



PANORAMA VAN DE ZORG



Panorama van de Zorg = Panorama van Nederland

Het koekoeksjong, de kanarie in de kolenmijn
en solidariteit tussen publieke voorzieningen

PANORAMA BERAAD 13 JUNI 2023

KOEKOEKSJONG, KANARIE OF LELIJK EENDJE?

Het zijn bijzondere tijden met zowel internationaal als in eigen land de nodige uitdagingen: oorlog in Europa, economische instabiliteit, wooncrisis, klimaatcrisis... En al deze crises hebben invloed op de overheidsbegroting. Ondertussen stijgt in Nederland de vraag naar zorg. Logisch gevolg is dat de zorg een steeds grotere 'hap' uit de overheidsbegroting zal nemen. Gaat dat ten koste van andere publieke voorzieningen of kunnen we de koers verleggen? Daarover discussieerde een groep genodigden tijdens het denktankdiner Panorama van de Zorg van 13 juni jongstleden. Het diner vond plaats in het Rotterdamse Hotel New York en is een initiatief van Blommestein Groep en MSD. De tafelgasten waren niet alleen afkomstig uit de zorgsector. Immers: de vraag hoe we de zorg betaalbaar, kwalitatief hoogstaand en toegankelijk kunnen houden is een vraag over de inrichting van de samenleving als geheel.

Koploper langdurige zorg

De startmotor voor de discussie werd gevormd door spreekwoordelijke vogels. Is de zorg het koekoeksjong in het nest van de verzorgingsstaat dat een wig drijft tussen de solidariteit in publieke voorzieningen? Is de zorg de kanarie in de kolenmijn die als eerste manifest maakt dat we anders om moeten gaan met publieke infrastructuur? Of is de zorg het lelijke eendje dat in een zwaan kan veranderen, en een voorbeeld kan zijn voor de herinrichting van de gehele collectieve sector?

"De uitgaven voor de curatieve zorg zijn internationaal gezien gemiddeld, maar hoog voor langdurige zorg. Dat komt door de dubbele vergrijzing en de hogere verwachtingen als inkomens stijgen."



**PIETER
HASEKAMP**

Directeur, Centraal Planbureau

Grote vragen die over meer gaan dan over kosten. Neemt niet weg dat betaalbaarheid van de zorg wel een van de drie doelstellingen is in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Pieter Hasekamp, directeur van het Centraal Planbureau opende het debat met een presentatie over de zorguitgaven. "Ik begon in deze functie een paar dagen na het beroemde 'coronabriefje' van Bruno Bruins, destijds minister van Medische Zorg. Inmiddels zijn we meerdere crises verder en is de Eurozone technisch in een recessie."

De CBS-cijfers laten tot het einde van de ramingsperiode (2060) een continue stijging zien tot 18 procent van het bbp voor de collectieve zorguitgaven en 25 procent voor de totale zorguitgaven. "Ons uitgangsniveau is vergelijkbaar met andere Europese landen," aldus Hasekamp, "maar Nederland is wel koploper als het gaat over de langdurige zorg en daar zit ook de grootste stijging." Op de vraag of we een groot probleem hebben qua collectieve uitgaven zegt de macro-econoom relativerend: "In historisch perspectief valt het mee. De stijging van de zorguitgaven was in het verleden nog sterker, maar we zijn ook welvarender geworden. Maar het is een feit: de zorguitgaven blijven stijgen."



Ander arbeidsmarktlandschap

Tegelijkertijd is de arbeidsmarkt historisch krap; mede door het steunbeleid in de coronajaren. Hasekamp: "We zien nu dat de overheid gas terugneemt. Dat zou tot ontspanning op de arbeidsmarkt kunnen leiden met gunstige gevolgen voor de zorgsector. Historisch gezien is de groei in het aantal gewerkte uren in de zorg overigens altijd behaald, ook in tijden waarin de arbeidsmarkt net als nu krap was. In het verleden zagen we alleen tijdens perioden van geleide loonpolitiek langdurige krapte. Interessanter is hoe de arbeidsproductiviteit zich ontwikkelt; dat is een onzekerheid tegenover de zekerheid van de doorzettende vergrijzing." Maar ook hier een relativering: "De pensioenleeftijd schuift verder op." "Maar in de zorg maken veel mensen de pensioenleeftijd niet vol," werpt Bertine Lahuis tegen,

"Wij snappen als zorgwerkgevers nog onvoldoende hoe we jongeren goed aan ons kunnen binden."



BERTINE LAHUIS

Bestuursvoorzitter, Radboudumc
en Voorzitter, NFU

zij is bestuursvoorzitter Radboudumc. "Inderdaad, de finishlijn schuift op," valt Edwin Velzel, CEO PGGM haar bij. "Ook als de vraag de salarissen omhoog stuwt is het probleem niet voorbij; de mensen zijn er simpelweg niet om het werk te doen." Bovendien verandert het arbeidsmarktlandschap. "Er zijn meer huisartsen dan ooit, maar minder praktijkhouders," weet Patrick Jeurissen, hoogleraar Betaalbaarheid van Zorg aan de Radboud Universiteit. "Mensen kiezen vaker voor andere werkvormen dan de traditionele, zoals parttime of losse dienstverbanden."

Andere prioriteiten

"Mijn generatie kijkt sowieso anders naar werk," voegt Kimberley Sneijders, voorzitter van de Nationale Jeugdraad toe. We blijven niet meer twintig jaar bij één werkgever. We hebben een ander commitment, willen op andere manieren groeien." "Jongere generaties denken anders over prioriteiten. De gezondheid van de planeet en duurzaamheid vindt onze generatie belangrijk," weet Evelyn Brakema, voorzitter van de Groene Zorg Alliantie.

Begrijpen we met elkaar goed hoe we jongeren moeten binden? Bertine Lahuis kan daar kort over zijn: "Nee, we zijn –samen met de jongeren – zoekende." PGGM-CEO Velzel ziet dat terug in de uitstroomcijfers: "Die zijn in de eerste twee, drie jaar enorm. Dat moet wel met werkgeverschap te maken hebben. Dat geldt ook voor hoge verzuimcijfers. Als je ziet wie dat het beste managen blijkt dat van een verbluffende eenvoud: stabiele organisaties, werkgevers die kijken naar de lange termijn, loyaal zijn en no-nonsense. Laag verzuim is goed beleid."

KOSTEN IN PLAATS VAN BATEN

Hasekamp brengt weer een positief punt in de discussie: want wegen de kosten op tegen de baten van zorg? "De levensverwachting blijft stijgen." Wel een serieuze kanttekening: in Nederland is het verschil in levensverwachting tussen de laagste en de hoogste inkomens groter dan in alle ons omringende landen. "Tot de jaren negentig zagen we veel groei aan die zogenaamde onderkant; dat is nu gestagneerd," aldus Jeurissen. De aanname is dat dat te maken heeft met de voorzichtige inzet op gedragsinterventies; zo kent ons land geen vet- of suikertaks.

Steven de Waal, oprichter van de Public SPACE Foundation en in deze discussie de gespreksleider merkt op dat het wel erg veel over geld gaat. "Financiën denkt in kosten en niet in baten. Maar is geld wel het belangrijkste punt van het IZA?" "Professionals en samenleving willen inhoudelijke veranderingen in de zorg en die zijn best goed geadresseerd in het IZA,"

vindt Sjaak Wijma, bestuursvoorzitter Zorginstituut Nederland. Maar natuurlijk gaat het wel veel over geld. "Qua budgettaire kader zit er weinig in het IZA."

"De indirecte kosten, oftewel administratieve lasten, relateren we aan de complexiteit van de zorg. En die nemen alleen maar toe; inmiddels tot wel 50 procent van de totale kosten in de ziekenhuissector."

PATRICK JEURISSEN

Prof. Fiscale Duurzame Zorgstelsels,
Radboudumc en
Wetenschapsofficier, VWS



Gelijke kansen, ongelijke uitkomsten

Moeten we het geld dan ergens anders weghalen, bij defensie of bij onderwijs? Of halen we wat weg uit het collectieve deel? Klassiek liberaliseren door de eigen bijdrage te vergroten, of nieuwerwets door solidariteit vrijwillig te maken, bijvoorbeeld via zorgcoöperaties? Velzel: "Laten we zuinig zijn op de brede verzekering zoals wij die kennen en waar zelfs privéklinieken onder vallen. We hebben een solidair systeem." "Maar de baten gaan naar een kleine groep. Het verschil is veel te groot. Veel kosten zitten in laatste paar levensjaren en ook dat is voor de hoogopgeleiden. Gelijke kansen, ongelijke uitkomsten: durf je het aan om daar wat aan te doen? Dat zijn de echte vraagstukken." Dirk Jan van den Berg, voorzitter Zorgverzekeraars Nederland voegt toe. "We hebben een forse samenlevingsproblematiek. In de macro-economische balans is er wat misgegaan. Mensen houden te weinig over van hun inkomen. En er is een slechte infrastructuur om mensen met problematiek te helpen. We hebben dat allemaal bij de gemeenten neergelegd. Die hebben we 50 miljard euro gegeven en dat is veel te weinig. Gevolg is een run op de huisarts maar die heeft geen pilletje voor schuldenproblematiek. Mensen worden niet goed doorgestuurd voor hun probleem. Dat zou het IZA moeten regelen. Maar het IZA gaat vooral over geld,

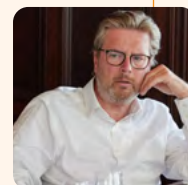
niet over inhoud." Jeurissen: "30 tot 50 procent van de vragen bij de huisarts is sociaal gefundeerd. Als je dat kunt omleiden naar welzijn, buurt en netwerk heeft de huisarts tijd voor het goede gesprek en kan hij gericht doorverwijzen."

Cultuurverandering

Dan komt het punt van doelmatigheid aan de orde, want ook daar wil het IZA op inzetten. Maar de breed gedeelde mening onder de tafalgasten is dat dat niet de rem op de zorguitgaven zal vormen. Jeurissen: "Meer doelmatigheid leidt niet automatisch tot minder uitgaven. Als je het geld bij het een weghaalt, gaat het automatisch naar het ander zo toont de geschiedenis aan. En doelmatigheid – die er deels al is – kun je niet remmen met nog meer doelmatigheid." "Doelmatigheid leidt bovendien tot hijgerigheid," vindt Lahuis. "Dingen anders doen kost tijd, het gaat vaak om cultuurverandering. Hoe we daarmee om moeten gaan is niet in het IZA belegd. IZA is een positieve beweging, maar de financiële opbrengsten zijn te strak ingezet." Wijma is het daarmee eens: "De druk van financiën is te strak. Dan en dan moet je dat en dat opleveren, terwijl het meer over een beweging gaat en dat is nu eenmaal lastig in tijd vast te leggen."

Het primaire punt blijft dat de zorg beter georganiseerd moet worden. Zit dat voldoende in het IZA? "Er staat veel inhoud in, maar we hebben het wel over de zorg en daar gaan alle veranderingen traag," aldus Van den Berg. "Terwijl er haast is want de druk is hoog. We moeten het doen met de toebedeelde miljarden. En dan is er nog de politieke dimensie: hoe gaat een volgend kabinet met het IZA om? Daarom moeten we nú wat laten zien."

"Het gesprek aan de bestuurstafels gaat te weinig over samenwerken. "Haal jij je productienormen" dat is de vraag die ik in vergaderingen het meeste hoor."



EDWIN VELZEL

CEO, PGGM

Gezondheid mogelijk maken

Jochen Mierau is hoogleraar Economie van de Volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen en het Universitair Medisch Centrum Groningen. Opgeleid als macro-econoom herkent hij de door Hasekamp benoemde punten. "Maar ik zou er een andere draai aan willen geven. De uitdaging is: niet 'zorg produceren', maar 'gezondheid mogelijk maken'. Daar doen we het allemaal voor; niet om de zorgkosten te verlagen. Ik vind dat we veel minder instrumenteel moeten denken. We bedenken geen dingen om de collectieve lasten te drukken, maar om aan de maatschappelijke opgave te voldoen. We moeten het leven dat we hebben door preventie zo goed mogelijk maken. De zorg is daar vaak de plek niet voor, daar los je gezondheidsverschillen niet op. Dat doe je bijvoorbeeld wel door ervoor te zorgen dat alle meisjes toegang hebben tot menstruatiemiddelen."

"We maken onszelf wijs dat het bij gezondheidszorg om individuele keuzes gaat. Maar dan wel in een collectief stelsel en dus hebben al die keuzes altijd invloed op een ander."



JOCHEN MIERAU

Hoogleraar Economie van de Volksgezondheid RUG/UMCG en Lifelines

Democratische verantwoording

Mierau wijst op pagina 23 van het IZA. Onderaan de pagina staat een illustratie over de verantwoording aan de samenleving voor wat betreft de doelen op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. "In Denemarken kan iedereen uitleggen wie de democratische verantwoordelijkheid heeft voor het gezondheidsbeleid en wie de kiezer naar huis kan sturen. Bij ons is de democratische verantwoording niet in Den Haag belegd. Dat is waarom we zo weinig kunnen sturen op gezondheidszorg. Als minister Kaag de begrotingsdoelen niet haalt wordt ze onmiddellijk naar de Kamer geroepen. In het Preventieakkoord en het IZA staan ook allerlei doelen. Maar als in de krant staat dat een kwart van de kinderen overgewicht heeft, wordt niemand naar de Kamer gesommeerd. Daardoor blijven de kaders waarin we binnen de gezondheidszorg nadenken te vrijblijvend. Er zijn geen echte gezondheidsdoelen; dat durven we niet bij de zorg. In feite weten we niet eens wat we voor al die miljarden zorguitgaven hebben gekocht. Als we echt alleen naar productiviteit kijken, gaat na de huisarts waarschijnlijk alles dicht. Het werk van de huisarts – en van de hele eerste lijn – heeft immers op de korte termijn veel meer impact op de volksgezondheid dan dat van de tertiaire zorg."

Integrale zorgorganisatie

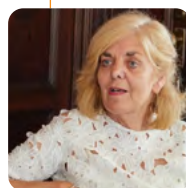
Diana Monissen, toezichthouder in de zorg en Commissaris bij MSD gooit er nog een vraag in. Ze haalt een project aan in Friesland waardoor het bewegingsonderwijs op basisscholen werd gestimuleerd. "Het heeft vijf jaar geduurd voordat alle gemeentes aansloten, maar het levert resultaat op. Maar waar ligt precies de bal? Bij de zorgverzekeraar zoals in dit Friese voorbeeld?" Het begint volgens Mierau bij de samenleving en het kabinet die een probleem adresseren. "Vervolgens moet er beleidsvorming komen waarover je verantwoording moet afleggen, als in een soort jaarverslag. Maar wel in een context waarin je kunt experimenteren. Nu is alles strak vastgelegd zoals in het GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) en dan komt het er juist niet van. Beleidsvrijheid is belangrijk net zoals het betrekken van de betreffende gemeenschappen."

"Maar wie is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Friesland, wie moet er verantwoording afleggen," vraagt Edwin Velzel zich af. Is dat dan Den Haag? Hij heeft wel een suggestie. "Stel dat de zorgverzekeraar jouw aandeel uit het vereveningsfonds aan jouw project geeft. En de gemeente stopt daar geld bij uit de Wlz en de Wmo. Bijvoorbeeld onder voorwaarde dat voor dat project wordt samengewerkt met de GGD. Dan ga je van een integraal zorgakkoord naar integrale zorgorganisatie en dito financiering."

Lahuis verzucht dat ze wel goede ervaringen en kleinere voorbeelden kent maar nog nergens het perfecte samenwerkingsmodel voor de regio heeft gezien. "Terwijl er altijd gezegd wordt dat we meer moeten samenwerken, meer de randen op kunnen zoeken van wat mag volgens de Autoriteit Consument & Markt. Die zegt wel dat er meer ruimte is, maar blijkbaar voelen velen dat allemaal niet. "Ik denk dat dat over leiderschap gaat," zegt Zuiderhoudt. "Over leiders die die ruimte durven te zoeken."



"We moeten het durven hebben over de continuïteit van de zorg voor de samenleving, en niet over die van de individuele zorgorganisaties."



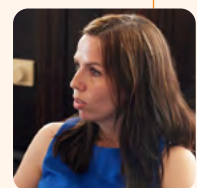
DIANA MONISSEN

Toezichthouder in de zorg;
Commissaris MSD, HIVOS
ontwikkelingssamenwerking en
ROM Utrecht

"Om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te bewaren is het van belang dat we bruggen bouwen. We hebben elkaar allemaal nodig om ervoor te zorgen dat alle drie elementen met elkaar in balans zijn en blijven."

JUDITH ZUIJDERHOUDT

Director Policy, Communications &
Population Health, MSD





Goede data

Afrekenen in een democratisch proces is een droomsenario vindt Evelyn Brakema. "Want gezondheidswinst manifesteert zich meestal pas later. De parallel met duurzaamheid is snel gemaakt: ook daar gaat het om een collectieve investering vooraf, waarvan de vruchten pas later geplukt worden. Dat vraagt dus om leiders met lef en een lange termijn visie."

Om vooruit te kunnen kijken en prognoses te kunnen maken zijn goede data nodig. "En vooralsnog weten we vooral wat we niet doen," stelt Jeurissen. "Geen suikertaks (verdwenen uit het concept Preventieakkoord!), geen vettaks, de laagste uitgaven aan vaccins in Europa."

Bertine Lahuis wil van CPB-directeur Hasekamp weten of BTW-aanpassingen op voedsel toch niet een goed idee zou zijn. "BTW verlaging op groenten en fruit, daarvan profiteren vooral de hoogste inkomens want die eten het meest groenten en fruit. Bovendien zou het gezondheidseffect marginaal zijn. De 1,5 miljard euro die je bespaart kun je beter voor andere doelen gebruiken."

Health in all policies

Het maken van effectrapportages draagt ook bij om gezondheid in breder perspectief te beschouwen. Wonen, veiligheid, klimaat, GGZ, sociale zekerheid; het heeft allemaal effect op de algehele gezondheidstoestand van de bevolking. Mierau: "Veel gezondheidsproblemen zijn bijvoorbeeld gerelateerd aan bestaanszekerheid. In Nederland kun je op afbetaling kopen tegen 12 procent rente. Dan weet je dat mensen dat niet terug kunnen betalen en dat dat achteraf wordt gecollectiviseerd via gemeenten

die schulden overnemen." "Health in all policies – gezondheid op alle beleidsterreinen – is een belangrijk uitgangspunt," vindt Lahuis. "De bewindspersonen vanuit VWS onderschrijven dat maar hebben nog geen terugkoppeling hierop kunnen geven. Andere ministeries zijn m.i. niet happig op het denken vanuit gezondheidsperspectief terwijl dit cruciaal en juist bijdragend is, ook vanuit de andere ministeries."

Brakema benadrukt dat klimaatverandering wereldwijd de grootste gezondheidsdreiging vormt. "Het bedreigt gezondheid op alle fronten, ook in Nederland: van onze voedselproductie tot de terugkeer van malaria tot verergering van astma. En denk aan de verloren arbeidsproductiviteit door hitte. Er is zoveel winst te behalen als we daar stevig op inzetten. Dat is echt veel meer dan een morele verplichting en fijn voor de ijsberen. Lahuis bekrachtigt: "lees in het IPCC-rapport de tekst over gezondheid, of het net verschenen KNAW-rapport, dat is zeer verontrustend."

"De grootste gezondheidskansen liggen in de win-wins voor patiënt en planeet.

Denk aan inzetten op schone lucht en plantaardiger eten."

EVELYN BRAKEMA

Voorzitter, Groene Zorg Alliantie,
Huisarts i.o. & onderzoeker
duurzame zorg, LUMC



Kimberley Sneijders constateert dat als zij aan bestuurstaafels aankomt dat veel van haar generatiegenoten zorgen hebben over het klimaat en hun toekomstperspectief, de relatie met zorg zelden gelegd wordt. "Ik geloof ook niet in sturen op beleid. Daarmee zet je de groepen die het nodig hebben niet centraal!" Mierau is het daarmee eens: "We moeten niet in het IZA zetten dat we over doelgroepen willen nadenken, maar vóórdat je het IZA opstelt met die doelgroepen praten."

Nieuwe gesprekken

Als deze discussie één ding duidelijk maakt is het dat pasklare oplossingen nog ontbreken. Daarvoor zijn de vraagstukken te complex en te divers. Maar een uitwisseling van ideeën zoals in dit dinerdebat brengt mogelijk nieuwe (handelings)perspectieven. "Ik zie dat ook aan de IZA-tafels," zegt Sjaak Wijma. "Daar vinden nu echt nieuwe gesprekken plaats." "Precies," besluit Edwin Velzel: "Het IZA is een katalysator voor al die gesprekken die de volgende stappen mogelijk maken. Er is beweging in de goede richting. En vergeet niet, de doelen moeten uit de zorg komen, niet uit de politiek. Daar hebben wij allemaal ons steentje aan bij te dragen."



ORGANISATIE:



BLOMMESTEIN
GROEP

