

KNELPUNTEN IN DE ZORG IN DE JAREN '20

Robert Mouton | Guus Schrijvers

Knelpunten in de zorg in de jaren 20
Robert Mouton en Guus Schrijvers

ISBN 978 90 8560 385 6
NUR 897 / THEMA MBPA / JKSG

© 2025 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training and similar technologies.

Voorwoord en leeswijzer

In de nazomer van 2024 besloten wij als redactie van de Nieuwsbrief Zorg & Innovatie om een bundel uit te brengen van editorials. Het doel daarvan? De meest prangende knelpunten in de zorg en hun oplossingsrichtingen voor de jaren 20 aan de orde stellen. De bundel is een selectie. Deze behandelt lang niet alle onderwerpen die in de Nieuwsbrief aan de orde komen.

Een sector met 1,4 miljoen werkenden en een omzet van 110 miljard laat zich vanzelfsprekend niet in een bundel samenvatten. Tegelijk, als we de problemen in de zorg niet zouden kunnen comprimeren tot inleidingen, hoe moet er dan begrip ontstaan? Hoe moeten knelpunten dan worden opgelost? Te vaak zien wij oneliners, politieke getinte overtuigingen en hoog-over uitspraken die de boot missen. Ons besluit om dit boek uit te brengen is gebaseerd op de overtuiging dat

- zonder kennis van zaken,
- zonder goede maatschappelijke discussie en
- zonder goede focus op gezondheidsdoelen

politiek, veld en kenniscentra niet verder komen. We hopen met het boek een bijdrage te leveren aan het verspreiden van kennis over zorg, het voeren van een inhoudelijke dialoog en het onderbouwen van langetermijnbeleid. Maar ook niet meer dan dat.

Gezondheidszorg is een semipublieke sector

Wij typeren de gezondheidszorg als een semipublieke sector. De bekostiging vindt plaats via verplichte verzekeringspremies op solidaire basis (jong of oud, gezond of ongezond, rijk of arm, men betaalt hetzelfde) en met inkomensafhankelijke bijdragen van werknemers en werkgevers. Wetgeving en speciaal daartoe opgerichte overheidsinstanties borgen en handhaven toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. De verantwoordelijkheid van de overheid in deze lijkt groot, maar dit is slechts het publieke gedeelte.

De partijen die over de daadwerkelijke zorg gaan (in economische termen: de productie en de consumptie) zijn privaat van aard. In de kern zijn de zorgverzekeraars private schadeverzekeraars, maar met dien verstande dat zij tegenover hun verzekerden zorgplicht hebben. Het overgrote deel van de zorgaanbieders is ook privaat van aard en wordt door de private verzekeraars jaarlijks gecontracteerd. Beide instanties bevinden zich in het private domein en kunnen als maatschappelijk ondernemers wor-

den gezien: met hun eigen missies, visies, ondernemingsplannen, inzichten, financieringen, risicoanalyses, concurrentiestrategieën et cetera. Op deze schets zijn weer uitzonderingen, niet alle zorgwetten zijn op dezelfde manier ingericht.

Deze schets maakt duidelijk dat er sprake is van een semipublieke sector: de overheid creëert de basale randvoorwaarden en stelt eisen aan de uitvoering, het maatschappelijk veld voert uit. Partijen in dat maatschappelijk veld richten zich niet per definitie uitsluitend op een zorgbelang, maar ook op strategische oftewel institutionele belangen zoals expansie, winst, en maximale omzet.

Overheid en veld: een gedwongen huwelijk

Het spreekt voor zich dat het aldus gecreëerde schisma in termen van aansturing en toezicht ook gezien kan worden als een gedwongen huwelijk, waarin knelpunten die zich voordoen in de uitvoering niet of niet gemakkelijk kunnen worden opgelost door wetten of overheidsinstanties. Het is dan heel Nederlands om ruwweg drie wegen te gaan bewandelen:

1. Sociale partners zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden zoeken elkaar op in de regionale of landelijke polder, stellen doelen en maken afspraken.
2. Of, als de nood hoog is, beroept men zich op de wet en gaat men naar de rechter of de Tweede Kamer om beleid af te dwingen of tegen te houden.
3. Of, en dat gebeurt misschien wel het meest intensief: de partijen in het maatschappelijk veld zien de problematiek allang als hun eigen verantwoordelijkheid en uitdaging en zoeken naar eigen deeloplossingen (al dan niet met behulp van een subsidiekraan).

De laatste stelselwijziging duurde twintig jaar

Wij zien de logica van deze drie wegen in. Gelet op de schets in de eerste alinea vragen wij ons wel af of het achterliggende construct *semipublieke sector*, ook wel het stelsel genoemd, zelf niet toe is aan revisie. Immers, in de jaren 20 raken oplossingen van knelpunten in tempo steeds verder achter op de vorming van de knelpunten zelf. De laatste stelselwijziging had een voorbereidingstijd van twintig jaar discussie (1986-2006), dus als we tempo zouden willen maken dan moeten we eerst goed de diagnose stellen en bovenal creatief zijn: het stelsel is meer dan een kaartenhuis van belangen en wetten, het is een kasteel dat deel uitmaakt van een nog veel grotere verdedigingslinie voor solidariteit, waar Nederland als beschaafd land en als een civil society voor heeft gekozen. Opgepast dus.

Leeswijzer

Dit boek bevat een bundel van editorials en behandelt knelpunten die in zijn samenhang bijdragen aan het verdere begrip dat nodig is om het grote en complexe veld van de gezondheidszorg te doorgronden. Het gaat om een selectie van bijdragen van de afgelopen vijf jaar. De bedoeling van een editorial is om de complexiteit van elk onderwerp terug te brengen tot begrijpelijke informatie voor diegenen die in de zorg (gaan) werken. Het laat daarmee tegelijk ook zien dat er geen simpele all-in-oneoplossingen voorhanden zijn. Gaandeweg zijn wij wel tot de conclusie gekomen dat de twee grootste knelpunten in de zorg, het personeelstekort en het tekort aan geld, ook verreweg de hoogste prioriteit moeten hebben. Daarop zou de focus van bestuurders – zowel in het publieke als het private domein – op gericht moeten zijn. De andere knelpunten die we beschrijven mogen echter niet verwaarloosd worden.

De nieuwsbrief bevat nog veel meer artikelen die ingaan op de hier beschreven, maar ook andere knelpunten, problemen en ontwikkelingen in de zorg. Het boek moet dus worden gezien aan als een bijdrage in de discussie over de zorg in de verdere jaren 20 en zeker niet als panacee of alomvattende visie.

Robert Mouton en Guus Schrijvers
Redacteuren van de Nieuwsbrief Zorg en Innovatie

Inhoudsopgave

INLEIDING OP ZEVEN KNELPUNTEN IN DE ZORG

- 1 De zorg overkomt je, visie en vraagtekens bij het stelsel 12

PERSONEELSTEKORTEN: HET EERSTE KNELPUNT

- 2 Op weg naar een visie op basis van voorspelling en aanpak personeelstekorten 18
- 3 Barmhartigheid en professionaliteit in de zorg, daar gaat het om 24
- 4 Kommer, kwel en zorgverlener 26
- 5 Open brief over tekort aan professionals in de ziekenhuizen 28

GELDGEBREK: HET TWEDE KNELPUNT

- 6 Zorgkosten 2024-2028: Tragedies en wat kan nog wel? 32
- 7 Mededingingsrecht en gebudgetteerde marktwerking:
zoeken naar de juiste balans 40
- 8 Aanneemsom is alternatief voor betaling per verrichting 45
- 9 Zorg op uw oude dag? Laten SER, CPB en RIVM duidelijkheid bieden 52

TOEGANKELIJKHEID SCHIET TEKORT: HET DERDE KNELPUNT

- 10 Behoud gelijke toegang tot de zorg in de komende jaren met twee maatregelen 56
- 11 Aanpak gezondheidsverschillen tussen praktisch en theoretisch geschoolden
met een maatschappelijke coalitie 59

GEZONDHEIDSBESCHERMING EN GEZONDE LEEFSTIJLEN: HET VIERDE KNELPUNT

- 12 De wortel en de stok in public health beleid 66
- 13 Effectiviteitsbepaling van preventie vergt eenduidigheid
over kosten en perspectief 69
- 14 Anti-rookbeleid in economisch perspectief 72

ZORGVERZEKERAARS EN HUN POSITIE: HET VIJFDE KNELPUNT

- 15 Drie opties voor de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars 76
- 16 Private, regionale, zorgverzekeraars die zorg gaan plannen? Niet doen. 82

WACHTLIJSTEN IN DE LANGDURIGE ZORG: HET ZESDE KNELPUNT

17 Mantelzorg ontbreekt in de Wlz: dat kan anders	88
18 Hoe gaat de ggz geordend worden?	91
19 ZiNL geeft Wlz-signaal af, maar het maatschappelijk middenveld moet het oppikken	94

VOORBEREIDING OP TOEKOMST STAGNEERT: HET ZEVENDE EN LAATSTE KNELPUNT

20 Goedkope truc: alles uit de knel en getransformeerd	98
21 Wat lost het IZA op?	102
22 Normen passende zorg nader beschouwd	106
23 Zeven knelpunten nu en hoe verder	110
De Stichting Nieuwsbrief Zorg & Innovatie	117
Referenties	118
Afkorting	135

**INLEIDING
OP ZEVEN KNELPUNTEN
IN DE ZORG**

1

De zorg overkomt je, visie en vraagtekens bij het stelsel

door Robert Mouton en Guus Schrijvers

Nieuwsbrief Zorg & Innovatie december 2023

Capaciteitsproblemen

In eerdere editorials wezen wij al op het voortreffelijke rapport van de WRR¹ 2021. Daarin is, natuurlijk met bepaalde aannames, berekend wat er in de komende decennia aan zorgvraag ontstaat, wat voor zorgcapaciteit, inclusief personele capaciteit, dit vergt en wat de kosten hiervan zijn, zowel in absolute zin als in relatieve zin (als percentage van het bnp). De conclusie voor iedereen die dit leest is: dat gaat niet werken. Noch het personeel, noch de bekostiging is hiervoor op te brengen. We herhalen hier hetgeen we eerder² schreven:

- Het personeelsgebrek is groot en wordt gigantisch: dadelijk (2040) moet één op de vier werkenden in de zorg werkzaam zijn (bron WRR³, p. 105, tabel 3.4).
- De groei in kosten stijgt naar 18,7 procent van het bbp in 2040 (bron WRR⁴, p.79, tabel 3.1) (zorgquote).

Deze constatering zou voor alle politieke partijen en alle beleidsorganen uitgangspunt moeten zijn: hoe gaan we dit dan wel oplossen? Mooie rapporten en vergezichten op het gebied van informele zorg, digitale zorg, burgerinitiatieven, samenwerking, regionalisering, betaaltitels, thuis- en zelfzorg, concentratie, anders wonen, bieden perspectieven, maar niemand vertelt welke maatregel tot welke kwantitatieve verandering in de voorspelling van de zorgvraag leidt.

Tegelijk speelt op de achtergrond een stelsel- en cultuurvraag: kan het met een beetje minder marktwerking, met minder administratieve lasten, minder controle, meer vertrouwen en meer oog voor de directe behoefte van zowel zorgmedewerkers als patiënten? Zonder hier in dit editorial diep op in te gaan kan al gesteld worden dat bij veel van de zorginstellingen – natuurlijk lang niet alle – blijkbaar met onevenredig grote uitstroomaantallen en verzuimpercentages⁵ te maken hebben: respectievelijk 142.390⁶ en 6,7 procent in het tweede kwartaal 2023.

Onmacht en effectieve inzet van capaciteit: dat is pas echt passende zorg

Waar duidt dit alles op? Wij benoemen het als onmacht. Onmacht om een coherent waardenpatroon te bepalen of te ontdekken in de informatieprikkels die bij zowel beleidsmakers als de zorgmedewerkers binnenkomen. Beleidsmakers proberen bijvoorbeeld uit alle macht zowel binnen als tussen instellingen op basis van een aantal principes (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit) tot zo patiëntvriendelijk beleid te komen.

Daar wordt veel subsidie en instellingsgeld in gepompt en tegelijkertijd worden ze overspoeld of tegengehouden door tal van belemmerende wet- en regelgeving en subsidievoorwaarden. Zorgmedewerkers die op grond van hun eigen overtuigingen (sociaal, hulpvaardig, werken in teams) voor het beroep hebben gekozen worden gefrustreerd door roosterproblematiek, administratieve belasting en de continue noodzaak om bij uitval van collega's in te springen.

Wij constateren dat de onmacht in feite al door capaciteitsproblemen ontstaan is. Dan kunnen we proberen het zorgaanbod te vergroten, maar daar is geen capaciteit voor, of we kunnen bestaande capaciteit effectiever inzetten. Dat is volgens ons immers pas echt passende zorg. Om dat te kunnen doen is er wel iets nodig dat nu nog ontbreekt: samenhang.

Visie en regiovisie, paradigma's en eenheid van beleid

Regiobeelden en regioplannen. Dat zijn de ambities van het IZA⁷. We gaan ook hier niet al te diep op in, maar een lappendeken van regiobeelden en regioplannen kan alleen maar ontaarden in een incoherent en daarmee oneerlijke verzameling van voornemens, die ook weer door steeds verschillende partijen (verschillende zorgverzekeraars) worden getoetst. Het begin (de input: maak regioplannen) leidt dus per definitie tot ongelijkheid in output (in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid). De burger in regio A krijgt er verpleeghuisplekken bij, de burger in regio B niet. Daarnaast is de sturing (en bekostiging) op de uitvoering van de regioplannen niet geregeld. Onderling concurrerende verzekeraars kunnen moeilijk als eenheid gaan sturen. De Mededingingswet houdt dit tegen. Bovendien geldt dat regiovisies zonder dat duidelijk is wie erover gaat moeilijk afgedwongen of gecorrigeerd kunnen worden. De juridische status is daarmee ook onduidelijk. Tot slot: gezondheidszorg is een sector met vele verbanden naar andere maatschappelijke sectoren: wat wordt over het hoofd gezien en welke aannames worden gedaan?

Stelsel zonder contracteren: zorgen voor passende zorg

Er mag inderdaad wel wat minder marktwerking zijn, zo kunnen we lezen in een aantal partijprogramma's. Dit is wel te begrijpen gelet op het voorgaande. Jaarlijkse contracteerrondes die telkens weer de continuïteit van bedrijf (van de instelling) kunnen bedreigen, jaarlijkse overstappen naar andere verzekeraars door burgers en (onbedoelde) wijziging van patiëntenstromen. En dit alles onder één groot macrobudget en met geborgde aanspraken. Wie wordt daar nu beter van?

Hadden we dat vroeger dan niet? Nee, voor 2006 hadden we dit 'circus' niet. Compane en Jeurissen beschrijven deze historie elders in de Nieuwsbrief⁸. En toch werd er op capaciteiten gepland (provincie), was er budgettering, waren er tarieven en facturen. En zelfs ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. De clou van een oplossing zit hem in het beantwoorden van de volgende vraag: kunnen we een stelsel zo aanpassen dat verzekeraars zich opstellen als verzekeraars (vergoeden van verzekerde kosten) zonder dat zij telkens contracten afsluiten met zorgaanbieders? Het antwoord zou moeten zijn: dat zou kunnen als we een stelsel hebben met basispakket, toelatingen, tarieven en budgetten op bijvoorbeeld populatiekenmerken. Dat laatste hebben we (nog) niet.

Een dergelijke beweging lijkt ingewikkeld en zal stuiten op (juridisch) verzet, maar in principe moet het wel kunnen. Het moet echter wel een doel dienen en er zal een instantie nodig zijn om op regionaal niveau visie te ontwikkelen en sturing te geven. Dat doel zou gericht moeten zijn op de zojuist genoemde passende zorg: effectieve inzet van personeel.

De instantie die voor de samenhang en de sturing zou moeten zorgen, zou volgens ons moeten bestaan of gelieerd moeten zijn aan ofwel een intergemeentelijk samenwerkingsverband ofwel de provincie, maar in ieder geval ingebed in het openbaar bestuur.

Noodzaak, openbare ruimte en democratisch gehalte

Het bovenstaande is natuurlijk vloeken in de kerk voor vele belanghebbenden. In de zorg ging in 2022 bijna 100 miljard euro⁹ om, dus het is wel logisch dat iedereen een graantje wil blijven meepikken. Toch durven wij deze suggesties te doen, niet omdat we links of rechts georiënteerd zijn, maar omdat het huidige stelsel vastloopt. Zie daartoe de eerste alinea's. En als iets vastloopt kun je je daartegen verzetten of je kunt een revisie voorstellen.

Wij denken dat met een stelsel dat zowel zijn financiering als zijn sturing in de openbare ruimte heeft uiteindelijk de burger en de patiënt beter af is. Nu is het democratisch gehalte van het stelsel minimaal en vrijwel niemand heeft een overzicht van alle instanties die zich ermee moeten bemoeien: de zorg overkomt je.