelweg de meest effectieve interventie om de gezondheid van een brede groep mensen te verbeteren, los van de kosten.

Een grotere inzet op preventie is echter niet alleen een kwestie van meer geld investeren. Veel preventieve ingrepen kosten geen of weinig geld, en sommige leveren zelfs geld op – nog afgezien van de gezondheidsbaten die ze genereren. Het gaat dan vaak om wettelijke vormen van preventie, waarvan de invoering weinig of geen geld kost en die in sommige gevallen juist geld opleveren (bijvoorbeeld belastingmaatregelen zoals de 'suikertaks' – zie ook tabel 8.2). De voorstudie van het RIVM geeft hiervan een overzicht[59]. Bij dit soort preventieve maatregelen is het vraagstuk dus niet zozeer één van allocatie of verdeling, maar

57 Cohen et al 2008; Goetzel 2009; Russell 2009, Woolf 2009; Licher et al. 2019; Wouterse 2020.
58 Polder et al. 2020.
59 Polder et al. 2020; Van der Vliet et al. 2020.

gaat het ook vaak om een normatieve vraag: in hoeverre willen we de vrijheid van het individu sturen in het belang van zijn of haar toekomstige gezondheid? Daarbij gaat het erom prikkels juist in te richten en soms kortetermijnbelangen te doorbreken in het belang van de gezondheidswinst op de lange termijn. Het Nationaal Preventieakkoord heeft al bijgedragen aan een stap in deze richting, maar uit een *quickscan* van het RIVM blijkt dat de verwachte effectiviteit van de maatregelen nog tekortschiet in vergelijking tot de doelen.[60] In het volgende hoofdstuk van dit rapport gaan we nader in op de maatschappelijke en institutionele barrières bij een grotere inzet op preventie.

### 8.4.2 Inzetten op publieke waarden

Een illustratie van het gebrek aan systematische prioritering tussen sectoren, is de positie van sectoren waarvan de publieke waarden onder de maat zijn. In hoofdstuk 4 bleek dat de kwaliteit en de toegankelijkheid in het bijzonder onder druk staan binnen de jeugdzorg, binnen delen van de GGZ en bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Als we kijken naar de relatieve financiële positie van de jeugdzorg en de GGZ, zijn over de langere termijn echter geen tekenen zichtbaar dat de financiële prioriteit voor die sectoren toeneemt (figuur 8.1). Hun relatieve aandeel in de financiën blijft al decennia opmerkelijk gelijk, en daalde recentelijk bijvoorbeeld tijdens de budgetreducties die gepaard gingen met de decentralisaties. We zagen eerder ook al dat er in diezelfde periode substantiële personeelsreducties plaatsvonden (hoofdstuk 3). Daartegenover staat dat de ontwikkeling over de langere termijn een gestage groei laat zien van het relatieve gewicht van de ziekenhuiszorg – een sector die in termen van kwaliteit en toegankelijkheid volgens OECD-normen goed presteert (zie hoofdstuk 4). En volgens de ramingen blijft dit de komende decennia zo, wanneer de groei van de zorg zowel in absolute als in procentuele zin met name in de curatieve en de ouderenzorg zal neerslaan (hoofdstuk 2).

Inzetten op preventie is niet alleen in algemene zin een (kosten)effectieve manier om gezondheidswinst te boeken, het is ook een goede manier om publieke waarden te stutten in sectoren waar die waarden beneden de ondergrens dreigen te raken. Zoals we eerder in dit hoofdstuk zagen, groeit in die sectoren – bijvoorbeeld in de jeugdzorg en de GGZ – op dit moment vooral het aandeel mensen met een relatief lichte problematiek. Een sterkere inzet op preventie kan juist de instroom van deze lichte gevallen terugdringen, en daarmee mensen, middelen en bestuurlijke aandacht vrijspelen voor de zwaardere patiënten. Preventie is dus niet alleen een efficiënte manier om gezondheidswinst te behalen, zij speelt ook een belangrijke rol bij het borgen van publieke waarden. Een voorbeeld is het via preventieve maatregelen

60 RIVM 2018; Van Giessen 2020; Van Giessen et al. 2021a, 2021b.

tegengaan en voorkomen van (verergering van) psychische stoornissen (box 8.7) en van de noodzaak tot jeugdhulp (box 8.8). Een ander voorbeeld betreft de ouderenzorg. Om ouderen in staat te stellen langer thuis te blijven wonen, is het van groot belang dat zij een sociaal netwerk hebben en mobiel blijven. Een beweegprogramma en valpreventie zijn dan voor de hand liggende activiteiten. Ook is het van belang om op tijd toegenomen kwetsbaarheid te signaleren, zowel in het fysieke als in het cognitieve en psychische domein. Het RIVM heeft echter geconstateerd dat er op het gebied van vroegsignalering bij ouderen nog onvoldoende samenwerking tussen de zorg- en hulpverleners is.[61]

**Box 8.7 Versterking van preventie om psychische stoornissen tegen te gaan**

Uit steeds meer data blijkt dat het mogelijk is psychische stoornissen (psychose, depressie, alcoholafhankelijkheid en suïcide) te voorkomen.[62] Een meta-analyse van vijftig *randomized controlled* trials[63] waaraan mensen meededen die bij aanvang van de trial geen depressie hadden en die ofwel cognitieve gedragstherapie ofwel 'gebruikelijke zorg' ontvingen, toonde dat de preventieve interventie na een jaar leidde tot een afname met 19 procent van de kans om een depressie te ontwikkelen.[64] Kanttekeningen daarbij waren het lage absolute effect op incidentie en het beperkte bereik van deze interventies.[65] Naast effectief blijken de interventies ook kosteneffectief te zijn.[66] Selectieve en geïndiceerde preventie van depressie, angst en verslaving zijn op die gronden opgenomen in de basisverzekering. Toch valt het resultaat tegen. Cuijpers en Beekman[67] betogen dat een preventieve interventie meer kans van slagen heeft wanneer individuele risico's op het ontstaan van depressie voorspeld kunnen worden. Zij benadrukken dat het belangrijk is hoogrisicogroepen te identificeren en daarbij vooral te kijken naar combinaties van risicofactoren (bijvoorbeeld oudere vrouwen met depressieve klachten waardoor zij functionele

61 Buist et al. 2018
62 Cuijpers en Beekman 2018.
63 Van die vijftig trials betroffen zestien trials geïndiceerde preventie (mensen die wel symptomen hebben, maar niet voldoen aan de criteria van een depressie), 33 selectieve preventie (gericht op hoogrisicogroepen, zoals kinderen van ouders met een depressie, of mensen die werkeloos zijn) en één universele preventie (gericht op de gehele bevolking onafhankelijk of er een risico op het ontwikkelen van een depressie was).
64 Cuijpers et al. 2021.
65 Cuijpers en Beekman 2018.
66 Cuijpers en Beekman 2018.
67 Cuijpers en Beekman 2018.

beperkingen ervaren en met een klein sociaal netwerk hebben een verhoogd risico). Predictie-instrumenten kunnen behulpzaam zijn bij het berekenen van het individuele risico op een depressie. Daarnaast zijn persoonlijke voorkeuren, wensen en attitudes van mensen over hun mentale gezondheid van belang voor hun motivatie om deel te nemen aan preventieprogramma's. En daar is dan weer universele preventie voor nodig, bijvoorbeeld door massamediale campagnes of door het aanleren van leefstijlvaardigheden. Ten slotte noemen Cuijpers en Beekman de mogelijkheden van 'indirecte' behandeling en preventie, waarbij interventies worden gericht op problemen die samenhangen met depressie, zoals een slaapstoornis, maar niet direct op de depressie zelf. Dergelijke interventies hebben het voordeel dat deze problemen minder stigmatiserend zijn, maar ze kunnen toch effectief een depressie voorkomen of verminderen.[68]

**Box 8.8 Door preventie jeugdhulp voorkomen**

Onderzoek laat zien dat preventieve interventies gericht op jongeren effectief kunnen zijn om gedrags- en sociale problemen bij deze groep te verminderen.[69] Preventie om de oplopende curve van de vraag om jeugdhulp om te buigen vraagt om investering in beschermende factoren, zoals ouderbetrokkenheid en sociale netwerken. Het afgelopen decennium hebben vele gemeenten, vaak als gevolg van budgettaire druk, bezuinigd op de jeugdgezondheidszorg, waar ouders op een laagdrempelige manier terecht kunnen met vragen over bijvoorbeeld de opvoeding.[70] In een recent rapport onderscheidt het Nederlands Jeugdinstituut een drietal pijlers voor preventief beleid[71]: beschermende factoren die bijdragen aan de veerkracht van kinderen, preventie op maat en vroegsignalering, en versterken van de eerste lijn. Ook is het belangrijk om alleen in te zetten op vormen van preventie die bewezen effectief zijn om jeugdproblematiek te voorkomen.[72] Het Nederlands Jeugdinstituut onderhoudt daartoe een Databank Effectieve Jeugdinterventies.

68 Cuijpers en Beekman 2018.
69 Weisz et al. 2005.
70 De JGZ is van grote waarde voor gemeenten, gezien haar kennis van het lokale jeugdveld en inzicht in de gezondheidssituatie van jeugdigen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014).
71 Van Yperen et al. 2019.
72 Houte de Lange 2021.

Zowel het gebrek aan inzet op preventie als de beperkte inzet van mensen en middelen voor delen van de zorg waar publieke waarden onder druk staan, zijn tot op zekere hoogte de keerzijde van de medaille van impliciete prioriteringsbeslissingen in andere sectoren. Denk bijvoorbeeld aan de eerder in dit hoofdstuk besproken druk op de begroting die uitgaat van een in belangrijke delen van de curatieve zorg automatisch geaccommodeerde kwaliteitsverbetering. Dit speelt in het bijzonder in combinatie met de snelle ontwikkeling van de medische technologie (hoofdstuk 2). Of aan de door demografische druk gedreven stijging van de uitgaven aan de (langdurige) ouderenzorg. Eén-op-één-verdringing is niet aan te tonen, maar in een wereld van schaarse mensen en middelen voor de zorg vissen de verschillende zorgsectoren uiteindelijk in dezelfde vijver.

**Kernpunten Keuzes in de praktijk – verdeling tussen zorgsectoren**

- De brede verdeling van middelen tussen de verschillende sectoren in de zorg wordt primair bepaald door historisch gegroeide patronen.
- Door preventie kan tegen relatief lage kosten relatief veel gezondheidswinst geboekt worden, maar toch ligt de inzet daarop al ruim twee decennia op een stabiel laag niveau.
- De groei van zorgmiddelen slaat slechts beperkt neer bij die sectoren waar de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg door de ondergrens zakken, zoals de gespecialiseerde GGZ en de jeugdbescherming en -reclassering.
- Preventie kan helpen om de instroom in de zorg te remmen en de publieke waarden te stutten, juist in de sectoren waar die onder druk staan.
- De verdeling van middelen en mensen tussen en binnen sectoren wordt maar zeer beperkt gedreven door het potentieel voor gezondheidswinst of publieke waarden.

## 8.5 Keuzes in de praktijk – verdeling tussen collectief en individu

Tot nu toe ging het in dit hoofdstuk over de verdeling van middelen in de zorg. Een andere manier waarop grenzen te trekken zijn, is vanaf de kant van de financiering. Wordt van mensen die zorg gebruiken, verwacht dat zij hier (deels) zelf aan bijdragen? Of komen de kosten van die zorg geheel voor rekening van het collectief? De mate waarin deze verantwoordelijkheid collectief wordt belegd, is belangrijk voor de financiële houdbaarheid, omdat deze direct van belang is voor

het totale financiële beslag dat de zorg op de collectieve middelen legt. Daarnaast is er een potentieel indirect effect op de personele en financiële houdbaarheid, omdat eigen betalingen kunnen leiden tot een verminderd gebruik van zorg (een gedragseffect).[73] Uiteraard heeft de mate waarin gebruikte zorg via eigen betalingen gefinancierd wordt, potentieel ook gevolgen voor de financiële component van de toegankelijkheid, hoewel hier veel afhangt van de precieze verdeling: van wie worden dergelijke bijdragen verwacht, en in welke omstandigheden verkeren die mensen? Ten slotte zijn er potentiële effecten op de maatschappelijke houdbaarheid. Deze effecten kunnen zowel negatief als positief zijn: negatief omdat mensen zich zorgen maken over de effecten op de financiële toegankelijkheid van zorg, positief als zij het rechtvaardig vinden dat de gebruikers van zorg ten minste deels zelf de kosten daarvan dragen (zie ook hoofdstuk 3). Het is onbekend hoe die effecten over de brede linie netto uitpakken.

In het Nederlandse zorgstelsel komen eigen betalingen op een aantal plaatsen terug, in het bijzonder het eigen risico in de Zvw en de eigen bijdragen in de Wlz en de Wmo.[74] In de Zvw gaat het om een eigen risico van op dit moment 385 euro[75], in de Wlz om een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage[76] en in de Wmo om een 'abonnementstarief' van 19 euro per maand per huishouden. Deze vormen van eigen betalingen zijn controversieel in het publieke debat omdat het hierbij gaat om betalingen voor de basiszorg. Eigen betalingen zijn voor patiënten dus niet te vermijden, omdat het om noodzakelijke zorg gaat. Dat is minder het geval bij bijvoorbeeld de premie voor de aanvullende zorgverzekeringen – ook daarbij gaat het om een eigen betaling, maar dan voor zorg die over het algemeen niet als basiszorg wordt gezien.

### Box 8.9 Hoogte en vorm van eigen betalingen in Nederland en elders

Ook in andere landen zijn eigen betalingen een onderdeel van de zorg. Een eerste element dat we kunnen vergelijken, is het relatieve belang van eigen betalingen versus financiering door het collectief. In algemene zin is het aandeel eigen betalingen in de Nederlandse zorg iets lager dan

73 Om dit effect aan te duiden wordt wel de term 'remgeld' gebruikt. Waar het gedragseffect zich uit in het niet gebruiken van zorg die wel medisch noodzakelijk is, wordt wel de term 'zorgmijding' gebruikt.

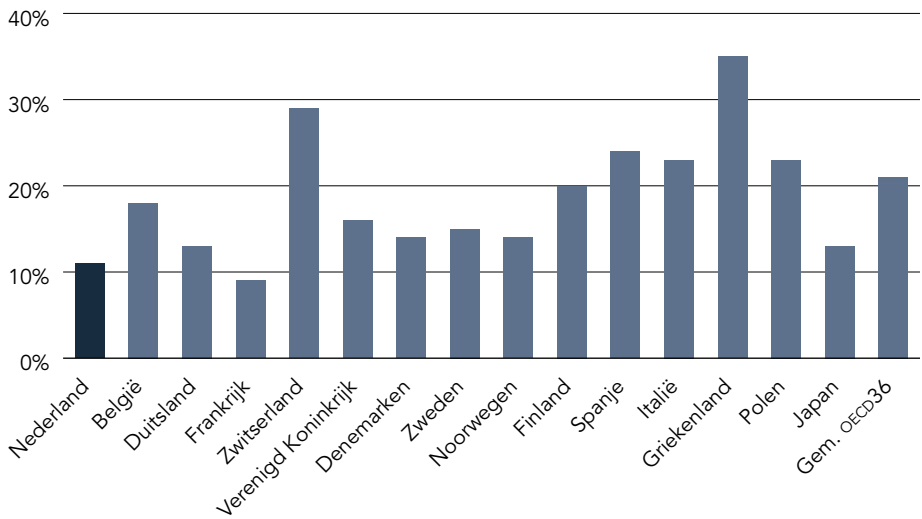
74 Voor alle helderheid: als we het hebben over eigen betalingen, gaat het dus niet om de verzekeringspremie voor de Zvw. Dat is immers een verplichte – en voor iedereen gelijke – bijdrage die effectief als een belasting functioneert, en niet afhangt van het daadwerkelijke gebruik van zorg.

75 Het eigen risico werd na de introductie van de Zvw vanaf 2008 op 150 euro gesteld, en is sindsdien in stappen opgelopen.

76 Gemaximeerd op 2.469,20 euro per maand in 2021.

het gemiddelde voor de OECD (figuur 8.2). De meeste direct omringende landen, met uitzondering van Frankrijk, zitten marginaal (Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen) dan wel aanzienlijk (België) hoger. Uit een vergelijkbaar overzicht van WHO Europa blijkt dat Nederland met 5,2 procent eigen betalingen zelfs het laagste aandeel heeft in Europa, gevolgd door Frankrijk (6,3 procent) en het Verenigd Koninkrijk (9,7 procent).[77] Daarnaast kent het eigen risico in de Zvw in Nederland – in tegenstelling tot in veel andere landen – een duidelijk gespecificeerde bovengrens. Deze beschermt vooral lagere inkomens met chronische aandoeningen tegen een 'stapeling' van eigen bijdragen.

**Figuur 8.3** Totaal aandeel eigen betalingen in de financiering van de zorg in Nederland en andere OECD-landen.




Bron: OECD 2019.[78]

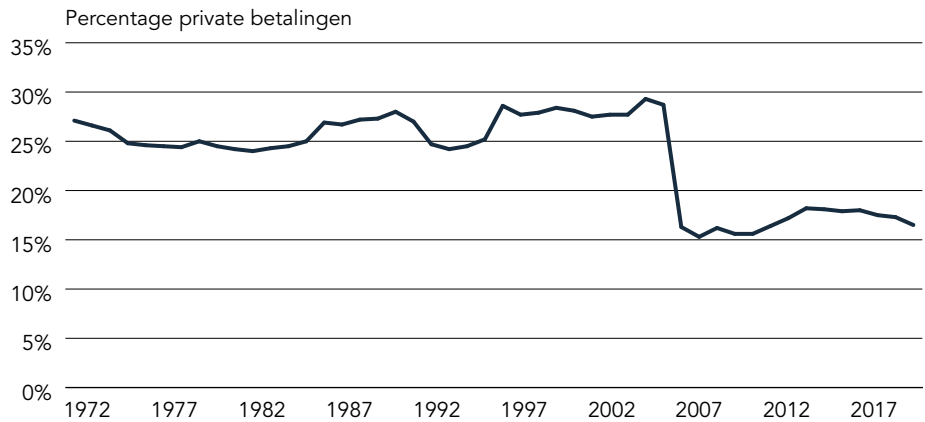
77 Zie: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/visualizations/#id=21528&tab=table. De precieze percentages verschillen tussen studies vanwege andere aannames, bijvoorbeeld over de vraag hoe compensaties als de zorgtoeslag mee te rekenen. Het brede beeld van de relatieve positie van landen is echter robuust.

78 OECD 2019b.

Ook in andere landen zijn eigen betalingen een onderdeel van de zorg. Vergeleken met andere westerse landen betalen Nederlander relatief lage eigen bijdragen (box 8.9, figuur 8.2). Daarnaast valt op dat de eigen betalingen in Nederland de afgelopen decennia in omvang zijn afgenomen (figuur 8.3).

Na de overgang naar de zorgverzekeringswet in 2006 daalde het percentage private uitgaven fors, omdat de voorheen privaat verzekerde patiënten vanaf dat moment verplicht in het collectieve stelsel werden opgenomen. Ook de afgelopen jaren is de beweging eerder in de richting van een verlaging dan van een verhoging van de eigen bijdragen. Zo is het eigen risico in de Zvw sinds 2013 nauwelijks toegenomen (verhoging naar maximaal 350 euro per persoon per jaar), en sinds 2016 helemaal niet meer (385 euro). In reële termen betekent dit dat het eigen risico al bijna een decennium langzaam daalt. Ook in de Wmo is, met de introductie van het abonnementstarief in 2020, de omvang van de eigen betalingen teruggedrongen. Dit alles laat onverlet dat eigen bijdragen vooral voor lage inkomenshuishoudens een substantiële component van de uitgaven kunnen zijn. Omdat ze niet inkomensafhankelijk zijn (premies Wlz) en ook niet inkomensafhankelijk gecompenseerd worden (zorgtoeslag in de Zvw), treffen ze de lage inkomenshuishoudens bij gebruik maken van zorg, proportioneel relatief zwaar.

**Figuur 8.4** Percentage private betalingen in de Nederlandse zorg.

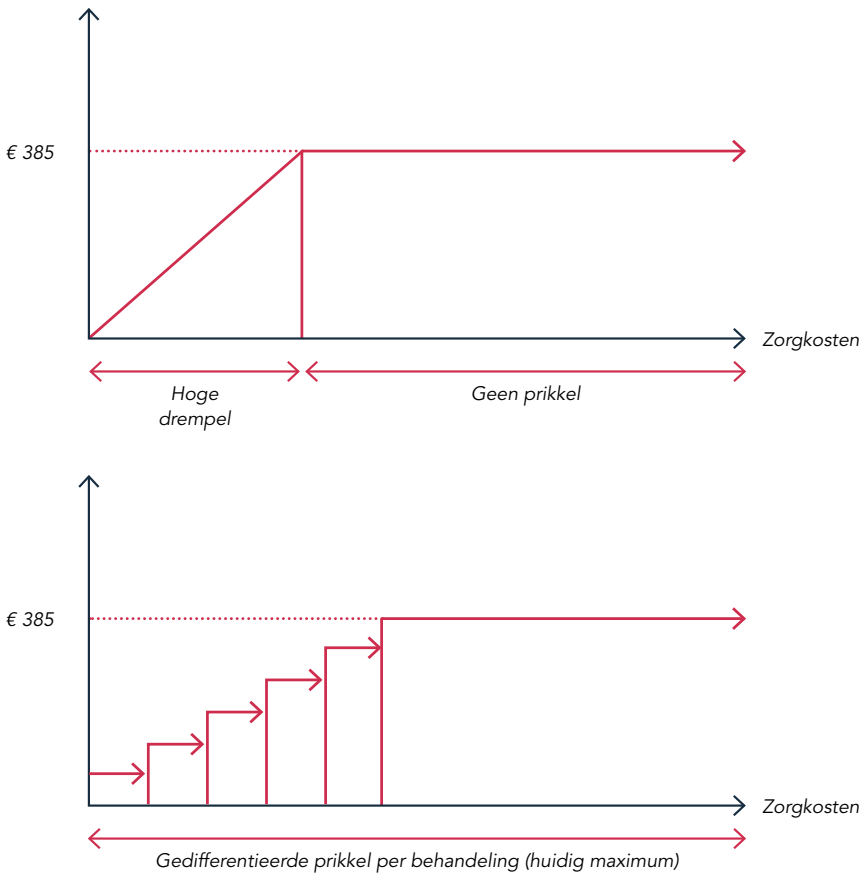



Bron: CBS Statline.

Naast de (totale) omvang van de eigen betalingen is ook de manier waarop die betalingen geïnd worden, van belang; dat geldt vooral voor de mate waarin de hoogte van de eigen betaling afhangt van het zorggebruik. Twee bekende manieren om eigen bijdragen te innen, zijn in figuur 8.4 grafisch weergegeven. Op de x-as staan de totale zorguitgaven van een individu in een jaar, op de y-as

staat hoeveel daarvan dat individu zelf moet betalen. In het systeem met een eigen risico (zoals bijvoorbeeld in de Zvw in Nederland) betaalt de patiënt het eerste deel volledig zelf. Zodra dat eigen risico 'op' is, betaalt hij of zij niets meer. In een systeem met 'co-payments' betaalt een patiënt voor elke nieuwe interventie een vast bedrag. In dit systeem lopen de kosten voor het individu minder snel op wanneer deze zorg gebruikt, maar blijft langer een remgeldeffect actief – want de eigen betalingen blijven over een groter domein van de x-as toenemen.

**Figuur 8.5** Twee verschillende modellen voor het innen van eigen betalingen in de zorg: het huidige systeem met het eigen risico in de Zvw (boven), en een systeem met een vaste 'co-payment' per behandeling (onder), zoals dat onder andere in Duitsland en België geldt.



De vormgeving van de eigen betalingen is vooral belangrijk voor de vraag welke gedragsprikkel ervan uitgaat. De situatie in de Zvw – een in internationaal verband relatief laag eigen risico – zorgt ervoor dat de drempel voor het eerste zorggebruik relatief hoog is, maar zodra die drempel is overschreden is er geen enkel remgeldeffect meer. Dat betekent in de praktijk dat er voor de meeste chronische patiënten feitelijk geen gedragsprikkel uitgaat van het eigen risico – omdat zij van tevoren al inschatten dat zij in een gegeven jaar hun hele eigen risico zullen 'opmaken'. Het Duitse en Belgische model (*co-payment*) – eventueel in combinatie met dezelfde jaarlijkse maximumbijdrage van 385 euro – behoudt dit remgeldeffect gedurende een langere periode. Een andere manier om een vergelijkbaar effect te bereiken is via een 'verschoven eigen risico', waarbij de patiënt pas gaat meebetalen vanaf een bepaalde drempelwaarde aan uitgaven (bijvoorbeeld 400 euro).[79] *Co-payment* zou – afhankelijk van de details van de inrichting – voor de patiënt potentieel voorspelbaarder kunnen zijn. Bij *co-payment* hangt de eigen betaling namelijk niet af van de totale kosten 'aan de achterkant' (voor de verzekeraar) – informatie die voor de patiënt maar beperkt transparant is en vooraf niet goed te voorspellen – maar alleen van het aantal en wellicht van het type interventies. Zulke voorspelbaarheid kan vooral voor sociale minima van belang zijn. Potentieel draagt die grotere voorspelbaarheid ook bij aan een grotere maatschappelijke houdbaarheid. Helaas is er weinig bekend over de effecten die de verschillende vormen van eigen betalingen op het draagvlak hebben. Recente analyses van het CPB geven inschattingen van de totale financiële en verdelingseffecten van verschillende manieren om de eigen betalingen te berekenen.[80]

Een derde aspect dat van belang is bij de inrichting van de eigen betalingen, is de vraag wie deze wel en niet moet betalen (en hoeveel). In de Zvw en de Wmo hangt de hoogte van de eigen betalingen alleen af van de genoten zorg[81], en niet van de niet-zorggerelateerde eigenschappen van de betaler, zoals zijn of haar leeftijd, geslacht of inkomen.[82] Kortom, wie dezelfde zorg gebruikt, krijgt te maken met een even hoge eigen betaling.[83] Voor de Wmo is die wijziging overigens tamelijk recent; tot de invoering van het abonnementstarief in 2020 was de eigen bijdrage daar wel inkomensafhankelijk.[84] Het mediane

79 Boone en Remmerswaal 2020a.
80 Boone en Remmerswaal 2020a, 2020b.
81 Bijvoorbeeld: in de Zvw telt niet alle zorg mee voor het eigen risico, zoals huisartsen.
82 Hier zijn beperkte uitzonderingen op. Kinderen onder de 18 jaar hebben bijvoorbeeld geen eigen risico.
83 In de Zvw zit wel een indirect inkomensafhankelijk effect via de inkomensafhankelijke zorgtoeslag, maar die is niet afhankelijk van het daadwerkelijke zorggebruik.
84 Gemeenten hebben echter beleidsvrijheid om sommige of al hun inwoners een lager tarief te vragen. Dit wordt vooral gebruikt om de sociale minima te ontzien, en brengt zo toch een beperkte inkomensafhankelijke component in de eigen bijdragen.

inkomen van gezinnen die jeugdhulp krijgen, stijgt dan ook, vermoedelijk door de aanzuigende werking voor hogere inkomens die uitgaat van het abonnementstarief.[85]

In de Wlz hangt de eigen bijdrage wel af van het inkomen en het vermogen[86]: een welvarender gebruiker betaalt dus meer voor dezelfde zorg dan iemand met een laag inkomen. Ook in andere landen komt dit veel voor in de langdurige zorg. Zo bleek uit een internationale vergelijking van stelsels van ouderenzorg dat alle onderzochte landen eigen betalingen kennen met inkomens- of vermogensafhankelijke componenten.[87] Het meest beperkt zijn die betalingen in Denemarken, waar burgers alleen voor kost en huisvesting een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen, en waar de overheid de zorg op kosten van het collectief uitvoert. Het meest vergaand vermogensafhankelijk is de eigen bijdrage in het Verenigd Koninkrijk. Daar zijn de eigen betalingen zeer strikt vermogensafhankelijk: een patiënt komt pas in aanmerking voor collectief gefinancierde langdurige ouderenzorg als hij of zij een nettovermogen van (in 2020) minder dan 23.250 pond (ruim 26.000 euro) heeft. Een zo lage en absolute afkapgrens als in het Verenigd Koninkrijk impliceert dat collectief gefinancierde langdurige ouderenzorg alleen als een vangnet bestaat, en niet als een brede voorziening toegankelijk is voor een aanzienlijk deel van de bevolking. Andere invullingen van vermogensafhankelijke betalingen, bijvoorbeeld een hogere of gradueel ingaande grens, hoeven die implicatie niet te hebben.

Uiteindelijk betaalt de samenleving linksom of rechtsom alle zorg, maar de verdeling van de kosten daarvoor is van belang. De precieze rol en vorm van inkomens- of vermogensafhankelijke eigen betalingen in de zorg zijn uiteindelijk een politiek vraagstuk. Het antwoord op deze vragen kan en zal anders zijn voor verschillende delen van de zorg. Daaraan voorafgaand komt echter de vraag wat de rol van eigen betalingen zou moeten zijn. Zijn deze primair een manier om het zorggebruik te remmen (remgeld)? Zijn ze een manier om kosten op een rechtvaardige manier over inkomens- en vermogensgroepen te verdelen? Of zijn ze een manier om individuen de kans te geven om te sturen in de vorm (en kwaliteit?) van de zorg die bij hun (economische) omstandigheden past? Ook hier geldt dat het maatschappelijk gewenste antwoord op zulke vragen zal variëren afhankelijk van de vorm van zorg. In het algemeen moet de vervolgvraag van hoogte en precieze vorm van de eigen bijdragen echter voortvloeien uit de gewenste rol: wat moeten eigen bijdragen bewerkstelligen?

---

85 AEF 2020.

86 En in beperkte mate ook van leeftijd, of specifiek van de vraag of iemand de pensioensgerechtigde leeftijd al heeft bereikt of niet.

87 Kruse et al. 2021.

Het maatschappelijk debat rondom de eigen bijdragen lijkt momenteel echter sterk gedomineerd te worden door afgeleide vragen rondom de hoogte en de vorm.

**Kernpunten Keuzes in de praktijk – verdeling tussen collectief en individu**

- Eigen betalingen in de zorg zijn in Nederland relatief laag vergeleken met die in andere landen, en hun aandeel in de totale kosten neemt de afgelopen decennia af.
- De vorm van eigen betalingen (wie betaalt ze, en hoe hangt dat af van zorggebruik, inkomen en vermogen?) is van belang voor de effecten op de toegankelijkheid van de zorg.
- Eigen betalingen hangen in Nederland over het algemeen alleen af van het zorggebruik, niet van andere eigenschappen van de gebruiker (met name inkomen of vermogen). De uitzondering is de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wlz.
- Eigen betalingen kunnen verschillende doelen hebben, van remmen van zorggebruik, tot (her)verdeling over inkomens- of vermogensgroepen.

## 8.6 Keuzes in de praktijk – verdeling tussen de zorg en andere sectoren

Tot nu toe hebben we gekeken naar de prioritering en de verdeling van middelen binnen de zorg: moeten we behandeling A vergoeden of behandeling B? Moeten we investeren in preventie of in de langdurige zorg? Een overkoepelende vraag – voor houdbaarheid evenzeer van belang – is de vraag hoe te bepalen wat de totale inzet is op zorg versus op andere publieke doelen. In grote mate vloeit het antwoord op die vraag voort uit de hiervoor besproken keuzes en beslissingen binnen de vijf stelsels: welke middelen worden in het pakket opgenomen, hoe ruim worden de rechten en aanspraken in de langdurige zorg geformuleerd, en wat wordt van patiënten zelf verwacht? Het geheel van al die keuzes bepaalt de uitgaven aan de zorg.

Die uitgaven hangen in belangrijke mate samen met het gegeven dat de zorg qua begrotings- en budgetteringsproces een unieke positie inneemt vergeleken met andere beleidsterreinen.[88] Voor andere beleidsterreinen wordt tijdens de kabinetsformatie en in de jaarlijkse begrotingscyclus een bedrag

88 Studiegroep Begrotingsruimte 2020; Kersten et al. 2021.

begroot, in lijn met de politieke prioriteit en ambities voor dat beleidsterrein.[89] Voor de zorgsector werkt dit in de praktijk anders. Het CPB raamt de uitgaven die voor de zorg verwacht worden, op basis van een model waarin onder meer demografische ontwikkelingen en historische stijgingen van de zorguitgaven verwerkt zitten, inclusief de historische groei als gevolg van de instroom van nieuwe zorg en zorgtechnologie. Dit levert een 'basispad' waarvan de politiek in haar besluitvorming vervolgens naar boven (meer investeren in zorg), of naar beneden (minder geld naar zorg) kan afwijken. Dit heet een accomoderende begroting: in tegenstelling tot bij de meeste beleidsterreinen stelt de zorgbegroting geen politieke norm of verwachting vast, maar deze 'accommodeert' wat verwacht wordt dat het veld gaat doen.

De reden voor deze afwijkende procedure hebben we in dit hoofdstuk, en ten dele eerder in het rapport, beschreven. In grote delen van de zorg – in ieder geval in die delen waar de bulk van de middelen naartoe gaat – zijn de directe sturingsmogelijkheden voor de Rijksoverheid beperkt. Dit speelt bijvoorbeeld in de Zvw, verreweg het grootste deel van de zorg. De totale uitgaven, het zorgvolume en de prijzen worden daar grotendeels[90] bepaald door de zorgvraag van burgers en de interacties tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid heeft wel sturingsmogelijkheden maar deze zijn realistisch gezien beperkt in omvang (pakketmaatregelen – zoals een kleiner basispakket) of niet juridisch afdwingbaar (hoofdlijnenakkoorden), of de effectiviteit op macroniveau is moeilijk te voorspellen en valt in de praktijk vaak tegen (bijvoorbeeld inzetten op substitutie naar goedkopere zorgvormen en andere doelmatigheidsmaatregelen – zie hoofdstuk 6). Ook in andere delen van de zorg spelen vergelijkbare dynamieken, bijvoorbeeld omdat de zorginkopers zijn gedecentraliseerd naar de lokale overheden, waardoor de sturingsmogelijkheden van de Rijksoverheid beperkt zijn (Wmo en Jeugdwet). Een aanvullende begrenzing is dat het CPB zijn ramingen aan het begin van een kabinetsperiode maakt, waardoor de overheid haar beperkte sturingsmogelijkheid maar relatief zelden kan gebruiken.

De begrotingsprocedure die voor de zorgsector gevolgd wordt, heeft een aantal praktische en politieke gevolgen. Zo gaat er een impliciet normaliserend effect rondom de groei van zorguitgaven en zorgvolume vanuit: het door het CPB geraamde basispad gaat fungeren als het referentiekader.

---

89 Uiteraard zijn er ook op andere beleidsterreinen praktische en politieke beperkingen die ervoor zorgen dat dat bedrag niet volledig vrij kan variëren, maar de precieze hoogte is wel een expliciet politiek besluit.

90 Grotendeels, omdat in delen van de zorgverzekeringswet bijvoorbeeld wel vormen van tariefregulering bestaan.

Hierdoor ontstaat een dynamiek waarbij zorggroei geen bewuste politieke keuze is, maar een automatisme. Afwijkingen naar beneden van het basispad worden ervaren als bezuinigingen, zelfs al stijgen de uitgaven in absolute zin fors (niet 'minder', maar 'minder meer'). In de afgelopen decennia lag het door het CPB geraamde basispad systematisch boven de economische groei.[91] De politieke afweging of het publieke belang gediend is met snel stijgende zorguitgaven, of dat die middelen beter voor andere beleidsterreinen ingezet kunnen worden, wordt daardoor niet altijd expliciet gemaakt.

**Kernpunten Keuzes in de praktijk – verdeling tussen de zorg en andere sectoren**

- In tegenstelling tot in de meeste andere sectoren worden de totale uitgaven aan zorg geraamd, niet begroot.
- Dat geeft de zorg in vergelijking met andere beleidsterreinen een relatief dominante positie. Bijsturingen worden ervaren als bezuinigingen, zelfs als de uitgaven (fors) stijgen.
- Zowel voor de verdeling van middelen binnen de zorg als voor de totale uitgaven aan de zorg zijn de sturingsmogelijkheden voor politiek en beleid beperkt – in formele en in praktische zin.
- De politieke afweging of het publieke belang gediend is met de bestaande systematiek van zorguitgaven en met de bestaande verdeling van middelen binnen de zorg, wordt dan ook niet altijd expliciet gemaakt.

## 8.7 Knelpunten rondom keuzes en verdeling in de zorg

In dit hoofdstuk staan de keuzes in de zorg centraal, zowel theoretisch als in de praktijk. We hebben daarbij onze blik gericht op een aantal verdelingsvragen. Hoe zetten we mensen en middelen in binnen sectoren van de zorg?

---

91 Dat is niet noodzakelijkerwijs in alle afzonderlijke jaren het geval, wel over het langjarige gemiddelde. De afgelopen jaren was de groei van zorg volgens het CPB-basispad echter weer lager dan de economische groei. Dit is in belangrijke mate een gevolg van onderschrijdingen op de curatieve zorg, mede als gevolg van de hoofdlijnakkoorden (zie ook hoofdstuk 5), die in de ramingen naar de toekomst geëxtrapoleerd worden. Het is echter sterk de vraag of deze onderschrijdingen in de toekomst houdbaar zijn, zeker in het licht van ramingen van instituten als RIVM die doorgaande groei voorspellen (Vonk et al. 2020). Dit illustreert een keerzijde van ramen op basis van extrapolatie van een relatief korte tijdsperiode – de raming wordt relatief sterk beïnvloed door recente (beleids-) ontwikkelingen. Zie ook online appendix 2 voor details van verschillende definities en ramingen van zorguitgaven.

Voor welke behandelingen en andere interventies kiezen we? Hoeveel (financiële) verantwoordelijkheid leggen we bij het individu? En hoe bepalen we hoeveel we inzetten op zorg en op andere publieke doelen? Voor elk van deze vragen geldt: hoe beslissen we daarover? Vanuit het perspectief van houdbaarheid volgt een aantal – onderling verbonden – conclusies uit de bovenstaande analyse van de keuzeprocessen in de Nederlandse zorg. Deze conclusies hangen allemaal samen met de observatie dat, gegeven een toenemende rol van schaarste in de zorg, de drie dimensies van houdbaarheid in de toekomst vergen dat prioriteringen en keuzes over die schaarste op een betere manier bepaald worden. Omdat de implicaties en uitwerkingen van die keuzeprocessen ingrijpen op het houdbaarheidsvraagstuk en dat veelal versterken, formuleren we de conclusies hieronder in de vorm van knelpunten rondom de keuzes ten aanzien van de verdeling van mensen en middelen in de zorg. Om deze knelpunten te kunnen identificeren grijpen we soms ook terug op eerdere hoofdstukken uit dit rapport.

*Knelpunt 1: Instroom nieuwe zorg als automatisme*

Ten eerste heeft Nederland binnen de curatieve zorg maar voor een klein deel (5 procent) van het verzekerde pakket een expliciete procedure om bij potentiële instroom van nieuwe zorg de verhouding tussen gezondheidsbaten en kosten (kosteneffectiviteit) te toetsen. Het merendeel van de nieuwe (curatieve) zorg stroomt automatisch het 'open' pakket in. Effectief betekent dit dat wanneer nieuwe, veelal kwalitatief betere zorg ontwikkeld wordt, die voor de bulk van de gevallen automatisch in het collectief gegarandeerde pakket wordt opgenomen. Met deze automatische accommodatie van kwaliteitsverbetering heeft de zorg een unieke positie in de publieke sector. In het onderwijs, bijvoorbeeld, vergt de implementatie van kwaliteitsverbetering – zoals door technologische innovatie – een expliciete en politieke afweging.[92] Doordat nieuwe zorg en technologische innovatie in de praktijk met name plaatsvinden in de curatieve zorg, heeft dit knelpunt ook gevolgen voor de verhoudingen *tussen* de sectoren in de zorg. Zo versterkt het de uitgangspositie van delen van de zorg waar technologische innovatie relatief snel gaat, in het bijzonder de curatieve zorg, in vergelijking tot sectoren waar dat minder het geval is, zoals de jeugdzorg, de GGZ of de ouderenzorg. Het gevaar bestaat dat de coronacrisis, met haar relatief grote maatschappelijke focus op de curatieve zorg en met name op de IC-capaciteit, deze tendens van een toenemende relatieve inzet van middelen in de curatieve zorg alleen maar versterkt.

92 Kersten et al. 2021.

*Knelpunt 2: Gebrek aan systematische aandacht voor uitstroom*

Ten tweede blijkt de uitstroom van niet (meer) passende zorg een even taai probleem als het reguleren van de instroom van nieuwe zorg. Vanuit het perspectief van houdbaarheid zijn de twee even problematisch, omdat een allocatief efficiënt pakket alleen tot stand kan komen door te blijven inzetten op de uitstroom en deïmplementatie van 'oude' zorg. Ten dele is dit een probleem van gebrek aan informatie: voor een zeer substantieel deel van het pakket – volgens schattingen gaat het hierbij om rond de 40 procent – is simpelweg niet bekend of de zorg wel passend is.[93] Maar ook voor zorg waarvoor wel bekend is dat deze niet passend is – geschat op rond de 10 procent van de zorg – blijken deïmplementatie en uitstroom in de praktijk maar beperkt plaats te vinden, door een samenspel van prikkels, gewoontes en gevestigde belangen. Dit laat zien dat het maken van keuzes in de zorg rondom houdbaarheid niet alleen een vraagstuk is dat speelt in de 'systeemwereld' – de wereld van bestuur, beleid en politiek – maar ook afhangt van in de spreekkamer bepaalde keuzes. Deze situatie wordt primair vanuit het perspectief van de patiënt zelf als een onwenselijke gezien: niet-passende zorg is per definitie niet in het belang van de patiënt. Daarnaast is het een factor die bij de houdbaarheidsopgave speelt: niet-passende zorg legt een beslag op mensen en middelen terwijl daar geen – of niet voldoende – baten tegenover staan. Dat kan leiden tot impliciete verdringing van andere, effectievere zorg. In essentie is dat een vorm van allocatieve inefficiëntie.

*Knelpunt 3: Beperkt zicht op effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg*

Ten derde wordt voor grote delen van de zorg maar in beperkte mate getoetst hoe effectief, en daarmee hoe kosteneffectief, de aangeboden zorg is. In die sectoren, zoals de langdurige zorg maar ook delen van de GGZ en de jeugdzorg, vindt systematisch pakketbeheer nog beperkter plaats dan binnen de curatieve zorg. Meten en objectiveren van de effectiviteit – en daarmee van de kosteneffectiviteit – is in deze sectoren inherent moeilijker dan in de curatieve zorg, omdat de baten moeilijker te objectiveren zijn. Ook is dit moeilijker doordat de onderzoekscultuur in die sectoren minder ontwikkeld is, en bestaand instrumentarium zoals de ICECAP maar beperkt wordt gebruikt. Vanuit het perspectief van houdbaarheid is hierdoor voor een zeer substantieel deel van de mensen en middelen in de zorg maar beperkt bekend of deze op prudente wijze worden ingezet. Zo ontstaat het risico dat deze worden ingezet voor vormen van zorg die maar beperkte gezondheidswinst of verbetering van kwaliteit van leven genereren.

93 Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) van ZiN probeert dit vraagstuk door zorgevaluatie te versterken aan te pakken.

*Knelpunt 4: Onbalans tussen houdbaarheden – dominantie van financiële overwegingen*

Een vierde knelpunt is dat bij keuzeprocessen in de zorg veelal een onbalans ontstaat tussen de drie houdbaarheden, of tussen de houdbaarheden en de publieke waarden, in de gekozen sturingsinstrumenten. In de meeste gevallen betreft deze disbalans de dominantie van financiële overwegingen ten opzichte van de publieke waarden of andere houdbaarheden. Een voorbeeld hiervan is de in de hoofdstukken 3 en 4 besproken forse reductie van personeel in de GGZ, jeugdzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg als gevolg van de druk om financiële besparingen in te boeken. Onder de statistische categorie 'verpleging, verzorging en thuiszorg' vallen onder andere zorgmedewerkers die actief zijn in de (intramurale) ouderenzorg en thuiszorg. Financiële overwegingen kunnen al snel dominant worden in de (politieke) besluitvorming omdat ze het makkelijkst meetbaar zijn, en vaak relatief eenvoudig door het beleid te sturen zijn. Naarmate het vraagstuk van de personele houdbaarheid nijpender wordt, zal echter ook personeel een beperkende factor worden. Dat zagen we bijvoorbeeld bij het besproken kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waarbij middelen werden vrijgemaakt voor kwaliteitsverbetering, terwijl het personeel niet gevonden kon worden.

*Knelpunt 5: Kortetermijnbeleid te veel leidend in keuzeprocessen*

Een vijfde knelpunt is dat het kortetermijnperspectief in politiek en bestuur vaak leidend is. Het is minder aantrekkelijk om te investeren in vormen van zorg waarvan de baten pas op de langere termijn optreden, en deze vormen van zorg zijn mogelijk ook gevoeliger voor bezuinigingen. Het klassieke voorbeeld hiervan zijn de investeringen in preventie. De baten daarvan treden in veel gevallen pas jaren – soms zelfs decennia – later op. Dat maakt het minder aantrekkelijk om in deze sector te investeren dan in vormen van zorg die op de kortere termijn baten opleveren. Een gerelateerd aspect is de zichtbaarheid van de gezondheidsproblematiek, en die van de te boeken gezondheidswinst. Sommige problematieken zijn relatief onzichtbaar voor het grote publiek. Denk aan allerlei psychische aandoeningen waarvan de ziektelast groot maar minder waarneembaar is dan bijvoorbeeld in de curatieve zorg. In het volgende hoofdstuk kijken we in meer detail naar dit knelpunt, en naar manieren om het te doorbreken.

*Keuzes in de zorg als houdbaarheidsprobleem*

De verdeling van mensen en middelen over de verschillende zorgsectoren is niet optimaal vanuit het perspectief van de te behalen gezondheidswinst, de verbetering van de kwaliteit van leven, en de borging van publieke waarden. Deze conclusie hangt in belangrijke mate samen met bovenstaande knelpunten. Gezien in het licht van gezondheidswinst en publieke waarden, zou de politiek

die knelpunten moeten aanpakken en actief de inzet op preventie moeten versterken, evenals de inzet op delen van de zorg waar de publieke waarden onder druk staan.

Maar wat heeft deze analyse nu te maken met de houdbaarheid van de zorg? De link loopt via de eerder besproken notie van schaarste: de in toenemende mate knellende financiële, personele en maatschappelijke grenzen aan de groei van zorg. We begonnen dit hoofdstuk met de notie van allocatieve efficiëntie: doen we wel de juiste dingen? Bij toenemende schaarste gaan de knelpunten in het proces om daarover keuzes te maken, steeds zwaarder wegen. Het wordt dan steeds belangrijker om keuzes op een betere manier te bepalen. Dat betekent niet dat we moeten inzetten op krimp van de zorg, wel dat we moeten inzetten op een selectievere groei van de zorg. Dit vraagstuk van prioritering in de zorg is intrinsiek normatief van aard. Het gaat er uiteindelijk immers om wat we als samenleving rechtvaardig en belangrijk vinden. Zo is de constatering dat het problematisch is dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in sommige zorgsectoren door de ondergrens zakken, een normatieve overweging. Het blijft dan ook van belang te benadrukken dat het onderliggende doel van beter keuzes maken niet financieel van aard is. Het gaat erom de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te borgen binnen de randvoorwaarden van mensen, middelen en draagvlak, niet om geld te besparen als doel op zichzelf. Juist om die publieke waarden te kunnen blijven borgen is het onvermijdelijk dat keuzes worden gemaakt, en dat daarmee mensen en middelen worden vrijgespeeld voor de delen van de zorg waar die waarden onder druk staan. Soms zullen dat scherpe keuzes zijn. Niet alles wat technisch en medisch gezien kan, kan ook. Het volgende hoofdstuk gaat daarom over de moeilijke vraag hoe met dit dilemma om te gaan.

# 9 Naar betere keuzes over de zorg

Om betere keuzes te maken over de zorg moeten we verstandige manieren vinden om psychologische barièrres, belangentegenstellingen, inrichtingsvraagstukken, kortetermijndenken en legitimiteitsvragen te doorbreken.

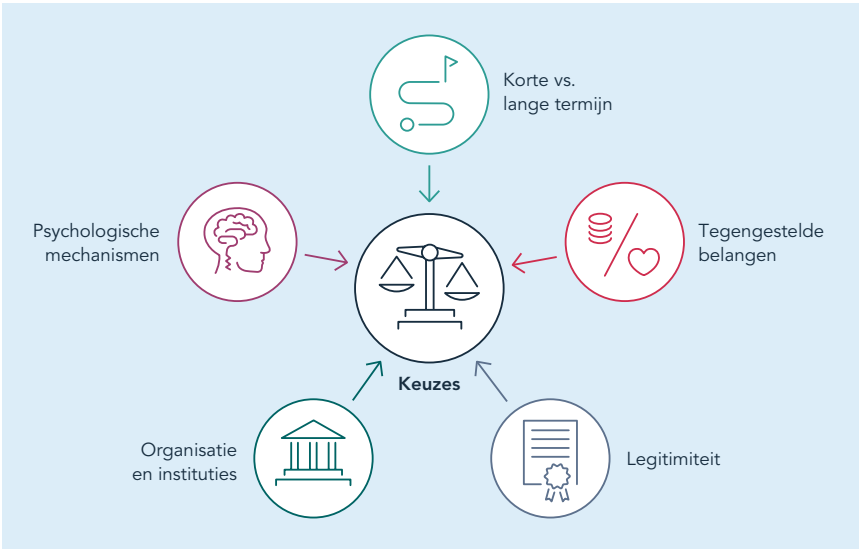
In het vorige hoofdstuk constateerden we dat de manier waarop in de Nederlandse zorg keuzes worden gemaakt, en daarmee de uitkomsten van die keuzes, niet altijd optimaal is. Met de inzet van mensen en middelen is waarschijnlijk meer gezondheidswinst te boeken dan nu. Ook zouden de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg beter kunnen worden geborgd, in het bijzonder voor kwetsbare groepen in de zorg. Waar grenzen worden gesteld aan de groei van zorg, gebeurt dat dus niet altijd op de meest prudente manier. In het vorige hoofdstuk bespraken we een vijftal knelpunten rondom de keuzes en de verdeling in de zorg. In dit hoofdstuk kijken we vanuit verschillende perspectieven naar de vraag waarom keuzes maken in de zorg zo moeilijk is. En misschien nog wel belangrijker: waarom grenzen trekken zo moeilijk is. We nemen een psychologisch, institutioneel, maatschappelijk en politiek perspectief in, kijken naar de timing van de keuzes en identificeren barrières voor betere keuzes. Als illustratie gebruiken we veelal voorbeelden uit de curatieve zorg, omdat daar het meeste onderzoek over beschikbaar is, maar de perspectieven gelden in algemene zin voor alle sectoren binnen de zorg. En in sommige gevallen ook voor de afweging tussen de zorg en andere domeinen.

Een centraal thema dat in alle perspectieven impliciet terugkomt, is de notie van legitimiteit. Prioritering in de zorg kan alleen succesvol zijn als dat op een legitieme manier gebeurt, als er maatschappelijk draagvlak voor is. Anders zijn die prioriteringskeuzes immers niet maatschappelijk houdbaar en zullen ze, linksom of rechtsom, teruggedraaid of ondergraven worden. Het risico bestaat dan zelfs dat ze maatschappelijk draagvlak ondermijnen. Het is immers niet ondenkbaar dat te streng getrokken grenzen het draagvlak en de maatschappelijke houdbaarheid juist schaden wanneer ze als onrechtvaardig – of zelfs hardvochtig – gezien worden. Tegelijkertijd ziet de WRR een weloverwogen prioritering ook als een manier om de houdbaarheid juist te borgen. Immers, zonder heldere keuzes in de zorg keert de wal het schip. Dan komen de grenzen van personele en financiële houdbaarheid in zicht en komen de kwaliteit en de toegankelijkheid in steeds grotere delen van de zorg door verdringing onder onacceptabele druk te staan. Ook dat is op termijn schadelijk voor de maatschappelijke houdbaarheid. In belangrijke mate is dit ook een probleem van

maatschappelijke verwachtingen: er lijkt een kloof te bestaan tussen de verwachting van mensen dat de zorg in dezelfde mate door kan groeien, en de nadelige gevolgen van verdringing binnen en buiten de zorg die die groei oplevert.

Ook hier doet zich dus een dilemma voor: door beter te kiezen moeten er grenzen komen aan de groei van de zorg, maar wel op zo'n manier dat die zelfopgelegde grenzen niet nog schadelijker zijn voor het maatschappelijk draagvlak dan de onvermijdelijke financiële en personele grenzen. Voordat we op deze opgave terugkomen, belichten we de keuzes en grenzen in de zorg vanuit verschillende wetenschapsgebieden (Figuur 9.1). De verklaringen vanuit die verschillende perspectieven staan niet los van elkaar. We behandelen ze voor de helderheid gescheiden, maar in de praktijk lopen ze door elkaar heen, bouwen ze op elkaar voort, of versterken ze elkaar.

**Figuur 9.1** Vijf perspectieven op het maken van keuzes over de zorg




## 9.1 Psychologische perspectieven op keuzes in de zorg

Als eerste kijken we naar het psychologische perspectief. Het maken van keuzes binnen de zorg en het stellen van grenzen aan de groei van zorg stuiten al snel op maatschappelijke weerstand. Die weerstand kan ten dele psychologisch verklaard worden. In het bijzonder kijken we naar twee verschijnselen: '*taboo trade-offs*' en statistische levens.

### 9.1.1. Gezondheid als 'sacred value'

De Amerikaanse psycholoog en politicoloog Philip Tetlock verklaart de controverse rondom keuzes in onder andere de zorg door te stellen dat gezondheid

en leven zogeheten *sacred values* zijn.[1] Dat zijn waarden die als zo wezenlijk beschouwd worden dat ze niet uit te ruilen zijn met andere waarden en doelstellingen. Andere voorbeelden van *sacred values* zijn liefde, eer en rechtvaardigheid. Deze staan tegenover als minder wezenlijk ervaren waarden of belangen –*secular values* – waarvan geld een klassiek voorbeeld is. Moet een *sacred value* worden afgewogen tegen zo'n *secular value*, dan leidt dat tot groot psychologisch ongemak, en daaruit voortvloeiend maatschappelijke weerstand. De term '*taboo trade-off*' wordt gebruikt om deze situatie te omschrijven: alleen al het overwegen van zo'n uitruil is een groot maatschappelijk taboe.

*Taboo trade-offs* spelen misschien nog wel het sterkst in het geval van een botsing tussen concrete, aanwijsbare benadeelden en een abstractere waarde als (financiële) houdbaarheid. De samenleving vindt het misschien nog wel acceptabel om een behandeling niet in het pakket op te nemen omdat de baten daarvan klein zijn, maar komt in psychologische nood wanneer specifieke patiënten een dure maar effectieve behandeling ontzegd dreigt te worden, zoals bij sommige pakketbeslissingen gebeurt. Hier wordt het taboe – zorg die geleverd had kunnen worden, niet aangeboden vanwege de hoge kosten – immers onmiskenbaar. De *sacred value* 'leven' staat rechtstreeks tegenover de *secular value* 'betaalbaarheid', en ook nog eens op een zichtbare, persoonlijke manier. Dat vinden de meeste mensen eigenlijk niet acceptabel, zoals we zagen bij de maatschappelijke ophef rondom het geneesmiddel Orkambi (box 9.1).[2]

**Box 9.1 De (on)mogelijkheid van een negatief pakketoordeel**

Wanneer een medicijn weinig werkzaam is, dan is het normatieve dilemma niet heel groot. Moeizamer is een situatie waarin een middel weliswaar *effectief* is – ofwel gezondheidsbaten oplevert – maar niet *kosteneffectief* is – ofwel de baten wegen niet op tegen de (financiële) kosten. Het middel Orkambi ter bestrijding van taaislijmziekte leek bij de introductie precies in deze categorie te vallen. Het besluit over dit middel leidde dan ook tot groot maatschappelijk debat, onder andere via Kamervragen en oproepen aan de minister. Omdat de kosteneffectiviteit van het medicijn werd geschat op 400.000 euro per QALY, adviseerde het ZiN de minister om te onderhandelen over de prijs. Dat is uiteindelijk in verschillende rondes gebeurd, waana Orkambi eind oktober 2017 werd toegelaten tot het basispakket. De uiteindelijke prijs, en daarmee de kosteneffectiviteit, zijn nog altijd niet publiek bekend.

1 Tetlock 2003.
2 Zie voor meer details over deze casus Online Appendix 6.

Deze casus laat zien dat ondanks de steun van Nederlanders voor de algemene principes achter prioritering, toch ophef kan ontstaan bij de toepassing in specifieke gevallen (zie paragraaf 8.3.1).

Tegelijkertijd is er soms geen alternatief voor zulke keuzes – we hebben immers vastgesteld dat de middelen die we aan zorg kunnen of willen uitgeven, begrensd zijn. En dit geldt niet alleen in de zorg, maar ook daarbuiten. Er moeten dus ergens keuzes gemaakt worden, en iemand zal daar nadeel van ondervinden. Mensen zijn echter bereid om veel te doen om te vermijden dat zo'n *taboo trade-off* moet worden gemaakt. En zelfs wanneer ze zo'n *taboo trade-off* impliciet maken, hebben ze sterk de neiging om deze te ontkennen, bijvoorbeeld door de nadruk te leggen op andere aspecten van de afweging ('de baten zijn maar klein, en heel onzeker'). Daarmee presenteren ze de afweging meer als een '*routine trade-off*', oftewel een gewone afweging die het beleid dagelijks moet maken. Een andere manier waarop zo'n afweging als acceptabel wordt beschouwd, is om deze te zien als een (onvermijdelijk) conflict tussen twee *sacred values* (een zogeheten *tragic choice*[3] of *tragic trade-off*). Een voorbeeld is een keuze tussen twee levens, zoals bijvoorbeeld aan de orde was tijdens de coronacrisis (wanneer 'Code Zwart' dreigt en de IC-bedden vol liggen).

Na de bekende casus van Orkambi (box 9.1) kwam nog het middel Spinraza, tegen een zeldzame erfelijke spierziekte, op de markt. De kosten van dit medicijn per QALY liggen nóg hoger dan die van Orkambi, namelijk tussen de 600.000 en de 1,7 miljoen euro per levensjaar.[4] Het vraagstuk van middelen die weliswaar effectief zijn – ofwel gezondheidswinst opleveren – maar tegen maatschappelijk hoge (financiële) kosten, gaat de komende jaren en decennia steeds vaker spelen omdat er een 'pijplijn' van dergelijke middelen aankomt (zie hoofdstuk 2).[5] Hoe hiermee om te gaan? Vanuit het perspectief van *taboo trade-offs* zijn er grofweg twee mogelijkheden.[6] De ene mogelijkheid is om mensen uit te leggen dat zulke uitruilen onvermijdelijk zijn en in de praktijk

3 Calabresi en Bobbitt 1978.

4 Uiteindelijk (https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/02/07/zorginstituut-nusinersen-spinraza-tegen-huidige-prijs-niet-in-basispakket) is het middel voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket voor alle patiënten met de spierziekte; een voorwaarde is dat patiënten dan ook deelnemen aan het onderzoek naar de werkzaamheid van het medicijn; zie https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2019/12/02/vervolgadvies-voorwaardelijke-toelating-van-nusinersen-spinraza

5 De afgelopen jaren zien we al dat de kosten van 'dure geneesmiddelen' een snel stijgend aandeel vormen, van ruim 7 procent van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in 2013, naar ongeveer 10 procent nu (NZa 2020b).

6 Tetlock et al. 2017.

ook op allerlei beleidsterreinen gemaakt worden, en vervolgens te rekenen op hun begrip. De andere mogelijkheid is zulke afwegingen meer te zien en ook te presenteren als inherent tragische afwegingen. Er is weliswaar een benadeelde partij en er wordt een *sacred value* geschonden door de behandeling niet te vergoeden, maar dat zou ook gebeuren als deze wel wordt vergoed. Het gaat namelijk in veel gevallen, expliciet of impliciet, (ook) om een keuze tussen twee verschillende manieren of behandelingen om gezondheid te bevorderen. Immers, het centrale punt van de analyse in dit deel van ons rapport is dat ook die keuze gezondheidsschade zou aanrichten bijvoorbeeld doordat deze de zorg voor kwetsbare groepen verdringt (zie hoofdstuk 8). Deze logica van impliciete keuzes in een context van schaarse middelen is één van de kernboodschappen van dit rapport. De afweging gaat dus niet alleen om zorg versus geld, maar daarmee uiteindelijk ook om zorg versus zorg. Zoals we tijdens de coronacrisis gezien hebben – tijdens discussies over het afschalen van reguliere zorg voor 'coronazorg' –, zal dit altijd moeilijk blijven, zeker als de implicaties van één van de twee opties minder zichtbaar zijn.

### 9.1.2. Statistische versus concrete levens

Die constatering brengt ons bij een ander psychologisch verschijnsel: de zichtbaarheid van de personen die baat hebben bij een interventie. Keuzes zijn gemakkelijker wanneer deze een zogeheten statistisch leven betreffen.[7] Stel dat het nodig is te besluiten hoeveel we in Nederland uit willen geven aan maatregelen om de luchtkwaliteit te verbeteren. We kunnen redelijk nauwkeurig voorspellen hoeveel levens we daarmee zouden redden, maar we kunnen nooit aanwijzen welke levens dat dan zijn – welke individuele personen gestorven waren als we de luchtkwaliteit niet hadden verbeterd. Hun levens zijn weliswaar gered door de maatregelen, maar het blijven statistische, onidentificeerbare levens. Iets vergelijkbaars speelt vaak bij preventie: veel van de gezondheidswinst – en van de geredde levens – is statistisch van aard. Bij universele preventie heeft de hele bevolking gemiddeld genomen baat, maar we kunnen geen concreet individu aanwijzen. En bij invoering van een vettax weten we evenmin wie daardoor geen hartaanval gaan krijgen. Dat is wezenlijk anders dan de zorg – bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, bij huisartsen of in verpleeghuizen –, waar degene die de zorg krijgt, ook een concrete zorgvraag heeft.[8] Dit wordt wel het *identified lives effect* genoemd.[9] Mensen zijn sneller bereid stil te staan bij identificeerbare levens dan bij statistische levens – ondanks dat daar geen goede morele rechtvaardiging voor is – omdat zij zich meer met die identificeerbare levens verbonden voelen.

---

7 Thaler en Rosen 1976.
8 Polder et al. 2020.
9 Cohen et al. 2015.

Een gerelateerd verschijnsel is het in de keuzepraktijk zwaarwegende belang van urgentie van de aandoening. We spraken in het vorige hoofdstuk al over de *rule of rescue* – het normatieve uitgangspunt dat gezondheidswinst in urgente gevallen voorrang zou moeten krijgen. Dit principe sluit aan bij hoe in noodsituaties gehandeld wordt, bijvoorbeeld bij een grootschalig verkeersongeluk. Dan vindt triage van patiënten plaats naar gelang de urgentie van de toestand van de patiënt. Voor prioriteringsbeslissingen op beleidsniveau (bijvoorbeeld een pakketbeslissing) is het echter minder evident dat aan de potentiële gezondheidswinst van acute patiënten meer waarde moet worden gehecht dan aan dezelfde hoeveelheid gezondheidswinst van minder acute patiënten.[10] Hoewel we redenen hebben om aan te nemen dat mensen – zeker na goede reflectie – een voorkeur hebben voor andere prioriteringsprincipes (zie hoofdstuk 8), blijkt urgentie toch vaak een zwaarwegend of zelfs doorslaggevend effect op de besluitvorming te hebben. Dat was bijvoorbeeld het geval tijdens de coronacrisis, toen het beleid in de praktijk vooral op het voorkomen van acute, zichtbare gezondheidsschade gericht was. Vergelijkbaar met het *identified lives effect* is urgente gezondheidsproblematiek vaak bij uitstek zichtbaar en invoelbaar voor mensen, waardoor het in het beleid potentieel meer invloed heeft.

**Kernpunten Psychologische perspectieven op keuzes in de zorg**

- Keuzes maken in de zorg blijft lastig omdat er een maatschappelijk taboe rust op het afwegen van gezondheid tegen financiële houdbaarheid (*taboo trade-off*).
- Een andere uitdaging is dat de baten van bijvoorbeeld preventie veelal statistisch van aard zijn, en niet te herleiden zijn tot een concreet, aanwijsbaar individu (*identified lives effect*).
- Door afwegingen te zien als inherent 'tragische keuzes', een conflict tussen twee claims op zorg, kan de maatschappelijke acceptatie toenemen.

## 9.2 Het perspectief van belangen bij keuzes in de zorg

In deze paragraaf kijken we naar de rol van belangen bij het maken van keuzes in de zorg. Hoe kunnen de belangen van kiezers, zorggebruikers, toeleveranciers, politici en andere groepen doorwerken in de prioritering? We kijken daarbij in het bijzonder naar het effect dat de strijd tussen belangen kan hebben op de politieke arena, en op de besluitvorming over de zorg. Het maken van keuzes in

10 Mckie en Richardson 2003.

de zorg is immers (ook) een politieke aangelegenheid. Zelfs al hebben politici voor bepaalde keuzes geen directe bevoegdheden, ze worden wel aangesproken bij maatschappelijke ophef over een keuze.

### 9.2.1 Kiezers, stemgedrag en meerderheden

In een democratie kan de bewegingsruimte van politici in belangrijke mate verklaard worden door de voorkeuren en verwachtingen van de burgers, hun potentiële kiezers. Modellen die dit perspectief innemen, zien het gedrag van de politicus dan ook als primair een poging om stemmen te maximaliseren.[11] Dat betekent uiteraard niet dat hun idealen en overtuigingen die handelingen niet eveneens sturen, maar wel dat hun bewegingsruimte tot handelen in de praktijk beperkt is. Bijvoorbeeld simpelweg doordat zij ge- of herkozen moeten worden om hun idealen daadwerkelijk in beleid om te kunnen zetten. Een invloedrijk model is dat van de mediane kiezer. Dit model is bijna zeker te simplistisch in de context van de Nederlandse meerpartijen- en coalitiepolitiek, maar kan toch helpen om aspecten van keuzeprocessen in de zorg te begrijpen. Zo speelt ook in een ingewikkelder politieke context de noodzaak voor regeringen om bepaalde dominante electorale groepen achter zich te krijgen, zoals middenklassen. Dit betekent dat politici een prikkel hebben om vooral op de belangen van die electoraal dominante groepen te focussen. Voor de zorg is de implicatie dat sectoren waarvan de mediane kiezer verwacht gebruik te maken, sterker staan dan in patiëntaantallen in kleinere sectoren, ook al zouden die vanuit het perspectief van gezondheidswinst of publieke waarden meer prioriteit verdienen. In de Nederlandse ziekenhuizen, bijvoorbeeld, worden jaarlijks ruim 8 miljoen patiënten behandeld[12] – bijna iedereen kent wel iemand die in een gegeven jaar naar het ziekenhuis moest. Dat ligt heel anders voor de gespecialiseerde GGZ en jeugdzorg – met beide jaarlijks ongeveer een half miljoen patiënten.[13]

Op een nog wezenlijker niveau gaat het binnen deze analyse over de verwachtingen die een typische kiezer heeft van de verzorgingsstaat, en daarbinnen van de zorg. Zoals we in hoofdstuk 2 zagen, hangen die verwachtingen ook weer samen met de eigenschappen van de bevolking: een welvarende en vergrijzende bevolking zal meer in zorg willen investeren dan een jonge, arme bevolking. En zal die middelen ook willen verdelen op een manier die past bij hun belangen – bijvoorbeeld door toenemende investeringen in de ouderenzorg. Daarnaast is de bevolking de afgelopen decennia gaan verwachten dat de inzet op zorg snel stijgt, en bijvoorbeeld dat kwaliteitsverbetering (in de curatieve zorg) direct

---

11 Tuohy en Glied 2011; Hauck et al. 2004.
12 https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/geleverde-zorg-in-ziekenhuizen.
13 https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-GGZ-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-GGZ.

en integraal in het pakket wordt opgenomen (zie hoofdstuk 8). Pogingen tot hervorming op andere beleidsterreinen – bijvoorbeeld de pensioenen en de sociale zekerheid – laten zien dat het lang duurt en een gedeelde informatiebasis vergt voor zulke verwachtingen verschuiven.[14] Ook in de zorg zijn de (normatieve) perspectieven en verwachtingen van de bevolking bepalend voor de vraag of hervormingen in de zorg succesvol zijn, en dat draagvlak daarvoor jaren kost, zo blijkt uit een internationale analyse van de ouderenzorg.[15]

### 9.2.2 Vermijden de schuld te krijgen

In een klassiek artikel maakte de Amerikaanse politicoloog Kent Weaver een analyse van het gedrag van politici. Daarin kwam hij tot de conclusie dat één van hun belangrijkste motivaties is om te voorkomen dat ze de schuld krijgen van impopulaire beslissingen (‘*blame avoidance*’).[16] Kiezers hebben namelijk een zogeheten ‘*negativity bias*’[17]: ze zijn gevoeliger voor feitelijk of vermeend nadelige aspecten van beleid dan voor positieve. De verkiezingskansen van politici dicteren dus dat het in hun belang is te voorkomen dat zij de schuld krijgen van die als nadelig ervaren effecten – dat is belangrijker dan de erkenning te krijgen voor de positieve effecten. Dit speelt in het bijzonder in situaties waarin een bestaand recht verloren lijkt te gaan. Politici gebruiken een reeks aan strategieën om te voorkomen dat ze daarvan de schuld krijgen, of om de effecten van die schuld te neutraliseren. Voorbeelden zijn het zoveel mogelijk van de agenda houden van een impopulaire beleidskeuze, het op zo’n manier herdefiniëren van het vraagstuk dat de ‘verliezers’ minder zichtbaar zijn, het vinden van een zondebok, of het afschuiven of uitstellen van de keuze. Dit verklaringsmodel wordt ook gebruikt in de context van keuzes in zorg.[18] Het kan namelijk mede verklaren waarom het voor de politiek zo moeilijk is om in concrete gevallen negatieve beslissingen te nemen, of waarom het verwijt van ‘bezuinigen’ op de zorg zo gevoelig ligt, zelfs als de uitgaven feitelijk toenemen (zie paragraaf 8.6, over ramingen en de normaliserende rol van het basispad daarin). Met name in een context waarin de voorliggende keuze elementen heeft van een *taboo trade-off*, zal het vermijden van de schuld voor politici al snel een dwingende motivatie zijn. Dit vormt een belangrijke component waarom keuzes die impopulair zijn maar in het algemeen belang wel gemaakt moeten worden, bij niet-gekozen organen worden neergelegd. Later in dit hoofstuk komen we daarop terug.

---

14 Van Zanden; 1997; Van Ark et al. 1996; Goudswaard et al. 2010; CPB 2004.
15 Kruse et al. 2021.
16 Weaver 1986.
17 Aan dit gedrag van politici ligt dus ook een psychologisch verschijnsel in kiezers ten grondslag. De *negativity bias* is daarbij sterk verbonden met de notie van ‘verliesaversie’.
18 Bijvoorbeeld Ham en Coulter 2001; Landwehr en Bohm 2011; Garpenby en Nedlund 2016; Fredriksson et al. 2019.

### 9.2.3 Belangengroepen en organisatiekracht

Andere verklaringsmodellen kijken naar de organisatiekracht van georganiseerde belangengroepen.[19] De belangrijkste groepen in de zorg zijn patiënten(organisaties), zorgaanbieders (en hun organisaties), toeleveranciers (bijvoorbeeld fabrikanten van genees- en hulpmiddelen) en zorginkopers (overheden en zorgverzekeraars). De centrale aanname van deze modellen is dat de belangen van deze groepen nooit helemaal samenvallen met die van het collectief[20], en dat zij zich zullen organiseren om besluitvorming te beïnvloeden in lijn met hun belang. Soms doen ze dat achter de schermen (lobby), in andere gevallen door invloed uit te oefenen op de publieke opinie (bijvoorbeeld via publiekscampagnes) en vaak ook door een combinatie van beide. De mate waarin zulke groepen in hun doelstellingen slagen, hangt vervolgens af van factoren als hun organisatiekracht, interne coherentie en maatschappelijk gezag. Belangengroepen zijn met name succesvol wanneer de baten van een beleid sterk geconcentreerd zijn bij een specifieke, meestal kleine groep, terwijl de kosten diffuus zijn en breder neerslaan.[21] Zulke kleine groepen met een groot belang zijn namelijk sterk gemotiveerd om zich voor dat belang in te zetten, en kunnen zich door hun beperkte omvang en beperkte interne belangentegenstellingen relatief makkelijk organiseren rondom dat (nauw omschreven) doel.[22]

Een voorbeeld in de zorg is de lobby voor de vergoeding van dure medicatie voor een zeldzame ziekte. Zowel de fabrikant van dat medicijn als de betreffende patiënten hebben een groot belang bij vergoeding, terwijl daartegenover het abstractere, diffusere belang van financiële houdbaarheid en betaalbaarheid staat. Via een combinatie van lobby achter de schermen en publieke actie kunnen zij politici en andere besluitvormers ertoe brengen het beleid meer in de richting van hun voorkeur in te richten. Een klassieke studie in de vs laat bijvoorbeeld zien dat geneesmiddelen voor aandoeningen waarvoor actieve en goed-gefinancierde patiëntenorganisaties bestaan, sneller goedgekeurd worden.[23] Dat is een wezenlijk andere positie dan in andere delen van de zorg, met name preventie. Er zijn in Nederland honderden patiëntenorganisaties, maar er is geen ‘Nederlandse vereniging van preventiegebruikers’. Daarbovenop komt dat voor een deel van preventie geldt dat het hierbij in de kern gaat om het wijzigen van gedrag, zoals te weinig bewegen en te veel eten, drinken

---

19 Contandriopoulos 2011.
20 Buchanan en Tullock 1962.
21 Olson 1971; Tuohy en Glied 2011.
22 Een voorbeeld is de uiteindelijk succesvolle poging om een negatief pakketadvies terug te draaien door de voorloper van het Zorginstituut rondom dure medicijnen voor de zieke van Pompe en de ziekte van Fabry.
23 Carpenter 2002.

of roken, dat weliswaar ongezond is maar ook een groot economisch belang vertegenwoordigt. Gezien vanuit de theorie van belangengroepen kunnen deze verschijnselen helpen verklaren waarom de lobby tegen sommige vormen van preventie goed georganiseerd is, en de lobby ervoor zwak.

### 9.2.4 Zichtbaarheid en exitmogelijkheden

Ten slotte is het mogelijk op basis van de eerder beschreven theorie rondom *exit, voice* en *loyalty*[24] (hoofdstuk 3) vanuit het perspectief van de 'eindgebruiker' van zorg – de patiënt – tot een vergelijkbare conclusie uit te komen. Wanneer de kwaliteit van een (publiek) goed – bijvoorbeeld de zorg – ondermaats is, hebben gebruikers in essentie twee opties. Zij kunnen overstappen naar een andere leverancier (*exit*), of hun klachten via publieksacties tot uiting brengen (*voice*), waarbij de mate van ervaren loyaliteit met de betreffende leverancier en de ruimte om van aanbieder te wisselen bepalen wat mensen kiezen. In grote delen van de Nederlandse zorg is de mogelijkheid voor *exit* beperkt, hoewel er op de zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt in met name de curatieve zorg wel keuzemogelijkheden zijn. Dat kan deels verklaren waarom de kwaliteit en toegankelijkheid in die zorgsector het best op orde zijn (hoofdstuk 4) – de mogelijkheid tot overstappen creëert een prikkel voor zorgaanbieders en -inkopers om goed te presteren. In grote delen van de zorg bestaat echter alleen de optie van *voice*. In een collectieve sector als de zorg moet de problematiek dan uiteindelijk op de politieke of bestuurlijke agenda terecht komen. Ook hier geldt dat dit makkelijker te organiseren is als er een nauw omschreven, concreet belang is. Belangrijker nog, voor groepen die beter begrijpen hoe het systeem werkt, en die beter in staat zijn hun belangen zicht- en hoorbaar te maken via lobby of de publieke opinie, is het makkelijker om dit succesvol te doen (box 9.2). Dat kan deels verklaren waarom de problematiek rondom de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg in bepaalde sectoren waar veel maatschappelijk kwetsbare groepen worden geholpen – bijvoorbeeld de gespecialiseerde GGZ, jeugdzorg, kwetsbare ouderen – slechts relatief langzaam opgepikt wordt.

**Box 9.2 Lobby en zichtbaarheid tijdens de coronacrisis**

De maatschappelijke strijd die begin 2020 ontstond rondom de voorrang bij coronavaccinaties illustreert het belang van zichtbaarheid en organisatiekracht. In verschillende adviezen raadde de Gezondheidsraad aan om kwetsbare ouderen als eerste te vaccineren – dit zou de gezondheidswinst maximaliseren. Het viel op dat verschillende maatschappelijke groepen erin slaagden om via oproepen in de

24 Hirschman 1970; Dowding 2015.

media het beleid van deze volgorde te laten afwijken. Hieruit blijkt hoe een relatief heterogene groep met een weinig sterke *voice* bij allocatievragen in de zorg op een achterstand kan komen te staan.

### 9.2.5 Belangen versus idealen

In deze paragraaf kijken we naar keuzeprocessen in de zorg, en de politiek rondom zorg, vanuit het *perspectief* van belangen. Dat betekent niet dat we claimen dat *alleen* die belangen een rol spelen in het gedrag van mensen. Zo zagen we eerder dat er brede steun is voor solidariteit, ook waar dat niet in het eigenbelang is (hoofdstuk 3). Als mensen niet naar dat ideaal van solidariteit hadden gehandeld, was de zorg al lang geleden ingestort. Zowel burgers als politici en andere actoren in de zorg handelen ook vanuit hun idealen, tegen hun belang. Maar dat betekent niet dat belangen volledig moeten worden weggestreept. Ze spelen wel degelijk een rol bij keuzes in de zorg, en we kunnen de uitkomsten niet altijd begrijpen als we die rol niet meewegen.

**Kernpunten Perspectief van belangen op keuzes in de zorg**

- Politici ervaren een prikkel om te investeren in delen van de zorg die door een breed publiek gebruikt en van belang gevonden worden, ook al zijn de kwaliteit en toegankelijkheid daar relatief goed op orde.
- Het vermijden van de 'schuld' voor impopulaire beslissingen kan voor politici een belangrijke motivatie zijn.
- Belangengroepen zijn succesvoller bij de beïnvloeding van beleid als de baten geconcentreerd zijn bij een relatief kleine, homogene groep.
- Sommige maatschappelijke groepen zijn minder succesvol in het naar voren brengen van hun geluid in de politieke arena en het publieke debat.

## 9.3 Institutionele perspectieven op keuzes in de zorg

Een andere wetenschappelijke traditie kijkt naar de instituties waarbinnen keuzes bepaald worden. De vraag is dan hoe de inrichting en structuur van die instituties helpen bepalen welke keuzes in het beleid gemaakt worden. Het woord 'instituties' is daarbij zowel in een beperkte als in een bredere betekenis te gebruiken. In engere zin verwijst het naar de formele overheidsorganisaties die beslissingen nemen en hun bevoegdheden, bijvoorbeeld Eerste en Tweede

Kamer of toezichthouders als ZiN en NZa. Wat mogen zij juridisch gezien wel en wat niet? In bredere zin verwijst het begrip 'instituties' ook naar de informele gewoontes, conventies en afspraken die de handelingsvrijheid van die actoren beïnvloeden en beperken. Denk in de context van de zorg bijvoorbeeld aan de gewoonte dat het CPB via Zorgkeuzes in Kaart de beleidsplannen van politieke partijen doorrekent en de impact van die ramingen op het 'basispad' van de zorg. We kijken hier naar een aantal belangrijke institutionele aspecten van keuzeprocessen in de Nederlandse zorg, en vergelijken die met andere landen. Voordat we dat doen, nemen we eerst een theoretisch perspectief in op de vraag welke verantwoordelijkheden rondom de keuzes in de zorg thuishoren in het politieke domein, en welke elders.

### 9.3.1 Verantwoordelijkheid voor keuzes – op afstand, of dichtbij?

Op een wezenlijk niveau is prioritering in de zorg een normatieve – en daarmee inherent politieke – afweging. Het gaat immers over de vraag wat we als samenleving het belangrijkst vinden. Tegelijk is het – zoals we in het vorige hoofdstuk zagen – ook een afweging met een grote component van technische expertise – wie heeft er in welke omstandigheden baat bij welke zorg? Daarnaast is het, zoals we eerder in dit hoofdstuk zagen, een afweging met een grote psychologische bagage – hoe moet de politiek omgaan met een dergelijke complexe afweging, en waar moet de verantwoordelijkheid voor zulke keuzes belegd worden?

De afgelopen decennia was het een trend in de Westerse wereld om delen van publiek beleid en van de uitvoering daarvan op afstand van de politiek te plaatsen.[25] Dit proces wordt in de wetenschappelijke literatuur 'delegatie' (*delegation*) genoemd, en de organisaties die de gedelegeerde bevoegdheden uitoefenen, worden veelal non-majoritaire instituties (nmi's) genoemd.[26] Denk aan onafhankelijke centrale banken die binnen een bepaald mandaat (sinds de jaren negentig veelal een inflatiedoelstelling) een aanzienlijke mate van vrijheid hebben. Denk ook aan toezichthoudende of beleidsvormende instituties, zoals de Autoriteit Consument en Markt (ACM, mededinging) of het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Ook op Europees niveau zijn er sinds de jaren tachtig allerlei nmi's opgericht, bijvoorbeeld het Europese Geneesmiddelenagentschap (EMA), dat tijdens de coronacrisis rondom de vaccinatievraagstukken in grote publieke belangstelling stond.

---

25 Thatcher en Sweet 2002, 2003.

26 De rechtsvorm om een vorm van delegatie mogelijk te maken in Nederland is vaak die van een zelfstandig bestuursorgaan (zbo), onderdeel van de (Rijks)overheid, maar daar niet hiërarchisch ondergeschikt aan een minister. Delegatie als verschijnsel valt echter niet samen met zbo's, en kan ook binnen andere rechtsvormen georganiseerd worden.

Vanuit de wetenschappelijke theorie is er een aantal redenen om verantwoordelijkheden te delegeren van politieke actoren naar dergelijke nmi's.[27] Een belangrijke reden is de informatievoorziening en -asymmetrie in delen van het beleid waar technische kennis van (groot) belang is. Een andere overweging is snelheid en efficiëntie: door een organisatie op te richten die op specifieke vraagstukken kan reageren, kan de politiek zich bezighouden met algemeen beleid. Een derde reden hangt samen met de eerder besproken vermijding van schuld. Nmi's kunnen nuttig zijn voor besluiten waarvan politici vrezen dat ze impopulair zijn, maar die toch nodig zijn voor het algemeen belang (de term 'depolitisering' wordt hier wel voor gebruikt). Hiermee verbonden speelt als vierde reden het vraagstuk van geloofwaardigheid – in sommige gevallen achten burgers de beloftes van Nmi's geloofwaardiger en consistenter dan die van politieke actoren die directer blootstaan aan publieke druk. En tot slot worden nmi's om dezelfde reden in sommige gevallen geacht afwenteling van kosten en risico's over de tijd te voorkomen. De beide laatste mechanismen spelen bijvoorbeeld bij de rol die de centrale banken hebben bij het beheersen van de inflatie of bij de rol van de Nederlandse Deltacommissie bij het op orde houden van de dijken.

Ook in de zorg zijn in Nederland, en in andere landen, in de afgelopen jaren en decennia bevoegdheden ondergebracht bij nmi's. In Nederland gaat het dan vooral om het Zorginstituut Nederland (ZiN) – waar de verantwoordelijkheid voor advisering over pakketbeheer en kwaliteitsstandaarden is belegd – en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) – die als 'marktmeester' van de zorgmarkt wordt geacht op te treden. In het buitenland is het Britse *National Institute of Care and Health Excellence* (NICE) een bekend voorbeeld. Dit werd in 1999 in eerste instantie opgericht om de kwaliteit van zorg te verbeteren en in het bijzonder om postcodegeneeskunde[28] tegen te gaan, later werden de verantwoordelijkheden uitgebreid met pakketbeheer en *health technology assessment*.[29] Vergelijkbare organisaties zijn er in Frankrijk, Duitsland, Italië, Zweden, Polen en Spanje.[30] Voor dergelijke organisaties spelen in meer of mindere mate alle hiervoor genoemde redenen om verantwoordelijkheden op afstand van de politiek te plaatsen. Zo kennen de afwegingen – zeker die rondom pakketbeheer – een belangrijke medisch-technische component, waarbij specifieke expertise onontbeerlijk is (de pakketadvisering in Nederland is georganiseerd in de Wetenschappelijke Adviesraad van het ZiN). De afstand

27 Thatcher en Sweet 2002.
28 Het verschijnsel waarbij de toegang tot bepaalde vormen van zorg afhangt van de woonplaats ('de postcode').
29 Timmins et al. 2016.
30 Angelis et al. 2018.

die deze organisaties tot de politieke besluitvorming hebben, kan hun geloofwaardigheid versterken en impopulaire besluiten vergemakkelijken doordat op deze manier wordt voorkomen dat politici daar in de ogen van het publiek rechtstreeks verantwoordelijkheid voor dragen. Daarnaast dragen de organisaties bij aan snelheid en efficiëntie van de besluitvorming – politieke actoren hebben geen tijd voor de vele prioriteringsbeslissingen die jaarlijks in de zorg genomen moet worden, al zouden ze daar de wil en kennis voor hebben. Dat betekent niet dat bij delegatie naar de nmi's geen kanttekeningen te plaatsen zijn, of dat er in concrete gevallen niet alsnog een maatschappelijke roep om politiek ingrijpen kan ontstaan. Een recent voorbeeld van dit laatste in de Nederlandse zorg zijn de faillissementen van het Slotervaart- en IJsselmeerziekenhuis, en het dreigende faillisement van het Maasziekenhuis. Hoewel de politieke bevoegdheden hier in beginsel beperkt waren, leidde de grote roep om ingrijpen er in het geval van het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer toe dat de overheid financiële ondersteuning bood. Ook het op afstand geplaatste pakketbeheer in het Verenigd Koninkrijk wordt soms doorkruist onder invloed van politieke druk. Zo besloot de politiek in 2020 een 'cancer drug fund' in te stellen, waarbinnen medicatie tegen kanker onder soepeler criteria beoordeeld kon worden dan andere medicijnen.[31] Deze voorbeelden illustreren hoe de grens tussen de fundamentele politieke afweging en de (technocratische) implementatie daarvan niet altijd hard te trekken is, en vaak zelf onderwerp is van maatschappelijk debat.

### 9.3.2 Vergoeden of niet? Pakketbeheer in internationaal verband als casestudy

Delegatie van verantwoordelijkheden is geen absoluut, binair verschijnsel. Nmi's in de zorg en daarbuiten hebben een verschillende mate van formele en feitelijke onafhankelijkheid. Sommige hebben een nauw omschreven reikwijdte, andere hebben meer speelruimte. Sommige beperken zich tot een advies, andere hakken echt knopen door. Ook de onafhankelijkheid van het instituut maakt uit. Zo kunnen benoemingen in meer of mindere mate op afstand van het politiek proces staan. Onafhankelijkheid van de nmi kan zowel spelen ten opzichte van de overheid (de uiteindelijke 'opdrachtgever' van de nmi) als ten opzichte van de gereguleerde actoren (fabrikanten en toeleveranciers, zorgaanbieders en -verzekeraars). Hieronder vergelijken we als casestudy het pakketbeheer in Nederland en andere Europese landen vanuit het perspectief van delegatie (box 9.3). Pakketbeheer, met name in de curatieve zorg, is een geschikte casestudy omdat technologische ontwikkelingen in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de verwachte groei van de zorg in de komende decennia (zie hoofdstukken 2 en 8). De mate waarin die ontwikkelingen op een prudente manier kunnen worden beheerst, is dan ook zeer bepalend voor de toekomstige financiële – en indirect maatschappelijke – houdbaarheid.

---

31 Timmins et al. 2016.

De notie van pakketbeheer is echter breder dan alleen de curatieve zorg of de Zorgverzekeringswet. Ook in de andere delen van de zorg is er immers sprake van een collectief gegarandeerd 'pakket', van een set aan zorg waar burgers wel en geen aansprak op kunnen maken. In het bijzonder in de langdurige zorg is de druk naar de toekomst toe groot. Het is dus onjuist om te veronderstellen dat pakketbeheer een vraagstuk is dat alleen binnen de curatieve zorg speelt; wij passen het expliciet breder toe. Pakketbeheer in de curatieve zorg is echter een goede casestudy omdat het een aspect van het keuzeproces rondom prioritering in de zorg vormt dat internationaal relatief goed vergelijkbaar is, en relatief veel onderzocht wordt. Dit vergroot de kans dat we er in algemene zin iets van kunnen leren met betrekking tot de instituties die nodig zijn voor keuzes in de zorg. Ten slotte is pakketbeheer wellicht het deel van de zorg waar de uitdagingen rondom zaken als *taboo trade-offs*, belangen en het conflict tussen een zichtbaar concreet persoon en een abstracte waarde het meest direct voor het voetlicht komen.

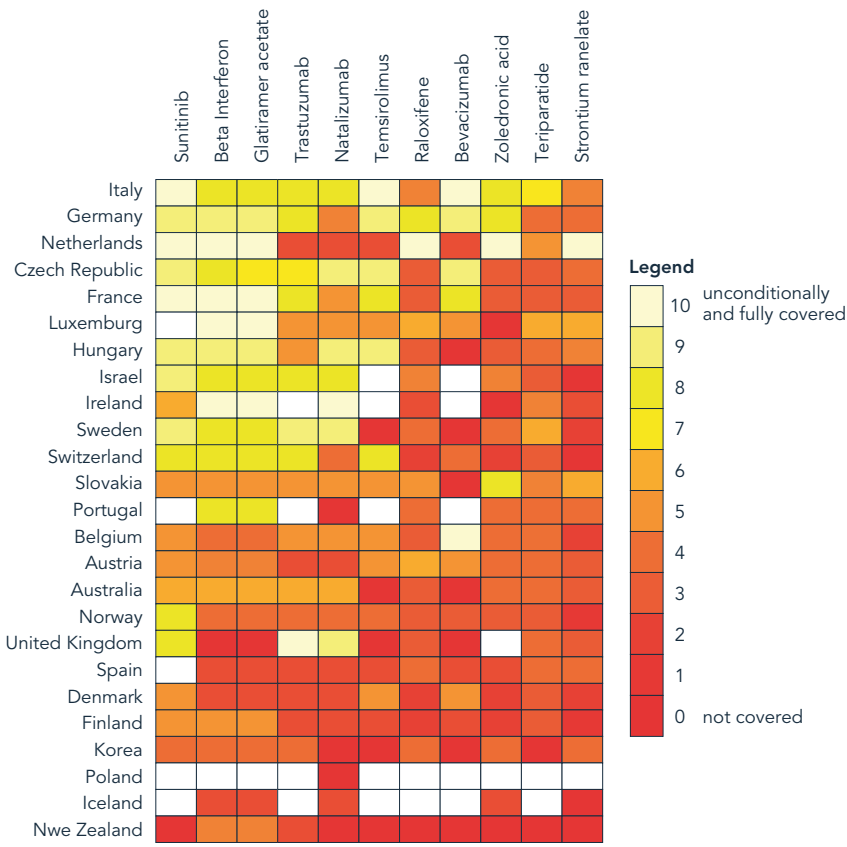
**Box 9.3 Instituties voor pakketbeheer internationaal vergeleken**

Alle landen met een (deels) collectief zorgstelsel staan voor de vraag hoe het pakket af te bakenen, en dus voor de daaraan verbonden afweging van de belangen van patiënten en overwegingen rondom houdbaarheid. Uit een overzicht van pakketbeslissingen in Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Zweden blijkt dat er grote variatie is in het afwegingskader (wat wordt meegewogen?), de reikwijdte (waarover wordt wel of niet formeel besloten?) en de institutionele inbedding (welke publieke, semipublieke of private actoren hebben welke rollen en verantwoordelijkheden?) dat landen hanteren (zie online appendix 6).[32] Zo variëren de criteria die verschillende landen meewegen. Effectiviteit (werkt de behandeling?) speelt bijvoorbeeld overal – begrijpelijk – een rol, maar kosteneffectiviteit niet (expliciet) in Duitsland en Frankrijk. Een andere bron van variatie is de reikwijdte van de procedure: welke vormen van zorg worden wel of niet getoetst? Ook verschilt de werkwijze: hanteren landen een 'positieve lijst' – middelen worden in principe niet vergoed, tenzij ze op die lijst staan – of het tegenovergestelde – middelen worden in beginsel wel vergoed, tenzij ze op de 'negatieve lijst' van niet-vergoede middelen staan. Voor extramurale geneesmiddelen (de geneesmiddelen die iemand bij de apotheker haalt, en niet in het ziekenhuis) werken bijvoorbeeld Nederland, Frankrijk en Zweden met een positieve lijst. Voor het politieke en maatschappelijke

32 Zie online appendix 6.

debat dat rondom pakketbeslissingen kan ontstaan, is een relevante variabele of de afweging van de pakketbeheerder een advies is aan een politieke actor (de minister), zoals in Nederland, of dat die beheerder een eigenstandige afweging maakt, zoals in Duitsland en, ten dele, in het Verenigd Koninkrijk. In landen waar dit laatste het geval is, kan de politiek alnog ingrijpen, maar is de drempel om dat te doen hoger dan in landen waar de beheerder expliciet adviseert.

**Figuur 9.2** Toelating van elf (controversiële) geneesmiddelen – aangegeven in de kolommen – tot het basispakket in 25 OECD-landen. Wit betekent geen data.




Bron: Bohm et al. 2014.

Er is grote institutionele variatie in de organisatie van het pakketbeheer binnen Europa (zie box 9.3 en appendix 6). Vanuit het perspectief van houdbaarheid is een belangrijke vraag wat deze variatie voor effecten heeft op de uitkomsten: leiden verschillende manieren om pakketbeslissingen te nemen tot verschillende uitkomsten? Deze vraag is onderzocht in een aantal landenvergelijkende studies.[33] Zo was er een grote systematische studie waarin de toelating van elf geneesmiddelen voor vier aandoeningen (botontkalking, multiple sclerose en twee vormen van kanker) binnen de OECD werd vergeleken.[34] Het beleid rondom toelating wordt hier gezien als een maatstaf voor de 'generositeit' van het zorgstelsel, in ieder geval waar het gaat om curatieve zorg en geneesmiddelen. Toelating is niet in alle landen binair, maar kan ook voorwaardelijk of tijdelijk, of onvolledig zijn (bijvoorbeeld maar een gedeeltelijke vergoeding). Figuur 9.2 laat zien dat er grote variatie is tussen landen en tussen verschillende middelen in de pakketafbakening. Sommige landen – zoals Nederland – zijn in algemene zin relatief genereus (gele balken aan de bovenkant), andere zijn veel strikter (horizontale rode rijen aan de onderkant). Voor sommige middelen stemmen de landen redelijk overeen (gele of rode kolommen), terwijl de uitkomst van de besluitvorming voor andere middelen juist grote variatie kent (kolommen in het midden met gemengde kleuren). De auteurs van deze vergelijkende studie vonden dat – in tegenstelling tot hun verwachting – de welvaart van een land en de uitgaven aan zorg geen invloed hadden op de besluitvorming rond het pakketbeheer, want welvarende landen zijn niet systematisch genereuzer dan arme landen. Wel van invloed is het zorgstelsel: (sociale) verzekeringsstelsels zoals het Nederlandse of Duitse zijn genereuzer dan uit belastinginkomsten gefinancierde stelsels (bijvoorbeeld National Health Service-systemen; zie ook hoofdstuk 6 voor meer informatie over de verschillende typen stelsels). Ook de institutionele aspecten van de pakketbeslissing zijn van invloed. Landen waar een middel standaard niet vergoed wordt tenzij is besloten het in het pakket op te nemen (dat wil zeggen landen met een positieve lijst – zoals in Nederland voor geneesmiddelen), waren genereuzer dan landen met een negatieve lijst. De verklaring hiervoor is dat in landen die een negatieve lijst hanteren, een expliciete en mogelijk (politiek) impopulaire beslissing genomen moet worden om iets niet te vergoeden door het op die lijst te plaatsen. In landen met een positieve lijst is de 'standaard' echter om een medicijn niet te vergoeden, en hoeft daartoe geen actief (en impopulair) besluit te vallen. Ook was de mate van delegatie en onafhankelijkheid van het besluitvormende instituut van belang: in landen waar het gedelegeerde instituut een grotere onafhankelijkheid had, waren de pakketbeslissingen strikter. Het gaat hier om onafhankelijkheid zowel van de

33 Böhm et al. 2014; Vreman et al. 2020; Landwehr en Böhm 2011; Landwehr 2016.
34 Böhm et al. 2014; Vreman et al. 2020.

overheid als van de gereguleerde actoren, *in casu* het zorgveld. Transparantie werd geassocieerd met genereuzere pakketbeslissingen. Beide resultaten zijn vanuit het perspectief van het vermijden van schuld goed te verklaren. Tot slot werd van de inclusiviteit van het besluitvormingsorgaan, oftewel van de mate waarin verschillende maatschappelijke en (belangen)groepen in de pakketbeheerder zijn vertegenwoordigd, verwacht dat het de generositeit zou vergroten, maar hiervan werd geen effect waargenomen. Uit een andere kwantitatieve analyse van pakketbeslissingen in verschillende Europese landen volgt dat het meewegen van kosteneffectiviteit tot een hoger percentage negatieve adviezen leidde.[35]

Er is helaas geen vergelijkbaar (semi-)kwantitatief landenvergelijkend wetenschappelijk onderzoek beschikbaar voor de inrichting van het pakketbeheer in bijvoorbeeld de langdurige zorg, de jeugdzorg of de GGZ. Een meer kwalitatieve studie laat zien dat het voor de houdbaarheid van de langdurige ouderenzorg in het bijzonder van belang is om een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie te formuleren op de rol van die zorg, en daarmee op de daaruit voortvloeiende eisen die de samenleving stelt aan de samenstelling van het pakket voor ouderenzorg.[36] In deze vorm van zorg wegen culturele en normatieve aspecten van het keuzeproces in de praktijk vermoedelijk relatief zwaarder dan andere aspecten, ook omdat de rol van nieuwe technologie, en daarmee van de medisch-technische component van de afweging, beperkter is (zie ook hoofdstuk 8). Niettemin is er wetenschappelijk weinig bekend over wat dat impliceert voor een verstandige inrichting en uitvoering van de pakketafbakening op deze terreinen. Gegeven de in de toekomst te verwachten omvangrijke toename in de langdurige ouderenzorg[37], ligt hier een open vraagstuk. In algemene zin hebben we geen reden om aan te nemen dat vergelijkbare principes als in de curatieve zorg (belang van wat de 'standaard' is, belang van delegatie naar een niet-politieke actor en onafhankelijkheid, enzovoort) niet ook hier op zouden gaan. De culturele en normatieve kant van de afweging vergt vermoedelijk echter een zwaardere inbedding, zelfs als een dergelijke maatschappelijk gedragen langetermijnvisie beschikbaar is. Het is overigens ook aannemelijk dat met de toenemende ontwikkeling van *e-health* en robotica gericht op sectoren als de ouderenzorg en de GGZ, de technische component van pakketbeheer ook hier belangrijker gaat worden.

35 Vreman et al. 2020.
36 Kruse et al. 2021.
37 Vonk et al. 2020, hoofdstuk 2.

**Kernpunten Institutionele perspectieven op keuzes in de zorg**

- De institutionele inrichting is belangrijk voor de uitkomst van keuzeprocessen in de zorg. Pakketbeheer – met name rondom medicijnen – is een goed voorbeeld.
- Keuzes worden op afstand van de politiek geplaatst (gedelegeerd) om redenen van technische expertise, efficiëntie, geloofwaardigheid en om verantwoordelijkheid voor impopulaire besluiten te vermijden.
- In landen met een grotere onafhankelijkheid van het besluitvormingsorgaan vindt een strikter pakketbeheer plaats.

## 9.4 Keuzes in de zorg als een vraagstuk van timing

Een klassieke uitspraak is dat politiek over de vraag gaat 'wie wat krijgt, wanneer en hoe?'.[38] Tot nu toe hebben we ons vooral gericht op de verdelingsvraag: wie krijgt wat? Keuzes in de zorg hebben echter ook een belangrijke temporele component. Acties die we nu ondernemen, hebben later – soms pas decennia later – gevolgen.

### 9.4.1 Kiezen voor de lange termijn in de zorg

Een belangrijke vraag is hoe samenlevingen omgaan met situaties waarin de kosten en baten van beleid over een andere tijdsspanne spelen.[39] Denk aan pensioenhervormingen, die gepaard gaan met kosten op de korte termijn, terwijl de baten pas op de langere termijn spelen. Andere voorbeelden zijn milieu- en klimaatbeleid, dat ook op de korte termijn gepaard met de (economische) kosten van een verminderde uitstoot, terwijl de baten daarvan pas later komen. Of het terugdringen van staatsschuld: op de korte termijn kostbaar voor de huidige belastingbetaler, en vooral in het belang van de toekomstige belastingbetaler. De verdeling van kosten en baten van beleid speelt dus niet alleen tussen groepen en individuen in een samenleving (een horizontale investering), maar ook over de tijd[40]: van het nu naar de toekomst (een verticale investering). Gezien vanuit het perspectief van het vermijden van schuld en de kortetermijngerichtheid van kiezers, en in het licht van wat wij bespraken over belangengroepen en kiezersgroepen, zou de verwachting zijn dat democratische overheden niet bereid of in staat zijn dat soort kortetermijnkosten

38 Het citaat is deel van de titel van een boek van Amerikaanse politicoloog (en psycholoog) Harold Lasswell uit 1936 (Politics: WHO Gets What, When, How?).
39 In de praktijk hebben veel vormen van beleid elementen van beide.
40 Jacobs 2012, 2016.

af te dwingen. Dat is echter te kort door de bocht. Overheden doen in meer of mindere mate (soms) al die dingen: ze hervormen pensioenen, maken milieubeleid en temperen hun staatsschuld.

De relevante vraag is dan ook eerder wat overheden in staat stelt zulke beslissingen voor de lange termijn te nemen. Een eerste verklaring is eigenlijk simpel: kiezers geven soms wel degelijk om de lange termijn – al is dit niet in hun eigen belang, dan wel in dat van een volgende generatie. Ze zijn soms ook bereid daarvoor op de kortere termijn kosten op zich te nemen, en oefenen daarvoor electorale druk uit op politici. Een voorbeeld hiervan is het toenemende electorale succes van klimaatbeleid. Een tweede belangrijk aspect is dat bij verticale investeringen het potentieel groot is dat de uitkomst geen nulsomspel is – waarbij de baten van de één de kosten van de ander zijn – maar een positieve-somspel – waarbij de partij die de kosten draagt, (uiteindelijk) ook hogere baten ervaart. Zo'n positieve-somspel kan bijvoorbeeld spelen bij investeringen in preventie, als de gezondheidswinst daarvan uiteindelijk ook ten dele neerslaat bij de groep die de investering doet. Voor zulke langetermijnpolitiek is een aantal barrieres te onderscheiden.[41] Ten eerste zijn er electorale risico's, die op hun beurt weer samenhangen met de mate waarin kiezers aandacht hebben voor de baten op de lange termijn. Een tweede barrière is de voorspelbaarheid van de effecten van beleid op de lange termijn, gekoppeld aan een (gebrek aan) vertrouwen dat die toekomstige baten daadwerkelijk zullen optreden. Een derde belangrijke factor is de institutionele capaciteit, en in het bijzonder de inbedding die belangengroepen bindt aan dat langetermijndoel. Elk van deze factoren is te beïnvloeden om de kansen op langetermijninvesteringen te vergroten.[42]

In de zorg speelt het temporele aspect in het bijzonder voor preventie en de inzet op *public health*. Immers, investeringen die we nu doen, leveren veelal pas over jaren gezondheidswinst op. Maar het speelt bijvoorbeeld ook – zij het in mindere mate – bij het opleiden van personeel in de zorg, en bij grote kapitaalinvesteringen – bijvoorbeeld het bouwen van geschikte huisvesting voor grote aantallen steeds langer zelfstandig wonende ouderen.[43] Zoals we eerder in dit rapport hebben gezien, is het bij dit soort keuzes moeilijk om een langetermijnperspectief te hanteren. Dat blijkt onder andere uit de investeringen in preventie, die al decennialang laag zijn (hoofdstuk 8), en de soms

41 Jacobs 2012, 2016.

42 Een voorbeeld is het inrichten van een structuur die het terugkomen op eerder ingezet beleid zichtbaarder en moeilijker maakt, en daarmee de kans vergroot dat de toekomstige baten gegeneerd worden. Een manier om dat te doen is door middelen te investeren in een fonds (al dan niet of afstand van de politiek), zodat toekomstige beleidsmakers die minder makkelijk voor andere doelen kunnen aanwenden.

43 Kruse et al. 2021.

grote slingerbewegingen in het beleid bij het aantrekken en behouden van personeel (hoofdstuk 7). Op andere beleidsterreinen wordt in Nederland al heel expliciet gewerkt aan het opzetten en onderhouden van instituties die het langetermijnperspectief van beleid en investeringen versterken. Een belangrijk voorbeeld hiervan zijn de Nederlandse pensioenfondsen, maar ook de verschillende deltacommissies die adviseerden over de Nederlandse waterhuishouding op de lange termijn. In de zorg daarentegen lijkt er relatief weinig aandacht voor het ontwikkelen van dergelijke instituties die het langetermijnbelang van de zorg moeten bewaken. Dat betekent overigens niet dat dit perspectief helemaal ontbreekt. Zo wordt in wetgeving rondom planningsbesluiten gekeken naar de verwachte zorgvraag op de langere termijn en de daarvoor benodigde infrastructuur.[44] Het langetermijnperspectief in de zorg zou echter baat hebben bij een versterking van zulke instituties gericht op de lange termijn. Zo zouden burgers – bijvoorbeeld via initiatieven tot burgerparticipatie – druk kunnen uitoefenen voor beleid gericht op de lange termijn (zie ook paragraaf 9.5). Dit zou aansluiten bij de bevinding dat kiezers in veel gevallen wel degelijk op de langere termijn en voorbij hun eigen belang kijken.[45]

Versterking van het langetermijnperspectief in het zorgbeleid speelt in het bijzonder bij preventie, omdat de baten daarvan vaak jaren of soms zelfs decennia in de toekomst liggen. Dit vormt een fundamentele begrenzing van het vermogen van particuliere actoren als zorgverzekeraars of zorgkantoren om succesvol in zulke vormen van preventie te investeren: de baten liggen te ver weg om binnen hun tijdshorizon te vallen. In zulke gevallen ligt er een publieke taak om dergelijke investeringen te doen of af te dwingen. Voor andere vormen van preventie, bijvoorbeeld secundaire en tertiaire preventie, speelt dat bezwaar veel minder. Daar volgen namelijk de baten veel sneller op de investering.

**Kernpunten Kiezen in de zorg als een vraagstuk van timing**

- Keuzes in de zorg zijn ook een vraagstuk van timing: kosten die nu gemaakt moeten worden, genereren later baten (gezondheidswinst). Dat speelt met name bij de inzet op preventie.
- De manier waarop instituties zijn ingericht, kan de kansen vergroten dat beleid en investeringen in het belang van de lange termijn worden gemaakt.

44 Wet op bijzondere medische verrichtingen. Zie https://wetten.overheid.nl/BWBR0008974/2019-04-02/0/informatie.

45 Jacobs 2012, 2016.

## 9.5 Burgerinspraak en -participatie bij keuzes in de zorg

Eerder in dit hoofdstuk kwam al het belang aan de orde van legitimiteit voor keuzes in de zorg. In theorie spreken burgers zich in een democratische samenleving hierover (mede) uit bij de verkiezingen, en vloeit de maatschappelijke legitimiteit voort uit het democratische mandaat van de verkozen politici. Het blijkt echter veelal moeilijk die legitimiteit (volledig) te grondvesten in het reguliere democratische proces, om redenen die we hierboven hebben besproken – bijvoorbeeld de neiging van politici om schuld te vermijden en de *taboo trade-offs*. Een potentiële oplossing hiervoor is die legitimiteit te baseren op rechtstreekse vormen van burgerinspraak en -participatie in de keuzeprocessen binnen de zorg. Daar kijken we naar in dit laatste perspectief.

De onderliggende gedachte is dat de legitimiteit van een keuzeproces enerzijds samenhangt met de (ervaren) kwaliteit van het resulterende beleid, maar ook met de groepen die in het proces betrokken zijn. Het eerste aspect wordt wel 'outputlegitimiteit' genoemd, het tweede aspect 'inputlegitimiteit'.[46] Door de juiste groepen – bijvoorbeeld burgers zelf, maar wellicht ook andere belanghebbenden – bij de beslissing te betrekken, wordt de uiteindelijke beslissing ervaren als meer legitiem. Dit perspectief is nauw verbonden met het normatieve uitgangspunt van sommige vormen van procedurele rechtvaardigheid, namelijk dat een rechtvaardige prioriteringsbelissing alleen genomen kan worden als alle relevante perspectieven zijn meegenomen (zie paragraaf 8.2).

Burgers en andere belanghebbenden kunnen op verschillende manieren betrokken worden bij de in de zorg te maken keuzes.[47] De specifieke vorm van betrokkenheid is van belang voor de te verwachten uitkomsten, en mogelijk voor het effect op de legitimiteit. Een eerste aspect hierbij betreft de vraag over welke keuze het gaat bij burgerparticipatie. Gaat het om een concrete, specifieke beslissing – bijvoorbeeld een pakketbeslissing – of om algemene, brede prioriteiten – bijvoorbeeld de mate waarin een samenleving moet inzetten op preventie of op ouderenzorg? Dit aspect hangt ook samen met de tijdsduur van de burgerparticipatie: gaat het om een tijdelijk initiatief of om een doorlopend bestaand organisatie? Een ander belangrijk aspect is de vorm van de burgerinspraak: is deze adviserend of hebben burgers een formele rol in het keuzeproces, bijvoorbeeld als meestemmend lid van een commissie die over de pakketafbakening besluit. Een derde relevante variabele is de vraag wie precies participeren: melden deelnemers zichzelf aan, worden ze (willekeurig) geselecteerd uit bevolking, of worden ze geselecteerd uit of als vertegenwoordiger van een belanghebbende groep? Ten slotte is ook de interactie met de

46 Landwehr en Bohm 2011; Thatcher en Sweet 2002.
47 OECD 2020.

eerder besproken perspectieven in dit hoofdstuk van belang: kunnen en willen burgers wel betrokken worden bij keuzes, of zijn *taboo trade-offs* te sterk?

Om met dat laatste aspect te beginnen. Uit het burgerforum Keuzes in de Zorg van het Radboudumc blijkt dat, met toelichting en voorlichting over kosten en baten van de zorg en over normatieve kaders en praktische afwegingen, ook leken bereid en in staat zijn om moeilijke keuzes rondom de prioritering in de zorg te maken.[48] Het ging bij dat burgerforum om een representatieve groep burgers die gevraagd werd mee te denken over prioriteiten in de zorg aan de hand van een reeks van al dan niet te vergoeden behandelingen. Daarnaast werd deze groep gevraagd mee te denken over de onderliggende principes van de keuzes. Een eerder voorbeeld is een zogeheten 'burgerlabo' dat in België plaatsvond rondom de prioritering in de zorg.[49] Daarin spraken burgers zich onder andere uit voor een grotere nadruk op preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsopvoeding en voor een grotere focus op kwaliteit van leven in plaats van levensverlenging. Beide voorbeelden laten zien dat met voorlichting en inzet van gestructureerde informatie het bestaan van *taboo trade-offs* geen beperking hoeft te zijn voor burgerparticipatie, zeker niet als deze plaatsvindt op het niveau van bredere principes en in een adviserende vorm. De neutrale voorlichting en gestructureerde informatie zijn daarbij wel van cruciaal belang: burgers hebben anders niet zomaar de relevante feiten op tafel. In een recent rapport analyseerde de OECD bijna driehonderd voorbeelden van dergelijke deliberatieve projecten voor burgerparticipatie binnen en buiten de zorg.[50] Een voorbeeld zijn de Ierse Citizens' Assemblies over abortus, klimaatbeleid, vergrijzing en het kiesstelsel, die behulpzaam waren bij de aanpak van (normatief) controversiële vraagstukken in de Ierse samenleving. In Nederland is de G1000 een initiatief om op een representatieve en grootschalige manier burgerinspraak en een maatschappelijke discussie rondom grote maatschappelijke vraagstukken op gang te brengen.

Ook rondom specifieke vragen, zoals de vraag hoe in de toekomst om te gaan met dure medicijnen of rondom de vraag welke normatieve principes te gebruiken bij pakketbeslissingen, speelt burgerparticipatie in sommige landen een rol, zoals de 'Citizens Councils' binnen de Britse pakketbeheerder NICE. Een nog verdergaande stap is het permanent opnemen van lekenleden in de commissies die de pakketbeslissingen nemen, zoals in sommige landen gebeurt.[51] Hier kan de burgerparticipatie de inputlegitimiteit van de

48 Baltussen et al. 2018; Bijlmakers et al. 2020.
49 http://www.burgersengezondheidszorg.be/.
50 OECD 2020.
51 Online appendix 6.

resulterende beslissingen verhogen, als deze daardoor als beter maatschappelijk gedragen gezien worden. In Nederland lijkt de rol van burgerparticipatie in het pakketbeheer daarentegen redelijk beperkt, namelijk tot burgerinspraak via het inspraakrecht tijdens de openbare commissievergaderingen.

Niettemin kan burgerparticipatie bij prioriteringsbeslissingen ook keerzijdes hebben die de effectiviteit en potentiële legitimiteit van keuzeprocessen juist kunnen schaden. Een belangrijke vraag is in hoeverre lekendeelnemers zich weten op te stellen – en gezien worden – als vertegenwoordigers van een algemeen belang, en niet van een deelbelang. Vanuit de eerder besproken theorie van belangengroepen speelt dat in het bijzonder wanneer in het keuzeproces (vertegenwoordigers van) belanghebbenden een rol krijgen, of wanneer zij meer gemotiveerd of beter in staat zijn om deel te nemen aan de beschikbare participatiemogelijkheden. Dit risico speelt sterker als deze lekenleden een formele besluitvormende rol hebben, bijvoorbeeld meestemmen, en niet alleen adviseren. Een in de literatuur beschreven extreme vorm hiervan is het verschijnsel van '*regulatory capture*' – het verschijnsel dat regulerende organisaties (bijvoorbeeld nmi's) soms 'gekaapt' worden door de belangen die zij zouden moeten controleren en reguleren.[52]

Hier zit een bron van spanning tussen twee doelstellingen. Vanuit het perspectief van inputlegitimiteit kan het wenselijk zijn belanghebbenden of hun vertegenwoordigers in keuzeprocessen een grote rol te geven. Maar vanuit het perspectief van bewaken van het algemene belang schuilt precies daarin een gevaar. Uit de eerder besproken literatuur blijkt immers dat onafhankelijkheid (van pakketbeheerders) niet alleen van belang is ten opzichte van de overheid, maar ook ten opzichte van 'het veld'. Het lijkt dan ook raadzaam om burgerparticipatie met name te versterken door inspraak van 'gewone' burgers uit de brede bevolking te borgen, en daarbij te zorgen voor een representatieve selectieprocedure, zodat de keuze niet (impliciet) valt op de meer gemotiveerde partijen. Met name waardevol lijkt het om die versterking te richten op een algemeen niveau van inspraak over brede prioriteiten en criteria voor prioritering, zoals bijvoorbeeld in het burgerforum Keuzes in de Zorg. Het is aan te raden een dergelijk initiatief structureel in te bedden binnnen het brede pakketbeheer in Nederland, zoals bij de Britse pakketbeheerder NICE gebeurt in de vorm van Citizens' Councils. Een dergelijke institutionalisering van burgerinspraak in het pakketbeheer garandeert beter dan de huidige ad-hocaanpak een doorlopende inspraak van burgers bij de algemene aanpak en de criteria. Het is riskanter om belanghebbende groepen een grotere rol in het praktische proces van concrete prioriteringsbelissingen te geven, zeker als die rol gepaard gaat met

52 Stigler 1971; Tuohy en Glied 2011.

een formele beslissingsbevoegdheid. Daar lijkt het raadzamer te blijven inzetten op de al bestaande mogelijkheid tot inspraak, om zodoende te borgen dat de commissie alle relevante perspectieven meekrijgt.

**Kernpunten Burgerinspraak en -participatie bij keuzes in de zorg**

- Burgerparticipatie kan de inputlegitimiteit rondom keuzes in de zorg versterken.
- Onderzoek laat zien dat, met gestructureerde informatie, leken ook over normatief moeilijke vragen en *taboo trade-offs* mee kunnen denken.
- Burgers kunnen meedenken over algemene principes, prioriteiten of criteria. Maar burgerinspraak, adviserend of mede-besluitend, kan ook een rol spelen bij specifieke keuzes zoals pakketbeslissingen.
- Er zit een potentiële spanning tussen het versterken van de inputlegitimiteit voor keuzes in zorg, en het waarborgen van onafhankelijkheid en het algemene belang.

## 9.6 Naar betere keuzes in de zorg

Keuzes in de zorg – de vraag van allocatie en verdeling – kunnen waarschijnlijk beter, zo zagen we in dit derde deel van het rapport. Voor een zo optimaal mogelijke gezondheidswinst is het bovendien van belang om naar de toekomst toe de groei van de zorg meer in de richting van preventie te sturen dan onder de huidige status quo te verwachten valt. En vanuit het perspectief van de borging van publieke waarden geldt hetzelfde voor die delen van de zorg waar de kwaliteit en de toegankelijkheid structureel door de ondergrens zakken (hoofdstuk 8). Dit alles vergt dat we grenzen durven te stellen aan de groei van de zorg, en tegelijkertijd durven in te zetten op een selectievere groei van die zorg.

Waarom is dat laatste zo moeilijk? In dit hoofdstuk hebben we deze vraag geanalyseerd vanuit verschillende perspectieven, die in belangrijke mate ten grondslag liggen aan de eerder geïdentificeerde vijf knelpunten rondom keuzes in de zorg (hoofdstuk 8).[53] Is het mogelijk op basis van al deze inzichten tot

53 Ter herinnering, dat zijn: 1. Kwaliteitsverbetering als automatisme, 2. Gebrek aan systematische aandacht voor uitstroom, 3. Beperkt zicht op effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg, 4. Onbalans tussen houdbaarheden – dominantie van financiële overwegingen en 5. Zichtbaarheid en korte termijn te veel leidend in keuzeprocessen.;

aanbevelingen te komen en een recept aan te bieden waarmee 'betere keuzes' in onze zorg te maken zijn? Daarvoor reiken we hier enkele handvatten aan. We grijpen hiervoor terug op de bovenstaande perspectieven, op eerdere hoofdstukken en op enkele achtergrondstukken.[54]

Het vraagstuk waar we voor staan, begint en eindigt misschien wel met het maatschappelijk draagvlak voor de in de zorg te maken keuzes – met de maatschappelijke houdbaarheid. En dat draagvlak hangt vervolgens in belangrijke mate af van de ervaren urgentie en onvermijdelijkheid van die keuzes. Er is immers een grote normatieve en psychologische druk om keuzes – en vooral het begrenzen van groei – te vermijden, en die druk werkt door in de (politieke) besluitvorming. De belangrijkste stap is dan ook om het maatschappelijk bewustzijn over de onvermijdelijkheid van keuzes in de zorg te vergroten, en nieuwe, realistischer verwachtingen te scheppen over de zorg en de mogelijke groei daarvan in de toekomst.

In dit rapport probeert de WRR daaraan bij te dragen door te schetsen wat er gebeurt als het keuzeproces in de zorg niet verbetert. De huidige vorm van organisatie daarvan leidt er naar verwachting toe dat de zorg nog een tijd lang snel doorgroeit, met allerlei grote negatieve gevolgen van dien: zowel buiten de zorg – door verdringing van andere beleidsdoelen – als daarbinnen – door verdringing van sommige vormen van zorg. De beperkingen op het gebied van personeel en financiën verdwijnen namelijk niet, ook al doen we als samenleving nog zo ons best – en dat moeten we blijven doen – om ze te matigen.[55] Door de snel toenemende zorgvraag wordt de zorg steeds schaarser, en het is aan de samenleving om daarmee om te leren gaan en hierover keuzes te maken.

Deze situatie vergt betere keuzes op alle niveaus – overheid, 'veld' en burgers. Nu is de besluitvorming over de grenzen aan de groei op alle niveaus vooral impliciet, waardoor de publieke waarden van zorg in het gedrang komen. Wat moet er dan wel gebeuren? Ten eerste dient de overheid over de groei van de zorguitgaven een expliciet politiek besluit te nemen. Het kan geen automatisme te zijn dat die groei ongebreideld kan toenemen met de zorgvraag. Alleen door expliciete keuzes te maken is het mogelijk andere publieke doelen te beschermen tegen verdringing vanuit de zorgbegroting. Tegelijkertijd kan dat niet het hele verhaal zijn. Door alleen vanaf de bovenkant een grens op te leggen, is het gevaar groot dat de rekening op een lager niveau bij (de zorg voor) de kwetsbaren in de samenleving terecht komt. Het beter bewaken van de grenzen aan de groei van de zorg mag de publieke waarden van de zorg niet in

54 Kruse et al. 2021; Vonk et al. 2020; Polder et al. 2020; Bertens en Palamar, 2021.
55 Dat was het thema van het tweede blok van dit rapport.

het geding brengen. Dat vergt ook op het niveau van brede prioritering tussen sectoren dat de politiek actief ingrijpt. De WRR pleit daarom voor een grotere inzet op preventie en op sectoren waar de kwaliteit en toegankelijkheid structureel onder de minimumnormen zakken.

Om deze veranderingen mogelijk te maken zullen sommige dingen ook minder moeten gebeuren. Dat leidt tot de vraag welke zorg we collectief willen garanderen en financieren. Sommige grenzen aan de groei zullen scherper getrokken en beter bewaakt moeten worden. Dat betekent niet dat we pleiten voor bezuinigingen ten opzichte van de huidige situatie, en ook niet dat we pleiten voor een beperking van de innovatie in de zorg. Wel pleit de WRR voor een beperktere en vooral selectievere groei in delen van de zorg. Kwantitatief gezien kan dat – gezien de ramingen voor de toekomstige groei (hoofdstuk 2) – grofweg alleen door een gematigder groei van de curatieve zorg en de ouderenzorg. Binnen de curatieve zorg gaat het dan met name om de instroom van nieuwe zorg en de uitstroom van oude zorg, ofwel om pakketbeheer als 'knop' om aan te draaien. In de ouderenzorg is die rol van technologie veel kleiner, en gaat het vooral om de vraag wat de kern vormt van de collectief gegarandeerde zorg. In hoeverre hoort wonen daar bijvoorbeeld bij? Ervaringen in andere landen laten zien dat de verdeling van de kosten tussen het collectief en de gebruiker van zorg een onderwerp van discussie moet blijven. Meer in het algemeen zal het nodig zijn om te werken aan een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de rol en reikwijdte van de zorg, en om burgers in het verlengde daarvan te betrekken bij prioritering in de zorg.

*Aanbevelingen langs drie pijlers: maatschappij, politiek en uitvoering*

Uiteindelijk blijft het begrenzen van de groei van zorg een moeilijke normatieve afweging. In het slothoofdstuk van dit rapport formuleren we een reeks aan aanbevelingen, die we rangschikken langs drie brede pijlers. De eerste pijler gaat over het perspectief van de maatschappij: om betere keuzes te kunnen maken moeten we als maatschappij onder ogen zien dat keuzes onvermijdelijk zijn, en dat een visie nodig is op de dilemma's die samenhangen met de groeiende schaarste in de zorg. De tweede pijler gaat over het perspectief van de politiek: waar ligt de politieke verantwoordelijkheid voor de keuzes in de zorg, en hoe kan die beter opgepakt worden dan nu? De derde pijler, ten slotte, betreft de uitvoering: hoe is de vraag wat wel en wat niet collectief aan te bieden in praktische zin te beantwoorden? Welke institutionele aanpassingen zijn daarvoor nodig? Hoe zijn daarover in concrete gevallen goede besluiten te nemen, hoe moeilijk dat ook is? Deze drie pijlers zijn met elkaar verbonden. Van de politiek kan bijvoorbeeld niet worden verwacht dat zij andere beleidsterreinen beschermt tegen een verdringing van de uitgaven door de groeiende zorg, zonder tegelijkertijd *binnen* die zorg na te denken over een betere manier van pakketafbakening. En dat laatste heeft weer een beperkte kans van slagen

als niet parallel daaraan een maatschappelijke visie wordt ontwikkeld op de doelen en prioriteiten binnen de zorg, en op de rol van de verschillende vormen van zorg.

# 10 Kiezen voor houdbaarheid: conclusies en aanbevelingen

Goede zorg voor iedereen vergt keuzes. Om toegankelijkheid en kwaliteit te borgen moet de zorg in financieel, personeel en maatschappelijk opzicht houdbaar zijn. Deze drie dimensies van houdbaarheid staan echter steeds meer onder druk. In dit rapport pleit de WRR voor weloverwogen, heldere en soms scherpe keuzes in het belang van een toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg en een brede gezondheidswinst. Een dergelijke prioritering is allereerst een verantwoordelijkheid van de politiek en daarnaast van zorgverleners in alle sectoren en van burgers zelf.

Vraag Nederlanders wat zij belangrijk vinden in het leven, en één van de eerste antwoorden is steevast 'een goede gezondheid'. Vroeger of later krijgen we echter allemaal met gezondheidsproblemen te maken. We vertrouwen erop dat er dan tijdig zorg beschikbaar is, die van goede kwaliteit, in de buurt en betaalbaar is. Tijdens de coronacrisis hebben we opnieuw gezien hoezeer we rekenen op de beschikbaarheid van dergelijke goede en toegankelijke zorg. De WRR ziet kwaliteit en toegankelijkheid dan ook als de belangrijkste publieke waarden van de zorg. Die publieke waarden moeten we nu én in de toekomst borgen. Tegelijkertijd is het, ondanks de steeds grotere behoefte aan zorg en daarmee aan mensen en middelen voor die sector, van belang om te voorkomen dat andere beleidsterreinen in het gedrang komen. Om dat te kunnen bereiken dient onze zorg houdbaar te blijven, ook in het licht van de demografische, maatschappelijke, technologische en economische ontwikkelingen die op ons afkomen.

De WRR hanteert als uitgangspunt dat houdbaarheid drie dimensies kent: een financiële, een personele en een maatschappelijke. Ofwel: hebben we de middelen, hebben we de mensen, en is er draagvlak? Alleen wanneer deze drie dimensies op peil én in balans met elkaar zijn, is onze zorg houdbaar. Want alleen dan kunnen we ook op de lange termijn de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid garanderen. Alleen dan houden we ook genoeg mensen en middelen over voor andere publieke doelen. En alleen dan blijven solidariteit en vertrouwen in de zorg in stand.

In dit rapport hebben we ons allereerst de vraag gesteld: is de zorg houdbaar? We keken daartoe naar oorzaken en gevolgen van de houdbaarheidsopgave, binnen de zorg en daarbuiten, en vervolgens naar de bestaande beleidsagenda's

om met die opgave om te gaan. Ook onderzochten we de vraag in hoeverre de kwaliteit en de toegankelijkheid op dit moment geborgd zijn in de *hele* zorg. In de meeste zorgsectoren is dat het geval: de Nederlandse zorg presteert over de brede linie goed. De baten van zorg zowel in termen van gezondheid als, daaruit voortvloeiend, voor onze economie en arbeidsmarkt zijn aanzienlijk.[1] Maar dat betekent niet dat er geen knelpunten zijn – ook die brengen we voor het voetlicht.

In dit slothoofdstuk doen we aanbevelingen die allemaal samenhangen met de notie van 'beter kiezen', met het stellen van prioriteiten. Die insteek vloeit rechtstreeks voort uit de kern van onze analyse dat de manier waarop de keuzes rondom de zorg nu gemaakt worden, voor verbetering vatbaar is. Dan gaat het om keuzes over hoe in de toekomst mensen en middelen in te zetten. Daarmee gaat het automatisch over prioriteiten, en over de rol en de reikwijdte van zorg in de samenleving. Concreet betekent *beter kiezen* dat het zaak is om de toekomstige groei van de zorg te sturen in de richting van zorg én van preventie die bijdragen aan een brede gezondheidswinst[2] en die de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor iedereen borgen. Ook betekent het dat onze prioritering op een *betere manier* tot stand kan komen: weloverwogen, helder – en soms ook scherper. En dat het niet alleen gaat over keuzes maken *binnen* de zorg, maar ook over hoe andere belangen en afwegingen dan die van de zorg daarin een rol spelen. En ten slotte betekent beter kiezen dat dit *betere uitkomsten* oplevert, namelijk een betere gezondheid en kwaliteit van leven en daarmee meer welzijn voor de samenleving.

In dit slothoofdstuk vatten we eerst de analyse uit dit rapport samen. Op basis van de analyse uit deel 1 van dit rapport kijken we naar de vraag of onze zorg houdbaar is, en naar de oorzaken en gevolgen van de houdbaarheidsopgave (paragraaf 10.1). Vervolgens stellen we de vraag of de manier waarop het vraagstuk tot nu toe is aangepakt, voor de toekomst afdoende is (paragraaf 10.2). Uit beide analyses volgt de overkoepelende conclusie, die we in deel 3 hebben uitgewerkt: *goede zorg voor iedereen vergt keuzes* (paragraaf 10.3). Ten slotte doen we aanbevelingen voor de hele zorg om handen en voeten aan deze conclusie te geven (paragraaf 10.4). Deze aanbevelingen gaan zowel over de inhoud van de keuzes en de prioritering in de zorg – welke kant zouden we op moeten gaan? – als over de keuzeprocessen zelf – hoe zouden we die beter kunnen inrichten? – en over de uitkomsten – wat verandert er dan?

---

1 Polder et al. 2020.

2 Daarmee bedoelen we het aantal jaren (gezonde) levensverwachting dat gerealiseerd kan worden. Veelal wordt dit gemeten in termen van Quality-Adjusted Life Years (QALY's). Zie ook hoofdstuk 8 en Broeders et al. 2018.

We bieden daarbij geen kant-en-klare beleidsrecepten, maar schetsen langs drie pijlers richtingen om de zorg houdbaar te houden, zowel nu als in de toekomst. De concrete afwegingen blijven uiteraard aan de politiek.

## 10.1 Er ligt een grote en urgente opgave op drie dimensies van houdbaarheid: financieel, personeel en maatschappelijk

De houdbaarheid van de Nederlandse zorg komt steeds meer onder druk te staan, zo luidt de eerste centrale conclusie van dit rapport (deel 1). Dat betekent concreet dat we, gegeven de verwachte groeiende aanspraak op zorg in de toekomst, niet altijd meer de mensen of middelen hebben om binnen de zorg de kwaliteit en toegankelijkheid te garanderen die burgers verwachten. Of dat de zorg niet meer het maatschappelijk draagvlak heeft dat nodig is om de daarvoor benodigde mensen en middelen op te kunnen brengen. De opgave is groot en urgent, en betreft alle drie de dimensies van houdbaarheid: financieel, personeel en maatschappelijk.

### 10.1.1 Diverse onderliggende oorzaken voor de groei van zorg

Welke trends en ontwikkelingen liggen ten grondslag aan deze conclusie? Er is een aantal onderling verbonden fundamentele krachten die het gebruik en de prijs van de zorg opdrijven (hoofdstuk 2). We schetsen hier de belangrijkste.[3] De eerste daarvan is de veranderende samenstelling van onze bevolking (de demografie): er zijn de komende decennia relatief meer ouderen en zij gebruiken relatief veel zorg. Daardoor neemt de totale vraag naar zorg toe. Ten tweede leiden technologische innovaties – zoals geavanceerde diagnostische mogelijkheden, nieuwe medicijnen, medische hulpmiddelen of therapeutische interventies – ertoe dat meer patiënten kunnen worden behandeld dan eerder mogelijk was. Het zorggebruik neemt daardoor toe. Ten derde verandert onze gezondheidstoestand: mensen leven langer, meer mensen lijden aan chronische ziekten en mensen hebben vaker meerdere aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit). Dit leidt tot een grotere en complexere zorgvraag. Ten vierde verschuiven de voorkeuren van mensen als hun welvaart stijgt: naarmate we welvarender worden, neemt de vraag naar zorg relatief toe. Ten vijfde is in de zorg de menselijke factor van wezenlijk belang, waardoor er minder mogelijkheid tot automatisering en standaardisering is dan in andere sectoren. Door dit zogeheten Baumol-effect stijgt de prijs van zorg sneller dan die van andere producten en diensten.

De mate waarin deze effecten optreden, verschilt binnen de zorg per sector. Maar ondanks deze variatie is het brede beeld duidelijk: doen we niets, dan

---

3 We lichten hier de in kwantitatieve zin dominante factoren eruit – het gaat dus niet om alle factoren die het gebruik van zorg opdrijven. Een vollediger overzicht staat in hoofdstuk 2.

leiden bovenstaande ontwikkelingen ertoe dat het gebruik van de zorg de komende decennia sneller stijgt dan de groei van de economie, en vooral die van de beroepsbevolking, kunnen bijbenen. De onzekerheidsmarges voor langjarige ramingen zijn groot, maar het brede beeld houdt stand, onafhankelijk van de precieze aannames en methoden. In 2060 zijn de jaarlijkse uitgaven aan de zorg naar verwachting gestegen tot tussen de 20 en 25 procent van het bruto binnenlands product (BBP), vergeleken met 13 procent nu. De overgrote meerderheid van de verwachte groei – zowel financieel als qua personeel – wordt gedreven door twee sectoren: de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg.[4] Tussen 2020 en 2060 nemen deze twee sectoren gezamenlijk naar verwachting 60 procent van de totale groei van de zorguitgaven voor hun rekening (34 procent ziekenhuiszorg, 26 procent ouderenzorg), vergeleken met 40 procent voor de overige twaalf sectoren gezamenlijk.[5] Bij de ouderenzorg gaat het daarbij met name om meer vraag naar zorg door vergrijzing, om hogere prijzen door Baumol-effecten en om de toenemende relatieve schaarste van arbeid. In de ziekenhuiszorg gaat het eveneens om een toegenomen vraag naar zorg door demografische factoren, maar met name om nieuwe diagnostische methoden of behandelingen door technologische innovatie. Ook hier treden Baumol-effecten op, zij het in mindere mate dan in de langdurige zorg.

### 10.1.2 Houdbaarheid langs drie dimensies

We hebben dus te maken met een vraag naar zorg die sneller toeneemt dan onze welvaart en beroepsbevolking, nu al en in de toekomst nog meer. De vraag is dan vervolgens waarom deze toenemende vraag de houdbaarheid van de zorg onder druk zal zetten? Waarom zouden we niet een kwart van onze welvaart aan zorg kunnen uitgeven als we dat willen? Of een derde van onze mensen in de zorg kunnen inzetten? In dit rapport hebben we in detail gekeken naar de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van zorg (hoofdstuk 3).

We bespreken hier eerst het financiële aspect. Er is geen vaste financiële grens waarboven de zorg plotseling onbetaalbaar wordt. We kunnen er als samenleving voor kiezen om meer middelen voor de zorg uit te trekken. Sommige landen doen dat al, zoals de Verenigde Staten en Zwitserland.[6] Met deze ontwikkeling zijn evenwel reële en steeds verder stijgende maatschappelijke kosten – economen noemen dat 'afruilen' – gemoeid. Zo leiden de toenemende uitgaven aan de zorg tot verdringing van andere publieke doelen. We gaan hier later in

4 Vonk et al. 2020.
5 Berekening op basis van Vonk et al. 2020, data uit figuur 4.11.
6 17,0 procent van het BBP voor de Verenigde Staten, 12,1 procent voor Zwitserland en 10,0 procent voor Nederland volgens de internationaal vergelijkbare OECD-definitie (die neemt bijvoorbeeld delen van ouderenzorg en maatschappelijke ondersteuning niet mee).

dit hoofdstuk in meer detail op in. Tegelijkertijd gaan de stijgende zorguitgaven ten koste van het besteedbaar inkomen van burgers en bedrijven. Zo zal ook de komende jaren de reële loonruimte naar verwachting bijna volledig verbruikt worden door stijgende zorguitgaven, zowel via premies als via belastingen.[7] Dat betekent dat Nederlanders (bijna) alle welvaart die door economische groei wordt gerealiseerd, uit zullen moeten geven aan meer of betere zorg. Deze hogere lasten kunnen op termijn negatieve effecten hebben op de brede economische dynamiek en groeivooruitzichten. Dat heeft ook weer effecten op de financieringsbasis van de zorg.

Ook voor de personele houdbaarheid geldt dat er geen harde grens is. Er is geen concreet moment waarop de situatie omslaat van houdbaar naar onhoudbaar. Maar de vooruitzichten stellen ons wel voor problemen. De vraag naar personeel voor de zorg zou onder redelijke aannames kunnen toenemen van zo'n één op zeven nu naar meer dan een kwart van de beroepsbevolking in 2040 en zelfs naar ruim één op drie werkenden in 2060.[8] Dat is enerzijds een gevolg van de toenemende vraag naar zorg en anderzijds van de stagnerende omvang van de beroepsbevolking. Een dergelijk groot beslag op de arbeidsmarkt leidt onvermijdelijk tot competitie om het schaarse personeel met andere (publieke) sectoren – en tot tekorten in die sectoren. De stagnerende omvang van de beroepsbevolking betekent daarmee een fundamentele verandering in de economie. Een verandering met vergaande implicaties voor de arbeidsmarkt, in het bijzonder voor de zorg als grootste en snelst groeiende semicollectieve sector. Naast dit knelpunt speelt een veel urgenter probleem op de korte termijn, namelijk het nijpende tekort aan personeel in delen van de zorg, in het bijzonder de verpleging, verzorging en thuiszorg. De negatieve gevolgen daarvan slaan nu nog vooral neer binnen de formele zorg, in de vorm van een oplopende werkdruk en het niet meer altijd kunnen garanderen van kwaliteit of toegankelijkheid. Maar ze leiden ook tot een toenemende druk op de mantelzorg en andere informele zorg.

Tot slot is er de maatschappelijke houdbaarheid, ofwel de mate waarin er draagvlak is voor de zorg: staat wat de zorg levert in relatie tot wat mensen ervan verwachten, en in relatie tot de kosten die zij ervaren? Hierbij gaat het enerzijds over de percepties van kwaliteit en toegankelijkheid, en anderzijds over solidariteit, de bereidheid om via premies en belastingen bij te dragen aan de zorg die anderen ontvangen. En het gaat om de vraag hoe die aspecten variëren tussen verschillende groepen in de samenleving (hoofdstuk 3). We zien hier

7 Zeilstra et al. 2021.

8 Zie hoofdstuk 3 en online appendix 3 voor meer details. Het gaat hier om een 'no policy change'-scenario op basis van trends uit het verleden en (demografische) ramingen naar de toekomst.

allereerst dat er grote tevredenheid is over de zorgverleners, en dat mensen over de brede linie tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. Tegelijk leven er grote zorgen rondom de kwaliteit en de toegankelijkheid in delen van de zorg – met name onderdelen van de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de jeugdzorg. Die zorgen spitsen zich eerder toe op de instituties in de zorg (zoals zorgverzekeraars en sommige zorginstellingen) dan op de zorgverleners zelf. Ook rondom solidariteit zijn er knelpunten. Deze lijkt kwetsbaar juist op de dimensies waar, gezien de epidemiologische ontwikkelingen, een groter beroep op solidariteit nodig zal blijven – bijvoorbeeld rondom aandoeningen die samenhangen met de leefstijl. Mensen zijn minder bereid bij te dragen aan zorgkosten die het gevolg zijn van roken of te veel eten of drinken dan aan de gevolgen van bijvoorbeeld erfelijke ziektes. Ze geven daarnaast aan het gevoel te hebben dat er geld verspild wordt in de zorg, en dat ze niet altijd vertrouwen hebben in de instituties. Ze willen graag dat er meer geld wordt uitgetrokken voor de zorg – vooral voor meer handen aan het bed – maar denken en hopen dat dat geld vrij kan komen door verspilling tegen te gaan. Zoals we later zullen zien, is die wens weinig reëel gezien de toenemende omvang van de zorgvraag. Grotere bijdragen van burgers – via premies, belastingen of eigen betalingen – zijn bij de geraamde groei onvermijdelijk, zelfs als elke verspilling uitgebannen zou kunnen worden. Die toenemende bijdragen vergen ook een steeds groter beroep op de solidariteit.

We kunnen het brede beeld rondom de maatschappelijke houdbaarheid kortom samenvatten als: er is groot vertrouwen in de mensen die in de zorg werken, maar er is minder draagvlak voor de instituties en ‘het stelsel’, en er zijn risico’s voor de solidariteit. Het gevaar is daarmee dat er in de toekomst een steeds groter gat ontstaat tussen de ervaren baten van ons zorgstelsel en de kosten die burgers ervaren.

### 10.1.3 Vervlochten houdbaarheden op peil en in balans houden

De drie dimensies van houdbaarheid zijn nauw met elkaar verknoopt. Dat impliceert dat houdbaarheid in veel gevallen vooral een kwestie van afwegen is. Bezuinigingen kunnen bijvoorbeeld ten koste gaan van arbeidsvoorwaarden of de werving van personeel, en zo weliswaar de financiële houdbaarheid stutten maar de personele houdbaarheid schaden. En andersom leidt een toenemende (loon)concurrentie met andere sectoren om schaars personeel tot een versneld oplopende opgave voor de financiële houdbaarheid van de zorg. Een te sterke sturing op één dimensie kan door deze vervlechting al snel contraproductief uitpakken en tot ‘slingerbeleid’ leiden wanneer de nadelige effecten vervolgens gecompenseerd moeten worden. Een voorbeeld is de door financiële overwegingen gedreven reductie van zorgpersoneel in de verpleging, de verzorging en

de thuiszorg[9], de jeugdzorg en de GGZ tussen 2013 en 2016. Die reductie leidde tot een hogere werkdruk voor en een verdere uitstroom van zorgpersoneel, juist in sectoren waar de personele houdbaarheid al onder druk stond. De verhoogde uitstroom, en daardoor de noodzaak om in de daaropvolgende jaren nieuw personeel op te leiden, leidde bovendien tot kapitaalvernietiging. Een ander voorbeeld is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg uit 2017, waarmee sterk gestuurd is op kwaliteitsverbetering om de maatschappelijke houdbaarheid te verbeteren. Aanvankelijk gebeurde dat zonder de kosten en de personele inbedding voldoende te bewaken.[10] In algemene zin constateren we zo dat het vraagstuk van houdbaarheid in het beleid te veel bekeken wordt door de bril van financiële houdbaarheid. Het is zaak om alle drie de dimensies op peil en in balans met elkaar te houden.

### 10.1.4 Groeiende zorgvraag leidt tot houdbaarheidsopgave

Kortom, er zijn geen harde financiële, personele of maatschappelijke grenzen. Dat neemt niet weg dat de steeds verder oplopende maatschappelijke kosten die met de zorggroei gepaard gaan, leiden tot afruilen en nadelige effecten voor economie, arbeidsmarkt en maatschappij (hoofdstuk 3). En, zoals we later zullen zien, ook tot druk op de publieke waarden binnen delen van de zorg. Het zijn die afruilen en die negatieve effecten die uiteindelijk de politieke en maatschappelijke grens bepalen waar de zorg nog houdbaar is. Houdbaarheid is daarmee geen binair, maar veeleer een gradueel verschijnsel.

De WRR concludeert, alles overziend, dat er een houdbaarheidsopgave ligt die omvangrijk en urgent is en alle drie de dimensies van houdbaarheid omvat. In essentie gaat het daarbij om een vraagstuk van schaarste. We moeten ons als samenleving, maar ook politiek en bestuurlijk, voorbereiden op een tijdperk waarin schaarste in de zorg een steeds grotere rol gaat spelen. Daarbij is het van belang te voorkomen dat het beleid reageert door ad-hoccorrecties, en daarmee slingerend – en in veel gevallen doorschietend – beleid. Op de korte termijn staat met name de personele houdbaarheid van zorg ernstig onder druk. Ook op de lange termijn lijkt hier een groot knelpunt te zitten gegeven de demografische ontwikkelingen, in het bijzonder de stagnerende beroepsbevolking in combinatie met de voortschrijdende vergrijzing. Het onderliggende, centrale probleem is voor alle drie dimensies echter dat de zorg sneller groeit dan de beschikbare middelen (financiële houdbaarheid) en mensen (personele houdbaarheid) toelaten, en dat de verwachtingen van de samenleving zich

9 Verpleging, verzorging en thuiszorg is een categorie die het CBS hanteert bij het bijhouden van de arbeidsmarktcijfers in de zorg. Het gaat binnen deze categorie onder andere om langdurige zorg (gefinancierd via de Wlz), maar ook om maatschappelijke ondersteuning en thuiszorg (Wmo).

10 Algemene Rekenkamer 2019.

onvoldoende aan die situatie hebben aangepast (maatschappelijke houdbaarheid). De grote vraag waar we met deze probleemanalyse voor staan is: hoe de groeiende vraag naar zorg te laten passen binnen de geconstateerde financiële, personele en maatschappelijke grenzen?

**Kernpunten Grote en urgente opgave op drie dimensies van houdbaarheid**

- De borging van publieke waarden binnen en buiten de zorg vergt financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid.
- De houdbaarheid staat toenemend onder druk. De meest urgente zorgen liggen bij de personele houdbaarheid, maar alle drie dimensies kennen grote uitdagingen.
- De focus van beleid ligt vaak op de financiële houdbaarheid, maar alle drie dimensies moeten op de lange termijn op peil en in balans blijven.
- Houdbaarheid van zorg is niet alleen van belang binnen de zorgsector zelf, maar ook voor andere beleidsterreinen, de brede economie en de samenleving.

## 10.2 Inzetten op doelmatigheid en (meer) personeel is noodzakelijk maar niet afdoende

Kunnen we de stijgende vraag naar zorg opvangen door efficiënter te werken of door in te zetten op meer personeel? Onze tweede hoofdconclusie is een ontnuchterende: een verdere inzet op een grotere doelmatigheid in de zorg en op het werven en behouden van meer personeel is onverminderd noodzakelijk, maar zal niet afdoende zijn om het vraagstuk rondom de houdbaarheid op te lossen (deel 2).

### 10.2.1 Houdbaarheid door doelmatigheid?

In de context van de zorg betekent doelmatigheid dat gezondheidswinst of een verbetering van de kwaliteit van leven moet worden geboekt door zo weinig mogelijk mensen of middelen in te zetten. Doelmatigheid wordt dan ook wel omschreven als het tegengaan van ‘verspilling’. Door onze zorg steeds doelmatiger te blijven organiseren zijn we in theorie in staat om de stijgende zorgvraag te laten passen binnen de grenzen van de personele, maatschappelijke en financiële houdbaarheid. Dit is de afgelopen decennia een centraal doel van het zorgbeleid geweest (hoofdstuk 5). Het kan daarbij gaan om ingrijpende veranderingen om delen van het stelsel grondig te hervormen. Het belangrijkste

voorbeeld is de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006, die via gereguleerde marktwerking door competitie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders onderling een prikkel voor meer doelmatige zorg moest creëren. Het kan ook gaan om veel beperktere veranderingen, waarbij vooral de (bestuurlijke) uitvoering verandert terwijl de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen niet wezenlijk veranderen. Een voorbeeld is het medicatiepreferentiebeleid, waarbij zorgverzekeraars uit een groep medicijnen met dezelfde werkzame stof alleen de goedkoopste variant mogen vergoeden (het 'preferente medicijn'). Op die manier is dezelfde gezondheidswinst te behalen, maar tegen lagere kosten. Een voorbeeld dat tussen deze twee uitersten in zit, zijn de al decennialang lopende initiatieven om het zorgaanbod te verplaatsen naar andere instellingen of zorgverleners (bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg) – recentelijk is dit beleid vooral bekend onder de noemer 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.[11] Een verdere inzet op doelmatigheid in de Nederlandse zorg is een noodzakelijke, maar geen afdoende oplossing voor de houdbaarheidsopgave, zo constateren we op basis van de analyses in dit rapport (hoofdstuk 6). Daarvoor is de houdbaarheidsopgave simpelweg te groot.

### 10.2.2 Andere stelselinrichtingen zijn niet wezenlijk doelmatiger

Een eerste argument voor deze conclusie is dat er geen goed bewijs is dat andere inrichtingsmodellen (een 'stelselwijziging') tot een wezenlijk betere houdbaarheid van de verschillende zorgsectoren leiden (hoofdstuk 6). Alle westerse landen hebben – onverschillig hun soms sterk uiteenlopende stelsels – te maken met sterk vergelijkbare vraagstukken rondom houdbaarheid. In al deze landen spelen dezelfde onderliggende trends van vergrijzing en langere levensverwachting, technologische vooruitgang en groeiende welvaart. En hoewel landen sterk verschillende stelsels hebben ingericht om met deze uitdagingen om te gaan, geven de resultaten van een internationale vergelijking geen reden om aan te nemen dat een (fundamenteel) andere stelselinrichting tot een wezenlijk doelmatiger inrichting van de zorg als geheel zou leiden, en daarmee tot een oplossing voor de houdbaarheidsvraagstukken. Daarbovenop komt nog dat een stelselherziening bestuurlijk en maatschappelijk gezien hoge transactiekosten en een lange voorbereidingstijd vergt. Zo duurde de aanloop naar het nieuwe zorgstelsel in de curatieve zorg (de Zvw in 2006) ruim twintig jaar, en ook de herzieningen van de landurige zorg (transitie van AWBZ naar Wlz) en de maatschappelijke ondersteuning (invoering Wmo) kenden een lange aanlooptijd (hoofdstuk 5). Dergelijke transformatieprocessen kunnen afleiden van de verbeteringen van de houdbaarheid die binnen hetzelfde stelsel te boeken zijn.

---

11 Historisch werd in het zorgbeleid gewoonlijk het woord 'substitutie' gebruikt voor zulke verschuivingen. Zie ook hoofdstuk 5 van dit rapport.

### 10.2.3 Complexiteit als bestuurlijke beperking

In de analyse van de beleidsgeschiedenis en van de rol van complexiteit in de zorg valt een aantal zaken op (hoofdstukken 5 en 6). Kijken we naar de baten van het beleid over de hele linie, dan blijken ten eerste de brede opbrengsten vaak tegen te vallen vergeleken met de verwachtingen vooraf. Verschijnselen als opvuleffecten (de vrijgekomen capaciteit wordt toch gebruikt) of waterbedeffecten (de zorgvraag wordt verplaatst, maar neemt niet af) zijn hier debet aan. Ten tweede worden doelmatigheidsmaatregelen na verloop van tijd vaak 'bot' of gaan ze ongewenste neveneffecten vertonen, omdat de actoren in het stelsel hun gedrag aanpassen. Ten derde zijn zelfs de te verwachten opbrengsten – vergeleken met de omvang van de houdbaarheidsopgave – vaak relatief beperkt. Al deze conclusies hangen op hun beurt weer samen met de complexiteit van de zorg. Mensen en hun zorgvragen zijn divers. Interacties en afhankelijkheden – tussen patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en zorginkopers, toezichthouders en beleidsmakers – maken uitkomsten van maatregelen onvoorspelbaar, en leiden veelal tot onvermoede neveneffecten. Ook belangen spelen een rol, omdat deze nooit perfect kunnen samenvallen met de doelen van het stelsel als geheel. Hoewel er ruimte is om de complexiteit te verminderen, is het een illusie om te denken dat dit vergaand kan. Dat is in veel opzichten ook niet wenselijk. Immers, de complexiteit in de zorg is in belangrijke mate een uitdrukking van een hoge graad van ontwikkeling en beantwoordt aan de behoefte aan hooggekwalificeerde, specialistische zorg. Het zal dan ook nooit eenvoudig zijn om een zorgstelsel te besturen. De mate van complexiteit vergt realisme over de (voorspelbare) stuurbaarheid van de zorg en over de mate waarin het binnen het stelsel mogelijk is om substantiële doelmatigheidswinsten te behalen.

### 10.2.4 Beperkingen aan productiviteitsgroei

De druk op elk van de drie dimensies van houdbaarheid hangt in belangrijke mate samen met de arbeidsproductiviteit (hoofdstuk 7). In economische termen is de vraag dan: hoeveel mensen zijn nodig om een bepaald 'volume' aan zorg te leveren? Is dat aantal mensen omlaag te brengen? Een voorbeeld van een manier waarop dat zou kunnen is de 'slimme pleister', waarmee een verpleegkundige toezicht kan houden op meer patiënten.[12] Net als bij veel andere arbeidsintensieve (publieke) diensten, blijft de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg structureel achter bij de rest van de economie. Dat heeft een direct gevolg voor de personele houdbaarheid – met een hogere arbeidsproductiviteit is het mogelijk met hetzelfde aantal mensen meer zorg te leveren. Daarmee heeft

12 In de pleister zitten sensoren verwerkt waardoor hartslag, ademhaling en temperatuur continu kunnen worden gemonitord. Overigens is deze vorm van continue monitoring veelal nog in de klinische validatie- en testfase (Leenen et al. 2020).

productiviteitsgroei ook een indirect gevolg voor de maatschappelijke houdbaarheid – via druk op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg – en op de financiële houdbaarheid (Baumol-effect).

Hooggespannen verwachtingen voor een hogere arbeidsproductiviteit richten zich met name op de rol van technologie, in het bijzonder op faciliterende of procestechnologie (hoofdstuk 2), ofwel technologie die niet zozeer het product of de dienst zelf verandert of verbetert, maar de manier waarop we die dienst leveren. Het gaat dan bijvoorbeeld om *e-health*, het via digitale middelen aanbieden van zorg.[13] Zo heeft sinds de eerste coronagolf het beeldbellen een grote vlucht genomen, ook in de medische sector. Hoewel dit laat zien dat er potentieel is voor verdere digitalisering binnen de zorg, zijn er vragen te stellen bij de mate waarin over de brede linie mag worden verwacht dat de productiviteitsgroei hierdoor zal toenemen. Het succes van procestechnologie in de industrie is in hoge mate gebaseerd op tijdsbesparing en standaardisering, aspecten die medewerkers en patiënten in de zorg lang niet altijd als wenselijk ervaren. Menselijke aandacht en tijd zien zij immers als een wezenlijke component van goede zorg. Met betrekking tot de tevredenheid van patiënten is het beeldbellen wel succesvol, maar doelmatigheidswinsten zijn hiermee niet vanzelfsprekend te boeken. Een videoconsult kost de zorgverlener in veel gevallen evenveel tijd en daarmee loonkosten[14] – de grootste component van de zorguitgaven. Tegelijkertijd kan dezelfde innovatie voor (een deel van de) patiënten zeker voordelen hebbben (bijvoorbeeld reistijd), en ook die zijn belangrijk.[15]

Er is dus een groot belang bij een duurzame toename van de productiviteitsgroei in de zorg. Deze zou er niet alleen doelmatiger, maar waarschijnlijk ook houdbaarder door worden. We kunnen niet voorspellen hoe de technologie zich in de toekomst zal ontwikkelen en ingezet zal kunnen worden in de zorg, zeker niet wanneer de verwachte toenemende schaarste aan personeel de prikkel om vervangende technologie in te zetten steeds groter maakt. Zoals in recente adviezen is benadrukt, is het dan ook zaak om de toepassing van *e-health* te blijven versterken en versnellen, om daarmee de zorgmedewerkers

13 Nictiz hanteert de volgende formele definitie van *e-health*: "*E-health* is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren" (Van Lettow et al. 2019).

14 Zie bijvoorbeeld Meurs et al. 2020a, 2020b.

15 Bijvoorbeeld Barsom et al. 2021. Zie ook hoofdstuk 7.

zo effectief mogelijk te kunnen inzetten.[16] Desalniettemin is het tot op heden nog nooit gelukt om de arbeidsproductiviteit in de zorg structureel even snel te laten stijgen als in de rest van de economie. Bovendien zijn er fundamentele redenen om te twijfelen aan het potentieel daarvoor naar de toekomst toe. Het blijft kortom belangrijk om in te blijven zetten op *e-health* en faciliterende technologie, maar gezien de omvang van de houdbaarheidsopgave is het niet aannemelijk dat die inzet op zichzelf afdoende zal zijn.

### 10.2.5 Inzetten op (meer) personeel werven, behouden en verleiden

Inzetten op het behoud van bestaand personeel of hen ertoe verleiden om meer uren te maken én het werven van nieuw personeel zijn belangrijke strategieën om de personele houdbaarheid aan te pakken. Door bijvoorbeeld fiscale prikkels anders in te richten kunnen meer uren voor de gemiddelde zorgmedewerker ook echt lonen. De personele problemen in de zorg zijn in die zin ook sterk verbonden met algemene arbeidsvraagstukken. Beter personeelsbeleid – meer ruimte voor autonomie en eigen verantwoordelijkheid, en grip op de verhouding tussen werk en privé – is eveneens van belang[17], met name om het verloop van personeel te beperken. Ook is het mogelijk om meer mensen te werven door in te zetten op een beter loopbaanperspectief, bijvoorbeeld door meer opleidingsmogelijkheden aan te bieden. Maatschappelijk en politiek wellicht controversiëler[18] is de optie om gericht zorgpersoneel uit het buitenland aan te trekken voor beroepen waar knelpunten bestaan. Met name in de langdurige ouderenzorg passen steeds meer westerse landen deze strategie toe.[19]

De vraag is of de te verwachten totale effecten van het geheel aan dergelijke interventies van een vergelijkbare orde van grootte zijn als de personele houdbaarheidsopgave. Hoewel het antwoord op die vraag met onzekerheid omgeven is, luidt het waarschijnlijk toch 'nee'. Ook hier is de omvang van de opgave te groot, en het potentieel voor meer personeel, in een wereld waarin de arbeidsparticipatie al hoog is en de beroepsbevolking gelijk blijft, te klein. Ten dele hangt deze conclusie samen met de eerder besproken verknooptheid tussen de drie dimensies van houdbaarheid. Zelfs als het haalbaar is om op grote schaal personeel te werven en zo de groeiende zorgvraag te accommoderen, zou in 2060 – om in de vraag te kunnen voorzien – één op de drie werkenden

16 Zie met name SER (2020) voor verschillende adviezen om de 'digitale transitie' in de zorg te versnellen en bevorderen, en barrières voor *e-health* weg te nemen; en ook RVS 2017b, 2020b, 2020c. Zie voor overwegingen rondom kansen en beperkingen voor digitalisering van de economie in het algemeen: OECD, 2019d.

17 Zie onder andere: SER 2020; RVS 2020d; WRR 2020b.

18 Zie bijvoorbeeld de ophef die onstond rondom eerdere plannen om personeelsproblematiek in de zorg aan te pakken via arbeidsmigratie FD, 2020; Van der Line 2020.

19 Kruse et al. 2021.

werkzaam moeten zijn in de zorg, en dat zou onherroepelijk leiden tot een grote druk op de financiële houdbaarheid van die zorg. Bovendien zou hierdoor een vergaande competitie om schaarse mensen ontstaan met andere (publieke) sectoren. Die elders oplopende personeelstekorten kunnen dan weer leiden tot druk op competitiviteit van de economie of op de publieke waarden in die sectoren. Kortom, ook hier dwingen de omstandigheden uiteindelijk tot scherpe keuzes.

### 10.2.6 Inzet op doelmatigheid en (meer) personeel is van belang, maar niet afdoende

Inzetten op een verhoogde doelmatigheid binnen het zorgstelsel blijft dus in alle sectoren van groot belang. Daarnaast kan een verstandig personeels- en arbeidsmarktbeleid helpen om mensen voor de zorg te werven en te behouden of om werkenden in de zorg te verleiden om meer uren te gaan werken. Hier komen we later in dit hoofdstuk op terug (paragraaf 10.4). Beide strategieën zijn niet alleen van belang om de houdbaarheidsopgave te beperken, maar vooral voor de maatschappelijke houdbaarheid: burgers hebben niet alleen de perceptie dat er 'verspilling' is in de zorg, maar ook dat personeelstekorten nu al negatief uitwerken op de kwaliteit van die zorg (hoofdstuk 3). Daarom moet het beleid zichtbaar blijven sturen op het tegengaan van verspilling en op het doorlopend doelmatiger maken van de zorg. Hoewel we ons in dit rapport niet in detail richten op verbetering van de zorg door de doelmatigheid te versterken[20], concluderen we dat het hierbij eerder gaat om een grote reeks aan maatregelen met ieder een bescheiden macro-effect dan om één ei van Columbus. Bovenal moeten we onder ogen zien dat doelmatigheid en inzet op (meer) personeel geen *afdoende* antwoord kunnen vormen op de houdbaarheidsopgave. De grenzen van dit beleidsmodel komen steeds meer in zicht.

**Kernpunten Inzetten op doelmatigheid en (meer) personeel is noodzakelijk maar niet afdoende**

- Er is geen robuust bewijs dat een stelsel dat is gebaseerd op een wezenlijk andere grondslag, beter presteert voor de houdbaarheid van zorg.
- Complexiteit van het zorgstelsel is onvermijdelijk, maar vergt realisme over de stuurbaarheid ervan en de mogelijkheden om de doelmatigheid te verbeteren.

20 Zie daarvoor SER 2020, 2021; Menzis 2020; ZiN en NZa 2020.

- Er is potentieel voor een versnelde productiviteitsgroei in de zorg, maar het is niet aannemelijk dat dat potentieel de arbeidsproductiviteit in de economie als geheel kan bijbenen.
- Verbetering van de doelmatigheid binnen het stelsel is van belang, maar staat niet in verhouding tot de omvang van de houdbaarheidsopgave.
- Inzetten op (meer) personeel met verschillende strategieën is eveneens van belang, maar niet afdoende in het licht van de omvang van de houdbaarheidsopgave.

## 10.3 Kiezen voor houdbaarheid

Als bestaande beleidsagenda's – hoe belangrijk en waardevol ook – niet afdoende zijn voor de houdbaarheidsopgave, wat is dan wel mogelijk? In dat geval is een betere prioritering in onze collectieve zorg van belang, zo constateert de WRR. Beter kiezen in de zorg is expliciet geen *vervanging* van het streven naar een betere doelmatigheid en van de inzet op (meer) personeel. Wel is het een noodzakelijke en urgente *aanvulling en versterking* daarvan die geen uitstel moet kennen. Juist in een wereld van toenemende schaarste wordt het steeds belangrijker om de beschikbare mensen en middelen zo goed mogelijk in te zetten, en om daar op een maatschappelijk gedragen en legitieme manier over te beslissen. Dat proces vergt tijd en zorgvuldigheid – alleen daarom al kan het niet langer wachten.

Alle zeilen zullen dus moeten worden bijgezet. We moeten de zorg doelmatiger organiseren én inzetten op werving en behoud van zorgpersoneel én beter kiezen. Tot op heden was er in de beleids- en maatschappelijke discussie echter slechts relatief beperkt aandacht voor keuzes in de zorg. Ook bij de advisering rondom houdbaarheidsvragen in de zorg gaat veelal meer aandacht uit naar doelmatigheid en (meer) personeel dan naar keuzeprocessen. Hierdoor loopt het maatschappelijk debat op dit gebied achter, bijvoorbeeld in vergelijking met de uitgebreide discussies over stelselinrichting, én in vergelijking met het debat in sommige andere landen.[21] Dit rapport is in belangrijke mate te lezen als een pleidooi om die achterstand in te lopen. Daarmee is het te zien als een voortzetting van de discussie die de commissie-Dunning[22] in haar rapport precies drie decennia geleden startte, en die de WRR in 1997 heeft uitgewerkt in zijn rapport *Volksgezondheidszorg*.[23] Beide studies wezen al op het belang van eerlijke en

21 Kruse et al. 2021.
22 Commissie Dunning 1991.
23 WRR 1997.

rechtvaardige keuzes over de afbakening van de collectieve zorg. Een vraagstuk dat alleen nog maar belangrijker is geworden, zo blijkt uit het voorliggende rapport. Dit rapport is dan ook te lezen als een oproep aan de samenleving om deze vraag opnieuw te bediscussiëren, en om daarmee draagvlak te genereren voor nieuwe afwegingen rondom de prioritering in de zorg: afwegingen die passen bij de opgaven van deze tijd, zoals de besproken toenemende schaarste van mensen en middelen.

Wat zijn de implicaties als we niet in staat zijn de keuzes in de zorg op een betere manier te maken? Dat gaan we na aan de hand van de door ons geanalyseerde keuzeprocessen: welke knelpunten kunnen we nu al zien, en hoe worden die beïnvloed door de geschetste ontwikkelingen die op de zorg afkomen? Wat zegt dat over de toekomstbestendigheid van de manier waarop we kiezen over onze zorg? Vervolgens bespreken we wat we onder 'beter kiezen' verstaan en werken we uit waarom anders prioriteren een belangrijk antwoord op de houdbaarheidsvraag is. Om beter te kunnen kiezen zullen we een aantal barrières moeten slechten: belangentegenstellingen, inrichtingsvraagstukken, psychologische barrières, kortetermijndenken en legitimiteitsvragen. Het gaat bij beter kiezen dus zowel om de uitgangspunten (waartoe kiezen we?) als om het proces (hoe kiezen we?) en de uiteindelijke uitkomsten (waar kom je dan op uit?). In paragraaf 10.4 reiken we voor elk van die aspecten langs drie pijlers een reeks aanbevelingen en overwegingen aan. We bieden zoals gezegd geen kant-en-klare beleidsrecepten, maar schetsen binnen drie pijlers richtingen om door beter te kiezen de houdbaarheid van de zorg in alle sectoren te verbeteren.

### 10.3.1 Implicaties van keuzeprocessen die onvoldoende toekomstbestendig zijn

Aanvullend op de inzet op doelmatigheid is het dus van belang om op een betere manier te kiezen over onze zorg. Hieronder gaan we na wat de implicaties zijn als we daar niet in slagen. We bekijken zowel de gevolgen die buiten de zorg optreden als de gevolgen die zich daarbinnen voordoen.

#### *Publieke waarden buiten de zorg onder druk*

We kijken eerst naar de gevolgen van veelal impliciete keuzeprocessen voor de publieke waarden *buiten* de zorg. In de afgelopen drie decennia is de zorg de enige grote publieke sector geweest die structureel meer middelen te besteden heeft gekregen ten opzichte van het BBP (hoofdstuk 3). Gegeven de ramingen zal dat, zonder verandering, de komende decennia zo blijven. Dat betekent dat er minder ruimte zal zijn voor beleidsprioriteiten buiten de zorg, of voor groei in de bestedingsruimte van huishoudens of de investeringsruimte van bedrijven.[24] Er zullen, kortom, weinig of geen aanvullende middelen beschikbaar zijn voor

24 Studiegroep begrotingsruimte 2020; Koolman en Wouterse, 2021.

sociale zekerheid, armoedebeleid, duurzaamheid, betaalbare woningen en onderwijs. Daarmee komen de publieke waarden binnen die sectoren potentieel onder druk te staan. Deze ontwikkeling is in belangrijke mate een gevolg van het gegeven dat de groei van de zorg werkt als een (politiek) automatisme (hoofdstuk 8). De door de politiek over de tijd ontwikkelde begrotingssystematiek die de geraamde groei van de zorgvraag automatisch accommodeert, draagt daar in belangrijke mate aan bij. Bijstellingen van dat groeipad – zelfs als de reële uitgaven aan de zorg in feite blijven stijgen – worden in het politieke en publieke debat al snel als 'bezuinigingen' gezien, met negatieve gevolgen voor de maatschappelijke houdbaarheid. Deze dynamiek geeft de zorg een wezenlijk andere en sterkere positie dan beleidsterreinen waarvoor de omvang van de uitgaven wel op basis van een expliciete politieke afweging tot stand komt.

De politiek kan er natuurlijk ook met een expliciete politieke afweging voor kiezen om de komende decennia vooral de uitgaven aan de zorg te laten toenemen. Het is echter niet aannemelijk dat dit op de lange termijn in het belang van de brede welvaart is. Sterker nog, impliciete verdringing van beleidsprioriteiten buiten de zorg kan paradoxaal genoeg per saldo zelfs negatief uitpakken voor de (volks)gezondheid. Sommige van deze beleidsterreinen – bijvoorbeeld onderwijs, armoedebestrijding, huisvesting, leefomgeving en goed werk – hebben via hun preventieve werking immers aanzienlijke gezondheidsbaten. Daarnaast hebben aanvullende uitgaven aan de zorg een afnemende gezondheidswinst tot gevolg – naarmate we meer geld aan de zorg uitgeven, levert elke extra euro gemiddeld genomen steeds minder extra gezondheid op –, een effect dat sterker wordt naarmate de uitgaven stijgen.[25] Het netto-effect is dat meer investeren in zorg op een gegeven moment negatief kan uitpakken voor de volksgezondheid. Een precieze kwantificering van het moment waarop dat omslagpunt wordt bereikt, is niet te geven, maar het lijkt niet in het belang van de brede welvaart of zelfs van de volksgezondheid om de zorguitgaven op de lange termijn structureel sneller te laten groeien ten opzichte van andere beleidsterreinen.

### *Publieke waarden binnen de zorg onder druk*

Daarnaast is het de vraag wat de bestaande keuzeprocessen voor effecten hebben *binnen* de zorg. Een sterke groei van het zorggebruik leidt namelijk onvermijdelijk tot een situatie waarin er onvoldoende middelen of mensen beschikbaar zijn, of allebei. Vooral het aantal mensen knelt, zowel nu als op de langere termijn. Omdat we een euro maar één keer kunnen uitgegeven en zorgpersoneel maar één keer kunnen inzetten, gaat groei van het ene deel van de zorg zo uiteindelijk ook impliciet ten koste van het andere deel van de zorg (hoofdstukken 8 en 9). De belangrijke vraag is waar – in welk deel van de

25 Polder et al. 2020.

zorg en bij welke patiënten? – de verdringingseffecten van een toenemende schaarste neerslaan als gerichte keuzes uitblijven. Uit onze analyse blijkt dat de afgelopen jaren de toegankelijkheid en de kwaliteit in bepaalde delen van de zorg niet aan de maat zijn geweest, bijvoorbeeld door het gebrek aan personeel (hoofdstuk 4). Dat uit zich in lange wachttijden en druk op de kwaliteit in delen van de jeugdzorg en de gespecialiseerde GGZ, evenals in de zorg voor bepaalde groepen kwetsbare ouderen. Dit zijn juist de sectoren met in hoge mate kwetsbare patiënten.

Waarom de kwaliteit en de toegankelijkheid vooral in deze sectoren onder druk staan, is een complexe zaak. In deze sectoren hebben zich grote organisatorische en bestuurlijke transformaties afgespeeld die veelal gepaard gingen met bezuinigingen (hoofdstukken 6, 8 en 9). Ook blijkt de houdbaarheidsproblematiek zich juist in deze sectoren sneller te uiten. Kwaliteits- en toegankelijkheidsproblemen zijn daar vaak maar beperkt of met grote vertraging zichtbaar in het maatschappelijke en politieke debat. Deels omdat het aantal patiënten relatief beperkt is, vergeleken met de sectoren waar bijna elke Nederlander wel mee te maken heeft, namelijk de curatieve zorg. De beperkte (centrale) beschikbaarheid van gesystematiseerde uitkomstdata is er mede debet aan dat de tekortschietende kwaliteit of toegankelijkheid in delen van de zorg minder zichtbaar zijn (hoofdstuk 6). Dit speelt in het bijzonder in decentraal georganiseerde sectoren met een groot aantal aanbieders. Daarnaast worden aandoeningen in de betreffende sectoren door het publiek als minder urgent ervaren dan aandoeningen in bijvoorbeeld de curatieve zorg, met name bij acute levensbedreigende aandoeningen. Recentelijk zagen we dat tijdens de coronacrisis, toen de initiële aandacht sterk uitging naar de IC-capaciteit en veel minder naar de gevolgen van de coronamaatregelen voor bijvoorbeeld de verpleeghuizen, de gehandicaptenzorg en de gespecialiseerde GGZ.[26] Een andere factor is de beperkte organisatiekracht van kwetsbare groepen en hun als gevolg daarvan minder goede toegang tot de besluitvorming.

Al deze factoren tezamen dragen eraan bij dat de schaarste van mensen en middelen in deze sectoren, vergeleken met andere delen van de zorg, relatief sterk optreedt. De publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid van zorg komen hierdoor in die delen van de zorg het eerst en het meest onder druk te staan. Wanneer de groei van zorg teveel een automatisme is, heeft dat dus niet alleen nadelige gevolgen *buiten* de zorg maar ook *binnen* de zorg. Groei van de ene vorm van zorg leidt in een wereld van schaarste namelijk onvermijdelijk tot verdringing van andere vormen. Ook de verdeling van (de groei van) zorg is belangrijk.

---

26 Zie voor een analyse van de respons op COVID-19 het dossier over corona. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/31/documenten-lessons-learned-corona.

### 10.3.2 Uitgangspunten van beter kiezen

De toenemende groei van zorg zet de houdbaarheid onder druk. Hoe hangt dit samen met de in de zorg te bepalen keuzes en prioriteiten? Op de keper beschouwd is de houdbaarheidsopgave een vraagstuk van schaarste. De vraag neemt onveranderd toe, terwijl de financiële en personele beperkingen meer gaan knellen. Dat betekent dat de keuze hoe die schaarste te verdelen steeds belangrijker – en moeilijker – wordt. Het betekent ook dat het steeds belangrijker wordt om te bewaken hoe die keuzeprocessen praktisch gezien uitpakken. Om beter te kunnen kiezen over de zorg zijn dan ook drie uitgangspunten van belang, zo constateert de WRR. Het gaat erom meer dan nu te:

1. Kiezen vanuit publieke waarden binnen en buiten de zorg;
2. Kiezen voor gezondheidswinst; en
3. Kiezen voor een balans tussen de houdbaarheden op de lange termijn.

We werken deze uitgangspunten van beter kiezen binnen en buiten de zorg hieronder nader uit.

#### *Uitgangspunt 1: Kiezen voor publieke waarden binnen en buiten de zorg*

Publieke waarden binnen en buiten de zorg komen in toenemende mate onder druk te staan. Dat heeft te maken met de manier waarop we als samenleving omgaan met de groei van de zorg. We slagen er niet voldoende in om publieke waarden als uitgangspunt te hanteren in onze keuzeprocessen over de zorg. Een eerste uitgangspunt van beter kiezen is dan ook dat we de publieke waarden centraal stellen. Daarmee bedoelen we dat de samenleving moet bewaken dat overal in de zorg – in alle sectoren, voor alle patiënten en in alle levensloopfasen – de *minimumnormen* voor kwaliteit en toegankelijkheid op orde zijn. We bedoelen er ook mee dat de groei van de zorg de publieke waarden erbuiten niet in het gedrang brengt. Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer de zorg zoveel mensen en middelen naar zich toe trekt dat dit op een maatschappelijk onacceptabele manier ten koste gaat van bijvoorbeeld onderwijs, de fysieke omgeving of de sociale zekerheid.

#### *Uitgangspunt 2: Kiezen voor gezondheidswinst*

Een tweede uitgangspunt is dat we meer dan nu kiezen vanuit het potentieel voor gezondheidswinst. Ofwel dat we meer dan nu beleid voeren én mensen en middelen inzetten op een manier die de gezondheid bevordert. Preventieve interventies zijn bij uitstek een effectieve manier om dergelijke gezondheidswinst te boeken. In veel gevallen kunnen ze ook zorgvraag voorkomen of afremmen, bijvoorbeeld in die sectoren waar de publieke waarden al onder druk staan. Het gaat dan expliciet niet *alleen* om de relatief dicht tegen de zorg aanliggende vormen van preventie, zoals screeningprogramma's, vaccinaties

of leefstijlprogramma's[27], al blijven deze wel belangrijk. Juist ook vanuit andere beleidsterreinen als huisvesting, bestrijding van problematische schulden, onderwijs, goed werk en milieubeleid is een grote invloed op onze gezondheid te verwachten.[28] Beter kiezen betekent dan ook dat we meer dan nu inzetten op met name die interventies waarmee onze gezondheid verbeterd kan worden. Behalve dat we daarmee in algemene zin meer gezondheidswinst boeken voor de bevolking als geheel, hebben mensen met een lagere sociaaleconomische status hier in het bijzonder baat bij.

*Uitgangspunt 3:*
*Kiezen voor balans tussen de houdbaarheden op de lange termijn*

Een al eerder besproken knelpunt bij het maken van keuzes is de soms te sterke sturing op een enkele dimensie van houdbaarheid. Denk bijvoorbeeld aan de decentralisaties in de Wmo en de jeugdzorg, die gepaard gingen met forse budgetreducties. Of aan de door financiële overwegingen gedreven reductie van zorgpersoneel in de verpleging, verzorging en thuiszorg, de jeugdzorg en de GGZ in de nasleep van de financiële crisis van 2013-2015 (hoofdstuk 3). Deze maatregelen hebben de druk op de personele houdbaarheid in die sectoren vergroot. Meer in het algemeen leidt een te sterke sturing op één dimensie van houdbaarheid tot onbalans, en vervolgens tot een doorschietende beleidsrespons op de problemen die die onbalans veroorzaken. Consistentie van beleid en het voorkomen van te grote uitschieters daarin zijn daarom evenzeer van belang. Dit hangt ook nauw samen met het perspectief van de lange termijn. Een te sterke sturing op één dimensie van de houdbaarheid kan weliswaar een probleem oplossen, maar creëert veelal ook het beleidsvraagstuk voor de volgende periode (hoofdstuk 5). Bij het derde uitgangspunt van beter kiezen gaat het er dan ook om de interactie en balans tussen de houdbaarheden beter te bewaken en vast te houden, en daarbij in het bijzonder het langetermijnperspectief voor ogen te houden.

### 10.3.3 Wat betekent beter kiezen in de zorg?

Beter kiezen en prioriteren in de zorg is van groot belang, zo is de conclusie van de WRR. Wat bedoelen we daar precies mee? Om misverstanden te voorkomen gaan we allereerst zo expliciet als maar mogelijk is in op wat beter kiezen *niet* betekent. Bij beter kiezen gaat het ons er *niet* om de uitgaven aan de zorg in absolute zin of als aandeel van ons economie te reduceren; we houden *geen* pleidooi voor bezuinigingen. De zorg zal blijven groeien zowel in mensen als in

27 Hieronder vallen bijvoorbeeld gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) rondom overgewicht en obesitas, of programma's om diabetes 'om te keren' (Pot et al. 2019).

28 Polder et al. 2020. Dat potentieel is gemiddeld genomen vooral groot voor mensen met een lagere sociaaleconomische status, zie ook: Broeders et al. 2018.

middelen en dat past ook bij de demografische en economische ontwikkelingen in ons land. Een verdere groei is daarnaast in lijn met de wens van de samenleving. Groei zal voorlopig dan ook de realiteit blijven voor de zorg als geheel en voor de meeste sectoren daarbinnen.

Wat beter kiezen *wel* betekent, is dat we anders met die groei om zullen moeten gaan, en met hoe de keuzes over die groei tot stand komen. Het gaat erom binnen een begrensde groei beter te prioriteren, en daarop beter te sturen. Niet *minder* dus, maar *minder meer*, op een beter overwogen wijze. Zowel groei als verdeling kunnen niet op dezelfde manier als nu een automatisme blijven. Daaruit volgt dat voor sommige zorg geldt dat we daar minder van moeten doen dan we onder het huidige groeipad gedaan zouden hebben.

Beter kiezen betekent in onze ogen allereerst kiezen volgens de bovenstaande drie uitgangspunten. Door, ten eerste, de *minimumnormen* van kwaliteit en toegankelijkheid in *alle* zorgsectoren te borgen. Met, ten tweede, een sterkere nadruk op potentiële gezondheidswinst. En met, ten derde, oog voor de balans tussen de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid op de lange termijn. Als uitkomst van het keuzeproces betekent dat praktisch gezien dat de aandacht in de zorg verschuift in de richting van preventie, en in de richting van sectoren waarin de kwaliteit en de toegankelijkheid de afgelopen jaren het meest onder druk hebben gestaan.

Maar *waarover* kiezen we dan precies, en op welke manier? Het vermogen om beter keuzes te maken gaat niet *alleen* over de verdeling van mensen en middelen, maar ook over bestuurlijke en maatschappelijke aandacht. Die aandacht is soms te eenzijdig gericht. Zo bespraken we eerder dat het lang heeft geduurd voordat de tekortkomingen in de kwaliteit en de toegankelijkheid binnen de GGZ en jeugdzorg in politiek en beleid voor het voetlicht kwamen. Daarnaast gaat het ook om het vermogen om beleidskeuzes te maken die niet zozeer gaan over financiële middelen. Denk bijvoorbeeld aan een minder vrijblijvende inzet op bepaalde vormen van preventie, zoals eisen aan gezonde voeding of luchtkwaliteit. Bij het terugdringen van roken hadden wettelijke verplichtingen immers ook het meeste effect. Of denk aan de vraag in hoeverre personeel uit het buitenland – net als in andere landen – een manier is om gericht specifieke personele tekorten in de zorg aan te vullen. In onze aanbevelingen aan het eind van dit hoofdstuk komen we op dergelijke aspecten terug. Gezien vanuit het perspectief van houdbaarheid staan we dus voor keuzes over de verdeling van middelen, en in het verlengde daarvan van mensen. Maar dat zijn niet de enige belangrijke keuzes waar we voor staan.

### 10.3.4 Hoe draagt beter kiezen bij aan houdbaarheid?

Waarom zou beter kiezen helpen voor een betere balans tussen de drie houdbaarheden? En hoe dan? Volgens de bovenstaande uitgangspunten is beter kiezen over de zorg niet een oplossing die specifiek is voorbehouden aan één van de drie houdbaarheden. Beter kiezen is eerder een brede strategie om alle houdbaarheden te verbeteren. In toenemende mate is het bovendien een noodzaak om als samenleving, politiek en zorgveld om te leren gaan met het vraagstuk van (toenemende) schaarste in de zorg. Als we beter kiezen, in lijn met de drie hiervoor beschreven uitgangspunten, dan gaan we daar als samenleving op vooruit, omdat het hiermee mogelijk is meer gezondheidswinst en kwaliteit van leven te genereren en de minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de *hele* zorg beter te borgen. Bijvoorbeeld door aan zorg die niet-wetenschappelijk onderbouwd is - en daardoor niet passend - geen prioriteit te geven. Dat bespaart op termijn mensen én middelen, en doet daarmee ook een kleiner beroep op de solidariteit. Door op deze manier mensen en middelen vrij te spelen in delen van de zorg, kunnen we ze elders inzetten, op een plaats die meer gezondheidswinst oplevert of die de publieke waarden toegankelijkheid en kwaliteit beter borgt. Het kan ook bijdragen aan de maatschappelijke houdbaarheid omdat hiermee de zorgen vanuit de samenleving rondom kwaliteit en toegankelijkheid serieus genomen worden.

Zo'n andere verdeling hoeft echter niet altijd breed gedragen te worden – bijvoorbeeld omdat die aan een maatschappelijk taboe raakt, of omdat de gezondheidsbaten ver in de toekomst liggen (hoofdstuk 9). Beter kiezen zal in sommige gevallen dan ook scherpe, maatschappelijk en normatief moeilijke keuzes vragen. Hoe gaan we bijvoorbeeld om met de zogeheten 'dure geneesmiddelen' die in sommige gevallen reële, maar beperkte gezondheidswinst opleveren tegen zeer hoge, mogelijk maatschappelijk onacceptabele kosten. Dit illustreert hoe maatschappelijk draagvlak een onmisbare voorwaarde is voor beter en scherper kiezen over de zorg. Ten tweede vergt beter kiezen ook van de politiek explicietere keuzes in alle sectoren van de zorg. En ten derde moet er iets veranderen in de bestuurlijke uitvoering – met name rondom de afbakening van de collectieve zorg. In paragraaf 10.4 werken we deze drie 'pijlers' van beter kiezen nader uit.

**Kernpunten Kiezen voor houdbaarheid**

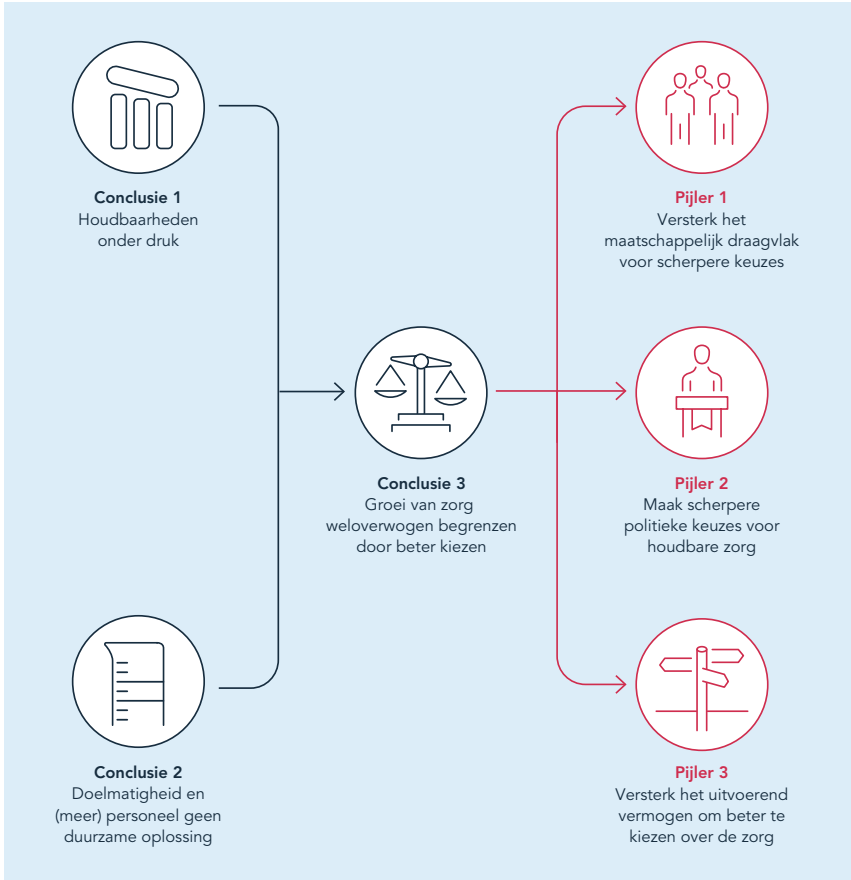
- Stijgende totale zorguitgaven leiden tot verdringing van beleidsdoelen buiten de zorg. Dit kan de brede welvaart aantasten, en mogelijk zelfs de (volks)gezondheid.
- Groei van zorg als een automatisme leidt daarnaast tot verdringing van andere vormen van zorg, en daarmee tot negatieve effecten op de kwaliteit en de toegankelijkheid van die zorg. Dit speelt met name in sectoren als de jeugdzorg, de gespecialiseerde GGZ en delen van de ouderenzorg.
- Ook ingrepen die sturen op één dimensie van houdbaarheid zonder daarbij voldoende rekening te houden met de andere houdbaarheden, kunnen de publieke waarden schaden.
- Om de houdbaarheid te borgen, hoeven we niet te bezuinigen ten opzichte van het huidige niveau, maar moeten we wel op een betere, weloverwogen manier prioriteiten stellen voor de toekomstige groei van zorg.
- Beter kiezen over de groei van zorg betekent kiezen vanuit drie uitgangspunten: vanuit publieke waarden binnen en buiten de zorg, vanuit gezondheidswinst en met het oog op de balans tussen de houdbaarheden op de lange termijn.
- Beter kiezen leidt tot een betere gezondheid en meer kwaliteit van leven voor meer mensen.

## 10.4 Aanbevelingen: Drie pijlers voor betere keuzes

Ten slotte kijken we naar wat wellicht de hamvraag van dit rapport is: hoe komen we dan tot die betere keuzes? Wat vergt dat van de samenleving, van de politiek en van de uitvoerende instituties? We formuleren een reeks aanbevelingen om de moeilijke normatieve afweging rond keuzes over de zorg te kunnen maken. Dat doen we langs drie pijlers: (1) Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes, (2) Maak scherpere politieke keuzes voor houdbare zorg en (3) Versterk het uitvoerend vermogen van de overheid en toezichthoudende instanties om effectief te kunnen kiezen over de afbakening van de collectieve zorg.

De eerste pijler gaat over het perspectief van de maatschappij: om betere keuzes te maken zullen we als samenleving onder ogen moeten gaan zien dat een betere prioritering onvermijdelijk is, en zullen we een visie moeten ontwikkelen op de dilemma's en keuzes die daarmee samenhangen. De tweede pijler gaat over

het perspectief van de politiek: waar ligt de politieke verantwoordelijkheid voor de keuzes in de zorg, en hoe kan die beter dan nu worden opgepakt? De derde pijler, ten slotte, kijkt naar de uitvoering: hoe is de vraag wat we wel en niet collectief aanbieden in praktische zin te beantwoorden? Hoe kunnen we daarover in concrete gevallen – hoe moeilijk ook – goede besluiten nemen? Welke instituties zijn daarvoor nodig?




Deze drie pijlers zijn met elkaar verbonden – en moeten parallel aan elkaar ontwikkeld en uitgvoerd worden. We kunnen bijvoorbeeld niet van politici verwachten dat zij andere beleidsterreinen beschermen tegen verdringing door stijgende zorguitgaven, zonder dat de afbakening van de collectieve verantwoordelijkheid binnen de zorg beter is georganiseerd. En dat heeft weer een beperkte kans van slagen als niet parallel daaraan een maatschappelijke visie ontwikkeld wordt op doelen en prioriteiten van verschillende vormen van zorg. Binnen elke pijler geven we enkele aanbevelingen die het mogelijk maken beter te kiezen en daarmee de houdbaarheid van de zorg te verbeteren. Het gaat hierbij

niet om kant-en-klare beleidsmaatregelen, maar om beleidsrichtingen. Bij deze aanbevelingen is primair de overheid aan zet, maar dat betekent niet dat alleen zij een opgave heeft. Versterking van het maatschappelijk draagvlak voor keuzes in de zorg vergt bijvoorbeeld initiatief vanuit de overheid, maar ook input door de burgers zelf. In het algemeen geldt voor elk van de pijlers dat niet alleen de overheid en de politiek aan zet zijn, maar ook de samenleving en het zorgveld.

**Pijler 1: Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes**

Binnen de eerste pijler gaat het om de legitimiteit en het maatschappelijk draagvlak voor keuzes in de zorg. Hoe kunnen we die versterken en op welke grote vragen moeten we een maatschappelijk gedragen perspectief ontwikkelen om die keuzes succesvol te kunnen maken? De WRR pleit ervoor burgers voor te bereiden op en te betrekken bij keuzes over de zorg.

*1. Bereid de samenleving voor op toenemende schaarste in de zorg en de noodzaak tot keuzes*

Het is van groot belang om de samenleving voor te bereiden op een toenemende schaarste van mensen en middelen in de zorg, en op de daaruit voortvloeiende noodzaak tot betere en scherpere keuzes en prioritering. Met deze aanbeveling pleit de WRR expliciet niet voor bezuinigingen, maar voor een maatschappelijk debat over de noodzaak voor een beter begrensde en gestuurde groei en verdeling van zorg. De samenleving is nu namelijk nog onvoldoende voorbereid op schaarste in de zorg. Dit is één van de grootste barrières voor betere keuzes in en over de zorg. Juist op het gebied van de zorg lijkt de samenleving nog altijd uit te gaan van een onverkorte groei. Daardoor is het moeilijk op een maatschappelijk gedragen manier te beslissen over wat onze prioriteiten moeten zijn. Zonder het besef van de toenemende schaarste komen we namelijk niet voldoende toe aan een maatschappelijk debat over de rol van de zorg en de afbakening van de collectief te borgen kern daarvan. We maken hier echter altijd keuzes over, al zijn die impliciet. En juist die impliciete keuzeprocessen, zo blijkt uit dit rapport, leiden tot uitkomsten die niet wenselijk zijn vanuit het perspectief van publieke waarden en gezondheidswinst. Daarom adviseert de WRR overheid en politiek om de samenleving voor te bereiden op de door ons gesignaleerde toenemende schaarste in de zorg en op de noodzaak tot keuzes over de zorg. Dit is wellicht de meest fundamentele van onze aanbevelingen. Het initiatief voor dit maatschappelijk debat ligt weliswaar bij overheid en politiek, maar er rust ook een verantwoordelijkheid bij het zorgveld van aanbieders, verzekeraars en toezichthouders, en uiteindelijk ook bij burgers zelf om zich tot dit vraagstuk te verhouden.

*2. Ontwikkel een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg*

Dat we ons moeten voorbereiden op schaarste, geldt in het bijzonder voor bepaalde sectoren van de zorg. Voor die sectoren is een maatschappelijk gedragen visie nodig op wat tot de collectieve kern van die zorg behoort. Zo heeft een internationaal onderzoek naar de ouderenzorg in Japan, Denemarken, Duitsland en Engeland laten zien dat er geen kant-en-klaar model op de plank ligt waarmee binnen de langdurige ouderenzorg de drie houdbaarheden perfect in balans gebracht kunnen worden[29]. Een breed door de samenleving gedragen langetermijnvisie op de maatschappelijke rol van de ouderenzorg is in een aantal landen nodig gebleken om de houdbaarheid ervan te borgen. De WRR trekt die constatering door naar twee sectoren waar structurele problemen rondom de kwaliteit en de toegankelijkheid spelen, namelijk de jeugdzorg en de GGZ. Net als in de langdurige ouderenzorg is het in deze sectoren bij uitstek van belang dat de geleverde zorg goed aansluit bij de sociaal-culturele en normatieve verwachtingen. Daarnaast speelt in deze sectoren, net als in de langdurige ouderenzorg, de sociale omgeving een belangrijke rol, en is de technologische component vooralsnog relatief beperkt. De afbakening van de collectieve verantwoordelijkheid in deze sectoren dient dan ook onderwerp van maatschappelijk debat te zijn. Een voorbeeld van dit debat is de soms dunne lijn tussen jeugdzorg en opvoeding en tussen GGZ en tegenslag in het leven. De vraag is wat hier tot zorg gerekend moet worden.

Vanuit het perspectief van financiële en personele houdbaarheid is een visie op de collectieve kern van de ouderenzorg van belang omdat deze sector verantwoordelijk zal zijn voor een groot deel van de totale toekomstige groei van de zorguitgaven en van zorgpersoneel (hoofdstuk 2).[30] Dit hangt voor een groot deel samen met het gegeven dat de formele ouderenzorg in Nederland relatief omvangrijk is vergeleken met die in andere landen.[31] Het is niet aannemelijk dat de geraamde groei volledig kan worden geaccommodeerd. De mate waarin we in de toekomst succesvol om weten gaan met de totale houdbaarheidsopgave in de zorg, hangt dus in belangrijke mate samen met keuzes over de ouderenzorg. Binnen de jeugdzorg en de GGZ is de opgave anders van aard. Deze twee sectoren vormen een aanzienlijk kleiner deel van de de huidige totale zorguitgaven en bemensing, en van de geraamde toekomstige groei (hoofdstukken 1 en 2). Daarmee vormen zij een relatief beperkt deel van de

29 Kruse et al. 2021

30 Het gaat dan om vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) gefinancierde zorg. De andere qua omvang grote sector is de curatieve zorg, gefinanicerd vanuit de Zorgverzekeringswet(Zvw).

31 Kruse et al. 2021

totale houdbaarheidsopgave. Maar deze sectoren zijn de afgelopen jaren wel snel in omvang gegroeid, vooral in de relatief lichte vormen van zorg (hoofdstukken 2 en 8). Parallel hieraan is de druk op de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid in delen van deze sectoren fors toegenomen (hoofdstuk 4).

De WRR beveelt de regering dan ook aan om een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie te ontwikkelen op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ. Zo'n visie is essentieel om het politieke keuzeproces te steunen en te voeden, met name als het gaat om de reikwijdte van die collectieve kern. Zonder een weloverwogen prioritering en sturing van de groei in deze sectoren bestaat het risico dat de kwaliteit en de toegankelijkheid daarvan onder druk komen te staan als gevolg van (impliciete) verdringing. De recent door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingezette discussies rondom de langdurige ouderenzorg[32] en eerdere verkenningen rondom dit thema kunnen voor zo'n visie de basis vormen.[33] Ook voor de jeugdzorg en de GGZ zouden dergelijke trajecten opgezet moeten worden.

Er zijn een aantal thema's die binnen zulke trajecten aan de orde moeten komen. Ten eerste betreft dat de vraag welke zorg we collectief willen garanderen en financieren, en welke niet. Voor de langdurige zorg is de belangrijkste component de vraag in hoeverre wonen onderdeel van deze collectieve verantwoordelijkheid moet zijn. Het is in de toekomst onvermijdelijk om wonen en zorg meer te scheiden. En om voor de wooncomponent – die in mindere mate tot de kern van de zorg behoort – een grotere (financiële) verantwoordelijkheid van de gebruiker zelf te combineren met een grotere individuele keuzevrijheid rondom woonmogelijkheden. In de jeugdzorg zou overwogen moeten worden of relatief lichte opvoedondersteuning nog wel onderdeel moet zijn van het collectieve pakket.

Een tweede thema dat aan de orde moet komen, is de bekostiging van de langdurige zorg, in het bijzonder de rol van de eigen bijdragen daarbij. Het zal vermoedelijk onvermijdelijk blijken om de langdurige ouderenzorg meer dan nu te financieren vanuit vermogens- of inkomensafhankelijke bijdragen van de gebruikers.[34] De uitkomst van de discussie over de reikwijdte van de collectieve zorg en wonen zal sterk bepalend zijn voor de precieze hoogte en inrichting hiervan. Voor aspecten die niet als de kern van de (langdurige) zorg worden gezien, zal de samenleving vermoedelijk een grotere rol voor eigen bijdragen wenselijk vinden. Wanneer er meer overstemming bestaat over wat tot die kern behoort, zal het gemakkelijker zijn om het eens te worden over die gewenste rol.

---

32 Ministerie van VWS 2021.
33 Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen 2020.
34 Zie bijvoorbeeld Hussem et al. 2021 voor voorbeelden van manieren om dat in te richten.

Een derde belangrijk thema is personeel: deze sectoren, met name de langdurige ouderenzorg, zijn bij uitstek arbeidsintensief en kennen een relatief beperkt potentieel voor automatisering. Nederland moet besluiten of het hierop – net als bijvoorbeeld Duitsland en Japan[35] – wil reageren door voor specifieke knelpunten personeel uit het buitenland aan te trekken (zie ook aanbeveling 8). En of we – wanneer dit technisch mogelijk zou worden – willen inzetten op verzorging op grote schaal via robotica en domotica. Beide afwegingen kennen naast een brede weging van kosten en baten een belangrijke sociaal-culturele component.

### *3. Zorg ervoor dat keuzes over de zorg maatschappelijk gelegitimeerd zijn, bijvoorbeeld via een burgerforum*

Beter kiezen in de zorg gaat gepaard met moeilijke, fundamenteel normatieve vragen. We kunnen die vragen alleen beantwoorden als daarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat. Daarvoor moeten de keuzes – of in ieder geval de principes achter die keuzes – in samenspraak met de samenleving vastgesteld worden. Burgers zijn zich in eerste instantie echter nog maar beperkt bewust van de noodzaak hiertoe en beperkt bereid om die keuzes te maken. Zorg daarom voor maatschappelijke legitimiteit van de keuzes rondom de zorg, bijvoorbeeld door een breed burgerforum over keuzes en prioriteiten in de zorg op te zetten, zo luidt de aanbeveling van de WRR op dit punt. Een experiment van het Radboudumc laat zien dat met toelichting en voorlichting ook leken bereid en in staat zijn moeilijke keuzes rondom prioritering in de zorg te maken.[36] Binnen een breed burgerforum zouden burgers – na scholing en voorlichting – de politiek kunnen adviseren over de brede prioriteiten in de zorg. Zo'n burgerforum kan zich bijvoorbeeld buigen over de gewenste verdeling van mensen en middelen over verschillende zorgsectoren en over preventie. De inzichten kunnen de politiek helpen om prioriteringsbeslissingen in de zorg te nemen. Daarnaast kan een dergelijk forum het bredere publieke debat over het houdbaarheidsvraagstuk versterken en op gang brengen.

Er zijn allerlei manieren om een dergelijk burgerforum op te zetten (zie box 10.1).[37] In algemene zin is het van belang dat de deelnemers representatief zijn voor de bevolking als geheel, om te voorkomen dat georganiseerde (deel-) belangen de uitkomsten vertekenen. Mensen nemen dus deel als individu, niet als vertegenwoordiger van een maatschappelijke groep. Ook is van belang dat de politiek vooraf op transparante manier aangeeft wat ze met de inzichten zal doen, en daarover achteraf publiek verantwoording aflegt.

---

35 Kruse et al. 2021.

36 Baltussen et al. 2018.

37 Zie een recent rapport van de OECD voor suggesties over manieren om via dergelijke deliberatieve processsen maatschappelijk controversiële vragen op te pakken (OECD 2020).

**Box 10.1 Burgerparticipatie in beleid in internationaal verband**

Directe burgerparticipatie (*deliberative processes*) wordt in een groot aantal landen en op allerlei manieren gebruikt om het perspectief van burgers in beleidsvragen mee te nemen. Er is een reeks aan alternatieve modellen, afhankelijk van het type vraag en de doelstelling. Een belangrijk aspect is de tijdsduur: gaat het om een éénmalig terugkerend inititatief, of wordt een permanente organisatie opgezet?

Een voorbeeld van een regelmatig terugkerend initatief is de Citizen's Assembly die in Ierland werd gebruikt om jarenlang slepende politieke en maatschappelijke debatten over thema's als abortus en het homohuwelijk, maar ook referenda en verkiezingswetgeving, aan te pakken. Binnen deze Assembly werd na een deliberatieve fase via meerderheidsstemming tot aanbevelingen besloten. Vervolgens was de regering verplicht om een publieke reactie op de voorstellen te geven. Uiteindelijk werd via een referendum beslist over het advies om abortus in de meeste omstandigheden te legaliseren.[38] Dit illustreert een aantal andere belangrijke aspecten: ligt er al een specifieke vraag voor (zoals wel of niet legaliseren van abortus), of is de insteek om een advies te formuleren of om opvattingen en inzichten te verzamelen? In hoeverre is de politiek verplicht om te reageren op – of iets te doen met – de resultaten of aanbevelingen?

Een ander model is dat van een G1000, dat, veelal lokale, overheden toepassen in onder andere Nederland, België en Spanje. Binnen dat model ligt vaak een minder specifieke vraag voor, maar werken groepjes burgers gedurende meerdere dagen of avonden een reeks concrete voorstellen uit rondom een thema als bijvoorbeeld energieneutraliteit. Ook hier wordt over voorstellen gestemd en wordt na afloop veelal een commissie ingesteld die de implementatie van de adviezen monitort.

Een belangrijk aspect van burgerparticipatie is de selectieprocedure: in veel gevallen is die willekeurig, soms met ingebouwde waarborgen voor representativiteit (bijv. geografie, inkomen, opleiding). In andere gevallen speelt zelfselectie een rol. De OECD heeft op basis van een brede analyse van honderden vormen van deliberatieve processen elf 'good practices' geformuleerd. Hieronder vallen waarden als transparantie (van doel, opzet, proces en vervolg), representativiteit, verantwoording en evaluatie.[39]

38 In dit referendum werd het voorstel vervolgens met twee derde van de stemmen aangenomen.
39 OECD 2020.

**Pijler 2: Maak scherpe politieke keuzes voor houdbare zorg**

De tweede pijler betreft de rol van de politiek en van politieke keuzes bij de houdbaarheid van de zorg. De WRR pleit voor actievere politieke keuzes in het belang van houdbaarheid van zorg.

*4. Maak politieke keuzes vanuit alle dimensies van houdbaarheid en gericht op de lange termijn. Evalueer zorgbeleid daarom tijdig en stuur bij waar nodig, maar voorkom bestuurlijk ongeduld*

In het verleden is in de zorg soms te éénzijdig op één dimensie van houdbaarheid gestuurd. Ook werd het zorgbeleid in veel gevallen niet tijdig geëvalueerd, maar wel al snel opgevolgd door nieuw vervolgbeleid (hoofdstukken 5 en 6). Daarom beveelt de WRR aan om het langetermijnperspectief te bewaken op álle drie de dimensies van houdbaarheid: financieel, personeel en maatschappelijk. Om dat te bereiken is het allereerst zaak dat de politieke besluitvorming zoveel mogelijk plaatsvindt op basis van een inschatting vooraf van de effecten van maatregelen op *alle* drie dimensies. Dat vergt van het kabinet en parlement dat bij nieuw zorgbeleid – zeker bij ingrijpende wijzigingen zoals de decentralisatie van de jeugdzorg – vooraf een zo goed mogelijke inschatting wordt gemaakt van te verwachten effecten op álle dimensies van houdbaarheid, én op de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid. Zonder zo'n inschatting zou het parlement terughoudend moeten zijn bij het goedkeuren van nieuw beleid.

Wees daarnaast voorzichtig bij het aanpakken van de houdbaarheidsopgaven primair op basis van 'keuzemenu's' die voortkomen uit initiatieven als de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH) en Zorgkeuzes in Kaart (ZiK). Een dergelijke procedurele insteek vormt een risico voor een gebalanceerde weging van de drie houdbaarheden. Hoewel de laatste ronde van de BMH een bredere inschatting maakte dan de eerdere, meer financieel gerichte, rondes, ligt de focus bij deze aanpak namelijk onbewust al snel meer op de financiële effecten dan op de impact op de andere houdbaarheden. Immers, financiële houdbaarheid is vaak makkelijker te meten, is veelal eenvoudiger om op de korte termijn rechtstreeks aan te pakken en past binnen het proces van ambtelijke afstemming en politieke verantwoording. Effecten op de personele en maatschappelijke houdbaarheid daarentegen treden vaak pas na langere tijd op. Daarmee worden ze vaak onvoldoende – of niet tijdig – in de beleidsvorming meegenomen.

Ten derde is het zaak om nieuw zorgbeleid waar nodig bij te sturen, maar tegelijkertijd 'bestuurlijke drukte' te voorkomen. Hiermee bedoelen we de lancering van (een groot aantal) programma's en initiatieven die soms onvoldoende de tijd krijgen om door te werken. Het is verleidelijk om de sector te overvragen met een stroom aan initiatieven, actieprogramma's en beleidsagenda's, die bovendien

vaak maar een relatief korte looptijd hebben.[40] Verandering in een complexe sector als de zorg, met veel verschillende actoren en wederzijdse afhankelijkheden, vergt echter tijd. Het is een kwestie van lange adem, van 'permanent onderhoud' aan het stelsel. Snelle resultaten – bijvoorbeeld binnen een kabinetsperiode – zijn zelden te verwachten. Een lange adem en consistentie van beleid zijn van groot belang.[41] Onze oproep aan de politiek is daarom: wees spaarzaam met het opzetten van programma's en initiatieven, zorg dat die voldoende de tijd krijgen om tot wasdom te komen en geef zorgverleners hierbij de ruimte.

Tot slot is het van groot belang beleid tijdig en breed te evalueren. Er zijn namelijk altijd onvoorziene neveneffecten en (gedrags)reacties die niet volledig te voorspellen zijn. Dat betekent evalueren niet alleen op de primaire doelstellingen, maar zoveel mogelijk ook op neveneffecten. Dat maakt het mogelijk om op tijd bij te sturen wanneer maatschappelijk onacceptabele effecten op de kwaliteit of de toegankelijkheid van delen van de zorg of op de houdbaarheid blijken op te treden. Om hierbij te voorkomen dat het beleid doorschiet in 'incidentenpolitiek' - een te sterke reactie op individuele gebeurtenissen - is het aan te raden vooraf de criteria vast te leggen die tot bijsturing zouden moeten leiden. Wanneer zijn eventuele ongewenste effecten bijvoorbeeld omvangrijk genoeg, en overtuigend genoeg aangetoond, om tot corrigerend beleid over te gaan? En hoe gaat dit systematisch gemonitord worden (zie ook aanbeveling 12)? Het parlement zou vooraf zulke bijsturingscriteria vast moeten leggen voordat beleidswijzigingen worden goedgekeurd.

*5. Versterk de grip van de politiek op de omvang van de collectieve zorguitgaven. Richt daarom de begrotingssystematiek voor de zorg in zoals in andere publieke sectoren*

De omvang van de totale zorguitgaven moet (weer) meer een politieke afweging worden, is de aanbeveling van de WRR. Het alternatief van verdergaande automatische groei van de zorg, ten koste van onderwijs en andere beleidsterreinen, is niet in het belang van onze brede welvaart en vermoedelijk zelfs ook niet in het belang van onze (volks)gezondheid. Meer in het algemeen vergt een betere afweging tussen beleidsterreinen dat de systematiek waarmee we zorguitgaven ramen en begroten, heroverwogen wordt en meer in lijn gebracht wordt met begrotingsprocessen in andere collectieve sectoren (zie hoofdstuk 8). Op die manier kan een betere afweging plaatsvinden van het belang van stijgende

40 De Algemene Rekenkamer kwam bijvoorbeeld tot deze conclusie in de context van de grote hoeveelheid initiatieven gericht op 'zinnige zorg' (Algemene Rekenkamer 2020b).

41 Deze conclusie werd recentelijk ook weer benadrukt in onderzoek naar de Nederlandse Jeugdzorg en werd benadrukt in een *position paper* van het Nederlands Jeugdinstituut. Zie Van Yperen et al. 2021; AEF 2020.

uitgaven aan de zorg in relatie tot de uitgaven aan andere beleidsdoelen. Concreet zou dit bijvoorbeeld kunnen betekenen dat we de groei in volume die een gevolg is van demografische ontwikkelingen wel automatisch accommoderen, maar dat kwaliteitsverbetering door technologische ontwikkelingen of door uitbreiding van het collectieve pakket, expliciete politieke besluitvorming vergt. Een vergelijkbare logica geldt voor de loongroei van het zorgpersoneel. Waar de zorg nu een uitzonderingspositie inneemt (met name ten opzichte van het onderwijs)[42], zou ook hier een expliciete politieke afweging gemaakt kunnen worden. Daarbij moet uiteraard wel rekening worden gehouden met eventuele effecten op de personele en de maatschappelijke houdbaarheid. Een politiek vastgestelde norm voor kostengroei in de zorg – eventueel te relateren aan de gemiddelde economische groei – kan helpen als disciplineringinstrument.[43] Voor handhaving tijdens de kabinetsperiode is het dan echter ook nodig dat de begrotingsregels hierop worden aangepast. Van die norm zou dan bijvoorbeeld alleen na een expliciet kabinetsbesluit afgeweken kunnen worden. Daarmee worden de afweging en de keuze voor groei van de zorg politiek en maatschappelijk zichtbaarder, evenals de gevolgen daarvan. Alleen in de politieke arena is het immers mogelijk het belang van zorg tegen andere publieke doelen af te wegen.

De politiek zou daarom actiever keuzes moeten durven maken in de begroting. Dit is ook primair een verantwoordelijkheid van het kabinet. Tegelijk vergt deze aanbeveling dat het Centraal Planbureau (CPB) de zorguitgaven op een andere manier raamt en inschat, waarbij het bestaande basispad minder als normerend wordt neergezet, en wordt ervaren. In de huidige situatie oefenen technische aannames van de gehanteerde methodiek (zoals de periode die gebruikt wordt als basis van de projectie) namelijk een belangrijke invloed uit op de voorspelde – en daarmee de geaccommodeerde – groei. We sluiten met deze aanbeveling aan bij een recent pleidooi dat de Studiegroep Begrotingsruimte hield om actievere politieke keuzes te maken over de omvang van de zorguitgaven en de accommodatie van de kwaliteitsverbetering.[44] Deze aanbeveling vergt politieke moed, maar kan ook de maatschappelijke houdbaarheid helpen verbeteren en de maatschappelijke druk op de politiek helpen verminderen. Wanneer het basispad als minder dwingend gepresenteerd wordt, zal dat mogelijk ook maatschappelijke verwijten over 'bezuinigingen' tegengaan, in een situatie waarin de reële uitgaven feitelijk toenemen.[45]

---

42 Net zoals geldt voor kwaliteitsverbetering, heeft de zorg als gevolg van de bestaande systematiek met het OVA-convenant (Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling) vergeleken met andere publieke sectoren een unieke en sterkere positie waar het gaat om loongroei (zie hoofdstuk 7 voor meer details).

43 Schakel et al. 2018.

44 Studiegroep Begrotingsruimte 2020.

45 Koolman en Wouterse 2021.

Deze aanbeveling draagt 'van bovenaf' bij aan het maken van betere keuzes, en met name aan het beschermen van andere beleidsterreinen tegen verdringing door de zorg. Tegelijkertijd benadrukken we dat deze aanbeveling *niet* op zichzelf kan staan. Als we alleen vanaf de bovenkant een grens opleggen, is het gevaar immers groot dat de rekening op een lager niveau bij (de zorg voor) kwetsbare groepen wordt neergelegd of neerslaat in de vorm van wachtlijsten (hoofdstukken 5, 8 en 9). De WRR vult de politieke verantwoordelijkheid dan ook breder in. Het gaat daarbij niet alleen om de totale uitgaven, maar ook om de allocatie tussen zorgsectoren en groepen patiënten op basis van de minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid (aanbeveling 6). Daarnaast gaat het om het op een toekomstbestendiger manier beheren van het pakket van collectief aangeboden zorg (aanbevelingen 9-11). Dat alles moet in het licht staan van het in balans houden van de drie dimensies van houdbaarheid (aanbeveling 4). Denk bijvoorbeeld aan feitelijke beperkingen op het gebied van personeel. Zoals de coronapandemie heeft aangetoond, leidt het vrijmaken van middelen voor meer bedden nog niet tot het daarbij eveneens noodzakelijke personeel. Over zulke overwegingen gaan onze volgende aanbevelingen binnen deze en de volgende pijler.

*6. Accepteer niet dat kwaliteit en toegankelijkheid in kwetsbare delen van de zorg beneden de norm vallen. Maak vooraf en openbaar een inschatting van de effecten van nieuw beleid*

De publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid staan in delen van de zorg onder grote druk (hoofdstuk 4). Kwaliteit en toegankelijkheid zijn overal in de zorg belangrijk, maar in sommige sectoren dreigen deze waarden structureel onder de minimumnorm te zakken. Het gaat dan in het bijzonder om de jeugdzorg, de gespecialiseerde GGZ en om delen van de zorg voor kwetsbare ouderen. De WRR is van mening dat deze situatie niet acceptabel is. Er ligt een regeringsverantwoordelijkheid om deze situatie aan te pakken en die ook in de toekomst te voorkomen. In een wereld van toenemende schaarste ligt anders het risico op de loer dat groepen die minder goed in de besluitvorming zijn vertegenwoordigd, steeds meer in het gedrang komen (hoofdstukken 8 en 9). Hier ligt een politieke verantwoordelijkheid omdat uiteindelijk alleen de politiek de belangen van diverse groepen kan wegen en bewaken. Daarbij is het essentieel om de uitkomsten zichtbaar te maken (aanbeveling 12).

Wat betekent dit concreet? Ten eerste moet de overheid ervoor zorgen dat juist bij nieuw beleid rondom zorg voor relatief kwetsbare groepen de effecten op kwaliteit en toegankelijkheid vooraf en publiek zichtbaar ingeschat worden. En dat beleidswijzigingen actief en breed geëvalueerd worden om tijdig bijsturen mogelijk te maken (zie ook aanbeveling 4). Dat vergt een grotere inzet op de systematische verzameling en ontsluiting van uitkomstdata, juist in deze sectoren (zie ook aanbeveling 12). Waar beleid leidt tot negatieve effecten voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg, is het voor deze groepen vaak

moeilijker gebleken om tijdig tot het publieke debat door te dringen – hun stem klinkt minder luid. Daarom is het van belang dat signalen van tekortschietende kwaliteit of toegankelijkheid tijdig gehoord en erkend worden.

Ten tweede blijkt met name bij deze kwetsbare groepen dat sturen op één dimensie van houdbaarheid – in het bijzonder de financiële – tot negatieve effecten heeft geleid. Een voorbeeld is hoe de decentralisering in de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning – op zichzelf al grote transformaties – gekoppeld werd aan een forse budgetkorting. Zulke wijzigingen in de organisatie van de zorg voor kwetsbare groepen kunnen niet bij voorbaat gepaard gaan met de aanname van een grotere doelmatigheid en daarop gebaseerde efficiëntiekortingen. Dat kan pas nadat de wijziging is 'ingeregeld' en overtuigend is aangetoond dat die doelmatigheidswinst te boeken is zonder onacceptabele gevolgen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

Ten derde zal meer aandacht voor het handhaven van de minimumnorm van kwaliteit en toegankelijkheid in sommige gevallen betekenen dat er relatief meer mensen en middelen nodig zijn voor de sectoren waarbinnen deze kwetsbare groepen zorg krijgen. En die grotere aandacht zal ook bínnen die sectoren een zorgvuldige allocatie van mensen en middelen vergen, bijvoorbeeld om de bestaande druk op de toegankelijkheid en de kwaliteit te matigen. Dit advies is een uitwerking van het uitgangspunt om te kiezen vanuit een perspectief op borging van publieke waarden. Dat vergt actieve keuzes in het regeringsbeleid voor de verdeling tussen sectoren van de zorg en voor het bewaken van de verdeling van middelen en mensen binnen die sectoren. Een voorbeeld is hoe binnen de GGZ de wachttijden voor een diagnosestelling binnen de basis-GGZ het kortst zijn (hoofdstuk 4). Tot op zekere hoogte is dit te verwachten, omdat de hulpverlening minder specialistisch is, maar dit is geen uitkomst waar we genoegen mee zouden moeten nemen. Een belangrijk aspect van prioritering binnen sectoren is dan ook dat de grenzen van de collectieve verantwoordelijkheid voor lichtere vormen van zorg ter discussie blijven staan (zie ook aanbeveling 2). Zo is de afgelopen jaren de grootste groei van de uitgaven in de jeugdzorg gegaan naar relatief simpele indicaties. Het gaat dan veelal om 'lichte' ondersteuning rondom opvoeding.[46] Recente beleidsontwikkelingen, zoals de introductie van het 'abonnementstarief' in de Wmo, hebben bovendien als effect gehad dat met name de hoge- en middeninkomens financieel gezien meer aanspraak hebben weten te maken op de collectieve ondersteuning. Het blijft zaak om bij keuzes rondom de mate en de verdeling van eigen verantwoordelijkheid kwetsbare groepen te ontzien. Dat perspectief kan er aanleiding toe geven eerdere politieke keuzes te heroverwegen.

---

46 AEF 2020.

*7. Zet op een meer verplichtende manier en vanuit verschillende beleidsterreinen in op brede gezondheid en preventie*

Zorg is maar één van de bronnen van gezondheid, en waarschijnlijk niet eens één van de belangrijkste. Huisvesting, de kwaliteit van het werk, de kwaliteit van de lucht, het milieu, opleidingsniveau en andere sociale en omgevingsfactoren zijn bepalender voor onze gezondheid dan de zorg.[47] De WRR pleit dan ook voor een structureel grotere inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen, en voor structureel meer investeren in brede preventie. Met dit advies volgen we ook recent advies van andere adviesorganisaties[48] en een eerdere *policy brief* van de WRR[49]. Hierin werd ook het belang van dit uitgangspunt voor mensen met een lagere sociaaleconomische status benadrukt omdat daar relatief veel gezondheidswinst is te boeken. Met het bevorderen van gezondheid vanuit andere beleidsterreinen bedoelen we dat ook bij beleid rondom zaken als schuldenproblematiek, gebouwde omgeving, huisvesting, onderwijs, landbouw, verkeer, arbeidsmarkt of milieu de te verwachten effecten op de gezondheid een actiever onderdeel van de overweging zouden moeten zijn. Dat is primair een oproep aan de voor de betreffende beleidsterreinen verantwoordelijke ministeries, met name de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV), Infrastructuur en Waterstaat (IenW) en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Met investeren in brede preventie bedoelen we primair een grotere inzet van mensen en middelen op gezondheidsbevordering – het aanleren en stimuleren van een gezonde leefstijl – en op gezondheidsbescherming – het tegengaan van gezondheidsbedreigende factoren als fijnstof, roet en stikstofoxiden.

Een dergelijke inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen en op brede preventie is van belang in een wereld van schaarste, juist omdat zo'n aanpak in veel gevallen verreweg de efficiëntste manier is om in brede lagen van de bevolking gezondheidswinst te genereren.[50] Daarnaast kan een brede inzet op preventie ook de maatschappelijke houdbaarheid van zorg helpen stutten doordat preventie een dempende werking heeft op (uitgaven voor) leefstijlgerelateerde aandoeningen – delen van de zorg waar de solidariteit onder druk staat (hoofdstuk 3). Bovendien is preventie een manier om de instroom af te remmen in sectoren als de jeugdzorg en GGZ, waar de kwaliteit en de toegankelijkheid onder druk staan. Om voor de hiervoor benodigde investeringen financiële middelen vrij te spelen, is het aan te raden parallel aan deze aanpak in te zetten

47 Polder et al. 2020.
48 SER 2020; RVS 2021.
49 Broeders et al. 2018..
50 Polder et al. 2020

op beleid om de resulterende aanvullende gezondheidsbaten om te zetten in extra (arbeids)productiviteit en economische groei.[51]

Er zijn verschillende psychologische, institutionele en met (economische) belangen verbonden redenen aan te wijzen waarom een brede inzet op preventie en op gezondheid nog onvoldoende op gang komt (zie hoofdstuk 9). Voorbeelden zijn het *wrong pocket*-probleem (omdat baten neerslaan bij een andere partij dan de investerende, wordt de investering niet of te weinig gedaan[52]) en de lange termijn totdat baten daadwerkelijk optreden. Daarnaast hebben de baten een statistische, diffuse aard: we kunnen veelal geen concreet individu aanwijzen wiens gezondheid verbetert omdat het bij uitstek om een effect op populatieniveau gaat. De politieke baten zijn daarmee ook moeilijk toerekenbaar en dat alles maakt preventie al snel tot een verweesd onderwerp. Het netto-effect van dit alles is dat (politieke) keuzeprocessen over de zorg uitmonden in een verkokerde inzet op zorg in smalle zin en een beperkte en vrijblijvende inzet op preventie (hoofdstuk 8).

Het is bij uitstek aan de overheid om deze barrières te slechten en een overkoepelend en langetermijnperspectief in te nemen en af te dwingen, ten behoeve van een grotere inzet op brede preventie en op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen. Dat betekent dat zij zelf meer middelen moet inzetten voor preventie of veldpartijen moet stimuleren of verplichten om dat te doen. Ook dit is een oproep kabinet en parlement. Alleen de politiek kan de knoop over de brede prioritering van preventie namelijk doorhakken. Die verantwoordelijkheid is te veel blijven liggen, zoals blijkt uit de al decennia beperkte – en ondanks herhaaldelijke uitgesproken ambities nauwelijks stijgende – uitgaven aan preventie. Met het Nationaal Preventieakkoord is een stap in die richting gezet, maar de maatregelen zijn, zo blijkt uit een recente *quickscan* van het RIVM, nog niet voldoende ambitieus gegeven de doelstellingen.[53] Ook de samenwerking tussen ministeries en tussen het Rijk en lokale en regionale overheden zou verbeterd moeten worden om de inzet op gezondheidswinst vanuit verschillende beleidsterreinen te versterken. Het ministerie van VWS is te zien als de 'hoeder' van

---

51 Zie ook Polder et al. 2020 en De Blaeij et al. 2021 voor een analyse van de potentiële arbeidsbaten van preventie, en voor overwegingen over beleid om gezondheidsbaten ook in arbeidsbaten om te zetten (paragraaf 5.3.1, Polder et al. 2020)

52 Dit is een klassiek collectieve-actieprobleem. Investeren in preventie is in het belang van de samenleving als geheel, maar komt minder van de grond dan optimaal is vanuit het overkoepelende perspectief. Daarnaast zijn veel baten van preventie ook een typisch publiek goed: de toegang tot bijvoorbeeld schone lucht is niet te beperken tot een betalende groep ('uitsluitbaar'), waardoor er geen eigendom en een private prikkel tot productie is. Beide situaties definiëren bij uitstek een situatie waarin overheidsingrijpen gewenst is.

53 RIVM 2018; Van Giessen et al. 2021.

de gezondheid van alle Nederlanders, en dient zich ook zo op te stellen.[54] Waar brede gezondheidswinst alleen te boeken is door handelen van andere ministeries of bestuurslagen én waar dat onvoldoende van de grond komt, past VWS een actievere rol. De inzet op brede gezondheid binnen en buiten Den Haag kan niet vrijblijvend blijven.

De WRR komt op basis van dit alles ook tot de conclusie dat er zowel vanuit het perspectief van gezondheidswinst als vanuit het perspectief van maatschappelijke houdbaarheid geen taboe kan bestaan op verplichtende manieren van preventie. We denken dan aan wettelijke vormen van preventie: directe regulering van producten of productieprocessen met negatieve gezondheidseffecten, regulering van de manier waarop die producten aangeboden worden, en maatregelen die het gedrag van de gebruiker moeten sturen. Denk bij de eerste categorie – *directe regulering van producten of productieprocessen* met negatieve gezondheidseffecten – bijvoorbeeld aan een verplichte reductie van zoutpercentages in voeding, strengere emissienormen voor auto's of normen voor de industriële uitstoot (luchtkwaliteit). Deze categorie maatregelen spreekt dus de fabrikanten van de betreffende producten aan, en reguleert de eigenschappen van producten die op de markt gebracht mogen worden. Voorbeelden van de tweede categorie – regulering van de *manier waarop* die producten met negatieve gezondheidseffecten aangeboden worden – zijn vermindering van het aantal verkooppunten van tabak en alcohol, een (verdergaand) reclameverbod of minimumprijzen voor alcohol of tabak.[55] Ook hier worden fabrikanten aangesproken, maar dan via de manier van verkoop. Klassieke voorbeelden van de derde categorie – *maatregelen die het gedrag van de gebruiker* moeten sturen – zijn een suiker- en vettax en hogere accijnzen op alcohol of rookwaren, of hogere btw-tarieven voor ongezonde voeding of lagere tarieven voor gezonde voeding. Van deze laatste categorie wordt het positieve gezondheidseffect primair verwacht via een gedragsverandering van de consument. Daarnaast reageren ook producenten op zulke prikkels, bijvoorbeeld door de samenstelling van hun producten te veranderen om een belastingheffing te voorkomen of te verminderen.[56]

Voor specifieke maatregelen binnen van elk van deze categorieën aan preventieve maatregelen heeft het RIVM inschattingen gemaakt van de effecten die

---

54 Broeders et al. 2018.

55 Een recente studie van het RIVM geeft een overzicht van mogelijke invulingen en te verwachten effecten van 'Minimum Unit Pricing' van alcohol, waarbij per standaardeenheid alcohol een minimumverkooprijs wordt gehanteerd (De Wit 2021).

56 Zo werd met een belasting op het suikerhoudende dranken in landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Noorwegen een vermindering van suikerinname bereikt, met name via reductie door fabrikanten van het suikerpercentage in frisdranken. Zie: Pell et al. 2021; Vellinga et al. 2020.

zij naar verwachting hebben op gezondheidswinst, de arbeidsproductiviteit en de kosten.[57] De te verwachten effecten hangen uiteraard sterk af van de precieze inrichting van de maatregel, maar kunnen in sommige gevallen oplopen tot honderduizenden gewonnen levensjaren. Daarmee behoren ze tot de meest effectieve preventieve maatregelen. Niettemin pleiten wij niet voor of tegen specifieke maatregelen. Elk van de bovenstaande illustraties hebben voor- en nadelen, neveneffecten, uitvoeringskosten en afruilen[58] – zoals effecten op de inkomens van burgers of op de economische bedrijvigheid. Ook daarvoor geldt dat die in hoge mate afhangen van de precieze details van de inrichting, en van de mate waarin de beoogde gedragsverandering daadwerkelijk optreedt. De politiek moet een brede afweging maken van deze afruilen en overwegingen, en van de kosten en baten die met de maatregelen gemoeid gaan.

Normatieve overwegingen spelen bij deze politieke weging vanzelfsprekend een rol, bijvoorbeeld opvattingen over de eigen verantwoordelijkheid en de rol van de overheid bij het stimuleren van gezond gedrag. Sommige interventies binnen deze categorieën worden snel ervaren als betutteling, paternalisme of als een aantasting van de individuele vrijheid. Potentiële grondslagen om toch tot verplichtende preventieve interventies over te gaan, kunnen zijn: het voorkomen van gezondheidsschade voor derden (bijvoorbeeld maatregelen om de luchtkwaliteit te verbeteren of roken te ontmoedigen), het compenseren van externe factoren die juist op ongezond gedrag sturen (bijvoorbeeld de brede beschikbaarheid van ongezond eten in de publieke ruimte[59]), mensen tegen zichzelf in bescherming nemen (omdat zij informatie, kennis of 'doenvermogen' missen[60]), of het gegeven dat zorgkosten als gevolg van ongezond gedrag in belangrijke mate ten laste van de samenleving komen. Binnen die laatste grondslag is de redenering dat de samenleving daarom het betreffende gedrag zou mogen ontmoedigen, om zo het daarmee gemoeid gaande beroep op solidariteit te beperken. Het is een intrinsiek normatieve vraag hoe mensen zulke argumenten wegen. Daarmee is het een afweging die uiteindelijk in de politieke arena thuishoort.

---

57 De Blaeij 2021.

58 Een analyse van het ministerie van Financien geeft een overzicht van uitvoeringskosten en neveneffecten van gezondheidsgerelateerde belastingen. Met name van moeilijker te operationaliseren inrichtingen, zoals een hoog btw-tarief op 'ongezonde voeding', zijn de uitvoeringskosten zodanig hoog dat ze als onuitvoerbaar worden gekenschetst. Simpelere invullingen, bijvoorbeeld aanpassing van de al bestaande verbruiksbelasting op alcoholvrije dranken ('de frisdrankbelasting'), zijn echter goed uit te voeren: Ministerie van Financiën 2020b.

59 WRR 2014b.

60 WRR 2017

*8. Help het personeelstekort in de zorg te beperken door een brede politieke afweging te maken over de inzet van fiscale maatregelen, de balans tussen thuis en werk, en gerichte werving van zorgpersoneel uit het buitenland*

De komende decennia is de beschikbaarheid van personeel één van de urgentste en sterkst knellende bronnen van schaarste. Dit komt in belangrijke mate door de vergrijzing en doordat de beroepsbevolking zonder immigratie in de komende decennia niet meer groeit (hoofdstuk 3). In recente adviezen hebben diverse adviesraden ervoor gepleit om de personeelsproblematiek in de zorg aan te pakken via een beter 'personeelsbeleid'; denk hierbij aan het verbeteren van het loopbaanperspectief, opleidingsmogelijkheden binnen het werk en meer ruimte voor autonomie en eigen verantwoordelijkheid.[61] Een belangrijke conclusie die de WRR in dit rapport trekt, is dat de strategie van 'meer personeel' niet afdoende kan zijn (zie paragraaf 10.2), en dat het daarom nodig is om beter te kiezen wat te doen met onze schaarse mensen. Dat betekent niet dat er geen potentieel is om het aantal mensen – of uren – te vergroten, en de schaarste daarmee te matigen. De WRR beveelt aan om – in aanvulling op de agenda van beter 'personeelsbeleid' binnen de zorg – een politieke afweging te maken op een drietal beleidsterreinen buiten de zorg die aangrijpen op het vraagstuk van personele houdbaarheid binnen de zorg. Het gaat daarbij specifiek om: (1) fiscale maatregelen en hun effect op de arbeidsdeelname en de keuze voor het aantal te werken uren, (2) verruiming van de mogelijkheden voor de balans tussen thuis en werk, en (3) een inzet op gerichte werving van zorgpersoneel uit het buitenland.

Bij de *fiscale maatregelen* gaat het om de uitwerking die het belasting- en toeslagenstelsel heeft op de mate waarin het aantrekkelijk is om meer uren werken of salarisverhoging te krijgen. Dergelijke maatregelen raken iedereen. Maar, gegeven het feit dat de zorg verantwoordelijk is voor verreweg het grootste deel van de groei in de arbeidsvraag zijn fiscale maatregelen bij uitstek relevant voor (potentiële) medewerkers in deze sector (hoofdstukken 3 en 7). In Nederland is de marginale druk op arbeid – het deel van de stijging van het bruto-inkomen dat niet resulteert in een toename van het besteedbaar inkomen – relatief hoog, juist voor die inkomens die we in de zorg met name zouden willen stimuleren om meer uren te werken (beneden modaal, veelal part-timebanen). Deze hoge marginale druk zorgt er bijvoorbeeld voor dat extra uren werken vanaf 23.000 euro gemiddeld niet meer dan de helft oplevert, en vanaf rond 35.000 zelf minder dan dat. Het toeslagenstelsel versterkt dit effect: meer uren werken of salarisverhoging leiden voor deze inkomensgroep vaak tot verlies of beperking

61 RVS 2020d; SER 2021.

van de kinderopvang-, zorg- of huurtoeslag.[62] Een meer gradueel verloop van belastingen en toeslagen zou met het oog op de toekomst ruimte bieden om te stimuleren dat zorgpersoneel meer uren gaat werken. Meer in het algemeen geldt dat handhaving van een nadruk op het belasten van arbeid nadelig is in een situatie waarin de groei van die arbeid sterk achterblijft.

Naast de financiële barrière voor meer uren werken zien veel werknemers in de zorg ook een persoonlijke barrière: de vaak relatief zware mantel- en kinderzorgtaken die zij hebben. Deze barrière zou aangepakt kunnen worden door betere mogelijkheden om thuis en werk te combineren. Denk aan toegankelijker en ruimhartiger overheidsregelingen voor kinderopvang en mantelzorg. In een eerder rapport werkte de WRR dergelijke aanbevelingen om de 'grip op het leven' te versterken in meer detail uit.[63]

Een derde mogelijkheid om het vraagstuk van de personele houdbaarheid te verbeteren, is een gerichte inzet op het aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland. OECD-cijfers laten zien dat veel landen zorgpersoneel uit het buitenland inzetten, maar Nederland blijft daarbij ver achter (hoofdstuk 7). Zo is bijvoorbeeld slechts 0,5 procent van de in Nederland werkzame verpleegkundigen opgeleid in het buitenland, tegen 7,4 procent voor de OECD gemiddeld. Voor artsen gaat het om 2 procent, tegen 12 procent in België en Duitsland.[64] In de langdurige ouderenzorg worden in landen waar de vergrijzing verder is gevorderd, zoals Duitsland en Japan, arbeidskrachten uit het buitenland op veel grotere schaal ingezet dan hier.[65] Het is de vraag of de voor Nederland in vergelijking zeer lage inzet op personeel uit het buitenland houdbaar is – zeker op een termijn van meerdere decennia, wanneer de personeelstekorten in de zorg naar verwachting steeds sterker gaan knellen. Een gerichte werving van zorgpersoneel uit het buitenland kan op sommige kritische plaatsen een aanvulling vormen op de bestaande tekorten. Daarbij moet zorg gedragen worden voor een goede begeleiding, taaleisen, het voorkomen van *braindrain* in de herkomstlanden, aandacht voor culturele verschillen en moeten de kwaliteit van zorg en de arbeidsomstandigheden bewaakt blijven. Daarbij is het nuttig te onderzoeken wat er te leren valt van andere landen die al op aanzienlijk grotere schaal personeel uit het buitenland aantrekken en inzetten binnen de zorg.

---

62 De gemiddelde marginale druk op het persoonlijk inkomen stijgt vanaf 21.000 euro zeer steil tot net beneden de 50%. Vanaf 35.000 euro stijgt die tot 54%. Voor een éénverdiener in een huurwoning met twee kinderen tussen 6 en 11 beloopt de marginale druk inclusief de effecten van zorgtoeslag, kindgebonden budget en huurtoeslag vanaf 23.000 euro 78% of meer. Ministerie van Financiën 2019 en 2020a.

63 WRR 2020b.

64 OECD 2019c; ACVZ 2021a, 2021b.

65 Kruse et al. 2021.

Hebben die landen manieren gevonden om dergelijke knelpunten te vermijden of te matigen?

Voor elk van deze drie richtingen geldt dat ze niet op zichzelf afdoende kunnen zijn, maar dat ze – samen met een beter personeelsbeleid binnen de zorg – kunnen helpen om de opgave rondom de personele houdbaarheid te matigen. Daarnaast geldt dat ze ingrijpende en brede uitwerkingen hebben, ook ver buiten de zorg. Zo vergt het herinrichten van het toeslagenstelsel een veel bredere visie dan alleen het effect op het personeelsaanbod in de zorg. Er zijn immers brede effecten te verwachten op de arbeidsmarkt en de prikkel tot werken, en op de overheidsinkomsten. Hetzelfde geldt voor een ruimere inrichting van kinderopvang- en mantelzorgregelingen. En ook het meer aantrekken van zorgpersoneel uit het buitenland vergt een brede doordenking van de implicaties die dit ook buiten de zorg heeft. Denk aan vragen rondom huisvesting en sociaal-culturele aspecten. Omdat een dergelijke brede doordenking, evenals het daarbij betrekken van de samenleving (zie ook aanbeveling 1), tijd vergt, beveelt de WRR aan zo spoedig mogelijk te beginnen met een brede politieke afweging over deze vragen. Daarbij zijn de effecten van de drie geschetste richtingen op de personele houdbaarheid van de zorg een belangrijke overweging, naast de bredere effecten op de samenleving.

**Pijler 3: Versterk het uitvoerend vermogen om beter te kiezen over de afbakening van collectieve zorg**

Binnen de derde pijler staat de vraag centraal hoe we op een betere manier tot afweging en afbakening kunnen komen van de collectief aan te bieden zorg. Verstandige begrenzing van de groei van zorg vergt verbeteringen van het pakketbeheer in de brede zin. We hebben het dan niet alleen over het basispakket in de Zorgverzekeringswet; de aanbevelingen binnen deze pijler hebben betrekking op de volle breedte van de zorg. Ook vergt deze pijler verbetering van de informatievoorziening over de prestatie- en uitkomstdata in de zorg.

*9. Verbreed de reikwijdte van het pakketbeheer: toets niet alleen de geneesmiddelen op (kosten)effectiviteit, maar voer ook voor andere vormen van zorg zulke toetsing in*

Op dit moment wordt hooguit 5 procent van de nieuwe zorg expliciet beoordeeld op kosteneffectiviteit – het gaat dan alleen om zorg in de Zorgverzekeringswet, en in het bijzonder om (dure) geneesmiddelen. De overige zorg stroomt via het 'open' systeem het pakket in. Dat zal op termijn niet houdbaar zijn, bijvoorbeeld vanwege de grote hoeveelheid (zeer) dure geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die op onze zorg afkomt (hoofdstuk 2), maar ook door de snel voortschrijdende ontwikkeling van technologie, (medische) hulpmiddelen en *e-health*. Dat geldt niet alleen voor de curatieve zorg, maar in toenemende mate ook voor de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg.

De WRR adviseert dan ook een verruiming van de reikwijdte van een expliciete beoordeling over de (kosten)effectiviteit in het pakketbeheer. Dat geldt zowel binnen de curatieve zorg als daarbuiten. Dat betekent dat een groter deel van de nieuwe zorg via een meer gesloten pakket zal moeten lopen. Om te beginnen gaat het dan om een verbreding van die toetsing *binnen* de Zorgverzekeringswet, bijvoorbeeld van alleen geneesmiddelen naar ook (een deel van) de medische hulpmiddelen. Maar het gaat expliciet *ook* om het toewerken naar een bredere toepassing van de expliciete afweging van kosteneffectiviteit in andere sectoren en stelselwetten, zoals het collectieve pakket in de langdurige zorg (Wlz), de GGZ en de jeugdzorg.[66] Het zal altijd onhaalbaar zijn – en ook te veel vertraging opleveren – om *alle* nieuwe behandelingen en interventies zo grondig te laten beoordelen op kosteneffectiviteit als nu gebeurt voor sommige medicijnen. Een ruimere reikwijdte dan nu het geval is, is echter wenselijk.

Een analyse van de Nederlandse aanpak van het pakketbeheer laat zien dat er een aantal praktische barrières bestaat voor de veruiming van de reikwijdte van het pakketbeheer.[67] Waar bijvoorbeeld in het geval van alle medicijnen een duidelijke partij verantwoordelijk gemaakt kan worden voor het aanleveren van informatie over de effectiviteit, de veiligheid en de kosten daarvan, is dat minder vanzelfsprekend het geval voor medische technologie. Op verschillende plaatsen bestaat de barrière voor beter kiezen eruit dat kennis en informatie ontbreken over de baten – en in mindere mate de kosten – van de zorg. Waar dat zo is, moet de kennisbasis versterkt worden om tot betere keuzes te kunnen komen. In de langdurige zorg is er bijvoorbeeld wel een instrumentarium

66 Bijvoorbeeld Nederlands Jeugdinstituut, Databank Effectieve Jeugdinterventies.
67 Enzing et al. 2020.

waarmee het mogelijk is de effectiviteit en kosteneffectiviteit te toetsen (zie hoofdstuk 8). Voor de langdurige zorg is het echter zaak een sterkere cultuur te ontwikkelen waarbinnen de effectiviteit van die zorg wordt getoetst. Daarvoor dienen voldoende middelen beschikbaar te worden gesteld.

*10. Baken in het pakketbeheer de rollen van zorginkopers, politiek en toezichthouders helder af*

Hoewel de details per stelselwet verschillen, is de besluitvorming over het wel of niet collectief aanbieden van zorg in verschillende stelselwetten in de praktijk verspreid over drie actoren: de minister, het ZiN en de zorginkopers.[68] De verantwoordelijkheden met betrekking tot het pakketbeheer lopen daardoor nu te veel door elkaar. De minister wordt in de politieke arena aangesproken op een deels medische afweging en kan als politieke actor moeilijk weerstand bieden tegen maatschappelijke ophef die ontstaat rondom een negatief vergoedingsbesluit. En zorgverzekeraars moeten, in de hun door de politiek toegekende rol als hoeders van de kosteneffectiviteit voor de Zorgverzekeringswet, beslissingen nemen waar ze de maatschappelijke legitimiteit voor missen. Onderzoek laat zien dat bij de huidige verdeling van rollen en prikkels het vertrouwen van burgers in de zorgverzekeraars tekortschiet, en dat de zorgverzekeraars niet gezien worden als actoren die het algemene belang voldoende op het netvlies hebben.[69]

De WRR concludeert dat deze afbakening van verantwoordelijkheden niet voldoende toekomstbestendig is, en adviseert om de rollen van politiek, toezichthouders en zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren of gemeenten) helderder af te bakenen. Politici dienen de algemene criteria en normen vast te stellen. Hoeveel mag een extra levensjaar kosten? Vinden we het legitiem om – conform bijvoorbeeld de *rule of rescue*[70] – veel meer over te hebben voor de gezondheidswinst als een aandoening leidt tot een sterk verkorte levensduur, dan voor andere vormen van gezondheidswinst? En hoeveel meer dan? Of geven we de voorkeur aan een ander rechtvaardigheidscriterium bij de prioritering?

Uiteindelijk zijn dit normatieve vragen, waarmee we als samenleving worden geconfronteerd. Alleen de politiek kan uiteindelijk de knoop doorhakken over wat die samenleving wenselijk en acceptabel vindt, en die zou daarbij gebruik moeten maken van input vanuit de bevolking (zie ook aanbeveling 3). In ruil

68 In de Zvw: zorgverzekeraars, in de Wlz, zorgkantoren en in de Wmo en Jeugdzorg, gemeenten.
69 Maarse en Jeurissen 2019. Voor zorginkopers in de andere stelselwetten, zoals de zorgkantoren, is daarover minder bekend.
70 Zie hoofdstuk 8, tabel 8.1. De *rule of rescue* stelt dat bij grotere urgentie dezelfde hoeveelheid gezondheidswinst voorrang moet krijgen.

daarvoor moet de politiek op haar beurt meer op afstand durven gaan staan bij de beslissing in concrete gevallen: een toezichthouder als het ZiN gebruikt de algemene criteria om (ook hier na eventuele burgerinspraak – zie aanbevelingen 2 en 3) te besluiten over de in- en uitstroom van specifieke behandelingen. Het is te overwegen om de uiteindelijke beslissing in het geval van specifieke behandelingen helemaal uit het politieke domein te tillen – zoals in een aantal andere landen al gebeurt.[71] In dat scenario komt de beslissingsbevoegdheid dus bij het ZiN of een vergelijkbare organisatie te liggen; de toelating van een bepaalde behandeling is dan geen politieke afweging meer. In dit model is de politiek alleen aanspreekbaar op de algemene criteria en schat een organisatie als het ZiN de medische baten en de kosten van een behandeling in. De rol die de zorginkopers hebben bij het bepalen of een behandeling binnen het pakket valt, wordt hiermee teruggedrongen. Door de zorginkopers van die rol te ontslaan, kunnen ze zich effectiever richten op hun kerntaak: het zo doelmatig mogelijk helpen organiseren van het collectief vastgestelde pakket. Oftewel, het begrenzen van het pakket en het uitvoeren van de inkoop zijn aparte taken en die horen dan ook thuis bij aparte actoren. Dit geldt voor alle drie de besproken partijen: juist door de verantwoordelijkheden af te bakenen kunnen deze hun kerntaak beter vervullen (hoofdstuk 9).

*11. Onderzoek in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg en gebruik doorzettingsmacht om te stoppen met het vergoeden van niet-passende zorg*

Een beter pakketbeheer vergt ook een doordachte uitstroom van 'oude' zorg uit het pakket. Een laatste aspect van een beter beheer van het collectieve pakket in alle domeinen van de zorg is dan ook het systematisch doorlichten van de bestaande aangeboden zorg op wetenschappelijke onderbouwing, en het bewerkstelligen dat die kennis ook daadwerkelijk leidt tot het stoppen met niet-passende zorg bewerkstelligen. De WRR beveelt daarom aan om in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg actiever te onderzoeken en waar nodig onafhankelijke doorzettingsmacht te gebruiken om te stoppen met het aanbieden en vergoeden van niet-passende zorg.

Ook hier geldt dat dit vraagstuk niet alleen binnen de curatieve zorg speelt, maar in alle sectoren. Binnen de curatieve zorg weten we van ongeveer de helft van het pakket niet goed of de zorg gepast is.[72] Meer in het algemeen kunnen we sterker inzetten op zorgevaluatie om de kennisbasis van pakketafwegingen

71 Online appendix 6.
72 Kiers et al. 2021.

binnen alle sectoren te versterken[73], eventueel in combinatie met een ruimer gebruik van voorwaardelijke toelating van nieuwe zorg. Daarbij kan een risicogerichte aanpak worden gevolgd, die wordt geïnformeerd door een inschatting van de impact die die nieuwe zorg op de houdbaarheid heeft: welke vormen van zorg oefenen met name een sterke druk uit op de houdbaarheid? Echter, zelfs al is die kennis beschikbaar, dan nog blijkt het moeilijk om niet-gepaste zorg daadwerkelijk te laten uitstromen, zo laat een recente analyse van de Algemene Rekenkamer zien.[74] Op basis van vrijwilligheid lukt de uitstroom onvoldoende, en blijft de niet-gepaste zorg veelal geleverd worden. Gewoontes en gevestigde belangen zijn hier debet aan.

Recente voorstellen om bij bewezen niet-gepaste zorg de doorzettingsmacht van het ZiN en de NZa te versterken om te voorkomen dat de betreffende zorg nog vergoed wordt, kunnen dit probleem helpen aanpakken.[75] Vanuit wetenschappelijk perspectief is het aan te raden om een toezichthouder hier een onafhankelijker positie in te laten nemen ten opzichte van het gereguleerde veld dan het ZiN nu heeft.[76] Eventueel zou doorzettingsmacht pas ingezet kunnen worden nadat de veldpartijen tijd hebben gekregen om met de toepassing te stoppen. Een ander model om de uitstroom van gebleken niet- of minder-passende zorg te stimuleren, is om meer te werken met voorwaardelijke toelating – of met het spiegelbeeld: voorwaardelijke uitstroom. Daarbij wordt een behandeling tijdelijk toegelaten of gehandhaafd in het pakket en stroomt deze na verloop van tijd automatisch uit, tenzij aan bepaalde voorwaarden rondom de effectiviteit en de bewijsvoering daarvoor voldaan wordt.

*12. Beleg de eindverantwoordelijkheid voor het systematisch ontwikkelen, bijeenbrengen en ontsluiten van uitkomstgegevens bij één organisatie*

De Nederlandse zorg kent een overdaad aan prestatie- en uitkomstdata, en tegelijkertijd een gebrek aan overzicht daarover en systematische ontsluiting daarvan.[77] Door deze fragmentatie is het moeilijk om op een gestructureerde manier inzicht te krijgen in de prestaties en uitkomsten in delen van de zorg (hoofdstuk 6 en box 6.2). Dit kan ertoe leiden dat problemen met de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg niet tijdig in het maatschappelijk debat en

73 Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik de opvolger van het eerdere programma Zinnige Zorg, maakt hier al een eerste beweging naartoe. Dit programma zet echter nog niet of maar beperkt in op het gebruik van doorzettingsmacht.
74 Algemene Rekenkamer 2020b.
75 Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit 2020.
76 Het relevante perspectief hier is dat van 'delegatie' – toezichthouders moeten een zekere onafhankelijkheid bewaren, niet alleen ten opzichte van de politiek, maar ook ten opzichte van het veld waarop zij toezicht houden. Zie hoofdstuk 9 voor meer informatie.
77 Zie voor een internationale vergelijking OECD 2015b.

het beleid doordringen, en pas laat tot bijsturing leiden (zie ook aanbevelingen 4 en 6). Dit is ook een probleem voor een weloverwogen afbakening van collectief aan te bieden zorg. Een grote uitdaging is het gefragmenteerde karakter van veel uitkomstdata[78], in het bijzonder in sectoren zoals de GGZ en de jeugd- of thuiszorg, die gekenmerkt worden door een groot aantal aanbieders. Een voorbeeld is het gebrek aan inzicht in de wachttijden binnen de GGZ en de jeugdzorg.

Daarom beveelt de WRR aan om te komen tot gesystematiseerde prestatiedata over de zorg en om de verantwoordelijkheid voor verzameling en ontsluiting daarvan te beleggen bij één organisatie. Die organisatie, bijvoorbeeld CBS, NZa of RIVM, draagt dan de eindverantwoordelijkheid voor het op een systematische manier en over de lange termijn verzamelen en tijdig inzichtelijk maken van uitkomstdata over de Nederlandse zorg. Om dit mogelijk te maken is het van belang deze verantwoordelijkheid voor de lange termijn te beleggen én stabiel te financieren. De huidige praktijk is te veel afhankelijk van kortlopende monitoringstrajecten, gericht op een enkele uitkomstvariabele of beleidsinterventie. Waar het om commercieel gevoelige gegevens gaat, kan de betreffende organisatie als 'Trusted Third Party' de regie krijgen over de verzameling en de ontsluiting van de data. Zaak is om deze aanbeveling uit te voeren zonder de administratieve lasten op de werkvloer nog verder te verhogen. Een meer structureel georganiseerde verantwoordelijkheid voor verzameling en ontsluiting van data zou de administratieve lasten zelfs kunnen verlagen. Juist wanneer één partij de verantwoordelijkheid draagt voor het verzamelen, systematiseren en ontsluiten van kwaliteits- en toegankelijkheidsdata, kan dat helpen om stapeling van informatieverzoeken van verschillende partijen te voorkomen. Dit zou kunnen helpen om de door zorgpersoneel ervaren verantwoordingslast te beperken.

## 10.5 Beter kiezen – geen panacee, wel grote noodzaak

De bestaande beleidsagenda's van inzetten op grotere doelmatigheid en (meer) personeel zijn in het licht van de omvang van de houdbaarheidsopgave niet afdoende, zo volgt uit de analyses in dit rapport. Voor de helderheid: ook de agenda van beter kiezen die de WRR in dit rapport voorstelt, staat niet op zichzelf. Deze is dan ook geen vervanging van de al bestaande agenda's, maar een aanvulling daarop en een versterking daarvan. De beleidsagenda's zijn niet onderling uitsluitend. Ze zijn alle drie nodig en op alle drie is verbetering te boeken.

78 Koolman en Wouterse 2021.

De beleidsagenda's van doelmatigheid en inzetten op (meer) personeel stuiten daarbij in politiek en maatschappelijk opzicht waarschijnlijk op minder weerstand dan die van kiezen en prioriteren. Beide gaan immers niet of veel minder gepaard met moeilijke normatieve afwegingen. Daar vloeit een belangrijke waarschuwing uit voort: beter kiezen is geen laatste redmiddel. Met andere woorden, het gegeven dat er nog potentieel is om het stelsel doelmatiger te laten werken, mag geen excuus zijn om betere keuzes en prioritering in de zorg uit te stellen. Immers, ook het proces om tot betere keuzes te komen vergt tijd en maatschappelijke en politieke aandacht.

Prioritering in de zorg vinden we als samenleving ten diepste ongemakkelijk. Er is echter geen alternatief. Juist keuzes niet durven of willen maken schaadt de wezenlijke waarden van de zorg – en daarbuiten. Het is zaak dat onder ogen te zien. Het is daarmee uiteindelijk ook niet in ons belang om niet te durven of willen kiezen – dat gaat namelijk ten koste van de gezondheid in de Nederlandse samenleving.

De WRR heeft met dit rapport dan ook als doel om die samenleving voor te bereiden op een toekomst waarin deze dilemma's meer en meer gaan spelen en waarin het debat over schaarste in de zorg moet worden gevoerd. Tegelijk mag het betrekken van de samenleving bij dat debat geen excuus worden voor de politiek om beslissingen over de zorg te vermijden of op de lange baan te schuiven. Uiteindelijk is het in veel gevallen immers de politiek die de knoop zal moeten doorhakken. Geen keuze maken is ook een keuze – en heeft evengoed consequenties.

## Gesproken personen

*Vermelding organisatie ten tijde van gesprek*

**E. (Eddy) Adang**, Radboudumc
**M. (Fleur) Agema**, Partij voor de Vrijheid (PVV)
**M. (Michael) Anderson**, London School of Economics (LSE)
**J. (John) Appleby**, Nuffield Trust
**H. (Hugo) Backx**, GGD GHOR
**B. (Burak) Balci**, DENK
**R.M.P.M. (Rob) Baltussen**, Radboudumc
**E.Z. (Esther) Barsom**, Amsterdam UMC
**S. (Stef) Beek**, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
**A. (Angelique) Berg**, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
**J.A.M.J. (Joba) van den Berg**, Christen-Democratisch Appèl (CDA)
**M. (Michael) van den Berg**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
**R.M.P.M. (Roland) Bertens**, Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht)
**L. (Leon) Bijlmakers**, Radboudumc
**J.L.T. (Jos) Blank**, Technische Universiteit Delft
**M. (Marco) Blanker**, Huisartsenpraktijk Blanker en Thiele
**J.B.I. (Jos) de Blok**, Stichting Buurtzorg
**W.J. (Wouter) Bos**, Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen
**F. (Frank) de Bos**, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
**J. (Jacoline) Bouvy**, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
**M. (Meindert) Boysen**, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
**W.B.F. (Werner) Brouwer**, Erasmus Universiteit
**M. (Jet) Bussemaker**, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
**B.M. (Bianca) Buurman-van Es**, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
**A. (Angela) Coulter**, University of Oxford
**D. (Diana) Delnoij**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**J.J. (Jasper) van Dijk**, Ministerie van Financiën
**R. (Rob) Dillmann**, Isala Ziekenhuis
**R.C. (Ron) van Driel**, Pro Persona
**S. (Stannie) Driessen**, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
**N. (Nigel) Edwards**, Nuffield Trust
**J. (Joris) van Eijck**, Menzis
**C.E. (Corinne) Ellemeet**, GroenLinks
**D.A. (Danny) van Elswijk**, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
**A.P. (André) den Exter**, Erasmus Universiteit
**V. (Véronique) Fouque**, France Stratégie

**N. (Nathalie) Fourcade**, Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)
**R.J.H (Rob) Gilsing**, De Haagse Hoogeschool
**F.H.G. (Frank) de Grave**, Raad van State
**W. (Wim) Groot**, Universiteit Maastricht
**R. (René) Groot Koerkamp**, Menzis
**F. (Frederico) Guanais**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
**L.J. (Louise) Gunning-Schepers**, Universiteit van Amsterdam
**W. (Wim) van Harten**, Rijnstate Ziekenhuis
**P.F. (Pieter) Hasekamp**, Centraal Planbureau (CPB)
**G.J.J. (Guus) Heerma van Voss**, Universiteit Leiden
**E. (Erik) Heijdelberg**, William Schrikker Groep
**R. (Richard) Heijnk**, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
**T. (Tom) Hendriks**, Ministerie van Financiën
**H.P.M. (Maarten) Hijink**, Socialistische Partij (SP)
**M. (Maarten) van der Hoeven**, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
**P. (Petra) van Holst-Wormser**, Zorgverzekeraars Nederland
**P.P.T. (Patrick) Jeurissen**, RadboudUMC, Minsterie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
**J. (Judith) de Jong**, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL)
**M.A. (Manuela) Joore**, Universiteit Maastricht
**H.G.J. (Henk) Kamp**, Actiz
**M.J. (Marian) Kaljouw**, Nederlandse Zorgautoriteit
**J.H. (Herre) Kingma**, Prinses Máxima Centrum
**N.S. (Niek) Klazinga**, Universiteit van Amsterdam
**M.M.Y. (Mirjam) de Klerk**, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
**A.H.E. (Xander) Koolman**, Vrije Universiteit Amsterdam
**M. (Maya) Kruijt**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**E.J. (Ernst) Kuipers**, Erasmus Medisch Centrum
**G. (Gaetan) Lafortune**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
**S. (Sven) de Langen**, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
**D. (Deborah) Lee**, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
**M.M. (Marcel) Levi**, University College London Hospitals NHS Foundation Trust
**A. (Angèl) Link**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**P. (Paul) Lips**, Huisartsenpraktijk Bloemgracht, Amsterdam
**G. (Gilles) de Margerie**, France Stratégie
**A. (Alberto) Marino**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

**J. (Jo) Maybin**, The King's Fund
**A.P.W. (Ad) Melkert**, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
**J.O. (Jochen) Mierau**, Rijksuniversiteit Groningen
**M.C. (Misja) Mikkers**, Universiteit van Tilburg, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
**E. (Elias) Mossialos**, London School of Economics (LSE)
**M. (Michael) Mueller**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
**M.E.T.M. (Michael) Muller**, Rijnstate Ziekenhuis
**R. (Richard) Murray**, The King's Fund
**M.G.M. (Marcel) Olde Rikkert**, RadboudUMC
**P.H. (Pieter) Omtzigt**, Christen-Democratisch Appèl (CDA)
**B.C. (Bernadette) Ossendorp**, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
**G.R. (Ruth) Peetoom**, de Nederlandse GGZ
**A. (Arnold) Peters**, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
**P. (Pilar) Pinilla-Dominguez**, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
**H. (Hanno) Pijl**, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
**I. (Inger) Plaisier**, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
**E.M.J. (Lilianne) Ploumen**, Partij van de Arbeid (PVDA)
**J.J. (Johan) Polder**, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Universiteit van Tilburg (UVT)
**A.-M. (Anne-Margriet) Pot**, Erasmus Universiteit
**G.-A. (Gert-Anne) Pruissen**, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
**K. (Kim) Putters**, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
**R. (Rens) Raemakers**, Democraten 66 (D66)
**V. (Vivian) Reckers-Droog**, Erasmus Universiteit
**S. (Sjoerd) Repping**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**P. (Piotr) van Rij**, DENK
**Y.C.M.T. (Yvonne) van Rooy**, 's Heeren Loo
**J. (Julien) Rousselon**, France Stratégie
**A. (André) Rouvoet**, Zorgverzekeraars Nederland
**E. (Elsbeth) de Ruijter**, Stichting GGZ Noord-Holland Noord
**A.C.L. (Arno) Rutte,** Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD)
**F.H.G. (Floris) Sanders**, Coöperatie VGZ, Diakonessenhuis Utrecht
**M.P. (Marlies) Schijven**, Amsterdam UMC
**M.M.E. (Margriet) Schneider**, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
**I. (Ilanah) Schriki**, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
**F.T. (Erik) Schut**, Erasmus Universiteit
**F. (Feike) Sijbesma**, Speciaal gezant corona, DSM

**E.-J. (Evert-Jan) Slootweg**, Christen-Democratisch Appèl (CDA)
**J. (Joost) Sneller**, Democraten66 (D66)
**B.A.W. (Bart) Snels**, GroenLinks
**K. (Karolina) Socha**, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
**W. (Wouter) van Soest**, Actiz
**C.G. (Kees) van der Staaij**, Staatkundig Gereformeerde Partij (SCP)
**N.W. (Niek) Stadhouders**, Radboud Universiteit
**A. (Anthony) Stigter**, Vereniging VNO-NCW
**J.A. (Jan) Swinkels**, Amsterdam UMC
**C. (Charles) Tallack**, The Health Foundation
**M. (Marit) Tanke**, Coöperatie VGZ
**G.R. (Geert) Teisman**, Erasmus Universiteit
**L.E.T.M. (Louise) van Thiel**, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
**W.M.A. (Wilco) Tilburgs**, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
**E.H. (Evelien) Tonkens**, Universiteit voor de Humanistiek, Utrecht
**C.A. (Carin) Uyl-de Groot**, Erasmus Universiteit
**T. (Tim) van der Valk**, Ministerie van Financiën
**D. (Dianda) Veldman**, Patiëntenfederatie
**M.A. (Marian) Verkerk**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
**M.M. (Matthijs) Versteegh**, Erasmus Universiteit
**R.A.A. (Robert) Vonk**, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
**M.C. (Martine) de Vries**, Universiteit Leiden
**R.G.J. (Rudi) Westendorp**, Universiteit van Kopenhagen
**J. (Sjaak) Wijma**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**G. (Gertrix) Wijnhoven**, Pro Persona
**D.L. (Dick) Willems**, Amsterdam UMC
**S.F.M. (Sylvia) Wortmann**, Raad van State
**R. (Rogier) Zelle**, Algemene Rekenkamer
**J. (Jacqueline) Zwaap**, Zorginstituut Nederland (ZiN)
**R. (Richard) van Zwol**, Raad van State

## Literatuur


ACVZ (2021a) *Van asielzoeker naar zorgverlener. Arbeidsdeelname van asielmigranten in de zorgsector*, Den Haag: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken.

ACVZ (2021b) *Migratie en de zorgsector. Cijfers over de arbeidsmarkt in de zorgsector en de arbeidsdeelname van migranten*, Den Haag: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken.

Adang, E., N. Stadhouders, A.H.E. Koolman, C. Parsons, J. Wammes en P. Govaert (2018) *Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel,* rapport in opdracht van het Zorginstituut Nederland.

Adovor, E., M. Zaika, F. Docquier en Y. Moullan (2021) 'Medical brain drain: How many, where and why?', *Journal of Health Economics* 76: 102409. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2020.102409. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33465558.

AEF (2020) *Stelsel in de groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*, Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Al-Ubaydli, O., J.A. List en D.L. Suskind (2017) 'What can we learn from experiments? Understanding the threats to the scalability of experimental results', *American Economic Review* 107, 5: 282-286.

Alesina, A. en D. Rodrik (1994) 'Distributive Politics and Economic Growth', *Quarterly Journal of Economics* 109: 465-490.

Alesina, A. en R. Perotti (1995) 'Taxation and Redistribution in an Open Economy', *European Economic Review* 39: 961-979.

Alesina, A., S. Ardagna, R. Perotti en F. Schiantarelli (2002) 'Fiscal Policy, Profits and Investment', *American Economic Review* 92: 571-589.

Algemene Rekenkamer (2015) *Basispakket zorgverzekering: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*, Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2016) *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de Zorg deel 4,* Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2019) *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2018 Ministerie* VWS *(*XVI*)*, Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2020a) *Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*, Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2020b) *Verzekerd van Zinnige Zorg*, Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2020c) *Resultaten verantwoordelijkheidsonderzoek 2019. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*XVI*). Rapport bij het jaarverslag*, Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Anderson, P. (1999) 'Complexity Theory and Organization Science', *Organization Science* 10, 3: 216-232.

Anderson, R.A. en R.R. McDaniel jr. (2000) 'Managing Health Care Organizations: where professionalism meets complexity science', *Health Care Management Review* 25, 1: 83-92.

Angelis, A., A. Lange en P. Kanavos (2018) 'Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries', *European Journal of Health Economics* 19,1: 123-152.

Antecol, H. en K. Bedard (2006) 'Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels?', *Demography* 43: 337-360.

Ark, B. van en H. de Jong (1996) *Accounting for Economic Growth in the Netherlands since 1913,* Groningen: Universiteit Groningen.

Ark, B. van, J. de Haan en H.J. de Jong (1996) 'Characteristics of Economic Growth in the Netherlands during the Postwar Period', blz. 290-328 in Nicholas Crafts and Gianni Toniolo (red.) *Economic Growth in Europe Since 1945*, Cambridge: Cambridge University Press.

Aspalter, C. (2006) 'The East Asian welfare model', *International Journal of Social Welfare* 15, 4: 290-301.

AWVN (2021) *Beloningen in de zorg*, Den Haag: Algemene Werkgeversvereniging Nederland.

Baicker, K. en A. Chandra (2005) *Labor Market Effects of Rising Health Insurance Premiums*, NBER Working Paper 11160, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Baicker, K., A. Chandra en J. Skinner (2012) 'Saving Money or Just Saving Lives? Improving the Productivity of US Health Care Spending', *Annual Review of Economics* 4: 33-56.

Bal, R., I. Wallenburg en J. Schuurmans (2019) 'De zorg moet regionaliseren', *Medisch Contact*. Geraadpleegd op: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-zorg-moet-regionaliseren.htm.

Baltussen, R., L, Bijlmaker, S. van der Burg, W. van Dijk, S. Groenewoud, M. Jansen, M, Tummers, K. Helderman, B. Boer, J. van Exel en J. Zwaap (2018) *Draagvlak voor lastige keuzes. Eindrapport van het Burgerforum 'Keuzes in de zorg'*, Nijmegen: RadboudUMC.

Barsom, E.Z., A.S.H.M. van Dalen, M. Blussé van Oud-Alblas, C.J Buskens, A.W.H. van de Ven, P.J. Tanis, M.P. Schijven en W.A. Bemelman (2021) Comparing video consultation and telephone consultation at the outpatient clinic of a tertiary referral centre: patient and provider benefits', BMJ *Innovations* 2021, 7: 95-102. DOI:10.1136/bmjinnov-2020-000512.

Batenburg, R. (2019) *Zorgen voor de arbeidsmarkt. Integraal onderzoek naar de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg*, inaugurale rede uitgesproken op donderdag 19 september 2019, Nijmegen: Radboud Universiteit.

Baumol, W.J. (1967) 'Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis', *The American Economic Review* 57, 3: 415-426.

Beer, J., C. van Duin, N. van der Gaag en P. Ekamper (2020) *Eindrapport Verkenning Bevolking 2050*, Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut en Centraal Bureau voor de Statistiek.

Begun, J.W., B. Zimmerman en K. Dooley (2003) 'Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems', blz. 252-288 in S. M. Mick en M. Wyttenbach (red.) *Advances in Health Care Organization Theory*, San Francisco: Jossey-Bass.

Berg, M.J. van den, D.S. Kringos, L.K. Marks en N.S. Klazinga (2014) 'The Dutch Healthcare Performance Report: Seven Years of Health Care Performance Assessment in the Netherlands', *Health Research Policy and Systems* 12: 1.

Bertens, R.M. en J. Palamar (2021) *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017,* WRR Working Paper 45, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Bijlmakers, L., M. Jansen, B. Boer, W, van Dijk, S, Groenewoud, J. Zwaap, J.K. Helderman, J. van Exel en R. Baltussen (2020) 'Increasing the Legitimacy of Tough Choices in Healthcare Reimbursement: Approach and Results of a Citizen Forum in The Netherlands', *Value Health* 23,1: 32-38.

Blaeij, A. de, P. van Gils, A. Suijkerbuijk en A. de Wit (2021) *Het potentieel van preventie*. Beschikbaar op: https://kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/potentieel-van-preventie.

Blanchard, O. (2019) 'Public Debt and Low Interest Rates', *American Economic Review*, 109,4: 1197-1229.

Blank, J.L.T. en E. Eggink (2011) *Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1972 en 2008*, IPSE Studies Research Reeks No. 2011-2, Delft: IPSE.

Blank, J.L.T. en A.S. van Heezik (2019) *Productiviteit van de overheid. Een essay over de relatie tussen beleid en productiviteit in onderwijs, zorg, veiligheid & justitie en netwerksectoren,* Delft: IPSE.

Blau, F. en L. Kahn (2007) 'Changes in labor supply behavior of married women: 1980-2000', *Journal of Labor Economics* 25, 3: 393-438.

Blok, L. de en W. van der Brug (2016) 'Beleidsevaluaties en politiek vertrouwen: wie houden burgers verantwoordelijk', blz. 69-86 in T. van der Meer en H. van der Kolk (red.) *Democratie dichtbij: Lokaal Kiezersonderzoek 2016,* Stichting Kiezersonderzoek Nederland, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Boer, H.-W. de, E. Jongen en J. Kabátek (2014) *The effectiveness of fiscal stimuli for working parents*, CPB Discussion Paper 286, Den Haag: Centraal Planbureau.

Bognar, G. en I. Hirose (2014) *The Ethics of Health Care Rationing*, London: Routledge.

Böhm K., A. Schmid, R. Götze, C. Landwehr en H. Rothgang (2013) 'Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification', *Health Policy* 13, 3: 258-269.

Böhm, K., C. Landwehr en N. Steiner (2014) 'What explains 'generosity' in the public financing of high-tech drugs? An empirical investigation of 25 OECD countries and 11 controversial drugs', *Journal of European Social Policy* 24, 1: 39-55

Booij, H.L. (1988) *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*, doctoraalscriptie, Utrecht: Universiteit Utrecht.

Boone, J. en M. Remmerswaal (2020a) *A Structural Microsimulation Model for Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare,* Den Haag: Centraal Planbureau.

Boone, J. en M. Remmerswaal (2020b) *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*, Den Haag: Centraal Planbureau.

Bos, A., F.M. Kruse en P.P.Th. Jeurissen (2020) 'For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise?' *International Journal of Health Science* 50,4: 431-443.

Bosveld, M.H., D.P.C. van Doorn, P.M. Stassen, D. Westerman, D.C.J.J. Bergmans, I.C.C. van der Horst en W.N.K.A. van Mook (2021) 'Lessons learned: contribution to healthcare by medical students during COVID-19', *Journal of Critical Care* 63: 113-116.

Brabers, A. en J. de Jong (2019) *Toekomst van de huisartsenzorg Het perspectief van de burger Resultaten van een enquête onder burgers*. Utrecht: Nivel

Brakel, M. van den, W. Portegijs en B. Hermans (red.)(2020) *Emancipatiemonitor 2020*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Brink, G. van den (2017) *Moderne liefdadigheid*, WRR Working paper 27, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Broeders, D., D. Das, R. Jennissen, W. Tiemeijer en M. de Visser (2018) *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, WRR Policy Brief nr. 7, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Brys, B. (2011) *Non-Tax Compulsory Payments as an Additional Burden on Labour Income*, OECD Taxation Working Papers No. 8, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Buchanan, J. en G. Tullock (1962) *The Calculus of Consent. The Logical Foundations of Constitutional Democracy*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Bughin, J., E. Hazan, E. Labaye, J. Manyika, P. Dahlström, S. Ramaswamy en C. Cochin de Billy (2016) *Digital Europe: Pushing the Frontier, Capturing the Benefits,* Brussel: McKinsey Global Institute.

Buist, Y., S. de Bruin, M. Rijken, L. Lemmens, N. van Vooren en C. Baan (2018) *Vroegsignalering bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om samenwerking te verbeteren?*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Buurman, B.M., J.L. Parlevliet, H.G. Allore, W. Blok, B.A.J. van Deelen, E.P. Moll van Charante, R.J. de Haan en S.E. de Rooij (2016) 'Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial', *jama Intern Med*, 176, 3: 302-309. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.8042.

Calabresi, G. en P. Bobbitt (1978) *Tragic Choices*, New York: Norton and Co.

Callahan, D. (1973) 'The WHO Definition of "Health"', *The Hasting Center Studies* 1, 3: 77-87.

Campen, C. van, S. Kooiker en A. de Boer (2016) 'Zorgen. Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?' blz. 108-141 in A. van den Broek et al. (red.) *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later,* Sociaal en Cultureel Rapport 2016, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Campen, C. van, F. Vonk en T. van Tilburg (2018) *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Carp, M., A. Kraal, P. de Bekker, L. Denee en A. de Boer (2018) *Effecten van het preferentiebeleid op beschikbaarheid van Geneesmiddelen*, Utrecht: Berenschot.

Carpenter, D.P. (2002) 'Groups, the Media, Agency Waiting Costs, and FDA Drug Approval', *American Journal of Political Science*, 46(3): 490-505.

CBS (2016) *Gezondheid, relaties en werk belangrijker voor geluk dan geld*. Geraadpleegd op: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/gezondheid-relaties-en-werk-belangrijker-voor-geluk-dan-geld

CBS (2018a) *Bevolkingsprognose 2017-2060,* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2018b) *Monitor langdurige zorg*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2019a) *Jeugdhulp 2018,* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2019b) *Aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen 2019*. Geraadpleegd op: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/13/aantal-bewoners-van-verzorgings-en-verpleeghuizen-2019 [21 juni 2021].

CBS (2020a) *De invloed van corona op onze levensverwachting*, Statistische Trends, 25-9-2020, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2020b) *Prognose levensverwachting 65-jarigen: 20,82 jaar in 2026*, nieuwsbericht, 6-11-2020, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2020c) *Jaarrapport Integratie 2020*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
CBS (2020d) *Asiel en integratie 2020. Cohortonderzoek asielzoekers en statushouders*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
CBS (2020e) *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn. 3 Kenmerken branches zorg en welzijn*, Statistische Trends 29-9-2020, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
CBS (2021) *Asiel en integratie 2021. Cohortonderzoek asielzoekers en statushouders*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
Chambers, D., P. Wilson, C. Thompson en M. Harden (2012) 'Social Network Analysis in healthcare settings: a systematic scoping review', *PLoS One* 7, 8: e41911.
Charlesworth, A. (2019) 'Measuring the productivity of the health care system. The experience of the United Kingdom', OECD *Journal on Budgeting* 19, 3: 131-150.
Coalitie Erbij (2020) *Gevolgen van eenzaamheid*. Beschikbaar op: https://www.eenzaam.nl/over-eenzaamheid/83-gevolgen-van-eenzaamheid [24 augustus 2020].
Coast, J., T.N. Flynn, L. Natarajan, K. Sproston, J. Lewis, J.J. Louviere en T.J. Peters (2008) 'Valuing the ICECAP capability index for older people', *Social science & medicine* 67, 5: 874-882
Cohen, I.G., N. Daniels en N. Eyal (2015) *Identified versus Statistical Lives. An Interdisciplinary Perspective*, Oxford: Oxford University Press.
Cohen, J.T., P.J. Neumann en M.C. Weinstein (2008) 'Does preventive care save money?', *New England Journal of Medicine* 358: 661-663
Commissie Dekker (1987) *Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Den Haag.
Commissie Dunning (1991) *Kiezen en delen: rapport van de commissie Keuzen in de zorg,* Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020) *Advies Oud en Zelfstandig in 2030*, Den Haag.
Commissie Van Dijkhuizen (2013) *Naar een activerender belastingstelsel*, Den Haag.
Commissie Werken in de Zorg (2019) *Rapportage commissie Werken in de Zorg 2019. 'Behoud en innovatie als dé opgave',* Den Haag: Commissie Werken in de Zorg.
Commissie Werken in de Zorg (2020) *Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals,* Den Haag: Commissie Werken in de Zorg.
Commissie Willems (1994) *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*, Den Haag.

Companje, K.P. (2008) 'Verzekering van zorg 1943-2007: gezondheidszorg of sociale zekerheid?', blz. 559-628 in K.P. Companje (red.) *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*, HiZ-reeks Geschiedenis Zorgverzekeringen 2, Amsterdam: Aksant.

Companje, K.P., R.H.M. Hendriks, K.F.E. Veraghtert en B. Widdershoven (2009) 'Health insurance as governmental responsibility, 1850-1914', blz. 63-124 in: K.P. Companje, R.H.M. Hendriks, K.F.E. Veraghtert en B. Widdershoven (2009) *Two centuries of solidarity. German, Belgian, and Dutch social health insurance 1770-2008,* History of Healthcare Insurance 3, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Companje, K.P., T. Kappelhof, R. Mouton en R. Jeurissen (2018) *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I: 1966-1995*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Conrad, P. (2005) 'The Shifting engines of medicalization', *Journal of Health and Social Behavior* 46, 3: 3-14.

Contandriopoulos, D. (2011) 'On the Nature and Strategies of Organized Interests in Health Care Policy Making', *Administration & Society* 43, 1: 45-65.

CPB (2004) *Naar een schokbestendig pensioenstelsel*, Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2014) *Centraal Economisch Plan 2014,* Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2019) *Zorgen om Morgen*, CPB Vergrijzingsstudie, Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2020b) *Zorgkeuzes in Kaart. Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*, Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2020a) *Keuzes in kaart 2022-2025. Economische analyse van verkiezingsprogramma's,* Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2021) *Centraal Economisch Plan 2021,* Den Haag: Centraal Planbureau.

Cuijpers, P. en A.T.F. Beekman (2018) 'Personaliseren van preventie van psychische stoornissen', *Tijdschrift voor psychiatrie* 60, 3: 189-193.

Cuijpers, P., B.S. Pineda, S. Quero, E. Karyotaki, S.Y. Struijs, C.A. Figueroa, J A. Llamas, T.A. Furukawa en R.F. Muñoz (2021) 'Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials', *Clinical Psychology Review* 83: 101955.

Dam, F. van, F. Daalhuizen, C. de Groot, M. van Middelkoop en P. Peeters (2013) *Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie,* Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Daniels, N. en J.E. Sabin (2008) *Setting Limits Fairly. Learning to Share Resources for Health*, Oxford: Oxford University Press.

Dekker, P., J. den Ridder en P. van Houwelingen, m.m.v. S. Kooiker (2016) *Zorg en onbehagen in de bevolking*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dekker, P. en J. den Ridder (2019) *Burgerperspectieven 2019 | 1*, Continu Onderzoek Burgerperspectieven, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dethlefs, N. en B. Martin (2006) 'Japanese technology policy for aged care', *Science and Public Policy* 33: 47-57.

Dijk, W. van, M.J. Faber, M.A.C. Tanke, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert (2016) 'Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine', *International Journal of Health Policy Management* 5, 11: 619-622.

Dijk, W. van, M.J. Meinders, M.A.C. Tanke, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen (2020) 'Medicalization Defined in Empirical Contexts – A Scoping Review', *International Journal of Health Policy Management* 9, 8: 327-334.

DNB (2021) *Economische Ontwikkelingen en Vooruitzichten*, juni, Amsterdam: De Nederlandsche Bank.

Dols, W.P.M. en A.H.M. Kerkhoff (2008) 'De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vanaf 1987', blz. 795-880 in K.P. Companje (red.) *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*, HiZ-reeks Geschiedenis Zorgverzekeringen 2, Amsterdam: Aksant.

Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt (red.) (1978) *De stagnerende verzorgingsstaat*, Amsterdam: Boom.

Douven, R., M. Diepstraten, A. Kopányi-Peuker, S. van Dulmen, N. Stadhouders, E. Wackers, P. Jeurissen, G. Wijnker en M. Mikkers (2020) *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*, CPB Policy Brief, Den Haag: Centraal Planbureau.

Dowding, K. (2015) 'Albert O. Hirschman, Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States', blz. 256-271 in S.J. Balla, M. Lodge en E. Page, eds. *The Oxford Handbook of Classics in Public Policy and Administration*, Oxford: Oxford University Press.

Doyle, O., C.P. Harmon, J.J. Heckman en R.E. Tramblay (2009) 'Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency', *Economics & Human Biology* 7, 1: 1-6.

Echtelt, P. van (2020) *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid*, Working Paper nr. 39, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Elbert, N.J., H. van Os-Medendorp, W. van Renselaar, A.G. Ekeland, L. Hakkaart-van Roijen, H. Raat, T.E. Nijsten en S.G. Pasmans (2014) 'Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses', *Journal of Medical Internet Research* 16, 4: e110. DOI: 10.2196/jmir.2790.

Emanuel, E., H. Steinmetz en A. Schmidt (2018) *Rationing and Resource Allocation in Healthcare,* Oxford: Oxford University Press.

Enzing, J.J., S. Knies, B. Boer en W.B.F. Brouwer (2020) 'Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride?', *Health Economics, Policy and Law*, 6 augustus 2020: 1-17.

Érdi, P. (2008) *Complexity explained*, Berlijn Heidelberg: Springer.

Erf, S. van der en F. Strijbosch (2020) *Initiatieven toegankelijkheid geboortezorg. Inventarisatie bij geboortezorgconsortia,* ROAZ*'en en landelijke partijen*, Utrecht: SiRM.

Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism,* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Euro-Peristat Project (2018) *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*, Parijs: Euro-Peristat.

Eurofound (2019) *Quality of health and care services in the* EU, Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Europese Commissie (2010) *Commission Staff Working Document on an Action Plan for the eu Health Workforce*, Straatsburg: Europese Commissie.

Ewijk, H. van (2006) 'De WMO als instrument in de transformatie van de welvaartsstaat en als impuls voor vernieuwing van het sociaal werk', *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 15, 3: 5-16.

Ewijk, C. van, A. van der Horst en P. Besseling (2013) *Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de Zorg*, CPB-boek 7, Den Haag: Centraal Planbureau.

FD (2020) 'D66-plan voor tijdelijke arbeidsmigratie weggehoond', *Financieel Dagblad,* 13 februari.

Federatie Medisch Specialisten & Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst (2020) *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*. Criteria voor fase 3 stap C aansluitend op het NVIC Draaiboek Pandemie

Ferlie, E., L. Fitzgerald, S. Mcgivern, S. Dobson en C. Bennett (2011) 'Public policy networks and 'wicked problems': A nascent solution?', *Public Administration* 89, 2: 307-324.

Fleck, L.M. (2009) *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation,* Oxford: Oxford University Press.

Fredriksson, M., I.-B. Gustafsson en U. Winblad (2019) 'Cuts without conflict: The use of political strategy in local health system retrenchment in Sweden', *Social Science and Medicine* 237: 112464.

Friele, R.D., R. Hageraats, A. Fermin, R. Bouwman en J. van der Zwaan (2019) *De jeugd-ggz na de Jeugdwet : een onderzoek naar knelpunten en kansen,* Utrecht: Nivel/Nederlands Jeugdinstituut.

Gallardo, C. (2021) '8 reasons the UK leads Europe's coronavirus vaccination race', *Politico Europe*, 14 januari 2021.

Garland, D. (2015) 'The Welfare State: a Fundamental Dimension of Modern Government', *European Journal of Sociology* 55: 327-364.

Garpenby, P en A. Nedlund (2016) 'Political strategies in difficult times - The "backstage" experience of Swedish politicians on formal priority setting in healthcare', *Science and Medicine* 163: 63-70. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.046.

Geest, M. van der (2019) 'Duizenden ouderen wachten op verpleeghuisplek of thuiszorg – 'Er is een dramatische situatie aan het ontstaan'', *de Volkskrant,* 13 september.

Getzen, T.E. (2000) 'Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures', *Journal of Health Economics* 19: 259-270.

Gezondheidsraad (1991) *Medisch handelen op een tweesprong*, Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2007) *Preconceptiezorg: voor een goed begin*, Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2014) ADHD*: medicatie en maatschappij,* publicatienr. 2014/19, Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2020) *45-minutennorm in de spoedzorg*, advies nr. 2020/17, Den Haag: Gezondheidsraad.

Gfk (2017) *Good Life Factors,* Global GfK survey.

Gibbels, M. (2012) 'Zorgverzekeraars: eHealth sneller invoeren', *Zorgvisie*, 06 februari 2012. Beschikbaar op: https://www.zorgvisie.nl/zorgverzekeraars-ehealth-sneller-invoeren-zvs013252w/

Giessen, A. van (2020) *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Giessen, A. van, E. Douma, T. Kuijpers, E. Nawijn, I. van Gestel, S. Pees, N. Koopman, E. de Pon en J. Boer (2021a) *Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040*, RIVM-rapport 2021-0053, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Giessen, A. van, J. Boer, I. van Gestel, S. Pees, E. Douma, T. Kuijpers, E. de Pon, E. Nawijn en N. Koopman (2021b) *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Gils, P.F. van, A.W.M. Suijkerbuijk, J.J. Polder, G.A. de Wit en M. Koopmanschap (2020) 'Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 98: 92-96. Beschikbaar op: https://mijn.bsl.nl/nederlandse-preventie-uitgaven-onder-de-loep/17942430.

Giudici, K.V., P. de Souto Barreto, G. Soriano, Y. Rolland en B. Vella (2019) 'Defining Vitality: Associations of Three Operational Definitions of Vitality with Disability in Instrumental Activities of Daily Living and Frailty among Elderly Over a 3-Year Follow-Up (MAPT Study)', *Journal of Nutrition, Health and Aging* 23, 4: 386-392.

Goetzel, R.Z. (2009) 'Do Prevention Or Treatment Services Save Money? The Wrong Debate', *Health Affairs* 28,1: 37-41.

Goudriaan, R. en J.-P. Heida (2015) *Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg*, Den Haag: Strategies in Regulated Markets B.V.

Goudswaard, C., R.M.J.W. Beetsma, T.E. Nijman en P. Schnabel (2010) *Een sterke tweede pijler. Naar een toekomstbestendig stelsel van aanvullende pensioenen*, rapport van de Commissie Toekomstbestendigheid aanvullende pensioenregelingen, Den Haag.

Graaf, R. de, M. ten Have en S. van Dorsselaer (2010) *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*, Utrecht: Trimbos instituut.

Greuningen, M. van (2016) *Health workforce planning in the Netherlands: how a projection model informs policy regarding the general practitioner and oral health care workforces*, Utrecht: Nivel.

Grinten, T. van der en P. Vos (2004) 'Gezondheidszorg', in H. Dijstelbloem, P.L. Meurs en E.K. Schrijvers (red.) *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*, WRR-Verkenningen nr. 6, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Groot, W. en F. van Sloten (2012) 'Grenzen aan leefstijlsolidariteit', blz. 89-107 in F.T. Schut en M. Varkevisser (red.) *Een economische gezonde gezondheidszorg*, KVS Preadviezen 2012, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Haan, I. de en J.W. Duyvendak (red.) (2002) *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (*CRM, WVC, VWS*), 1952-2002*, Zutphen: Walburg Pers.

Ham, C. en A. Coulter (2001) 'Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices', *Journal of Health Services Research & Policy* 6, 3: 163-169.

Hansen, J., W. Arts en R. Muffels (2005) 'Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperkte pakketten in de zorgverzekering', *Sociale Wetenschappen* 48, 1/2: 61-84.

Hauck, K., P.C. Smith en M. Goddard (2004) *The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington: World Bank.

Haverkamp, B., M. Verweij en K. Stronks (2017) ''Gezondheid': voor iedere context een passend begrip?', *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen* 95, 6: 258-263.

HCAAM (2018) *Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé*, Parijs: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Heide, H. ter (1984) 'Ervaringen met het COZ als ordeningsmodel', blz. 47-64 in L. de Wolff (red.) *De Prijs voor Gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven,* Baarn.

Helderman, J.K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten en W.P.M.M. van de Ven (2005) 'Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in The Netherlands', *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 1-2: 189-209.

Herrmann, F.R., J.P. Michel en J.M. Robine (2010) 'Worldwide decline in the Oldest old support ratio', *European Geriatric Medicine* 1: 3-8.

Herwerden, M.C, van, J. van Steenkiste, R. el Moussaoui, J.G. den Hollander, G. Helfrich en I.J.A.M. Verberk (2021) 'Thuisbehandeling van COVID-19-patiënten met zuurstof en telemonitoring. Veiligheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 165: D5740.

Hilbers-Modderman, E.S.M. en A.C.P. de Bruijn (2013) *Domotica in de langdurige zorg – Inventarisatie van technieken en risico's: Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Hirschman, A.O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States,* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Holst, L, A. Brabers en J. de Jong (2020) *Infographic. Barometer Solidariteit - update met cijfers uit 2019*, Utrecht: Nivel.

Holt-Lunstad, J., T.B. Smith, M. Baker, T. Harris en D. Stephenson (2015) 'Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review', *Perspectives on Psychological Science* 10: 227-237.

Honigsbaum, F., J. Calltorp, C. Ham en S. Holmström (1995) *Priority Setting Processes for Healthcare. In Oregon, USA; New Zealand; the Netherlands*; *Sweden; and the United Kingdom*, CRC Press.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong (2011) *Trends in Gezondheid en Zorg*, CPB Policy Brief 2011/11, Den Haag: Centraal Planbureau.

Horst, H. van en A. ter Rele (2013) *De prijs van gelijke zorg*, achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2013/01, Den Haag: Centraal Planbureau.

Houte de Lange, S. (2021) 'Waarom de huidige preventieve jeugdzorg niet werkt', *Zorgvisie,* 29 juni. Geraadpleegd op: https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-huidige-preventieve-jeugdzorg-niet-werkt/.

Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van Der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van Der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid (2011) 'How should we define health?', BMJ 26, 343:d4163. DOI: 10.1136/bmj.d4163.

Hussem, A., B. Wouterse en R. Aalbers (2021) 'Betere risicospreiding van eigen bijdragen bij verpleeghuiszorg', *De actuaris*, juni 2021: 36-38. Beschikbaar op: https://www.ag-ai.nl/view/48496-DA-28-5-art-Hussem%2BWouterse%2BAalbers.pdf.

ICT & Health (2021) VGZ*: Zorgaanbieders nemen digitale initiatieven vaker over.* Beschikbaar op: https://www.icthealth.nl/nieuws/vgz-zorgaanbieders-nemen-digitale-initiatieven-vaker-over/ [28 juni, 2021].

IGJ (2018) *Wachttijden in de ggz: verbeterkansen vooral in samenwerking op regionaal niveau*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

IGJ (2020a) *Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

IGJ (2020b) *Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

IGJ (2021) *De coronacrisis: de zorg en de jeugdhulp blijvend onder druk. Beelden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

IGJ & Inspectie Justitie en Veiligheid (2019) *Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd Toezicht bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

IGJ en NZa (2020) *Brief* IGJ *en* NZa *over aanpak wachttijden ggz*, Utrecht: Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd en Nederlandse Zorgautoriteit.

ILO (2019) *The future of work in the health sector 2018,* Working paper no. 325, Geneve: International Labour Office.

ING (2019) *Digitale ziekenhuiszorg*. Beschikbaar op: https://www.ing.nl/media/ING_EBZ_digitale-ziekenhuiszorg_tcm162-180669.pdf

Inspectie der Rijksfinanciën (2020) *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*, Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën. Kamerstukken II 2019/2020, 32 359, nr. 4.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014) *De Jeugdgezondheidszorg beter in positie*, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Intelligence Group (2019) *Arbeidsmarkt Zorg in Cijfers 2019/2020*, Rotterdam: Intelligence Group.

Ishiguro, N. (2018) 'Care robots in Japanese elderly care. Cultural values in focus', in K. Christensen en D. Pilling (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*, London: Routledge.

Jacobs, A.M. (2012) *Governing for the Long Term. Democracy and the Politics of Investment*, Cambridge: Cambridge University Press.

Jacobs, A.M. (2016) 'Policy Making for the Long Term in Advanced Democracies', *Annual Review of Political Science* 19: 433-455.

Jacobs, B. (2015) *De Prijs van Gelijkheid*, Amsterdam: Prometheus/Bert Bakker.

Jagt-Jobsen, J.A.E. van der, J.J. Rijken en M.A.M. Verduijn (2014) 'Van AWBZ naar Wlz: een trendbreuk met het verleden?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 38: 7.

Jeurissen, P.P.T. (2005) *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, RVZ Signalement 05/02, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Jeurissen P.P.T. (2016) *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?,* oratie, Nijmegen: Radboud Universiteit.

Jeurissen, P., H. Maarse en M. Tanke (2018) *Betaalbare zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Jong, A. de en S. Kooiker (2018) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiele helpers van oudere ouderen tussen 1975-2040,* Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Jongen, E., M. Mastrogiacomo en B. ter Weel (2011) *Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders?,* CPB Policy Brief 2011/14, Den Haag: Centraal Planbureau.

Jongen, E., H.W. de Boer en P. Dekker (2015) *De effectiviteit van fiscaal participatiebeleid*, CPB Policy Brief 2015/2, Den Haag: Centraal Planbureau.

Jordà, Ò., M. Schularick en A.M. Taylor (2016) 'Macrofinancial history and the new business cycle facts', NBER *Macroeconomics Annual* 31: 213-263.

Joumard, I., C. André en C. Nicq (2010) *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Papers no. 769, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Jung, H.P., M. Laurant en C. van Asten (2019) 'Zinnige zorg dreigt utopie te worden Limburgse Afferden zit ingeklemd tussen tegenstrijdige eisen', *Medisch Contact*. Geraadpleegd op: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/zinnige-zorg-dreigt-utopie-te-worden.htm [28 juni 2021].

Kaaden, A.M. van der (2021) 'Rijk moet miljarden bijleggen voor de jeugdzorg, oordeelt arbitragecommissie', NRC *Handelsblad,* 27 mei.

*Kamerstukken II* 1965/66, 8462, nr. 1.

*Kamerstukken II* 1997-1998, 25 170, nr. 6.

*Kamerstukken II* 2000-2001, 27 488, nr. 1 *Actieplan Zorg Verzekerd*.

*Kamerstukken II* 2003-2004, 25 170, nr. 35.

*Kamerstukken II* 2006-2007, 31 094, nr. 3.

*Kamerstukken II* 2009-2010, 32 393, nr. 3 *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging.*

*Kamerstukken II,* 2012-2013, 30 597, nr. 296.

*Kamerstukken II* 2013-2014, 33 841, nr. 3 *Memorie van toelichting Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*.

*Kamerstukken II*, 2013-2014, 33 891, nr. 3 *Memorie van toelichting Wet langdurige zorg.*

*Kamerstukken II* 2019/2020, 31 839, nr. 730.

*Kamerstukken II* 2019/2020, 32 359, nr. 4

Kannampallil, T.G., G.F. Schauer, T. Cohen en V.L. Patel (2011) 'Considering complexity in healthcare systems', *Journal of Biomedical Informatics* 44, 6: 943-947.

Kappelhof, T. (2004) '"Omdat het historisch gegroeid is". De Londense Commissie-Van Rhijn en de ontwikkeling van de sociale verzekeringen in Nederland (1937-1952)', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis* 1.2: 71-91.

Kennedy, S., M.P. Kidd, J.T. McDonald en N. Biddle (2015) 'The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries', *Journal of International Migration and Integration* 16: 317-332.

Kersten, K., T. van Dijk, W. Hogervorst, N. Muselaers en R. Nissen (2021) 'Niet kiezen in de begroting, is kiezen voor meer zorg en minder onderwijs', ESB 26 januari.

Kiers, B. (2019) 'Zorgverzekeraars moeten congruent gedrag vertonen', *Zorgvisie*, 20 februari 2019. Beschikbaar op: https://www.zorgvisie.nl/zorgverzekeraars-moeten-congruent-gedrag-vertonen/.

Kiers, B. (2021) 'Politiek gaat bij de arts op schoot', *Zorgvisie*, 27 januari. Beschikbaar op: https://www.zorgvisie.nl/politiek-gaat-bij-arts-op-schoot/.

Killingsworth, M.R. en J.J. Heckman (1987) 'Female Labor Supply: a survey', blz. 103-204 in O. Ashenfelter en R. Layard (red.) *Handbook of Labor Economics*, vol. 1, Amsterdam: North Holland.

Klaveren, K.J. van (2016) *Het onafhankelijkheidssyndroom. Een cultuurgeschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel*, Amsterdam: Wereldbibliotheek.

Klerk, M. de. (1997) *Het gebruik van* ADL*-hulpmiddelen door ouderen. Een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden*, dissertatie, Utrecht: Universiteit Utrecht.

Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019) *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

KNMP Farmanco Geneesmiddelentekorten 2017.

Kooijman, M., A. Brabers en J. de Jong (2018) *Solidariteit in de Zorg. Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017*, Utrecht: Nivel.

Kooiker, S. (2011) *Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven, achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter*, Bilthoven/Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kooiker, S., M. de Klerk, J. ter Berg en Y. Schothorst (2012) *Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kooiker, S., A. de Jong, D. Verbeek-Oudijk en A. de Boer (2019) *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen. Een verkenning van de regionale ontwikkelingen voor de komende 20 jaar*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Koolman, X. en B. Wouterse (2021) ''Bezuinigen' op de zorg, een verwarrend begrip', *Zorgvisie*, 15 juni 2021. Beschikbaar op: https://www.zorgvisie.nl/bezuinigen-op-de-zorg/

KPMG en Vektis (2018) *Monitor generalistische basis ggz*, Amstelveen: KPMG en Vektis.

Kristopher J. Hult, S. Jaffe en T.J. Philipson (2018) 'How Does Technological Change Affect Quality-Adjusted Prices in Health Care? Systematic Evidence from Thousands of Innovations', *American Journal of Health Economics* 4, 4: 433-425.

Kromhout, M., P. van Echtelt en P. Feijten (2020) *Sociaal Domein op koers. Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kruse, F. (2018) 'Focusklinieken en betaalbaarheid', blz. 259-276 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare Zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Kruse, F., P. Jeurissen, T. Abma, E. Bendien, I. Wallenburg en H. van de Bovenkamp (2021) *Houdbare ouderenzorg. Ervaringen en lessen uit andere landen,* WRR Working paper nr. 42. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Landwehr, C. (2016) 'Strategic Institutional Design: Two Case Studies of Non-Majoritarian Agencies in Health Care Priority-Setting', *Government and opposition* 51, 4: 632-660.

Landwehr, C. en Bohm, K. (2011) 'Delegation and Institutional Design in Health-Care Rationing', *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 24, 4: 665-688.

Lee, S. en C. Kim (2018) 'Estimation of Association between Healthcare System Efficiency and Policy Factors for Public Health', *Applied Sciences* 8, 12: 2674.

Leenen, J.P.L., C. Leerentveld, J.D. van Dijk, H.L. van Westreenen, L. Schoonhoven en G.A. Patijn (2020) 'Current Evidence for Continuous Vital Signs Monitoring by Wearable Wireless Devices in Hospitalized Adults: Systematic Review', *Journal of Medical Internet Research* 22, 6: e18636.

Lettow, B. van, M. Wouters en J. Sinnige (2019) *E-health, wat is dat?*, Den Haag: NICTIZ.

LHV (2021) *Handreiking Meer Tijd voor de Patiënt*, Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging.

Licher, S.A. Heshmatollah, K.D. van der Willik, B.H.Ch. Stricker, R. Ruiter, E.W. de Roos, L. Lahousse, P.J. Koudstaal, A. Hofman, L. Fani, G.G.O. Brusselle, D. Bos, B. Arshi, M. Kavousi, M.J.G. Leening, M. Kamran Ikram en M. Arfan Ikram (2019) 'Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: A population-based cohort study', *Plos Medicine* 16,2:e1002741.

Liempt, I. van en R. Staring (2020) *Nederland papierenland. Syrische statushouders en hun ervaringen met participatiebeleid in Nederland*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Line, I. van der (2020) 'Wie staat er straks aan ons ziekenhuisbed?', *Groene Amsterdammer 114, 9,* 26 februari.

Lipsitz, L.A. (2012) 'Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences', *Journal of the American Association* 308, 3: 243-244.

Lubbers, M. en M. Gijsberts (2019) 'Changes in Self-Rated Health Right After Immigration: A Panel Study of Economic, Social, Cultural, and Emotional Explanations of Self-Rated Health Among Immigrants in the Netherlands', *Frontiers in Sociology* 4: 1-13.

Maarse, H. en P. Jeurissen (2019) 'Low institutional trust in health insurers in Dutch health care', *Health Policy* 123, 3: 288-292.

Maarse, H., P. Jeurissen en D. Ruwaard (2016) 'Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review', *Health Economics, Policy and Law* 11: 161-178.

Mackenbach, J. (2020) *A history of population health. Rise and Fall of Disease in Europe*, Clio Medica Online (ebook).

Marino, A. en L. Lorenzoni (2019) *The impact of technological advancements on health spending*, OECD Health Working Papers no. 113, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Martínez-García, M. en E. Hernández-Lemus (2013) 'Health Systems as Complex Systems', *American Journal of Operations Research* 3: 113-126.

Masic, I., S. Sivic, S. Toromanovic, T. Borojevic en H. Pandza (2012) 'Social Networks in Improvement of Health Care', *Materia Sociomedica* 24, 1: 48-53.

Mastrogiacomo, M., N. Bosch, M. Gielen en E. Jongen (2011) 'Estimating Labour Supply Responses in the Netherlands using Structural Models', Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2011/14, Den Haag: Centraal Planbureau.

Maybin, R. en J. Klein (2012) *Thinking about rationing*, Londen: The King's Fund.

Mckie, J. en J. Richardson (2003) 'The Rule of Rescue', *Social Science and medicine* 56, 12:2407-2419.

McKinsey Global Institute (2016) *Digital Europe: Pushing the Frontier, Capturing the Benefits*. Beschikbaar op: https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/business%20functions/mckinsey%20digital/our%20insights/digital%20europe%20pushing%20the%20frontier%20capturing%20the%20benefits/digital-europe-full-report-june-2016.ashx.

McKinsey Global Institute (2018) *Het potentieel pakken: de waarde van meer gelijkheid tussen mannen en vrouwen op de Nederlandse arbeidsmarkt.* Beschikbaar op: https://www.mckinsey.com/~/media/McKinsey/Featured%20Insights/Europe/The%20power%20of%20parity%20Advancing%20gender%20equality%20in%20the%20Dutch%20labor%20market/MGI-Power-of-Parity-Nederland-September-2018-DUTCH.ashx.

Medisch Contact (2018) *Administratielast: Laat dokters dokteren*. Beschikbaar op: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/administratielast-laat-dokters-dokteren.htm.

Meer, L. van der, H. Ernst, L. Blanchette en E. Steegers (2020) 'Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk?', *Medisch Contact* 22: 34-36.

Meersma K., B. Roozendaal en J. Rijken (2021) *Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst*, Amsterdam: Akd Benelux Lawyers.

Menzis (2020) *Nota 'Samenwerken aan gezonde regio's'. Een nieuw ontwerp voor de rol van de regio en preventie in het gezondheidszorgstelsel*, Wageningen: Menzis.

Meulen, M. van der (2020) *Zorgrobot kan mantelzorger ondersteunen in coronacrisis Vilans*. Beschikbaar op: https://www.vilans.nl/artikelen/zorgrobot-kan-mantelzorger-ondersteunen-in-coronacrisis [28 juni, 2021].

Meurs, M., J. Keuper, V. Sankatsing, R. Batenburg en L. van Tuyl (2020a) *De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Perspectieven van huisartsen, consumenten en patiënten*, Utrecht: Nivel.

Meurs, M., V. Sankatsing, J. de Jong en L.H.D. van Tuyl (2020b) *Perceptie van de Nederlandse bevolking op digitale toepassingen in de zorg tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd,* Utrecht: Nivel.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Geconcentreerd dereguleren? Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2018a) *Brief Verzoek* WRR *– onderzoek naar betaalbaarheid zorg*, 9 april 2018. Beschikbaar op: https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/brieven/2018/04/09/adviesaanvraag-toekomst-zorgkosten

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018b) *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer,* d.d. 19-07-2018, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020a) *Stand van zaken geboortezorg 2020 - aanbevelingen voor de toekomst*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2021) *Dialoognota Ouder Worden 2020-2040*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Financiën (2019) *Marginale druk: op het randje van de mogelijkheden*, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Ministerie van Financiën (2020a) *Syntheserapport Bouwstenen voor een Beter Belastingstelsel*, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Ministerie van Financiën (2020b) *Gezondheidsgerelateerde Belastingen*, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Mistry, H. (2012) 'Systematic review of studies of the cost-effectiveness of telemedicine and telecare. Changes in the economic evidence over twenty years', *Journal of Telemedicine and Telecare* 18, 1: 1-6.

Mori, A.R., R. Dandi, M. Mazzeo, R. Verbiaro, en G. Mercurio (2012) *Technological Solutions Potentially Influencing the Future of Long-Term Care, enepri Research Report no. 114*, Brussel: CEPS.

Mueller, M., L. Hagenaars en D. Morgan (2017) *Administrative spending in* OECD *health care systems: Where is the fat, and can it be trimmed?* OECD Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

NCJ (2012) 'Richtlijn: overgewicht'. Beschikbaar op: https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=10&rlpag=675 [21 juni 2021].

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (2020) *Draaiboek Pandemie Deel 1,* Versie 1.2, Maart 2020.

NFK (2018) *Agenda Oncologische Netwerkzorg 2019-2022*, nieuwsbericht Nederlandse Federatie van Kankerpatientenorganisaties. Beschikbaar op: https://nfk.nl/nieuws/agenda-oncologische-netwerkzorg-2019-2022 [28 juni, 2021].

NFU (2020) *Raamplan Arstenopleiding*, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Beschikbaar op: https://www.nfu.nl/sites/default/files/2020-08/20.1577_Raamplan_Artsenopleiding_-_maart_2020.pdf.

Nictiz en Nivel (2019) *Samen aan zet: eHealth-monitor 2019*, Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.

NIDI en CBS (2020) *Bevolking 2050 in beeld: drukker, diverser en dubbelgrijs*, Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut en Centraal Bureau voor de Statistiek.

NIDI en CBS (2021) *Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen,* Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut en Centraal Bureau voor de Statistiek.

Nielsen, S.S. en A. Krasnik (2010) 'Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review', *International Journal of Public Health* 55: 357-371.

Nieuwenhuis, D. (2018) *Rapport meldactie 'Gemeenteraadsverkiezingen'*, Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, Utrecht: Ieder(in) en Amersfoort: Mind, Landelijke Platform Psychische Gezondheid

Nivel en Prismant (2019) *Zicht op regionale capaciteit en arbeidsmarktvraagstukken huisartsenzorg. Factsheets,* Utrecht: Nivel, Prismant.

NJI (2021) *Overgewicht Probleemschets Risicofactoren*. Beschikbaar op: https://www.nji.nl/Overgewicht-Probleemschets-Risicofactoren [21 juni 2021].

NOS (2020) *Protesterende suïcidale vrouw spreekt met Blokhuis, maar zet actie door.* Beschikbaar op: https://nos.nl/artikel/2319473-protesteren-de-suicidale-vrouw-spreekt-met-blokhuis-maar-zet-actie-door.html [28 juni, 2021].

NZa (2016) *Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2018a) *Monitor zorg voor ouderen 2018*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2018b) *Monitor Zorgverzekeringen 2018*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019a) *Monitor Transformatiegelden medisch-specialistische zorg*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019b) *Monitor Taakherschikking*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2020a) *Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2020b) *Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg 2020*. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_305909_22/1/

NZa (2021) *Kerncijfers ggz*. Beschikbaar op: https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz [3 juni 2021].

OECD (2010) *Health care systems: Getting more value for money*, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2015a) *Fiscal sustainability of Health Systems: bridging health and finance perspectives*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2015b) *Health Data Governance Privacy, Monitoring and Research*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD (2017) *Health at a Glance. OECD Indicators 2017*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD (2018) *Health at a glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD (2019a) *Health Division Projections*, OECD Health Working Paper no. 110 Health Spending Projections to 2030, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD (2019b) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Parijs: OECD Publishing. Beschikbaar op: https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.
OECD (2019c) *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*, Parijs: OECD Publishing. Beschikbaar op: https://doi.org/10.1787/5571ef48-en.
OECD (2019d) *Digitalisation and productivity: a story of complementaries*. Parijs: OECD Publishing. Beschikbaar op: https://www.oecd.org/economy/growth/digitalisation-productivity-and-inclusiveness/
OECD (2020) *Innovative Citizen Participation and New Democratic Institutions Catching the deliberative wave*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD (2021) *Taxing Wages, 2019-2020, Non-Tax Compulsory Payments as an Additional Burden on Labour Income in 2020*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OECD, Eurostat en WHO (2017) *A system of Health accounts*, Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
Okma, G.H. (1997) *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law* (diss. Universiteit Utrecht 1997).
Olson, M. (1971) *The logic of collective action: Public goods and the theory of groups*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
Omtzigt, P.H. en E.J. Slootweg (2018) *Kamervragen een brede open studie naar het zorgstelsel en de zorgkosten*, 2018Z03565, Den Haag.
Oorschot, W. van (1998) 'Deservingness and conditionality of solidarity', *Sociale wetenschappen* 41, 3: 54-78.
Oorschot, W. van (2000) 'WHO should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public', *Policy & Politics* 28, 16: 33-48.
Oosterkamp, H., P. de Bekker, M. Carp en G. Koppers (2021) *Een sluis voor toelating van MedTech middelen: een goed idee? Onderzoek naar de toegevoegde waarde van een sluis voor toelating van (dure) MedTech middelen*, Utrecht: Berenschot.
Pammolli, F., M. Riccaboni en L. Magazzini (2008) *The Sustainability of European Health Care Systems: Beyond Income and Aging,* Working paper no. 52/2008, Verona: University of Verona.

PBL en CBS (2019) *Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016-2040*, Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving en Centraal Bureau voor de Statistiek.

Pell, D., O. Mytton, T.L. Penney, A. Briggs, S. Cummins, C. Penn-Jones, M. Rayner, H. Rutter, P. Scarborough, S.J. Sharp, R.D. Smith, M. White en J. Adams (2021) 'Changes in soft drinks purchased by British households associated with the UK soft drinks industry levy: controlled interrupted time series analysis', BMJ; 372: n254. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n254.

Pickhardt, M. (2006) 'Fifty Years after Samuelson's "The Pure Theory of Public Expenditure": What are we Left With?', *Journal of the History of Economic Thought* 28: 439-460.

Plomp, E. (2011) *Winst in de zorg. Juridische aspecten van winstuitkering door zorginstellingen*, dissertatie, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Polder, J.J. (2018) 'Zorguitgaven', blz. 29-52 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Polder, J.J., J. Hoekstra en R.A.A. Vonk (2020) *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten*, RIVM-rapport 2020-0060, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Pommer, E., H. van Kempen en K. Sadiraj (2011) *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg,* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Pomp, M. (2010) *Een Beter Nederland. De gouden Eieren van de Gezondheidszorg,* Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Pomp, M. en S. Vujic (2008) *Rising health spending. New medical technology and the Baumol effect,* CPB Discussion Paper 115, Den Haag: Centraal Planbureau.

Porter, M.E. en E.O. Teisberg (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results,* Boston: Harvard Business School Press.

Pot, G.K, M.C.E. Battjes-Fries, O.N. Patijn, H. Pijl, R.F. Witkamp, M. de Visser, N. van der Zijl, M. de Vries en P.J. Voshol (2019) 'Nutrition and lifestyle intervention in type 2 diabetes: pilot study in the Netherlands showing improved glucose control and reduction in glucose lowering medication', *bmj Nutrition, Prevention & Health*; doi: 10.1136/bmjnph-2018-000012.

PWC (2017) *What doctor? Why ai and robotics will define new health*. Beschikbaar op: https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/ai-robotics-new-health.html.

Raju, T.N.K., A.S. Buist, C.J. Blaisedell, M. Moxey-Mims en S. Saigal (2017) 'Adults born preterm: a review of general health and system-specific outcomes', *Acta Paediatrica* 106, 9: 1409-1437. DOI: 10.1111/apa.13880.

Razenberg, I., M. Kahmann en M. de Gruijter (2018) *'Mind the gap'. Barrières en mogelijkheden voor de arbeidsparticipatie van vluchtelingenvrouwen*, Utrecht: Verwey Jonker Instituut/Kennisplatform Integratie & Samenleving.

Reckers-Droog, V.T., N.J.A. van Exel en W.B.F. Brouwer (2018) 'Looking back and moving forward: On the application of proportional shortfall in healthcare priority setting in the Netherlands', *Health Policy* 122, 6: 621-629.

Reckers-Droog, V., J. van Exel en W. Brouwer (2019) 'Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age or Both?', *Value in Health* 22, 12: 1441-1449.

Regioplan (2020) *Quickscan arbeidsparticipatie van hoogopgeleide vluchtelingen. Een vergelijking tussen Nederland en andere Europese landen*, Amsterdam: Regioplan.

Rhijn, A.A.T. van (1945-1946) *Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 Maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland*,'s-Gravenhage.

Rhodes, A., P. Ferdinande, H. Flaatten, B. Guidet, P.G. Metnitz en R.P. Moreno (2012) 'The variability of critical care bed numbers in Europe', *Intensive Care Medicine* 38: 1647-1653.

Ridder, J. den et al. (2019) *Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Zorgen om Zorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Rijksbegroting 2019.

Rijksjaarverslag (2019) https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verantwoordingsdag/rijksjaarverslag-2019-inkomsten-en-uitgaven.

RIVM (2015) *Kosten van Ziekten 2015,* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM (2018a) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM (2018b) *Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM (2019) *Vaccinatiegraad en jaarverslag rijksvaccinatieprogramma 2019*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM (2020a) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2020.Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM (2020b) *Prevalentie multimorbiditeit naar aantal chronische aandoeningen*. Beschikbaar op: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-multimorbiditeit-naar-aantal-chronische-aandoeningen [21 juni 2021].

RIVM (2020c) *Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
RIVM, Trimbos-instituut en Amsterdam UMC (2019) *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
Rli (2014) *Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn,* Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
RN4CAST (2012) *Nurse forecasting: human resources planning in nursing. 12 European countries.*
ROB (2020) *Herijking van het uitkeringsstelsel*, Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
Roseboom, T. (2018) *De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*, Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.
RTL Nieuws (2019) *Kinderrechters luiden noodklok: kinderen in gevaar door gebrek jeugdzorgwerkers.* Beschikbaar op: https://www.RTLnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4804141/kinderrechters-gebrek-jeugd-zorg-wachtlijsten-noodklok-kinderen [28 juni, 2021]
Ruhs, M. en B. Anderson (2010) *Who needs migrant workers? Labour shortages, immigration, and public policy*, Oxford Scholarship Online.
Ruijsbroek, A., A.H. Wijga, M. Kerkhof, G.H. Koppelman, H.A. Smit en M. Droomers (2011) 'The development of socio-economic health differences in childhood: results of the Dutch longitudinal piama birth cohort', BMC *Public Health* 11: 225.
Russell, L.B. (2009) 'Preventing Chronic Disease: An Important Investment, But Don't Count On Cost Savings', *Health Affairs* 28, 1: 42-45.
Ruwaard, S. (2018) *Purchasing healthcare: Beyond getting the financial incentives right*, dissertatie, Tilburg: Tilburg University.
RVS (2017a) *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2017b) *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2019) *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige* BIG, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2020a) *Acute zorg: van deelbelangen naar gedeeld belang*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2020b) *Digitale dialoog: vervolgstappen voor waardevolle digitale zorg*, nieuwsbericht 12-12-2020, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2020c) *Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de 'coronacrisis'*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2020d) *Applaus is niet genoeg*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS (2021) *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVZ (1998) *Tussen markt en overheid*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
Saez, E., J. Slemrod en S. Giertz (2012) 'The elasticity of taxable income with respect to marginal taks rates: A critical review', *Journal of Economic Literature* 50, 1: 3-50.
Samuelson, P.E. (1954) 'The Pure Theory of Public Expenditure', *The Review of Economics and Statistics* 36, 4: 387-389.
Sanyal, C., P. Stolee, D. Juzwishin en D. Husereau (2018) 'Economic evaluations of eHealth technologies: A systematic review', *PLoS ONE*: 13, 6: e0198112.
Schakel, C. (2018) 'Budgettaire processen en de betaalbaarheid van de zorg', blz. 143-160 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.
Schakel, C., E. Hao Wu en P. Jeurissen (2018) 'Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries', BMC *Public Health* 18, article 300. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5198-y.
Schellingerhout, R. (2004) *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Schonewille-Rosman, A.N., R.P.M Steegers-Theunissen en E.P. Steegers (2019) 'Preconceptiezorg anno 2018. Nog steeds te veel gemiste kansen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 162: D3076.
Schularick M. en A.M. Taylor (2012) 'Credit Booms Gone Bust: Monetary Policy, Leverage Cycles and Financial Crises, 1870-2008', *American Economic Review* 102, 2: 1029-1061.
Schut, E., M. van de Ven en M. Varkevisser (2010) 'Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen', *Economisch Statistische Berichten* 95: 4587.
Schut, F.T. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen*, oratie, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
Schuurman, M. (2018) *Met meer kennis werken aan kwaliteit,* Kalliope Consult, Nieuwegein
SER (2020) *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
SER (2021) *Aan de slag voor de zorg. Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
SER (2021b) *Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn,* Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

Sheiner. L. en A. Malinovskaya (2016) *Measuring productivity in healthcare: an analysis of the literature*, Washington, DC: Brookings Institute. Beschikbaar op: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/08/hp-lit-review_final.pdf.

Snyder, J. en T. Caulfield (2019) 'Patients' crowdfunding campaigns for alternative cancer treatments', *The Lancet* 20, 1: 28-29.

Soeters, M. en G. Verhoeks (2015) *Financiering van preventie - analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*, Wassenaar: ZorgmarktAdvies.

Stadhouders, N. en F. Kruse (2018) 'Welke maatregelen kunnen de zorgkosten bedwingen?', blz. 73-92 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.), *Betaalbare Zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Stadhouders, N., X. Koolman, M. Tanke, H. Maarse en P. Jeurissen (2016) 'Policy options to contain healthcare costs: a review and classification', *Health Policy* 120, 5: 486-494.

Steegers, E.A.P. (2017) 'Sociale verloskunde: Gelijke kansen op een gezonde start', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, 5: 1-4.

Steegers, E., L. van der Meer, H. Ernst en L. Blanchette (2020) 'Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk?', *Medisch Contact*. Beschikbaar op: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-kwetsbare-zwangere-wat-is-dat-eigenlijk.htm.

Steventon, A., M. Bardsley, J. Billings, J. Dixon, H. Doll, M. Beynon, S. Hirani, M. Cartwright, L. Rixon, M. Knapp, C. Henderson, A. Rogers, J. Hendy, R. Fitzpatrick en S. Newman (2013) 'Effect of telecare on use of health and social care services: Findings from the WHOle Systems Demonstrator cluster randomised trial', *Age and Ageing* 42, 4: 501-508.

Stichting Het Potentieel Pakken (2020) *Het potentieel Pakken in de zorg, de kansen rondom grotere deeltijdbanen*. Beschikbaar op: www.hetpotentieelpakken.nl.

Stigler, G. (1971) 'The Theory of Economic Regulation', *Bell Journal of Economics and Management Science* 3: 3-18.

Stolk, E.A., S.J. Pickee, A.H.J.A. Ament en J.J.V. Busschbach (2005) 'Equity in health care prioritisation: An empirical inquiry into social value', *Health Policy* 74, 3: 343-355.

Stronks, K. en L. Gunning-Schepers (1993) 'Should equity in health be target number 1?', *European Journal of Public Health* 3, 2: 104-111.

Studiegroep begrotingsruimte (2020) *Koers bepalen. Kiezen in tijden van budgettaire krapte*, Den Haag: Rijksoverheid.

Sturmberg, J.P., D.M. O'Halloran en C.M. Martin (2012) 'Understanding Health System Reform – A Complex Adaptive Systems Perspective', *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18, 1: 202-208.

Tanke, M. (2018) 'Een doelmatig zorglandschap, basis voor betaalbare zorg', blz. 235-258 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare Zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek (2018) *De Juiste Zorg op de Juiste Plek – Wie Durft? Rapport van de Taskforce.*

Taylor, A.M. (2012) *The Great Leveraging*, NBER Working Paper 18290, Cambridge MA: National Bureau Of Economic Research.

Tetlock, P.E. (2003) 'Thinking the unthinkable: sacred values and taboo cognitions', *Trends in Cognitive Science* 7, 7: 320-324.

Tetlock, P.E., B.A. Mellers en J.P. Scoblic (2017) 'Sacred versus Pseudo-Sacred Values: How People Cope with Taboo Trade-Offs', *American Economic Review* 107, 5: 96-99.

Thaler, R. en S. Rosen (1976) 'The Value of Saving a Life: Evidence from the Labor Market', blz. 265-302 in N.E. Terleckyj (ed.) *Household Production and Consumption*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Thatcher, M. en A.S. Sweet (2002) 'Theory and Practice of Delegation to Non-Majoritarian Institutions', *West European Politics* 25, 1: 1-22.

Thatcher, M. en A.S. Sweet (2003) *The politics of delegation*, Londen: Frank Cass Ltc.

Thoenes, P. (1984) *De crisis als uitdaging: opstellen over heden en toekomst van de verzorgingsstaat*, Amsterdam: Kobra.

Timmermans, J., C. van Campen en J. Hessing (2002) 'Zorg', blz. 273-337 in SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Timmins, N., M. Rawlins en J. Appleby (2016) *A terrible beauty. A short history of nice*, HITAP.

TNO (2019) *Arbobalans 2018. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Leiden: TNO.

Toirkens, J. (1988) *Schijn en Werkelijkheid van het Bezuinigingsbeleid, 1975-1986*, Amsterdam: Kluwer.

Transform (2019) *Inzet personeel uit het buitenland. Oplossingen voor arbeidsmarktvraagstukken binnen zorg en welzijn in Nederland?*, Tilburg: Transvorm.

Trappenburg, M. (2005) *Gezondheidszorg en democratie,* oratie, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Trimbos en Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie en Veiligheid (2020) *Nationale Drug Monitor.* Jaarbericht 2019, Utrecht: Trimbos en Den Haag: WODC

Tuohy, C.H. en S. Glied (2011) 'The Political Economy of Health Care', blz. 58-77 in S. Glied en P.C. Smith (red.) *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford: Oxford University Press.

Tuyl, L. van, R. Batenburg, J. Keuper, M. Meurs en R. Friele (2020a) *Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*, Utrecht: Nivel.

Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020b) *Visies op taakherschikking: een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland*, Utrecht: Nivel.

Tweede Kamer (2017) *Algemene Financiële Beschouwingen 2018*.

Veerbeek, M., A. Knispel en J. Nuijen (2012) *ggz in tabellen 2011*, Utrecht: Trimbos-instituut.

Velez Lapao, L. en G. Dussault (2017) 'The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review', *Public Health Panorama* 3, 3: 357-536.

Vellinga, R., E. Steenbergen, E. Nawijn en M. van Bakel (2020) *Suikertaks: een vergelijking tussen drie Europese landen*, RIVM-briefrapport 2020-0112, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Verbeek-Oudijk, D. en L. Putman (2016) *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in 13 Europese landen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verbeek-Oudijk, D. en C. van Campen (2017) *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verest, W., A. de Veer, K. de Groot en A. Francke (2019) *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten: Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg*, Utrecht: Nivel.

Verhelst, K. (2021) 'Denemarken vaccineert snel met dank aan korte keten', *Financieel Dagblad*, 26 januari.

Vermaat, M.F. (2006) 'Wet Maatschappelijke Ondersteuning: alles mag, niets moet?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 30: 1.

Victoor, A., M.E. van den Akker-van Marle, B. van de Berg, J. Hansen, W.B. van den Hout en J.D. de Jong (2011) *Preferentieonderzoek PakketAdviezen. De geschiktheid van drie waarderingsmethoden om de preferenties van verzekerden voor de samenstelling van de basisverzekering te meten*, Nivel: Utrecht.

Victoor, A., J. Hansen, M.E. van den Akker-van Marle, B. van de Berg, W.B. van den Hout en J.D. de Jong (2014) 'Choosing your health insurance package: A method for measuring the public's preferences for changes in the national health insurance plan', *Health Policy* 117: 257-265.

Vilans (2020) *Regeldruk in de langdurige zorg boosdoeners blootgelegd*, Utrecht: Vilans.

Vlaanderen, F. en A. Klink (2018) 'Betaalbaarheid en bekostiging van curatieve zorg: combinaties van bekostigingsvormen en kwaliteitsmeting', blz. 357-372 in Jeurissen, P., H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare Zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.

Vlaanderen, F.P., Y. de Man, M.A.C. Tanke, M. Munneke, F. Atsma, M.J. Meinders, P.P.T. Jeurissen, B.R. Bloem, J.H. Krijthe en S. Groenewoud (2021) 'Density of Patient-Sharing Networks: Impact on the Value of Parkinson Care', *International Journal of Health Policy and Management*,.DOI 0.34172/ijhpm.2021.15.

Vliet, N. van der, A.W.M. Suijkerbuijk, A.T. de Blaeij, G.A. de Wit, P.F. van Gils, B.A.M. Staatsen, R. Maas en J.J. Polder (2020) 'Ranking Preventive Interventions from Different Policy Domains: What Are the Most Cost-Effective Ways to Improve Public Health?', *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 6: 2160.

VNG (2020) *De kracht van wijd reiken: advies om de transformatie van de jeugdhulp te laten slagen*, Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Expertiseteam Reikwijdte Jeugdhulpplicht.

Vonk, R. (2012) 'Een taak voor de staat? De Duitse bezetting en de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland, 1939-1949', BMGN – *Low Countries Historical Review* 127, 3: 3-28.

Vonk, R. (2013) *Recht of schade. Een geschiedenis van particuliere ziektekostenverzekeraars en hun positie in het Nederlandse zorgverzekeringsbestel, 1900-2006*, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Vonk, R. en F. Schut (2019) 'Can universal access be achieved in a voluntary private health insurance market? Dutch private insurers caught between competing logics', *Health Economics, Policy and Law* 14,3: 315-336.

Vonk, R., H. Hilderink, M. Plasmans, G. Kommer en J. Polder (2020) *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (*WRR*). Deel 1: toekomstprojecties*, RIVM-Rapport 2020-0059, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Vreman, R.A., A.K. Mantel-Teeuwisse, A.M. Hövels, H.G.M. Leufkens en W.G. Goettsch (2020) 'Differences in Health Technology Assessment Recommendations Among European Jurisdictions: The Role of Practice Variations', *Value in Health* 23(1): 10-16.

Waelput, A.J.M., M.K. Sijpkens, J. Lagendijk, M.R.C. van Minde, H. Raat, H. Ernst-Smelt, M.L.A. de Kroon, A.N. Rosman, J.V. Been, L.C.M. Bertens en E.A.P. Steegers (2017) 'Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: Rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program', BMC *Pregnancy and Childbirth* 17,1: 254. DOI: 10.1186/s12884-017-1425-2.

Waldrop, M.M. (1992) *Complexity: the Emerging Science at the Edge of Order and Chaos*, London: Viking.

Wammes, J.J.G, M. Tanke, W. Jonkers, G.P. Westert, P. van der Wees en P.P. Jeurissen (2017) 'Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study', BMJ *Open* 7, 11: e017775.

Weaver, K. (1986) 'The politics of blame avoidance', *Journal of Public Policy* 1986, 6: 371-398.

Weinstein M.C. (1998) 'A QALY is a QALY is a QALY – or is it?', *Journal of Health Economics*, 7: 289-290.

Weinstein, M.C., G. Torrance en A. McGuire (2009) 'QALYs: The Basics', *Value in Health* 12, S1: S5-S9.

Weisz, J.R., I.N. Sandler, J.A. Durlak en B.S. Anton(2005) 'Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment', *American psychologist* 60, 6: 628-48.

Went, R., M. Kremer en A. Knottnerus (2015) *De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk,* WRR-Verkenning 31, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Werff, S. van der, L. Kok, T. Vervliet en W. Luiten (2019) *Ontwikkelingen op de Arbeidsmarkt voor Medisch en Verzorgend Personeel*, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Whitehead, S.J. en S. Ali (2010) 'Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities', *British Medical Bulletin* 96,1: 5-21.

WHO (2005) 'Constitution of the World Health Organization', blz. 1-20 in *who Basic Documents Forty-ninth edition 2020*, Geneva: World Health Organization.

Williams, G.A., G. Jacob, I. Rakovac, C. Scotter en M. Wismar (2020) 'Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: Data from the joint OECD/eurostat/WHO-Europe questionnaire', *European Journal of Public Health*, 30, 4: IV5-IV11.

Wilt, G.J. van der, E. Adang, R. Baltussen en W. Oortwijn (2018) 'De waarde(n) van pakketbeheer', blz. 109-123 in: P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare zorg,* Den Haag: Sdu Uitgevers.

Wismar, M., C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault en J. Figueras (2011) *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 countries*, Geneve: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policy.

Wit, A. de, K. Visscher, E. Over, N. van Gelder, B. Everaars, P. van Gils en C. Voogt (2021) *Minimum Unit Pricing voor alcohol. Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland.* RIVM-RAPPORT 2021-0014, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Witt, S. de (2019) *Solidariteit in de gezondheidszorg; opvattingen over zorgpremie en leefstijl*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Woittiez, I.B., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014) *Zorg beter begrepen: verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking,* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Woittiez, I.B., E. Eggink, L. Putman en M. Ras (2018) *An international comparison of care for people with intellectual disability,* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wong, A., P.L.H. Bakx, B. Wouterse en E.K.A. van Doorslaer (2018) 'Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg', ESB Gezondheid.

Woolf, S.H. (2009) 'A Closer Look at the Economic Argument for Disease Prevention', *Jama 301,* 5:536-538.

Wouters, M., M. Huygens, H. Voogdt, M. Meurs, J. de Groot, K. de Bruin, A. Brabers, C. Hofstede, R. Friele en L. van Gennip (2019) *Samen aan zet! eHealth-monitor 2019*, Den Haag/Utrecht: Nictiz en Nivel.

Wouterse, B. (2020) 'Preventie is belangrijk, maar verlaagt zorgkosten nauwelijks', blog ESB. Beschikbaar op: https://esb.nu/blog/20060501/preventie-is-belangrijk-maar-verlaagt-zorgkosten-nauwelijks.

WRR (1997) *Volksgezondheidszorg,* Rapporten aan de regering nr. 52, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2014a) *Met kennis van gedrag beleid maken*, Rapporten aan de Regering nr. 92, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2014b) *Naar een voedselbeleid*, Rapporten aan de Regering nr. 93, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2016) *Samenleving en Financiële Sector in Evenwicht*, Rapporten aan de Regering nr. 96, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2017) *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*, Rapporten aan de Regering nr. 97, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2020a) *Samenleven in verscheidenheid. Beleid voor de migratiesamenleving,* Rapporten aan de Regering nr. 103, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2020b) *Het betere werk, de nieuwe maatschappelijke opgave*, Rapporten aan de Regering nr. 102, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR, ROB en Gezondheidsraad (2021) *Verwerven, waarderen en wegen. De inzet van kennis bij beleidsadvisering in crisistijd*, Den Haag.

Yperen, T. van, A. van de Maat en J. Prakken (2019) *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en Aanpak*, Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

Yperen, T. van, K. Hofstede, R. Hageraats, A. Kraak en A. van de Maat (2021) *Vasthoudend transformeren. Reflecties op de stelseldiscussie jeugdzorg*, Position Paper, Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zanden, van, J.L. (1997) *Een Klein Land in de 20e Eeuw. Economische Geschiedenis van Nederland 1914-1995*, Utrecht: Het Spectrum.

Zeilstra, A., A. den Ouden en W. Vermeulen (2019) *Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025*, Den Haag: Centraal Planbureau.

ZiN (2016a) *Horen vitaminen, mineralen en paracetamol (1000 mg) (nog) thuis in het te verzekeren pakket?*, Diemen: Zorginstituut Nederland.

ZiN (2016b) *Passend Onderzoek effectiviteit Langdurige Zorg*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
ZiN (2017) *Pakketadvies in de praktijk. Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
ZiN (2019) *Verbetersignalement 'Zorgtraject van mensen met* COPD*'*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
ZiN (2020a) *Pakketadvies herbeoordeling osimertinib*. Beschikbaar op: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/09/21/pakketadvies-herbeoordeling-osimertinib-tagrisso.
ZiN (2020b) *Advies Digitaal waar mogelijk en wenselijk*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
ZiN en NZa (2020) *Adviesrapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*, Diemen: Zorginstituut Nederland en Utrecht: Nationale Zorgautoriteit.
Zorgvisie (2019) 'Europa investeert jaarlijks tientallen miljoenen in *e-health* voor ouderen'. Beschikbaar op: https://www.zorgvisie.nl/europa-investeert-jaarlijks-tientallen-miljoenen-in-*e-health*-voor-ouderen/ [21 juni 2021].
Zweifel, P., S. Felder en M. Meiers (1999) 'Ageing of population and health care expenditure: a red herring?', *Health Economics* 8, 6:485-496.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
T.a.v. prof. mr. J.E.J. Prins
Postbus 20004
2500 EA DEN HAAG

**Dir. Macro-Eco Vraagst. en Arbeidmarkt**
Team AEB

**Bezoekadres**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

Datum - 9 APR. 2018
Betreft Verzoek WRR - onderzoek naar betaalbaarheid zorg

**Kenmerk**
1323903-175152-MEVA

**Uw brief**

**Bijlage(n)**
-

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

Geachte mevrouw Prins,

Kwalitatief goede, toegankelijke zorg is een groot goed in Nederland. Het draagt bij aan de stijgende levensverwachting en het aantal in goede gezondheid ervaren levensjaren. Maar ons zorgstelsel heeft ook een prijs. De Nederlandse zorguitgaven, en onderliggende zorgkosten, zijn de laatste decennia flink gestegen en ook op de korte termijn groeien de zorguitgaven – ondanks de verschillende inspanningen van het kabinet-Rutte III – naar verwachting harder dan de economisch groei . Zowel technologische ontwikkelingen als de ouder wordende samenleving en de daarmee samenhangende veranderende zorgvraag (stijging aandeel chronisch zieken, ouderdomsgerelateerde aandoeningen) hebben invloed op deze stijging.

Daarbij komt dat de zorguitgaven een steeds groter deel gaan innemen van de totale bruto collectieve uitgaven en hiermee andere uitgaven verdringen. Meer geld voor zorg betekent dat er relatief minder geld beschikbaar is voor bijvoorbeeld onderwijs, defensie en sociale zekerheid. Onder andere de Raad van State heeft gewezen op dit verdringingseffect, in reactie op de Miljoenennota 2018. Ook beperkt de stijging van de zorguitgaven (de groei van) het besteedbaar inkomen van huishoudens. Dit onderstreept het belang van beheersing van de zorguitgaven op zowel de korte termijn – onder andere via de hoofdlijnakkoorden – als op de langere termijn.

Tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen (8 november jl.) heeft het Kamerlid Omtzigt aan de minister van Financiën verzocht om de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid te vragen om een onderzoek uit te voeren naar de zorg. Het onderzoek zou in moeten gaan op de sterk stijgende zorgkosten en hoe het zorgstelsel betaalbaar en houdbaar gehouden kan worden. Hierbij kan worden bezien of we bijvoorbeeld iets kunnen leren van de omliggende landen. Het onderzoek heeft tot doel om de huidige en vooral ook toekomstige regeringen te informeren.

**Dir. Macro-Eco Vraagst. en Arbeidmarkt**
Team AEB

**Kenmerk**
1323903-175152-MEVA

De Taskforce Beheersing Zorguitgaven adviseerde in 2012 dat de groei van de zorguitgaven gelijk op zou moeten lopen met de economische groei plus demografie om op een houdbaar pad te komen. Deze Taskforce adviseerde al over opties om de collectieve zorguitgaven op de middellange termijn beter te beheersen en op een houdbaar groeipad te komen. Het spanningsveld tussen de houdbaarheid van en solidariteit in de zorg is een maatschappelijk vraagstuk dat onverminderd actueel is en nog vele toekomstige kabinetten zal bezighouden. Het is dan ook belangrijk om te kijken naar creatieve en domeinoverstijgende invalshoeken omtrent dit vraagstuk.

Gelet op het belang en complexiteit van het vraagstuk van de houdbaarheid van de zorguitgaven, onderschrijft het kabinet de behoefte aan een domeinoverstijgend advies over de houdbaarheid van zorgkosten op de lange termijn. Daarbij verdienen volgens het kabinet zowel maatschappelijke ontwikkelingen – zoals die op de arbeidsmarkt – als financieel-economische aspecten aandacht. Het kan daarbij ondersteunend zijn om te leren van goede voorbeelden uit het buitenland over hoe we kunnen omgaan met de gevolgen van demografische ontwikkelingen door bijvoorbeeld gebruik te maken van sociale en technologische innovatie. Ook kan het nuttig zijn om over onze landsgrenzen heen te kijken naar hoe andere landen omgaan met de stijgende zorguitgaven, en onderliggende kosten, en welke lessen we daaruit kunnen trekken.

Wij realiseren ons dat de WRR gaat over zijn eigen werkprogramma. Wij vernemen graag of een dergelijk onderzoek zou passen in uw onderzoeksprogramma. Ter ondersteuning van de (mogelijke) advisering is het denkbaar dat hieraan voorafgaand kwantitatief vooronderzoek uit wordt gevoerd om de toekomstige ontwikkeling van zorguitgaven (en onderliggende zorgkosten) in beeld te brengen, alsmede de financieel-economische aspecten van houdbaarheid van de zorguitgaven, waarbij bijvoorbeeld de cijfers, modellen en prognoses in kaart worden gebracht. Wij zijn graag bereid een verzoek hiertoe te faciliteren.

Mede namens de minister van Financiën, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. M. de Jonge

**Dir. Macro-Eco Vraagst. en Arbeidmarkt**
Team AEB

**Kenmerk**
1323903-175152-MEVA

**Woordelijk verslag AFB (8/11/2017)**

De heer Omtzigt (CDA): Dan de zorg. We praten in dit huis heel veel over de verdeling van de zorgkosten. Moet het via de premie gaan? Moet het via de belastingen gaan? Moet het via het eigen risico gaan? We praten iets minder over de stijging van de zorgkosten. Het blijft, zo zeg ik in alle eerlijkheid, de snelst stijgende post op de begroting. De kosten stijgen van circa 69 miljard naar circa 82 miljard. Meer dan 4% reële groei per jaar. Mijn vraag is dan ook of de regering bereid is om bijvoorbeeld de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid te laten kijken naar de toekomst hiervan en hoe wij een solidair zorgstelsel, waar vele mensen dag in, dag uit hard in werken, betaalbaar en houdbaar kunnen houden en om te laten kijken of we bijvoorbeeld iets kunnen leren van de omliggende landen en of er dingen zijn die heel goed zijn en dingen waarvan we zeggen dat het een stuk beter kan, zodat niet alleen deze regering goed kan omgaan met de zorg maar ook de regeringen die nog na deze regering komen.

...

De heer Snels (GroenLinks): Ook nog een vraag over de zorg. Ik deel de zorg van de heer Omtzigt dat we op de langere termijn moeten zorgen dat de zorgkosten beheersbaar en betaalbaar blijven en ook eerlijk gedeeld worden. Ik zie wel wat in zijn voorstel om de reactie van het kabinet af te wachten, want wie weet zal de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid er eens naar kijken. Wat mij betreft wordt er dan ook gekeken naar een eerlijke verdeling van de kosten, want door de stijging van de nominale premie en het eigen risico, dat nu wel afgevlakt is, zie je ook een sluipende privatisering van de zorgkosten, zou je kunnen zeggen. Maar mijn concrete vraag is, en dan gaan we toch weer terug naar het begrotingsbeleid: dit kabinet gaat hoofdlijnenakkoorden afsluiten en hoopt daarmee de zorgkosten te beperken. Het is daar wat optimistischer in dan het CPB. Maar als het lukt en de premies dalen — mensen blij, want de nominale premies dalen — ...

De voorzitter: En uw vraag is?

De heer Snels (GroenLinks): ... dan zegt het kabinet: de belastingen gaan omhoog, tarief eerste schijf. Wat is dat voor een truc?

**Woordelijk verslag AFB (9/11/2017)**

Minister Hoekstra: De heer Omtzigt heeft ook nog een heel specifieke vraag gesteld. Hij vroeg naar de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Hij vroeg of we ook zouden kunnen kijken naar de betaalbaarheid en de houdbaarheid in andere landen. Ik wil hem dat graag toezeggen, maar ik zou hem ook hier willen vragen om mij even de gelegenheid te geven om te overleggen met de beide bewindspersonen van VWS. Want — daar kan ik mevrouw Leijten, denk ik, wel de hand reiken — dit is echt meer dan alleen een financieel dossier. Het gaat hier ook echt om gezondheidswinst en hoe je die kunt bereiken. Natuurlijk zit er een duidelijke financiële component in, maar er zit juist ook een heel duidelijke maatschappelijke component in. Dus wat mij betreft zou dat debat niet alleen vanuit Financiën gevoerd moeten worden, maar ook vanuit de andere leden van het kabinet en ik denk ook met andere leden van deze Kamer.

## Rapporten aan de regering

### Samenleven in verscheidenheid. Beleid voor de migratiesamenleving (WRR-rapport nr. 103, 2020)

Het is belangrijk dat iedereen – nieuwkomers en gevestigde inwoners – zich thuis kan voelen in Nederland. Dat vraagt om een actiever overheidsbeleid om alle nieuwe migranten wegwijs te maken en op te nemen in onze samenleving. Er dienen ontvangst- en inburgeringsvoorzieningen te komen voor alle migranten: kennismigranten, asielmigranten, gezinsmigranten en migranten uit de Europese Unie. Gemeenten spelen daarin een sleutelrol en hebben daarvoor ondersteuning nodig.

### Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht (WRR-rapport nr. 102, 2020)

Nieuwe technologie, de toename van flexibel werk en de intensivering van werk kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van werk. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid adviseert bedrijven, instellingen, sociale partners en de overheid in te zetten op goed werk voor iedereen die wil en kan werken. Goed werk is essentieel voor de brede welvaart in ons land: voor de economie en voor de sociale samenhang.

### Voorbereiden op digitale ontwrichting (WRR-rapport nr. 101, 2019)

Digitale infrastructuur - is vaak zonder dat we het merken - intens verweven met processen die van groot belang zijn voor de samenleving, de economie en de democratische rechtstaat. Voor verstoringen in de fysieke wereld bestaan professionele crisisorganisaties en uitgebreide wet- en regelgeving. De voorbereiding op een digitale ontwrichting krijgt echter nauwelijks tot geen aandacht. In dit rapport pleit de WRR voor een betere voorbereiding op een digitale ontwrichting door o.a. adequate bevoegdheden om escalatie te voorkomen en inspanningen op het terrein van cyberverzekeringen te verrichten.

Alle *Rapporten aan de Regering* en publicaties in de reeksen *Policy Briefs*, *Verkenningen* en *Working Papers* zijn beschikbaar via: www.wrr.nl/publicaties

# Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en
maatschappelijk draagvlak

---

Vroeg of laat krijgt iedereen te maken met gezondheidsproblemen. We vertrouwen erop dat er dan tijdig zorg van goede kwaliteit beschikbaar is. De Nederlandse zorg presteert over het algemeen goed, maar er zijn in delen van de zorg grote knelpunten. Om kwaliteit en toegankelijkheid te kunnen borgen dient de zorg financieel, personeel en in maatschappelijk opzicht houdbaar te zijn. Deze drie dimensies van houdbaarheid staan echter steeds meer onder druk door ontwikkelingen als vergrijzing, de opkomst van nieuwe zorgtechnologie en de toename van het aantal chronisch zieken. De WRR concludeert dat goede en houdbare zorg voor iedereen keuzes vergt. We moeten weloverwogen, heldere en soms scherpe prioriteiten stellen. Dat is allereerst een verantwoordelijkheid van de politiek, maar daarnaast ook van zorgverleners in alle sectoren en van burgers zelf. Deze en andere aanbevelingen doet de WRR in het rapport *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

9 789490 186975 >

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID