



Het zorginfarct in België

Dicht preventie de kloof
tussen vraag en aanbod?

Johan Albrecht

Het zorginfarct in België

Johan Albrecht

Abstract

De vraag naar zorg is onbegrensd maar vooral de combinatie van de vergrijzing en de multimorbiditeit zetten vandaag het zorgsysteem onder grote druk. Voor het eerst in de geschiedenis moeten we een toename van de zorgvraag opvangen met een stabiele tot licht dalende bevolking op beroepsleeftijd. Hierdoor verwachten we dat het aandeel van de zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling in Vlaanderen oploopt van 14,5% vandaag tot 17,3% in 2040. Dit betekent dat tegen 2040 bijna 74.000 bijkomende zorgwerknemers gevonden moeten worden bij een stabiele beroepsbevolking. Voor Wallonië verwachten we een toename van de relatieve zorgtewerkstelling van 15,1% vandaag tot 19,1% in 2040. Wallonië moet tegen 2040 bijna 42.000 extra zorgwerknemers vinden terwijl de beroepsbevolking er licht daalt. Deze projecties wijzen op een uitdaging maar zijn minder dramatisch dan een vergelijkbare analyse voor Nederland.



Johan Albrecht

De zorgvraag volgt de vergrijzingsdynamiek en is sterk afhankelijk van de hoge ziektelast. Het vervangen van het vrijblijvende door een sterk activerend preventiebeleid kan de toename van de vraag naar zorgarbeid aanzienlijk milderen maar geen 'zorginfarct' voorkomen.

De zorgvraag is deels het resultaat van persoonlijke aspiraties en maatschappelijke projecties. Dit zijn flexibele concepten die in principe relatief snel bijgestuurd kunnen worden. Een debat over de grenzen en vooral over de essentie van de zorg is wenselijk. In de confrontatie met een 'Sisyphus-syndroom' vertrekt elk debat over zorghervormingen best bij de optimale inzet van schaarse arbeid en de mogelijke opties om elke burger te helpen zelf de regie over de eigen gezondheid op te nemen.

Inleiding

Het zorgsysteem staat onder grote druk. Zorgvacatures raken moeilijk ingevuld terwijl de zorgvraag stijgt door de vergrijzing en de opmars van de co- en multimorbiditeit¹, maar ook door nieuwe technologische mogelijkheden en sterk toegenomen zorgverwachtingen. Op middellange termijn dreigen zowel een zorginfarct als een toename van de gezondheidsongelijkheid.

Een tekort aan zorgpersoneel kan vergeleken worden met een verminderde bloeddoorstroming in de kransslagaders. Een infarct dreigt dan maar deze dreiging is niet nieuw. De eerste waarschuwingen voor een mogelijk zorginfarct in het Verenigd Koninkrijk of Nederland dateren immers van rond 1990. Ook toen werden grote tekorten voorspeld die uiteindelijk relatief meevielen, o.a. door de verdere toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen na 1990 en de integratie van buitenlandse zorgwerknemers².

De vraag naar zorg is wellicht onbegrensd, wat aansluit bij ons argeloos streven naar onbegrensde economische groei. De expansie van het zorgsysteem heeft de economische groei ondersteund maar de mogelijke daling van de beroepsbevolking bedreigt dit groeiverhaal. Want niet alleen de zorgsector krijgt de vacatures moeilijk ingevuld. Welke opties hebben beleidsmakers om de verwachte kloof tussen de zorgvraag en het potentiële zorgaanbod te dichten? Volstaan efficiëntiewinsten, nieuwe technologieën of zorgt het preventiebeleid eindelijk voor een radicale trendbreuk in de evolutie van de zorgvraag?

Net zoals een verminderde elasticiteit van de aderen het risico op een hartinfarct verhoogt, is een dreigend zorginfarct een symptoom van institutionele inelasticiteit of rigiditeit waarbij we te lang vasthouden aan een systeem waarvan we weten dat het niet houdbaar is. Lokale institutionele rigiditeit kan aangepakt worden met selectieve *bypass*hervormingen³. Maar de vraag naar zorg is ook sterk afhankelijk van onze individuele aspiraties en maatschappelijke projecties. Dit zijn flexibele concepten die in principe relatief snel bijgestuurd kunnen worden.

Zorgtewerkstelling: van een op zeven naar een op drie?

In ons land werkt vandaag een op zeven werknemers in de ruime zorgsector. Volgens RSZ-cijfers voor 31/12/2023 telt de zorgsector in ons land exact 579.881 werknemers, wat neerkomt op 14,4% van het totale aantal tewerkgestelde werknemers. In Vlaanderen werkt 14,5% van de werknemers in de zorgsector terwijl dit aandeel in Wallonië met 15,1% iets hoger ligt. In Brussel werkt 'slechts' 10,1% van de werknemers in de zorgsector. De tewerkstelling in de zorgsector is zeer divers. In de totale tewerkstelling zijn de strikt medische en paramedische profielen in de minderheid. De meeste jobs vinden we bij verplegend, verzorgend en ondersteunend personeel (administratie, techniek, ICT, catering, onderhoud...).

1 Comorbiditeit verwijst naar het hebben van meerdere aandoeningen die met elkaar samenhangen en elkaar kunnen beïnvloeden. Bij multimorbiditeit heeft iemand twee of meer chronische ziekten die tegelijkertijd bestaan, maar die niet noodzakelijkerwijs met elkaar te maken hebben

2 Zorginnovatieplatform (2009). Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025

3 Beperkte en goed overwogen hervormingen op basis van ervaringen en feedbackmechanismen zijn te verzoenen met het pleidooi van Karl Popper voor 'piecemeal social engineering'. Popper waarschuwde lang geleden voor utopische hervormingsprojecten omdat onze kennisbasis en ons inzicht in dynamische systeeminteracties altijd beperkt blijft.

Ook in Nederland werkt een op zeven werknemers in de ruime zorgsector (inclusief thuisverpleging, mantelzorg...). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) kwantificeerde in het rapport *'Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak'* uit 2021 de omvang van het mogelijke zorginfarct voor Nederland door de recente toename van de zorgvraag te extrapoleren tot 2060⁵. Vertrekkende van zorganalyses van andere onderzoeksinstellingen⁶ concludeert de WRR dat in 2060 maar liefst een op drie werknemers in de zorgsector zou moeten werken om de sterk stijgende zorgvraag in Nederland te kunnen volgen. Dit is natuurlijk niet mogelijk omdat hierdoor andere sectoren van de Nederlandse economie stil dreigen te vallen bij gebrek aan personeel. Volgens de WRR is het huidige Nederlandse zorgsysteem niet toekomstbestendig en is er dringend nood aan een maatschappelijk debat over de toekomst van het zorgsysteem.

De analyse van de WRR heeft het maatschappelijke debat in Nederland gevoed maar elke analyse over een periode van 40 jaar (2020-2060) is sterk afhankelijk van de gehanteerde hypothesen. Zo wordt de evolutie van de vraag naar zorgarbeid in het Nederlandse zorgsysteem geraamd alsof dit systeem tussen 2020 en 2060 niet ingrijpend zou wijzigen. Deze hypothese kreeg veel kritiek maar valt wel te begrijpen. Indien we immers veronderstellen dat het zorgsysteem snel transformeert tot een nieuw systeem dat met minder mensen veel meer zorgoutput kan genereren, is er nooit een zorginfarct. Tot op heden zijn er echter geen indicaties van een dergelijke transformatie. Het aantal openstaande vacatures neemt toe in Nederland en in België en zowel in ziekenhuizen als woonzorgcentra worden afdelingen gesloten als gevolg van personeelstekorten.

Systeemtransformatie

Wanneer de totale zorgvraag vandaag moeilijk gevolgd kan worden door de huidige zorgtewerkstelling, veronderstellen we dat deze druk zal leiden tot een transformatie van het zorgsysteem. In 2060 zal een sterk gewijzigd zorgsysteem inspelen op een zorgvraag die in een andere maatschappelijke en technologische context is ontstaan. Deze transformatie zal een impact hebben op zowel de evolutie van de zorgvraag als op de kloof tussen de zorgvraag en zorgtewerkstelling. Maar wie kan vandaag modelleren in welke mate het zorgsysteem zal veranderen tussen 2024 en 2060? Staan we immers niet aan de vooravond van ongeziene technologische revoluties met een convergentie van medische en technologische bedrijven? De aard van deze modeluitdaging wordt duidelijk wanneer we terug zouden kunnen keren naar 1985 om aan de toenmalige experts en insiders de vraag voor te leggen hoe het toenmalige zorgsysteem zou veranderen tussen 1985 en 2025. In 1985 was de geestelijke gezondheidszorg een 'kleine sector' en was er relatief weinig aandacht voor bijvoorbeeld het maatschappelijk welzijn van jongeren. En een ziekenhuis uit 1985 zou nu eerder overkomen als een laagtechnologische omgeving. Vandaag werkt het medische personeel in een hoogtechnologische omgeving maar de nieuwste technologieën zijn niet altijd arbeidsbesparend. Dankzij spectaculaire evoluties in de geavanceerde beeldvorming⁷ kunnen artsen vandaag vroegtijdig aandoeningen detecteren, zelfs als deze asymptomatisch zijn. Dit is een zeer positieve evolutie maar deze capaciteit kan (tijdelijk)

4 <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

5 In haar analyse veronderstelt de WRR een verdere toename van de totale zorgvraag in Nederland met 2,9% per jaar.

6 Zoals CBS en RIVM.

7 Mobiele CT- en MRI-scanners, 3D-beeldvorming, hyperspectrale en moleculaire beeldvorming, Point-of-Care Ultrasound (POCUS),...

bijdragen tot nog meer overdiagnose waarbij artsen en verplegend personeel relatief veel tijd besteden aan symptomen van aandoeningen die wellicht nooit problematisch worden. Een bijkomend risico is dat patiënten in een omgeving met een sterke focus op technologische mogelijkheden medische interventies ondergaan waarvan de opportuniteit niet altijd duidelijk is. Hierdoor stijgt de zorgvraag op een niet doelmatige manier. Zo stellen Patashnik, Gerrero en Dowling in hun spraakmakende *Unhealthy Politics*⁸ uit 2017 bijvoorbeeld dat 80 tot 90% van de ingrepen voor osteoarthritis aan de knie geen medische baten opleveren en best niet uitgevoerd worden. Ook de medische meerwaarde van andere populaire en dure ingrepen evenals van blockbuster medicatie wordt in de medische literatuur in vraag gesteld.

Vanuit een macroperspectief wordt het moeilijke verband tussen gezondheidswinsten en innovatie binnen dure en hoogtechnologische zorgsystemen pijnlijk geïllustreerd in de Verenigde Staten. In het land met het duurste systeem van gezondheidszorg ter wereld, daalde de levensverwachting van 78,7 jaar in 2015 tot 76,4 jaar in 2022⁹. Volgens de OESO besteden de Amerikanen 16,5% van het BBP of nationaal inkomen aan gezondheidszorg, wat 50 tot 60% meer is dan in landen zoals België en Nederland. En in België steeg de levensverwachting van 81,1 jaar in 2015 tot 81,8 jaar in 2022.

In welke mate zullen diagnosetechnologieën in de volgende vier decennia verder verbeteren en kunnen nieuwe kennissystemen – met dank aan AI – het risico op overdiagnose en overbodige interventies inperken? En wat kunnen we verwachten van nieuwe generaties van (tele)monitoringstechnologieën? Kunnen persoonsgebonden diagnosetools in 2030 vermijden dat miljoenen chronische patiënten om de zoveel maanden in het ziekenhuis een routinecontrole moeten ondergaan? Daarnaast wordt algemeen verwacht dat AI administratieve procedures minder arbeidsintensief zal maken. Hierdoor kan de vraag naar administratief zorgpersoneel dalen. In een statische omgeving gaat deze redenering beslist op maar dit werd ook aangekondigd bij eerdere ICT-golven in de afgelopen decennia. Maar door de technologische dynamiek stijgt het aanbod van patiëntgebonden data bij wijze van spreken dagelijks zodat datasystemen alsmear omvangrijker en complexer worden. En we staan net aan het begin van *personalized medicine* wat voor nieuwe en meer complexe datastromen zal zorgen. Daarnaast zijn in alle sectoren zowel de algemene rapporteringverplichtingen als de administratieve overlast in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Niet alleen de vraag naar zorg maar onze drang naar controle is onbegrensd. Zo kwamen er in de gezondheidszorg rapporteringverplichtingen bij inzake het elektronische patiëntendossier (EPD), kwaliteits- en veiligheidsnormen en financieel beleid. Ziekenhuizen zijn grote bedrijven die onderhevig kunnen zijn aan de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) van de Europese Unie, wat andermaal leidt tot bijkomende rapporteringsverplichtingen.

Het zorginfarct in Nederland

Het extrapoleren van de recente toename van de zorgvraag die verweven is met een zorgsysteem dat op termijn moet en zal veranderen, leidt tot moeilijk te interpreteren resultaten. In de analyse van de WRR uit 2021 stijgt de vraag naar arbeid in de zorgsector met 57% tussen 2019 en 2040, en zelfs met 140% tussen 2019 en 2060. Deze

⁸ Patashnik, E.M., Gerrero, A.S. en Dowling, C.M. (2017). *Unhealthy Politics. The Battle over Evidence-Based Medicine* (Princeton University Press)

⁹ <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>

toename is ronduit spectaculair waardoor een enorm zorginfarct dreigt. Volgens de WRR stijgt de vraag naar zorgarbeid tussen 2019 en 2040 jaarlijks met 2,2% terwijl de zorgvraag zelf toeneemt met 2,9% per jaar. Door de forse toename van de vraag naar zorgarbeid stijgt het aandeel van de zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling in Nederland van 15,5% in 2019 naar 25,3% in 2040, en naar zelfs 36,5% in 2060¹⁰. Ter vergelijking: tussen 1995 en 2019 steeg het aandeel van de zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling in Nederland van 12,1% naar 15,5%, wat neerkomt op een toename met 3,4% in een periode van 24 jaar. Tussen 2019 en 2030 verwacht de WRR dat het aandeel van de zorgtewerkstelling toeneemt van 15,5% naar 19,8%, of met 4,3% over een periode van slechts 11 jaar. En tussen 2030 en 2040 stijgt dit aandeel verder met 5,5% in slechts één decennium. Als gevolg van de vergrijzing blijft de totale tewerkstelling in Nederland vrij stabiel in de eerstkomende decennia terwijl deze nog toenam tussen 1995 en 2019. Terwijl het aantal moeilijk of niet in te vullen vacatures jaar na jaar sterk toeneemt, verwacht de WRR dus een vrij bruuske toename van de vraag naar zorgarbeid. In andere sectoren van de economie zou de vaststelling dat de vacatures niet ingevuld raken, net leiden tot een ingrijpende transformatie.

In 2009 publiceerde het Zorginnovatieplatform een vergelijkbare analyse over de kloof tussen de groei van het arbeidsaanbod in Nederland en groei van de vraag naar zorgarbeid tussen 2009 en 2025. Toen werd de noodzakelijke groei van de zorgtewerkstelling tussen 2009 en 2025 geraamd op een verbijsterend 470.000 eenheden. Aan de basis van deze prognose ligt de 'voorzichtige schatting' van een groeiende zorgvraag met twee procent per jaar¹¹. In de praktijk nam de Nederlandse zorgtewerkstelling tussen 2009 en vandaag toe met ongeveer 220.000 eenheden. Hieruit kan niet zomaar geconcludeerd worden dat de prognose uit 2009 totaal verkeerd was omdat een totaaloverzicht van de niet geleverde zorgdiensten tussen 2009 en 2025 ontbreekt. Wel valt op dat de WRR in haar analyse zeer vergelijkbare parameters hanteert als het Zorginnovatieplatform. De keuze is weloverwogen. Enerzijds verwachten we dat het krappe aanbod van arbeid zorgaanbieders aanzet tot arbeidsbesparende innovaties waardoor de vraag naar zorgarbeid onder controle blijft en op lange termijn zelfs zou kunnen dalen. Anderzijds zorgt de combinatie van de vergrijzing en de multimorbiditeit niet alleen voor meer mensen met een hoge zorgvraag maar ook voor een toegenomen complexiteit van de individuele zorgvraag.

Het zorginfarct in België

De analyse van de WRR vertrekt impliciet van een 'niet-responsief' zorgsysteem, wat zeker op lange termijn een moeilijke hypothese is. De bevolkingspiramide past zich niet aan de structuren van het zorgsysteem aan zodat een systeemtransformatie onafwendbaar wordt. Aangezien het zorgsysteem zich langzaam maar zeker moet aanpassen aan de realiteit op de arbeidsmarkt kan een jaarlijkse toename van de vraag naar zorgarbeid – niet te verwarren met de toename van de vraag naar zorg – met bijvoorbeeld 2,2% niet zomaar over een lange periode geëxtrapoleerd worden. De vraag naar zorgarbeid kan in principe getemperd worden door een graduele systeemtransformatie op basis van nieuwe organisatievormen en innovatieve samenwerkingsverbanden binnen en buiten het zorgsysteem. Hoe sterker het zorgsysteem kan reageren op de arbeidsuitdaging, hoe lager de toename van de vraag naar zorgarbeid.

¹⁰ Zie Tabel 3.4 op blz.63 in 'Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak'.

¹¹ Zorginnovatieplatform (2009). Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025

Los van technologische en systeeminnovaties blijft de evolutie van de zorgvraag afhankelijk van de dynamiek van de vergrijzing. Daarnaast moeten we ook rekening houden met de evolutie van de ziektelast en met de algemene gezondheidsgeletterdheid. Zowel voor de dynamiek van de vergrijzing, de huidige ziektelast en de huidige gezondheidsgeletterdheid zijn voor ons land regionale data beschikbaar. Deze zijn achteraan opgenomen in de appendix. België is jammer genoeg een land met een relatief hoge ziektelast en een relatief lage gezondheidsgeletterdheid. Een hoge ziektelast suggereert dat vele patiënten meerdere aandoeningen combineren – multimorbiditeit –, wat leidt tot een complexe zorgvraag. Het huidige medische systeem is echter hypergespecialiseerd waarbij elke specialist de beste zorg aanbiedt in zijn of haar discipline, maar niet altijd het verband ziet met andere gezondheidsdimensies. Bij het uitblijven van de nodige coördinatie en een meer holistisch perspectief op gezondheid, dreigt een complexe zorgvraag zeer duur en arbeidsintensief uit te vallen. Een hoge gezondheidsgeletterdheid is essentieel voor de dialoog tussen patiënt en zorgverstreker, het correct opvolgen van de instructies van zorgverstrekkers, de capaciteit tot zelfzorg en het maken van ‘goede’ gezondheidskeuzes. Het verbeteren van de gezondheidsgeletterdheid biedt een voedingsbasis voor een sterker preventiebeleid en kan op termijn de evolutie van de zorgvraag onder controle houden.

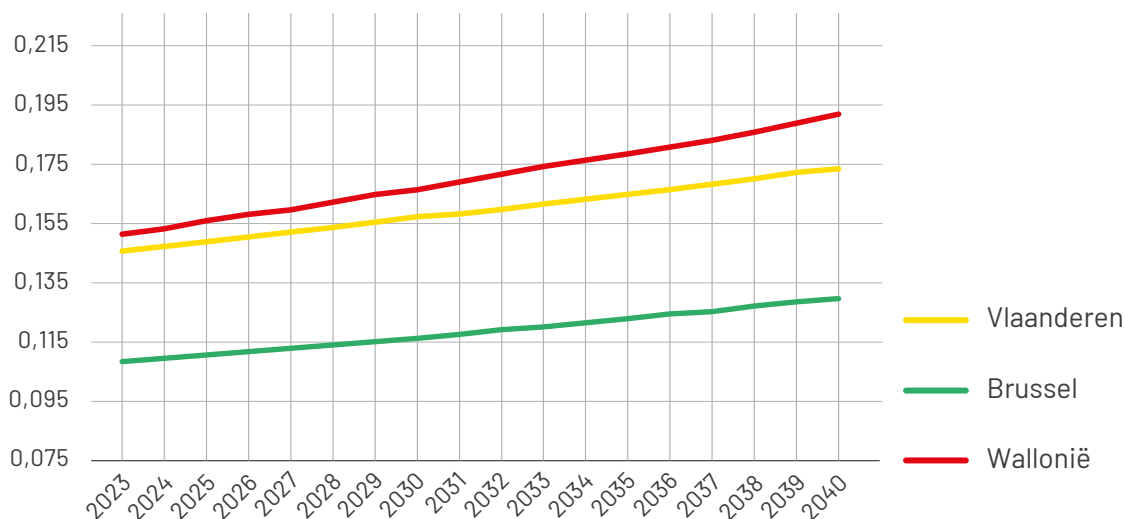
Het kwantificeren van een zorginfarct in ons land vertrekt van de mogelijke kloof tussen de vraag naar zorgarbeid en het aanbod van zorgarbeid. In onderstaande oefening vertrekken we van een inschatting van de toename van de vraag naar zorgarbeid in de periode van 2024 tot 2040. We beperken de oefening bewust tot 2040. Voor de drie regio's van ons land veronderstellen we dat de vraag naar zorgarbeid tot 2040 jaarlijks met 0,75% toeneemt, maar deze ‘basisgroeivoet’ wordt gecorrigeerd in functie van de regionale verschillen in vergrijzingsdynamiek, ziektelast en gezondheidsgeletterdheid. Zo heeft Wallonië vandaag een opvallend hoge ziektelast en dus ook een vrij complexe zorgvraag. Uitgedrukt in DALY's is de ziektelast in Wallonië ongeveer 37% hoger dan in Vlaanderen (zie appendix). Het verder verouderen van een bevolking met al een hoge ziektelast dreigt duurder en vooral aanzienlijk arbeidsintensiever uit te vallen dan de veroudering van een bevolking met een eerder lage ziektelast. Na de correcties voor vergrijzing, ziektelast en gezondheidsgeletterdheid bedraagt de jaarlijkse groeivoet van de vraag naar zorgarbeid 1,1% in Vlaanderen tegenover een groeivoet van 1,25% voor Wallonië en 1,15% voor Brussel. Deze groeivoeten liggen lager dan de gehanteerde groeivoet in de analyses van WRR (2021) en het Zorginnovatieplatform (2009). Hierbij moet benadrukt worden dat de ziektelast in Nederland momenteel lager uitvalt dan in België. België is dan weer het land met de hoogste fiscale druk op arbeid wat zorgaanbieders in ons land al lang dwingt om zuinig om te springen met schaarse arbeid. Voorts veronderstellen we dat ons zorgsysteem reageert op de arbeidskrapte en zich gradueel transformeert zodat de volgende fasen van de vergrijzing niet zorgen voor een versnelling van de vraag naar zorgarbeid. Deze hypothesen zijn optimistisch maar recente en transparante data over de evolutie van de vraag naar zorgarbeid in het complete zorgsysteem zijn amper of niet beschikbaar¹².

De gesimuleerde toename van de vraag naar zorgarbeid wordt vervolgens vergeleken met de verwachte evolutie van de totale tewerkstelling per regio tot 2040. Volgens het Planbureau zal in Wallonië de totale beroepsbevolking tussen 2023 en 2040 dalen met 2,51%. Voor Vlaanderen en Brussel wordt een beperkte toename van de beroepsbevolking

¹² De evolutie van de vraag naar zorgarbeid wordt geraamd op basis van de historische toename van de tewerkstelling in de zorgsector. Zolang het aanbod van zorg toelaat om de zorgvraag te volgen, is dit een soliede redenering. Wanneer een deel van de zorgvraag niet geleverd kan worden door een aanbodgebrek, is de toename van de zorgtewerkstelling geen juiste indicator meer van de toename van de zorgvraag. De werkelijke vraag naar zorgarbeid ligt dan hoger dan de evolutie van de zorgtewerkstelling suggereert.

verwacht. Deze projecties veronderstellen een stabiele migratiedynamiek. In de praktijk kan een land via een gericht beleid extra zorgpersoneel proberen aan te trekken uit het buitenland. Maar de Europese bevolking op beroepsleeftijd piekt momenteel om tussen vandaag en 2050 aanzienlijk te dalen. Net de combinatie van een stijgende vraag naar zorgarbeid en een dalende beroepsbevolking, dreigt een zorginfarct te genereren. In de simulatie veronderstellen we bovendien dat de werkgelegenheidsgraad in de drie regio's stabiel blijft. Indien de werkgelegenheidsgraad in Wallonië aanzienlijk toeneemt tegen 2040, hoeft een dalende bevolking op arbeidsleeftijd niet te impliceren dat de totale zorgtewerking ook zou moeten dalen. Momenteel heeft Wallonië een tewerkstellingsgraad van slechts 66%. Het verhogen van de werkzaamheidsgraad wordt voor Wallonië de basisvoorwaarde om een (groot) zorginfarct af te wenden.

Figuur 1 toont de noodzakelijke evolutie van het aandeel van de zorgtewerking in de totale tewerking om een zorginfarct in de drie regio's van ons land te vermijden. De geprojecteerde toename van de zorgtewerking in de totale tewerking maakt het mogelijk om de toename van de vraag naar zorgarbeid te volgen. In Vlaanderen stijgt het aandeel van de zorgtewerking van 14,5% in 2023 tot 17,3% van de totale tewerking in 2040. Dit aandeel ligt veel lager dan de raming van WRR voor Nederland (25,3% in 2040) maar blijft op zich zeer uitdagend. In Wallonië stijgt het aandeel van de zorgtewerking van 15,1% in 2023 tot 19,1%. De relatief sterke toename van dit aandeel is deels het gevolg van de dalende bevolking op beroepsleeftijd in Wallonië. Als de bevolking op beroepsleeftijd in Wallonië niet zou dalen maar licht zou toenemen zoals in Vlaanderen, zou het Waalse percentage dichterbij de 17,3% voor Vlaanderen.



Figuur 1 – Noodzakelijke zorgtewerking als aandeel van totale tewerking (%)

Vertrekkende van Figuur 1 moet Vlaanderen 74.200 nieuwe zorgwerknemers zoeken en vinden tegen 2040. Dit komt neer op een bijkomende tewerking van 4.365 zorgwerknemers per jaar om een zorginfarct te vermijden. In Brussel stijgt de noodzakelijke tewerking in de zorgsector tegen 2040 met 8.300 eenheden en Wallonië moet op zoek naar ongeveer 42.000 extra zorgwerknemers.

Deze cijfers kunnen vergeleken worden met de analyses van de Studiecommissie voor de Vergrijzing waarbij een toename van de gezondheidszorguitgaven – inclusief langdurige gezondheidszorguitgaven – verwacht worden te stijgen van 8,1% van het BBP in 2023 tot 10,4% van het BBP in 2050¹³. Zelfs bij een beperkte groei van het BBP, nemen de totale gezondheidszorguitgaven tegen 2050 toe met € 13 tot € 17 mrd. Om deze bedragen te kunnen besteden, zijn zeer veel handen nodig. Binnen de totale uitgaven aan gezondheidszorg, stijgen de uitgaven voor langdurige zorg van 1,5% van het BBP in 2023 tot 2,6% van het BBP in 2050.

Personeelsinfarct of capaciteitsinfarct?

Een mogelijk tekort aan zorgpersoneel is één dimensie van een mogelijk capaciteitsinfarct. Om de zorgvraag te kunnen volgen, zijn ook grote investeringen nodig in extra gebouwen, nieuwe technologieën, een aangepaste en geïntegreerde ICT-infrastructuur en innovatieve zorgmodellen. Deze investeringen worden bij voorkeur gecoördineerd, met oog voor aangepaste financieringsmodellen. In een periode met budgettaire krapte zal de zorgsector in toenemende mate de private sector moeten kunnen overtuigen om mee te investeren in een aangepast zorgaanbod, of om dit aanbod te financieren. De capaciteitsuitdaging is wellicht te complex voor een klassieke top-down benadering en vraagt een gezonde dosis (sociaal) ondernemerschap op alle niveaus, gaande van zeer lokale gezondheidscoöperatieven tot ambitieuze preventiemodellen gefinancierd door werkgevers. Dit alles vraagt ook de medewerking van technologiebedrijven. Landen zoals Finland en Zweden trekken volop de kaart van het sociale ondernemerschap. In ons land met een versnippering van bevoegdheden en verantwoordelijkheden houden we lang vast aan gekende modellen en willen we de uitdaging aanpakken met het klassieke recept van ‘meer mensen, meer middelen en meer beleid’.

Nederland heeft een beperkte publieke schuld (44% BBP), een klein begrotingstekort (1,1% BBP) en houdt de pensioenuitgaven via een kapitalisatiesysteem deels onder controle. In vergelijking tot België kan Nederland volop investeren in nieuwe capaciteit en in nieuwe zorgmodellen. Nederland heeft dit in het verleden gedaan, om vast te stellen dat marktwerking in de praktijk niet altijd de verhoopte resultaten aflevert. Ons land heeft zo goed als geen beleidsruimte en kan het zich niet veroorloven om ‘verkeerde’ keuzes te maken. Nederland heeft bovendien een beter georganiseerde arbeidsmarkt met minder uitgesproken regionale verschillen. Dit uit zich o.a. in een hoge arbeidsparticipatiegraad met heel wat deeltijds werkenden die in principe meer uren per week zouden kunnen werken. Het is wellicht makkelijker om iemand die deeltijds werkt enkele extra uren per week te laten presteren dan iemand die al vijf jaar niet werkt bijvoorbeeld één dag per week te laten presteren.

In de ‘war for talent’ zullen de zorgaanbieders zich moeten profileren als aantrekkelijke werkgevers. Dit wordt een uitdaging omdat een deel van de zorgdiensten zeer arbeidsintensief zal blijven. We kunnen verwachten dat de krapte op de arbeidsmarkt zal leiden tot hogere lonen in alle sectoren. Vooral de technologie- en kapitaalintensieve sectoren kunnen hogere lonen en andere voordelen aanbieden om talent los te weken uit andere sectoren. Het risico bestaat dan ook dat bijvoorbeeld de eerder technische en ICT-profielen de zorgsector verlaten. Maar net deze profielen zijn essentieel in alle projecties inzake personalized medicine of telemonitoring.

¹³ Hoge Raad van Financiën (2024). Studiecommissie voor de Vergrijzing. Jaarlijks Verslag. https://www.plan.be/uploaded/documents/202407100940510.REP_CEVSCVV2024_13023_N.pdf

Beleidsreacties?

Deze elementaire projecties ogen uitdagend maar impliceren natuurlijk niet dat een pijnlijk zorginfarct onafwendbaar zou zijn. Zoals al vermeld kan de arbeidsparticipatie verhoogd worden – zeker in Wallonië en Brussel – maar dit is allesbehalve een nieuwe beleidsambitie. En tegen 2040 kunnen zorghervormingen ook een deel van de oplossing vormen.

In Nederland pleit de WRR voor het maken van scherpe keuzes in het aanbieden van zorg – het zogenaamde ‘prioriteren’ – en het structureel inzetten op gezondheid en preventie vanuit andere beleidsterreinen. Voor diezelfde WRR biedt de klassieke focus op een meer doelmatige of efficiënte organisatie van de zorg geen afdoende antwoord voor de houdbaarheidsopgave.

Voorts is een modern en wervend HR-beleid wellicht ook een deel van de oplossing. Vandaag worden het onderwijs en de zorgsector geconfronteerd met een aanzienlijke uitstroom van werknemers. Beide sectoren vonden rond 1980 zeer vlot werknemers en investeerden relatief weinig in een modern HR-beleid. In heel wat onderwijsinstellingen blijft het HR-beleid beperkt tot het vinden van een lesgever voor een vak. De lesgever wordt dan dikwijls voor de leeuwen geworpen en ondervindt weinig of geen steun. Als niet in mensen geïnvesteerd wordt, haken ze snel af. De zorgsector kan natuurlijk niet vergeleken worden met het onderwijs maar ook binnen de zorgsector is er zeker ruimte voor bijvoorbeeld strategische personeelsplanning. Dit is essentieel voor organisaties die met een krappe arbeidsmarkt worden geconfronteerd. Volgens het Nederlandse Zorginnovatieplatform werkten in 2009 amper zorginstellingen met een strategische personeelsplanning. Zorgaanbieders reageren dan alleen op dagdagelijkse personeelsuitdagingen en anticiperen niet op meer structurele personeelsuitdagingen, bijvoorbeeld als gevolg van pensioneringen of het gebruiken van nieuwe technologieën en processen. Om de uitstroom van zorgmedewerkers te vermijden, pleitte het Zorginnovatieplatform voor een modern en wervend HR-beleid, wat slechts bij 20% van de Nederlandse zorginstellingen zou bestaan. Zorginstellingen moeten zich immers kunnen profileren als aantrekkelijke werkgevers voor zeer diverse segmenten van de beroepsbevolking. Voor Vlaanderen of België zijn geen publieke data beschikbaar over de inzet van strategische personeelsplanning.

De impact van het preventiebeleid

Welke rol speelt een sterker preventiebeleid in het voorkomen van een zorginfarct? Het preventiebeleid heeft geen impact op de demografische dynamiek maar kan in principe wel de verdere toename van de ziektelast voorkomen. Dit kan verlopen op een directe manier indien betere levensstijlkeuzes gemaakt worden als gevolg van het preventiebeleid. Een eerder educatief preventiebeleid kan de gezondheidsgelletterdheid verbeteren wat een verdere toename van de ziektelast kan voorkomen. Een zacht en vrijblijvend preventiebeleid sluit mooi aan bij het hedendaagse individualisme. Een overheid die ons wil overtuigen van optimale voedingskeuzes vinden we opdringerig en paternalistisch. Deze schroom belet dat we het preventiebeleid ook curatief inzetten. Zo is er geen enkele discussie dat een zeer ingrijpende aanpassing van de levensstijl niet alleen de opmars van

chronische aandoeningen kan stoppen maar in bepaalde gevallen ook kan genezen¹⁴. Voor een deel van de patiënten met diabetes type 2 kan letterlijk alle medicatie afgebouwd worden mits een optimale levensstijl. Maar een zeer ingrijpende aanpassing van de levensstijl noodzaakt intensieve ondersteuning en interactieve coaching waardoor vooral de hogere inkomens dit potentieel benutten. Hoe kunnen we immers een paar miljoen Belgen met chronische levensstijlaandoeningen tegelijkertijd intensief en interactief gaan begeleiden naar een optimale levensstijl? Los van de uitdaging in termen van mankracht en logistiek heeft een deel van deze doelgroep niet de minste interesse of motivatie om de eigen levensstijl te evalueren en aan te passen. Het is dan ook geen toeval dat de hogere inkomens met een intrinsieke motivatie sterk oververtegenwoordigd zijn bij de vegetariërs en veganisten. En alle deelnemers aan (halve) marathons komen uit de midden en hogere inkomensgroepen.

De mogelijke impact van een sterker preventiebeleid op het aandeel van de zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling wordt in Tabel 1 geïllustreerd. Hierbij veronderstellen we dat het preventiebeleid zorgt voor een iets lagere groeivoet van de vraag naar zorgtewerkstelling. Deze veronderstelling is vrij optimistisch en vraagt een bijsturing van het preventiebeleid. Deze lagere groeivoet zorgt voor een iets lager aandeel van de zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling (-0,59% in Tabel 1), wat neerkomt een 'uitgespaarde' zorgtewerkstelling in Vlaanderen van ongeveer 15.000 eenheden. Hierbij dient benadrukt dat dit optimistische vooruitzicht sterk afwijkt van het huidige preventiepalmares. De collectieve BMI blijft stijgen en de verkoop van antidepressiva, cholesterolverlagers en diabetesmedicatie breekt record na record. Deze evolutie is deels het logische gevolg van de vergrijzing maar ook bij jongeren is er duidelijk opmars van obesitas. Alle parameters wijzen voorlopig op een ziektelast die in de toekomst zal toenemen. Een meer activerend preventiebeleid gebaseerd op intermenselijke interactie biedt in principe meer potentieel op impact dan het overwegend passieve of *do-it-yourself* preventiebeleid. Maar een activerend preventiebeleid is zeer arbeidsintensief. In het land met de allerhoogste belastingen op arbeid maakt dit type van preventiebeleid geen kans, tenzij massaal vrijwilligers ingezet kunnen worden. En dit ligt in continentaal Europa veel moeilijker dan bijvoorbeeld in Angelsaksische landen of in Azië. We houden het in ons land dus noodgedwongen bij een passief preventiebeleid.

De uitgespaarde arbeid in de rechterkolom van Tabel 1 houdt geen rekening met de inzet van arbeid om het gemodelleerde preventiepotentieel te kunnen realiseren. Deze inzet van arbeid is moeilijk te kwantificeren maar elke ambitie tot een lagere ziektelast noodzaakt het bereiken en activeren van een relatief groot aandeel van de bevolking.

2040	Basis (%)	Sterker preventiebeleid (%)	Vershil (%)	Vershil (#)
Vlaanderen	17,32	16,73	-0.59	14.984
Brussel	12,97	12,46	-0.50	1.827
Wallonië	19,13	18,40	-0.73	8.450

Tabel 1 - Impact sterk preventiebeleid op het relatieve aandeel zorgtewerkstelling

14 Albrecht, J. (2020). Investeer in een gezonde levensstijl. Op weg naar een activerend preventiebeleid (OWL Press)

Een meer effectief preventiebeleid kan het risico op een zorginfarct zeker milderen maar niet elimineren. Dit is natuurlijk geen argument tegen het organiseren van een sterker preventiebeleid. De huidige ziektelast is deels het gevolg van het ontbreken van een sterk preventiebeleid en de daaraan gekoppelde gezondheidscultuur – met aandacht voor volksgezondheid als een sociaal concept – in de voorbije decennia.

Habermas, peuters en de WHO in 1972

Het kwantificeren van een mogelijk zorginfarct is illustratief voor een technocratisch perspectief op een zeer complex maatschappelijk fenomeen. Vooreerst bestaat 'het zorgsysteem' uit diverse subsystemen met elk een verschillende dynamiek. De zorgvraag is dan ook de optelsom van heel diverse zorgvragen. De expansie van het zorgsysteem weerspiegelt een maatschappelijke evolutie waarbij zorgvragen die vroeger binnen gezinnen, families of lokale gemeenschappen behartigd werden gradueel geëxternaliseerd werden. Nu zijn er woonzorgcentra terwijl enkele generaties terug grootouders dikwijls inwoonden bij hun kinderen en kleinkinderen. De grootouders zorgden voor de kleinkinderen en de kinderen voor de grootouders. Nu verblijven de grootouders in een woonzorgcentrum en gaan de kleinkinderen naar een crèche. Het contact tussen de generaties verdwijnt en plots stellen we vast dat we eenzaam zijn. Intussen erkent de WHO de ernstige impact die eenzaamheid kan hebben op de gezondheid en dus ook op de vraag naar zorg. Eenzaamheid is immers een risicofactor voor verschillende psychische en fysieke gezondheidsproblemen, zoals depressie, angststoornissen en hart- en vaatziekten. Het uitbesteden van oorspronkelijke gezins- of familiediensten verhoogt de zorgvraag in opeenvolgende fasen. Deze evolutie brengt ons bij een 'zorginfarct' en bij een hoge zorgtewerkstelling in de totale tewerkstelling. Langzaam maar zeker evolueren we naar wat Jurgen Habermas in 1968 omschreef als een 'maatschappij van verzorgers en verzorgden'. Voor Habermas is deze evolutie het logische gevolg van een 'technocratische bewustzijnsvorm' waarbij de mens gereduceerd wordt tot een object dat gecontroleerd, gemanipuleerd en geoptimaliseerd wordt. Deze optimalisatie is een open proces zonder einde. Vandaag zijn er bijvoorbeeld yogaboeken voor peuters en kleuters¹⁵. Peuters en kleuters kunnen kiezen voor oefeningen om stress te verminderen, spanning af te voeren, rust in het hoofd te brengen of het concentratie- en coördinatievermogen te bevorderen. Yoga biedt zeker een meerwaarde maar hier projecteren volwassenen andermaal hun disciplinerende trucjes of coping strategieën naar nieuwe doelgroepen. Maar waarom is het leven zo moeilijk dat we allen coping strategieën nodig zouden hebben?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) erkende al in 1972 dat de potentiële vraag naar gezondheidszorg altijd groter zou zijn dan het aanbod, zelfs als er meer middelen beschikbaar zouden zijn: *'The potential demand for health care is always greater than the supply, even if resources are increased. This is because the demand for health care is not only determined by the needs of the population, but also by the expectations, preferences and values of individuals and groups, as well as by the availability and quality of services.'* Het rapport pleitte daarom voor een rationeel gebruik van de beschikbare middelen en vooral voor een eerlijke verdeling van de zorg over de bevolking. De medische overconsumptie werd toen ook al door de hogere inkomens aangevuurd. De stelling dat het aanbod nooit de vraag naar zorg kan volgen, werd intussen keer op keer bekrachtigd in overzichtswerken over systemen van gezondheidszorg. In 1991 maakte Milton Irwin Roemer een vergelijkende analyse van de gezondheidszorgstelsels

¹⁵ Smit, M. (2018). Yoga voor peuters en kleuters (Altamira)



in 68 landen om daarbij te concluderen dat de evolutie van de zorgvraag vooral de evolutie van maatschappelijke aspiraties weerspiegelt¹⁶.

Moeten we alsmaar meer arbeid alloceren in een systeem dat een onbegrensde zorgvraag materialiseert? Binnen het zorgsysteem wordt zeer hard gewerkt maar kunnen we de zorgvraag nooit bijbenen. Illich verwees lang geleden naar het 'Sisyphus-syndroom' waarbij de toename van maatschappelijke verwachtingen en ambities vooral leidt tot de institutionalisering van permanente frustraties. Misschien moeten we het volgen van de totale zorgvraag loslaten en eerst de vraag stellen hoe we het huidige zorgpersoneel optimaal kunnen inzetten in een maatschappij waarin we elke burger ondersteunen om de regie over de eigen gezondheid deels in eigen handen te nemen.

Conclusies

De vraag naar zorg is onbegrensd maar vooral de combinatie van de vergrijzing en de multimorbiditeit zetten vandaag het zorgsysteem onder grote druk. Voor het eerst in de geschiedenis moeten we een toename van de zorgvraag opvangen met een stabiele tot licht dalende bevolking op beroepsleeftijd. Hierdoor verwachten we dat het aandeel van de zorgtewerksstelling in de totale tewerksstelling in Vlaanderen oploopt van 14,5% vandaag tot 17,3% in 2040. Dit betekent dat bijna 74.000 bijkomende zorgwerknemers gevonden moeten worden bij een stabiele beroepsbevolking. Voor Wallonië verwachten we een toename van de relatieve zorgtewerksstelling van 15,1% nu tot 19,1% in 2040. Wallonië moet tegen 2040 bijna 42.000 extra zorgwerknemers vinden terwijl de beroepsbevolking er licht daalt. Deze projecties wijzen op een uitdaging maar zijn minder dramatisch dan vergelijkbare analyse voor Nederland.

De zorgvraag volgt de vergrijzingsdynamiek en is sterk afhankelijk van de hoge ziektelast. Het vervangen van het vrijblijvende door een sterk activerend preventiebeleid kan de toename van de vraag naar zorgarbeid aanzienlijk milderen maar geen zorginfarct voorkomen.

Binnen het zorgsysteem zijn zeker efficiëntie- en doelmatigheidswinsten te boeken. Al zou kunnen zorgen voor een lagere vraag naar administratieve ondersteuning maar dit werd ook verwacht bij eerdere ICT-golven. Technologie brengt een meerwaarde maar andere maatschappelijke evoluties en processen zorgen voor een toenemende bureaucratisering en rapporteringsdwang in alle segmenten van onze economie en maatschappij.

De zorgvraag is deels het resultaat van persoonlijke aspiraties en maatschappelijke projecties. Dit zijn flexibele concepten die in principe relatief snel bijgestuurd kunnen worden. Een debat over de grenzen en vooral over de essentie van de zorg is wenselijk. In de confrontatie met een 'Sisyphus-syndroom' vertrekt dit debat over zorghervorming best bij de optimale inzet van schaarse arbeid en de mogelijke opties om elke burger te helpen om deels zelf de regie over de eigen gezondheid op te nemen.

¹⁶ Albrecht, J. (2024). Een zorg minder. Hoe we de geestelijke gezondheid van jongeren kunnen versterken (OWL Press)



Appendix

Evolutie Arbeidsaanbod	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Bevolking op arbeidsleeftijd (20-64 jr), 2024	6 798 403	3 889 341	2 125 020	784 042
Werkgelegenheidsgraad (20-64 jr), 2023	72,1%	76,8%	65,5%	66,5%
Evolutie bevolking op arbeidsleeftijd, 2024-2040	+0,17%	+1,48%	-2,51%	+0,95%
Evolutie bevolking op arbeidsleeftijd, 2024-2060	+0,54%	+5,0%	-5,74%	-4,69%
Aandeel 65+ in regionale bevolking	19,5%	20,9%	19,2%	13%
Aandeel 85+ in regionale bevolking	2,9%	3,2%	2,1%	2,1%

bronnen:

<https://www.steunpuntwerk.be/onderzoeksthemas/trends-en-toekomstbeeld/projecties-bevolking-op-arbeidsleeftijd>

<https://www.vlaanderen.be/s/tatistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht>

<https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/werkgelegenheid-en-werkloosheid>

Gezondheidsindicatoren	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Levensverwachting bij geboorte (jaar)	81,7	82,6	80	81,6
Totale ziektelast (vroegtijdige sterfte + verminderde levenskwaliteit) als aantal verloren gezonde levensjaren (in DALY's, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en inwonersaantallen), per 100 000	21 807	19 016	26 224	25 013
Belangrijkste ziektegroep (in DALY's)	Mentale aandoeningen & middelengebr.	Tumoren	Mentale aandoeningen & middelengebr.	Mentale aandoeningen & middelengebr.
Verlies aan kwaliteitsvolle levensjaren door ziekte (YLD per 100 000)	9 312	8 073	11 182	10 703
Gebruik van antidepressiva door vrouwen (2018)				
Prevalentie van lage niveaus van gezondheidsgelletterheid, mannen	32%	28,8%	36%	37,7%
Prevalentie van lage niveaus van gezondheidsgelletterheid, vrouwen	35,6%	33,3%	39,6%	35,4%
Prevalentie van overgewicht	54,4%	53%	57,3%	51,6%
Prevalentie van obesitas	16,4%	15,5%	18,6%	14,1%
Aandeel bevolking dat dagelijks rookt	15%	13%	18%	16%
Prevalentie diabetes type 2, per 1000 inwoners	68	61	82	60
Incidentie acuut myocardiinfarct bij mannen, per 100 000 inwoners	269	251	284	227
Bruto kankerincidentie, per 100 000 inwoners	715	761	716	461
Zelf-gerapporteerde prevalentie van lage rugpijn bij volwassenen, mannen	11,3%	11,1%	12,2%	8,8%
Zelf-gerapporteerde prevalentie van lage rugpijn bij volwassenen, vrouwen	13,3%	12,9%	14,4%	12,1%

bron: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>

