

Reactie op

Beslisnota en brief staatsecretaris over

'Waarom is de oversterfte in Nederland zo hoog?'

25 295 – nr. 2227

vanLoef Research

28 mei 2025

1

Inhoudsopgave

Tijdpad – besluitvorming Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport en reactie van de regering

Inhoudelijk commentaar

- Beslisnota
- Brief regering

Bijlagen

1. Correcties RIVM van levensverwachting bij geboorte, zonder rectificatie
2. De ontwikkeling van de levensverwachting bij geboorte (M/V) in de periode 2013–2023 bij Ourworldindata
3. Vergelijking sterftegrafieken RIVM en Ourworldindata
4. Gevolgen van capaciteitstekorten – Opsomming van een praktijkhoudend huisarts
5. Enige casuïstiek van een huisarts

Tijdpad – besluitvorming Kamercommissie VWS en reactie regering

Op 18 februari heeft **vanLoef Research** de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: Kamercommissie) het rapport *Waarom is de oversterfte zo hoog?* (verder: het rapport) toegestuurd.

Op 20 Februari heeft de Kamercommissie een overleg gehad over het thema Oversterfte waarbij de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport aanwezig was.¹

Op 6 maart jl. heeft de Kamercommissie in haar procedurevergadering de staatssecretaris gevraagd een reactie te geven op het rapport *Waarom is de oversterfte zo hoog?* van **vanLoef Research**. Op 16 april heeft de staatssecretaris gereageerd met de Beslisnota en de Brief.²

Tweede Kamer der Staten-Generaal		2
Vergaderjaar 2024–2025		
25 295	Infectieziektenbestrijding	
No. 2227	BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, 16 april 2025 De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in de procedurevergadering van 6 maart 2025 een reactie gevraagd op het rapport 'Waarom is de oversterfte in Nederland zo hoog?' geschreven door vanLoef Research. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek. In het rapport zet de auteur zijn interpretatie van verschillende internationale cijfers uiteen, en koppelt hij die aan zowel het tabel van gereguleerde marktvoorziening binnen een zorginstelling als aan de capaciteitsbalans in de zorg. Allereerst wil ik opmerken dat de auteur het rapport begint met enkele uitspraken die niet kloppen. Zo schrijft hij dat er geen inhoudelijk debat mogelijk zou zijn over oversterfte. De auteur van het rapport geeft alle redenen hiervoor aan dat instituties, zoals het Ministerie van VWS, het CBS en het RIVM niet het algemeen belang dienen en verantwoordelijk zijn. Dat wil ik hier met kern tegenspreken. Zoals u weet zijn er regelmatig debatten over oversterfte gevoerd, onder andere rond op 20 februari j. en op 18 februari 2024. Daarnaast zijn het CBS en RIVM in principe gearriveerd met onderzoekers die vragen hebben bij de oversterfteonderzoeken. Bij al deze gelegdheden is het mogelijk (ingevest) om een inhoudelijke discussie over oversterfte te voeren. De coronapandemie was een ongekende gezondheidscrisis die gepaard ging met het overlijden van mensen. Dit is ook te zien in de sterflijsten over deze periode: er zijn in die periode meer mensen overleden dan verwacht. En ook nu nog zien we de gevolgen van de coronapandemie. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting onder vrouwen nog iets lager dan voor de coronapandemie ¹ , maar we zien ook dat deze levensverwachting zich aan het herstellen is. Er is (en wordt) vanuit het Ministerie van VWS	<p>meer veel onderzoek gefinancierd naar de oorzaak van oversterfte² en de gevolgen van de coronapandemie³, zoals het effect van maatregelen⁴ en post-covid⁵. Cijfers van vele onderzoeken is het daarbij niet wettelijk om zo elke afzonderlijke publicatie te negeren. Ik vind de inhoudelijke discussie hiervoor een taak voor de wetenschap, en ik wordt gemoedmaakt door bijvoorbeeld het RIVM, het CBS, het Landelijk Geroordheidsraad als er opvallende patronen zijn waar in kennis van zou moeten hebben.</p> <p>Het rapport maakt een internationale vergelijking om vervolgens het Nederlandse zorglandschap aan te wijzen als mogelijke oorzaak voor de oversterfte. De conclusie die in het rapport getrokken wordt, is dat Nederland op oversterfte, levensverwachting en coronavaccinatiegraad erg slecht scoort ten opzichte van andere west-Europese landen, en dat de vergelijking meerkant ten opzichte van west-Europese landen. Deze beweringen zijn discutabel. Niet alleen verschillen de situaties van land tot land, ook worden er verschillende methoden gebruikt om oversterfte te berekenen. Een één-op-één vergelijking tussen landen en het volgend verklaren van de verschillen in (ontwikkeling van) de oversterfte is daarom bijzonder lastig, om niet te zeggen onmogelijk. Daarnaast wordt in het rapport gekozen naar een model om de oversterfte te berekenen met een basislijn van voor de coronapandemie. De vijf jaar voor de COVID-19 pandemie liggen inmiddels erg ver terug in de tijd om de verwachte sterfte op te baseren. Daarom gebruiken we in Nederland een andere methode om de oversterfte te berekenen. De sterftemontitor van het RIVM kijkt, net als voor de pandemie, in Nederland de belangrijkste bron voor het maten en in de gaten houden van mogelijke oversterfte per week in Nederland. Het RIVM geeft aan dat deze methode robuust is omdat andere pieken van oversterfte niet ontstaan.</p> <p>Zonder in detail te treden over de gebruikte modelnamen – dit is immers een taak voor de wetenschap – klopt het dat er de afgelopen jaren een hoge sterfte in Nederland was. Omdat omvang en leeftijdsopbouw (inclusief vergrijping) van de bevolking van invloed zijn op de sterftetrends, is het in veel gevallen dan ook beter om te vergelijken op basis van de levensverwachting. Deze maat voor sterfte houdt bijvoorbeeld wel rekening met de leeftijdsverdeling en grootte van de bevolking. Tijdens het begin van de coronapandemie daalde de levensverwachting licht, maar sinds 2022 stijgt de levensverwachting weer. Voor mannen is deze nu iets hoger dan voor de coronapandemie, voor vrouwen nog iets lager. Hetgeen wij de levensverwachting met andere Europese landen in de periode 2014 – 2021 dan bevindt Nederland zich in een middengroep, zowel wat betreft levensverwachting als de dalende trend gedurende de pandemie. In alle landen vindt herstel plaats, zo ook in Nederland. Verschillen in levensverwachting zijn ook hier niet eenvoudig te interpreteren, omdat onderliggende ontwikkelingen binnen landen sterk van elkaar verschillen. In midden- en west-Europese landen is het herstel ten opzichte van 2019 bijvoorbeeld relatief groot, maar de levensverwachting lag structureel lager en de opgaande trend tot aan de pandemie lijkt te worden verstoord.</p>
1 https://www.zona.nl/indicators/overlevingsverwachting-van-2019-2021		
2 https://www.zona.nl/indicators/overlevingsverwachting-van-2019-2021		
3 https://www.zona.nl/indicators/overlevingsverwachting-van-2019-2021		
4 https://www.zona.nl/indicators/overlevingsverwachting-van-2019-2021		
5 https://www.zona.nl/indicators/overlevingsverwachting-van-2019-2021		
Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 25 295, nr. 2227 1		
Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 25 295, nr. 2227 2		
Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 25 295, nr. 2227 3		

afb: Brief

¹ Dit overleg is door **vanLoef Research** via een livestream verbinding gevolgd en becommentarieerd op twitter/X

² Kamerstukken 25295-2227

Op 23 april heeft de Kamercommissie in een procedurevergadering besloten de reactie van de bewindspersoon te agenderen voor een te zijner tijd te houden commissiedebat Oversterfte.

Op 15 mei jl. heeft de Kamercommissie *vanLoef Research* per brief de stukken toegestuurd en op de hoogte gesteld van haar voornemen.

Inhoudelijk commentaar

Beslisnota

In de Beslisnota schrijft de bewindspersoon aan de Kamercommissie: “Dat u erop vertrouwt dat u bijvoorbeeld door het RIVM, het CBS, Lareb en/of de Gezondheidsraad wordt geïnformeerd als er opvallende trends zijn waar kennis genomen van zou moeten worden”³

Commentaar – Een cruciale zin. De Kamercommissie wordt namelijk niet geïnformeerd over opvallende trends:

1. de in internationaal opzicht achterblijvende ontwikkeling van de levensverwachting bij geboorte (RIVM);
2. de in internationaal opzicht exceptionele oversterfte sinds 2020 (uitbraak corona) (RIVM; CBS);
3. het exceptioneel hoge ziekteverzuim in de sector Gezondheidszorg sinds 2020, wat gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorgverlening (CBS).

In de paragraaf 4.a van de Beslisnota: ‘Draagvlak politiek’ wordt niet gemeld dat er een Kamermotie is aangenomen op 15 feb. 2024 die de regering verzoekt “een onafhankelijke instantie groot integraal onderzoek op te starten naar de redenen en oorzaken van oversterfte sinds 2020, en de Kamer hierover zo spoedig mogelijk te informeren.”⁴

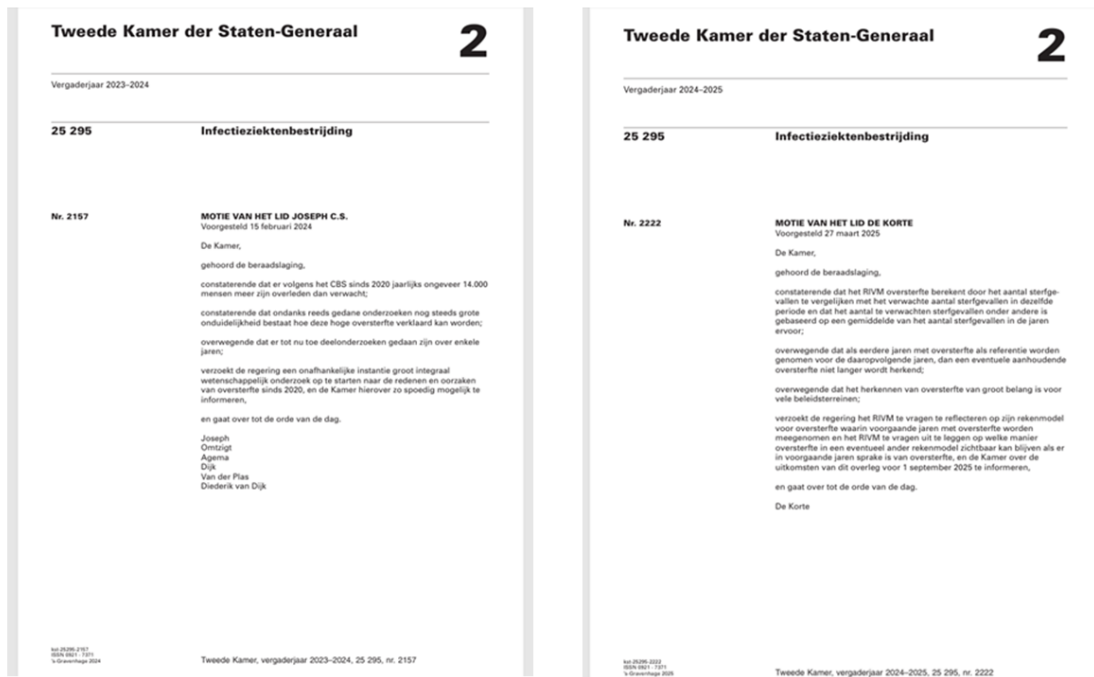
Evenmin wordt de op 1 april jl. aangenomen motie van het kamerlid De Korte genoemd, die de regering verzoekt “het RIVM te vragen te reflecteren op zijn rekenmodel voor oversterfte waarin voorgaande jaren met oversterfte worden meegenomen en het RIVM te vragen uit te leggen op welke manier oversterfte in een eventueel ander rekenmodel zichtbaar kan blijven als er in

³ Beslisnota en brief staan op <https://gijsvanloef.nl/2025/05/07/reactie-vws-op-oversterfterapport-vanloef-research/>

⁴ Kamermotie nr. 2157

voorgaande jaren sprake is van oversterfte, en de Kamer over de uitkomsten van dit overleg voor 1 september 2025 te informeren.”⁵

De bewindspersoon maakt in zijn antwoord geen melding van twee Kamermoties en wekt daarmee de indruk het politiek en maatschappelijk draagvlak voor breed en onafhankelijk onderzoek niet heel serieus te nemen.



afb: 2 aangenomen Kamermoties

⁵ Kamermotie nr. 2222

Brief regering

U ziet, om het commentaar op de reactie gemakkelijker leesbaar te maken, eerst het brief fragment met door *vanLoef Research* gearceerde tekst. Het commentaar betreft de gearceerde tekstdelen.

Tweede Kamer der Staten-Generaal **2**

Vergaderjaar 2024–2025

25 295 **Infectieziektenbestrijding**

Nr. 2227 **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 16 april 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in de procedurevergadering van 6 maart 2025 een reactie gevraagd op het rapport «*Waarom is de oversterfte in Nederland zo hoog?*» geschreven door vanLoef Research. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek.

In het rapport zet de auteur zijn interpretatie van verschillende internationale cijfers uitliten, en koppelt hij dit aan zowel het statistief van gerugaenda marktwerking binnen ons zorgstelsel als ook aan de capaciteitskorten in de zorg.

Aliereerst wil ik opmerken dat de auteur het rapport begint met enkele uitspraken die niet kloppen. Zo schrijft hij dat er geen inhoudelijk debat mogelijk zou zijn over oversterfte. De auteur van het rapport geen spreker voor een debat, zoals het bevoegde van VWS, CBS en RIVM niet het algemeen belang dienen en verantwoordelijk zijn. Dat wil ik hier met klem tegenspreken. Zoals u weet zijn er regelmatig debatten over oversterfte gevoerd, onder andere nog op 20 februari jl. en op 19 februari 2024. Daarnaast zijn het CBS en RIVM in gesprek gegaan met onderzoekers die vragen hebben bij de oversterfteonderzoeken. Bij al deze gelegenheden is het mogelijk (gewest) om een inhoudelijke discussie over oversterfte te voeren.

De coronapandemie was een ongekende gezondheids crisis die gepaard ging met het overlijden van mensen. Dit is ook te zien in de sterftecijfers over deze periode, er zijn in die periode meer mensen overleden dan verwacht. En ook nu nog zien we de gevolgen van de coronapandemie. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting onder vrouwen nog iets lager dan in 2019, maar we zien ook dat deze levensverwachting zich aan het herstellen is. Er is ten slotte vanuit het Ministerie van VWS

zeer veel onderzoek gefaciliteerd naar de oorzaken van oversterfte¹ en de gevolgen van de coronapandemie², zoals het effect van maatregelen³ en post-covid.⁴ Gezien de vele onderzoeken is het daarbij niet verbaard om op elke afzonderlijke publicatie te reageren. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het Ministerie van VWS, het CBS, het Landelijk Expertise Centrum voor de oversterfte en het Landelijk Expertise Centrum voor de oversterfte als er opvallende patronen zijn waar ik kennis van zou moeten hebben.

Het rapport maakt een internationale vergelijking om vervolgens het Nederlandse zorglandschap aan te wijzen als mogelijke oorzaak voor de oversterfte. De conclusie die in het rapport getrokken wordt, is dat Nederland op oversterfte, levensverwachting en coronavaccinatiegraad erg slecht scoort ten opzichte van andere west-Europese landen, en dat vergrijping meevalt ten opzichte van west-Europese landen. Het is niet alleen de vergrijping die de oversterfte kan beïnvloeden, maar ook de samenstelling van de bevolking en het verloop van de coronapandemie. Een eerlijke vergelijking van de oversterfte is daarom mogelijk, maar het is niet eenvoudig. Daarnaast wordt in het rapport getrokken naar een model om de oversterfte te berekenen met een baselijn van vóór de coronapandemie. De vijf jaar voor de COVID-19 pandemie liggen inmiddels erg ver terug in de tijd om de verwachte sterfte op te baseren. Daarom gebruiken we in Nederland een andere modellering dan in dit rapport wordt gehanteerd.⁵ Dit staatmenitor van het RIVM kijkt, net als voor de pandemie, in Nederland de bevolkingstrend voor het meten van de oversterfte aan. Het is niet duidelijk hoe robuust ik onder andere zaken van oversterfte niet meetellen.

Zonder in detail te treden over de gebruikte modelnamen – dit is immers een taak voor de wetenschap – klopt het dat er de afgelopen jaren een hoge sterfte in Nederland was. Omdat omvang en leeftijdsopbouw (inclusief vergrijping) van de bevolking van invloed zijn op de sterfepatronen, is het in veel gevallen dan ook beter om te vergelijken op basis van de levensverwachting. Deze maat voor sterfte houdt bijvoorbeeld wel rekening met de leeftijdsverdeling en grootte van de bevolking. Tijdens het begin van de coronapandemie daalde de levensverwachting licht, maar sinds 2022 stijgt de levensverwachting weer. Voor mannen is deze nu iets hoger dan voor de coronapandemie, voor vrouwen nog iets lager. Het verschil met de levensverwachting met andere Europese landen in de periode 2014 – 2023 kan bereikt worden met een verandering van zowel wat betreft levensverwachting als de manier waarop oversterfte de pandemie. In alle landen wordt herstel gemaakt, zo ook in Nederland. Verschillen in levensverwachting zijn ook hier niet eenvoudig te interpreteren, omdat onderliggende ontwikkelingen binnen landen sterk van elkaar verschillen. In midden- en oost-Europese landen is het herstel ten opzichte van 2019 bijvoorbeeld relatief groot, maar de levensverwachting lag structureel lager en de opgaande trend tot aan de pandemie lijkt te worden vervolgd.

¹ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-naar-oorzaken-en-oorzaken-van-oversterfte-de-coronacrisis>
² <https://www.zonmw.nl/onderzoek-naar-oorzaken-en-oorzaken-van-oversterfte-de-coronacrisis>
³ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-naar-oorzaken-en-oorzaken-van-oversterfte-de-coronacrisis>
⁴ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-naar-oorzaken-en-oorzaken-van-oversterfte-de-coronacrisis>
⁵ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-naar-oorzaken-en-oorzaken-van-oversterfte-de-coronacrisis>

“De auteur begint met enkele uitspraken die niet kloppen. Zo schrijft hij dat er geen inhoudelijk debat mogelijk zou zijn over oversterfte.”

Commentaar – Oversterfte krijgt minder aandacht van het ministerie VWS, CBS en RIVM dan maatschappelijk gewent is. De regering vindt onafhankelijk en internationaal onderzoek niet nodig.⁶ Er lijkt geen vervolg te worden gegeven aan de aangenomen Kamermoties.

⁶ Er zijn veel voorbeelden. In de commissie vergadering van 20 feb. raadt de bewindspersoon nader onderzoek naar de oversterfte af. Citaten: “De oversterfte neemt net als in andere landen af.(...) Overkoepelend onderzoek zal niet tot nieuwe inzichten leiden.” Enzovoorts.

Het klopt uiteraard dat er een Kamerdebat is geweest op 15/2/'24. En op 20/2/'25 was er een commissiedebat. In die zin heeft de regering gelijk. Het besluit van de Kamercommissie om t.z.t. een nieuw debat Oversterfte te houden is later genomen.

“De auteur geeft als reden aan dat instituties niet het algemeen belang dienen en verpolitiekt zijn.”

Commentaar – Het RIVM toont al jaren een gunstiger beeld van de Levensverwachting bij geboorte dan de cijfers rechtvaardigen. In het afgelopen jaar heeft het RIVM driemaal fouten in grafieken (statistieken) van de Levensverwachting bij geboorte moeten bijstellen op instigatie van *vanLoef Research*.⁷ Dit alles is gecommuniceerd aan het RIVM. Het RIVM heeft dit erkend en gecorrigeerd, zonder openbare rectificatie. In alle gevallen gaf het RIVM een rooskleuriger beeld van de levensverwachting bij geboorte dan de cijfers toelaten.

“Zo is bijv. de levensverwachting onder vrouwen nog iets lager (...) maar is zich aan het herstellen” En (verderop in de brief): “In alle landen vindt herstel van de levensverwachting plaats, zo ook in Nederland.”

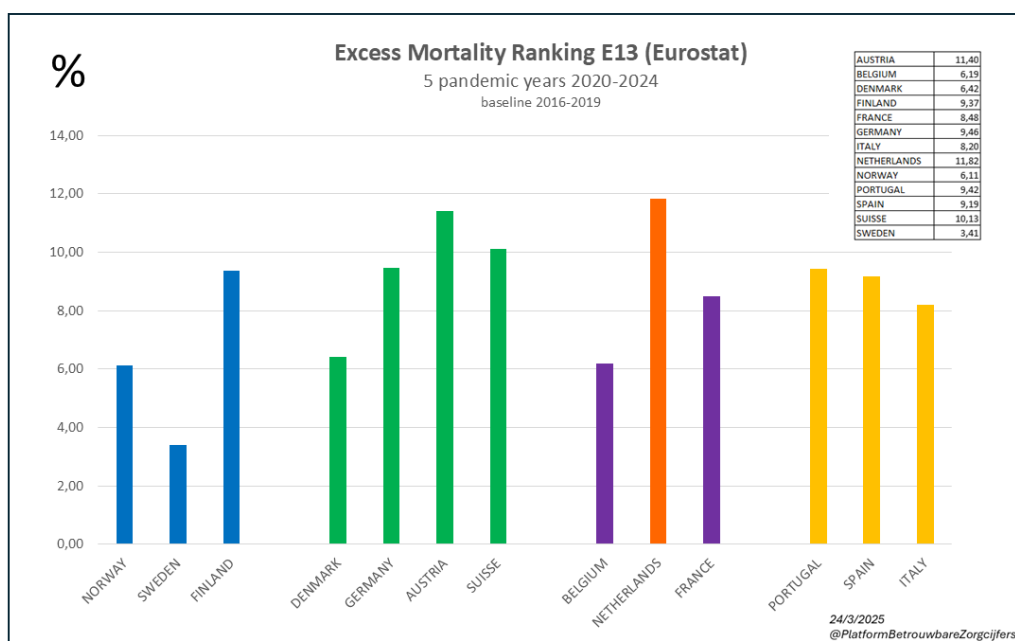
Commentaar – Inmiddels is de levensverwachting bij geboorte van vrouwen het laagste van heel West-Europa. Er is een trend op zeer lange termijn van een achterblijvende levensverwachting bij geboorte in internationaal opzicht. De levensverwachting van de Nederlandse vrouw is nu het laagste van heel West-Europa (83,4 jaar in 2023); De levensverwachting van de Nederlandse vrouw was in 2013 83,2 jaar, toen nog hoger dan in België, Duitsland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. Deze cijfers zijn in 2016 gepubliceerd⁸ Pas sinds kort maakt het RIVM expliciet melding van de achterblijvende levensverwachting bij vrouwen en verwijst naar de jaren '80 van de vorige eeuw (?). **Deze trend is nu pas in beeld bij het RIVM.**

⁷ <https://gijsvanloef.nl/2025/04/11/rivm-kritiek-kroniek/>

⁸ Destijds website Volksgezondheidszorg.info van het RIVM, nu www.vzinfo.nl

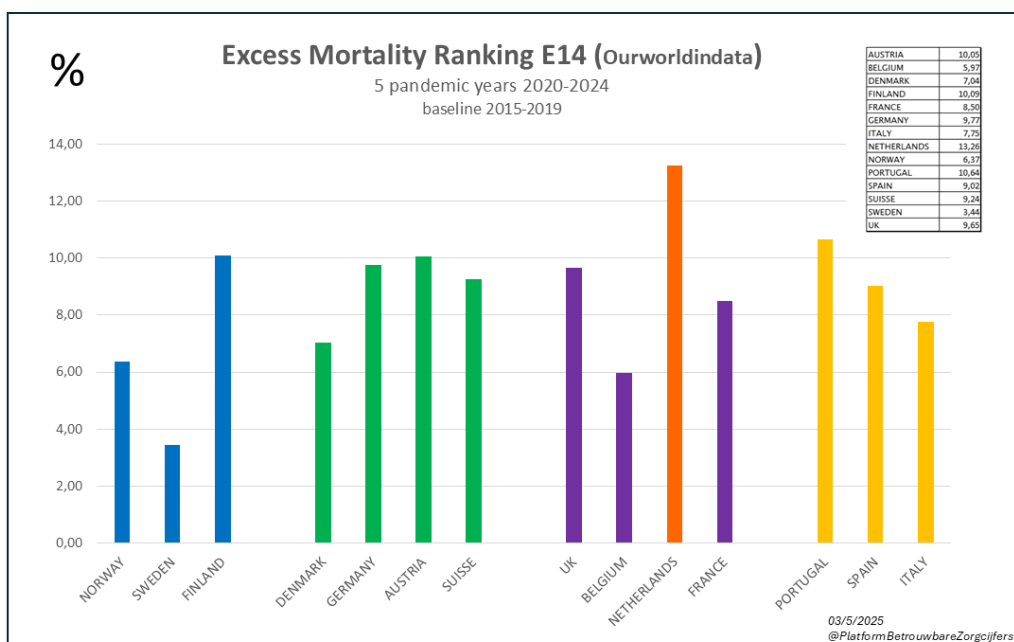
Het RIVM maakt geen internationale vergelijking van de sterfte. Uit de verschillende internationale statistieken die onder meer gebaseerd zijn op data van de gezaghebbende Human Mortality Database blijkt dat Nederland de grootste oversterfte heeft van West-Europa.⁹

De Executive Board van HMD noemt de hoge oversterfte in Nederland *very informative and striking*. Opmerkelijk is de volgende zinsnede: *Unfortunately, we cannot use the data on deaths from CBS because they charge quite a high amount of money for such data*. Met andere woorden: Nederland (CBS) werkt niet mee aan internationaal onderzoek naar de sterfte.



afb: Oversterfte in de jaren 2020–2024, baseline 2016–2019, data Eurostat. Nederland heeft gemiddeld 11,82% oversterfte. Hoogste cijfer van West-Europa (EU).

⁹ <https://gijsvanloef.nl/2025/03/25/letter-email-to-human-mortality-database-executive-board-about-dutch-mortality-data/>



afb: Oversterfte in de jaren 2020–2024, baseline 2015–2019, data Ourworldindata. Nederland heeft gemiddeld 13,26% oversterfte. Hoogste cijfer van West-Europa.

De oversterfte houdt zelfs in 2025 nog aan. Deze – opmerkelijke – trend wordt evenmin gemeld door het RIVM.

De oversterfte sinds 2020 is door het RIVM verdisconteerd in een nieuw rekenmodel, waardoor deze niet meer zichtbaar is in de nieuwe sterfteverwachting. Dit staat in de bijlage van het rapport.

De Tweede Kamer heeft 1 april jl. bij aangenomen motie het RIVM gevraagd een ander rekenmodel te maken, waardoor de hogere sterfte wel zichtbaar blijft (motie De Korte).

Het CBS publiceerde op 19 maart de longread met o.a. de sterftcijfers van 2024.¹⁰ Citaat: “De toegenomen sterfte ten opzichte van 2023 is gevolg van de vergrijzing: er zijn steeds meer mensen in de oudste leeftijdsgroepen.”

Commentaar – Dit is een onjuiste gevolgtrekking. De vergrijzing speelt in alle West-Europese landen, waarbij de vergrijzing in Nederland minder groot is dan in de meeste andere landen. Oversterfte treft vooral mensen van hogere

¹⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2025/trends-in-sterfte-en-doodsoorzaken-2014-2024>

leeftijd, en werkt dus vergrijzing tegen. Nergens is de (over)sterfte nog zo hoog als in Nederland. ‘De vergrijzing’ kan derhalve geen verklaring zijn van de toegenomen sterfte.¹¹

Over de levensverwachting bij geboorte merkt het CBS op dat deze rond het gemiddeld ligt van de EU.

Sinds 2014 is de levensverwachting bij geboorte in Nederland met 0,61% toegenomen, in België met het dubbele (1,23%) en in Europa is er een drievoudige stijging (1,8%). In absolute jaren is de stijging bij ons 0,5 jaar, in België 1 jaar, in Europa 1,4 jaar. De ontwikkeling van de levensverwachting blijft achter in Nederland.

Als we over een lange tijdsperiode kijken, vanaf 1955 tot en met heden, dan zien we dat de toename van de levensverwachting bij geboorte in Nederland het laagste is van West-Europa (kleinste waarde: 1,134, m.a.w. 13,4%).

Levensverwachting bij geboorte	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2023	toename
Portugal	61,4	65,4	69,4	73,4	75,4	78,5	81,0	82,4	1,342
Spanje	66,7	70,7	73,5	76,5	78,2	80,5	83,0	83,7	1,255
Italië	68,3	70,3	72,9	75,6	78,1	80,9	82,8	83,7	1,225
Frankrijk	68,4	71,0	72,9	75,3	77,8	80,1	82,4	83,3	1,218
Finland	67,3	69,4	71,8	74,6	76,5	79,0	81,2	81,9	1,217
Oostenrijk	67,6	70,0	71,4	74,1	76,8	79,6	81,4	82	1,213
België	68,5	70,5	72,0	74,6	76,9	79,0	81,0	82,1	1,199
Zwitserland	70,1	72,1	74,5	76,7	78,5	81,2	83,1	84	1,198
Duitsland	68,3	70,4	71,7	74,4	76,6	79,2	80,9	81,4	1,192
Verenigd Koninkrijk	70,1	71,4	72,6	74,7	76,7	79,1	81,4	81,3	1,160
Zweden	72,6	73,8	75,0	76,8	78,7	80,6	82,3	83,3	1,147
Denemarken	71,9	72,6	74,0	74,6	75,6	77,9	80,6	81,9	1,139
Noorwegen	73,4	73,7	74,9	76,1	77,8	80,0	82,0	83,3	1,135
Nederland	72,5	73,6	74,6	76,5	77,5	79,4	81,7	82,2	1,134

Tabel: Ontwikkeling van de levensverwachting van geboorte vanaf 1955 (eerste meetjaar), gerangschikt naar mate van toename. Bron: Eurostat.

Over deze trendmatige ontwikkeling zegt (ook) het CBS niets.

¹¹ <https://gijsvanloef.nl/2025/03/19/cbs-persisteert-in-dubieuze-berichtgeving-sterfte/>

Op een ander vlak schenkt het CBS ook weinig aandacht, nl. het ziekteverzuim in de zorg.¹² Dit is historisch hoog en sinds 2020 veruit het hoogste van alle bedrijfssectoren in Nederland. Ook dit is een trend. Het gemiddelde cijfer van 7,15% over een periode van vijf jaar geeft aan dat de hele gezondheidszorg als maatschappelijke sector ziek is. Dit is ruim 1 procentpunt hoger dan bij de Industrie (+17%).¹³ Het gaat om ca. 100.000 werkenden in de zorg die permanent ziek zijn (de exacte populatie verandert uiteraard in de tijd). Dit is een zeer belangrijk gegeven en het zou grote aandacht moeten krijgen van de rijksoverheid (VWS; CBS). Maar die aandacht ontbreekt.

Dit is relevant, omdat het voor de hand ligt dat grote structurele personele onderbezetting in de zorgverlening gevolgen heeft voor de zorgverlening, zowel kwalitatief (slechte, onvolledige zorg), als kwantitatief (te weinig, of geen zorg). Dit vertaalt zich onherroepelijk in hogere sterfte op macro-niveau.

“Daarnaast zijn CBS en RIVM in gesprek gegaan met onderzoekers die vragen hadden bij de oversterfteonderzoeken”.

Commentaar – *vanLoef Research* is nooit uitgenodigd voor een gesprek. Niet door het CBS, niet door het RIVM.

“Onderzoek naar de inhoudelijke oorzaken van de oversterfte is een taak van de wetenschap.”

Commentaar – Eens. Echter, zie hiervoor.

“De beweringen in het rapport van *vanLoef Research* zijn discutabel Niet alleen verschilt de situatie van land tot land (...) een-op-een vergelijking is bijzonder lastig, zo niet onmogelijk.”

¹² Uitzondering?: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/ziekteverzuim-naar-bedrijfstak-ontwikkelingen-en-verschillen>

¹³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim>

Commentaar – De verandering in situatie sinds de Covid-epidemie is min of meer vergelijkbaar tussen West-Europese landen, omdat hetzelfde virus rondwaarde. Landen hadden echter andere strategieën voor immuniteitsopbouw en vaccinatie, waarover in het begin van de pandemie discussie was met o.a. het Red Team en in *Lessons Learned*. De vergelijking die hier gemaakt wordt gaat over de evaluatie van verschillende beleidsstrategieën tussen landen, oftewel hoe Nederland de Covid epidemie heeft aangepakt. Zie ook de paragraaf *Macrobeeld – Overheidsmaatregelen* in het rapport.

Op de vraag aan een AI-hulpmiddel of het minVWS gebruik maakt van internationale statistieken is het antwoord: *Ja, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gebruikt cijfers van Eurostat, voornamelijk voor internationale vergelijkingen en beleidsanalyses op gebieden zoals gezondheidszorg, welzijn en sport. Eurostat biedt geharmoniseerde data over bijvoorbeeld zorguitgaven, levensverwachting, ziektecijfers en gezondheidsdeterminanten, die VWS inzet om de Nederlandse situatie te vergelijken met andere EU-lidstaten.*

Spreekt de bewindspersoon zichzelf tegen?

Uit eerste analyses komt naar voren dat de oversterfte in België veel kleiner is dan bij ons. De vaccinatiegraad is hoger. Het vertrouwen in het beleid lijkt groter dan bij ons. De levensverwachting bij geboorte is inmiddels hoger dan die van Nederland.

- *vanLoef Research* adviseert om een breed vergelijkend onderzoek te doen naar de context (bevolkingsopbouw; klimaat; urbanisatiegraad; milieu) en het coronabeleid van Nederland en België.

“De sterftemonitor van het RIVM blijft de belangrijkste bron voor het meten van de oversterfte.”

Commentaar – Er wordt voorbij gegaan aan het verzoek van de Tweede Kamer om dit te onderzoeken. Dat de sterftemonitor van het RIVM de hogere sterfte sinds corona niet (meer) in beeld brengt is al geruime tijd bekend.

Met betrekking tot de COVID-19-vaccinatiegraad wordt in het rapport gekeken naar de vaccinatiegraad berekend over de gehele bevolking, dus inclusief kinderen. Dit wekt daarmee de suggestie dat Nederland een erge lage vaccinatiegraad had in vergelijking met andere landen, zoals een vaccinatiegraad van de basisserie van 67,4% in 2021. Echter, de oversterfte was het hoogst onder de oudere en meest kwetsbare groepen. Daarom is het belangrijk om ook naar de vaccinatiegraad van deze groepen te kijken wanneer de suggestie wordt gedaan dat de oversterfte aan de lage vaccinatiegraad ligt. Kijkend naar de vaccinatiegraad bij deze groepen, dan is deze in december 2021 veel hoger (bijvoorbeeld 93% in de groep 71-80 jaar)⁷ dan de vaccinatiegraad die in het rapport wordt genoemd – en dus is gebaseerd op de hele bevolking – doet vermoeden.

Verder wordt in het rapport de hoge sterfte toegeschreven aan het arbeidstekort in de zorg. Hier wordt echter geen oorzakelijk bewijs voor gegeven. Zo wordt de relatie tussen het arbeidstekort en sterfte niet met statistische analyses gestaafd, maar wordt alleen een overzicht gegeven op basis van beschrijvende statistiek. Hierdoor is niet te concluderen dat de hoge sterfte één-op-één aan het arbeidstekort kan worden toegeschreven. Tekorten in de zorg zijn mij echter helaas niet onbekend. Niet voor niets is het aanpakken hiervan één van de speerpunten uit het regeerprogramma van dit kabinet (bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 96).

Toezegging uit oversterftedebat

In het oversterftedebat van 20 februari jl. heb ik toegezegd om een verwijzing te sturen naar een overzicht naar diverse internationale onderzoeken met betrekking tot oversterfte (en de relatie met vaccinaties). Op de projectpagina van het ZonMw-programma naar de oorzaken van oversterfte staat een dergelijk (niet uitputtend) overzicht van 221 studies: <https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-01/Overview-literature-on-Excess-Mortality--Cochrane.xlsx>. Daarnaast biedt de website <https://www.pandemicpact.org/> een wereldwijd overzicht van gesubsidieerde onderzoeken gerelateerd aan onder andere COVID-19, oversterfte en vaccinaties.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans

⁷ <https://web.archive.org/web/20211230190848/https://coronafashboard.rijksoverheid.nl/tandels/jk/vaccinaties>

“Het wekt de suggestie dat Nederland een erg lage vaccinatiegraad had in 2021.”

Commentaar – Geen suggestie, cijfers ECDC!¹⁴ Zie het rapport.

“Echter, de oversterfte was het hoogst onder oudere en meest kwetsbare groepen.”

Commentaar – Dat laat het rapport ook zien. Het feit dat het oversterfte is, geeft aan dat de sterfte verhoogd is. Bij iets wat schadelijk is voor de gezondheid, wordt medisch gezien oversterfte vooral verwacht bij zwakkere mensen, terwijl bij sterkere mensen vooral meer ziekteverzuim zal worden gezien. Beide zijn het geval, hetgeen getuigt van een grotere impact van de Covid-epidemie in Nederland dan in andere landen.

“Verder wordt in het rapport de hoge sterfte toegeschreven aan het arbeidstekort in de zorg. Hier wordt echter geen oorzakelijk bewijs voor gegeven.”

Commentaar – Er wordt becijferd dat het arbeidstekort in de ouderenzorg in '23 ca 12% was. De logica zegt dat dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van individuele zorgbehandelingen en de duur ervan: slechtere zorg, latere zorg (uitgestelde zorg) en minder zorg. En Immers, waarom zijn er anders überhaupt zorgverleners (verpleegkundigen, geriaters e.a.) nodig? Daarnaast zijn er ernstige tekorten aan medicijnen.¹⁵ Door de grote aantallen – het gaat om vele honderdduizenden zorgbehoevenden op hoge leeftijd – moeten deze tekorten zich vertalen in hogere sterftcijfers. Er is dus een correlatie. In de bijlage staan enkele voorbeelden vanuit de praktijk.

Maar hoe die correlatie precies is moet nader onderzocht worden.

- **vanLoef Research** adviseert een onderzoek naar de effecten van het arbeidstekort op de kwaliteit van de ouderenzorg.

¹⁴ <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

¹⁵ <https://gijsvanloef.nl/2024/02/29/marktwerking-oorzaak-van-exceptionele-oversterfte-deel-1/>

Concluderend.

De conclusies van het rapport blijven staan.

De oversterfte is in Nederland na corona aanzienlijk hoger dan in andere Europese landen, terwijl de relatieve levensverwachting gedaald is. Ook is het ziekteverzuim sinds corona toegenomen, vooral in de gezondheidszorg. Dit wijst allemaal op een grotere impact van corona op de gezondheid en de economie in Nederland, dan in andere West-Europese landen.

De kengetallen/Key Performance Indicators (oversterfte; levensverwachting bij geboorte; ziekteverzuim en arbeidstekort in de zorg) worden onvoldoende in beeld gebracht door het RIVM en het CBS.

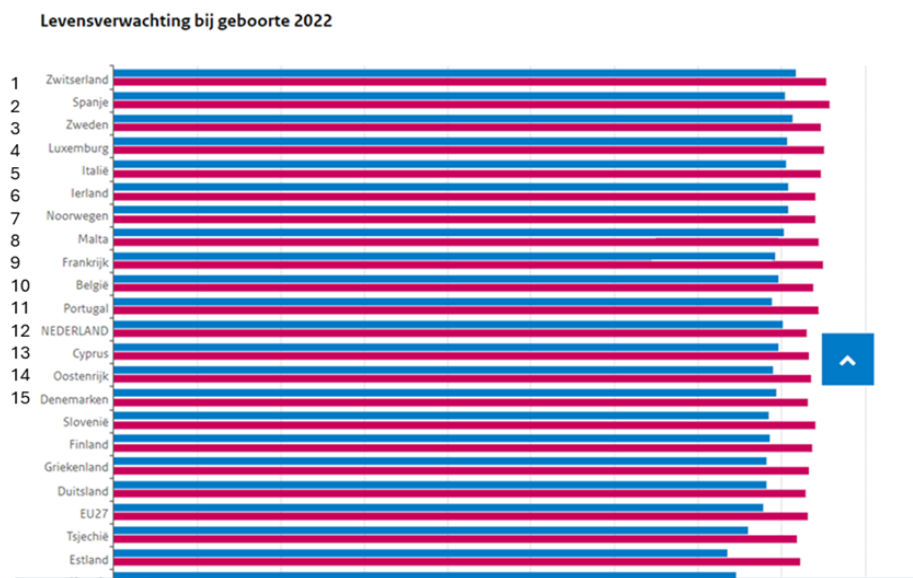
Bijlagen

1. Correcties RIVM van levensverwachting bij geboorte, zonder rectificatie.¹⁶¹⁷



1^e correctie – zomer 2024

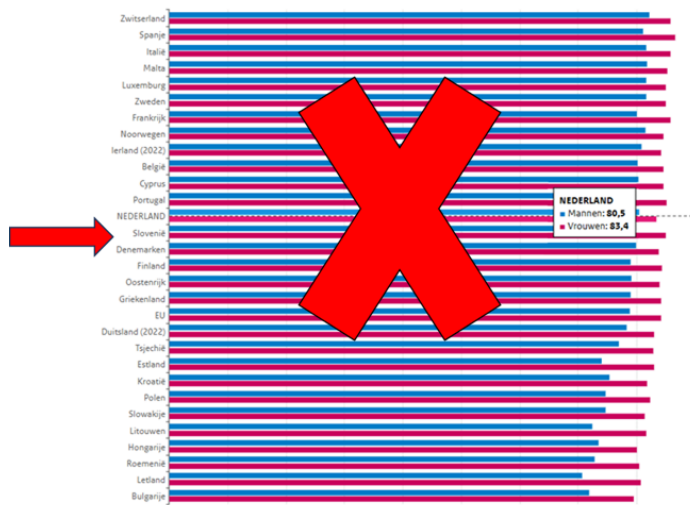
Wijzigingsdatum 17-07-2024



¹⁶ <https://gijsvanloef.nl/2025/05/07/reactie-vws-op-oversterfterapport-vanloef-research/>

¹⁷ <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting/internationaal>

Levensverwachting bij geboorte 2023



2^e correctie – april 2025

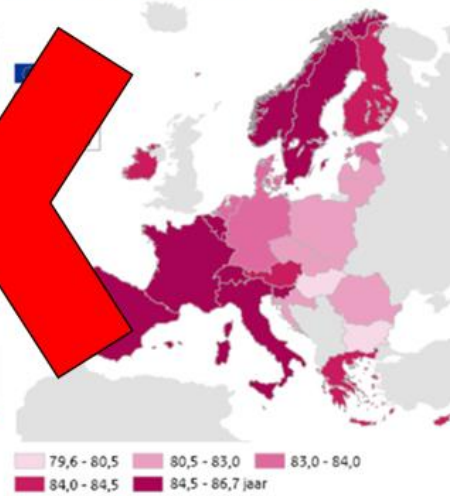
Levensverwachting bij geboorte 2023



Levensverwachting Nederlandse man boven EU-gemiddelde 2023

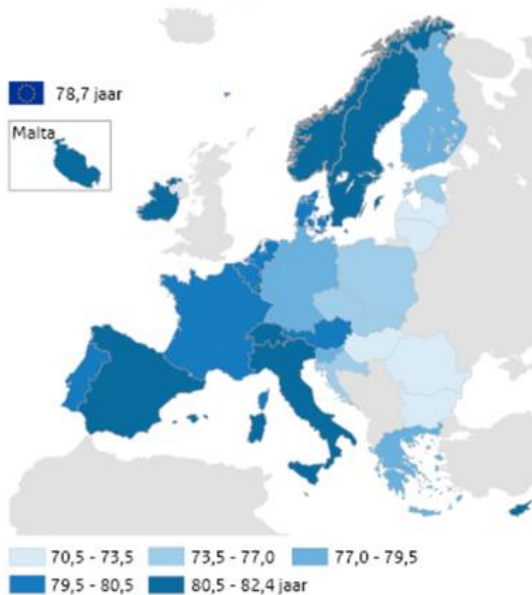


Levensverwachting Nederlandse vrouw gemiddeld in de EU 2023

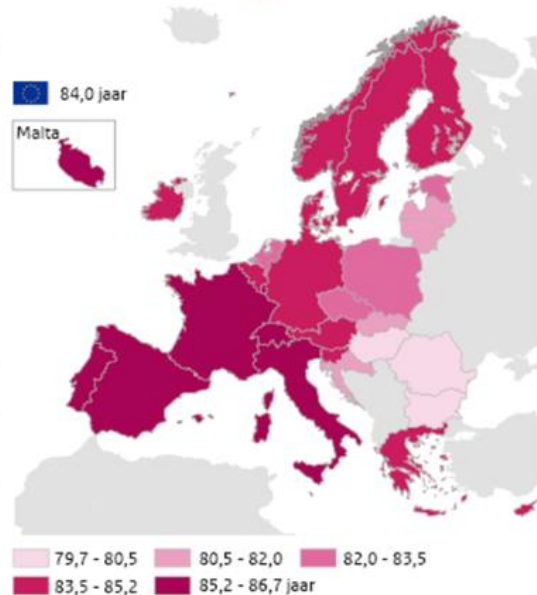


3^e correctie – april 2025

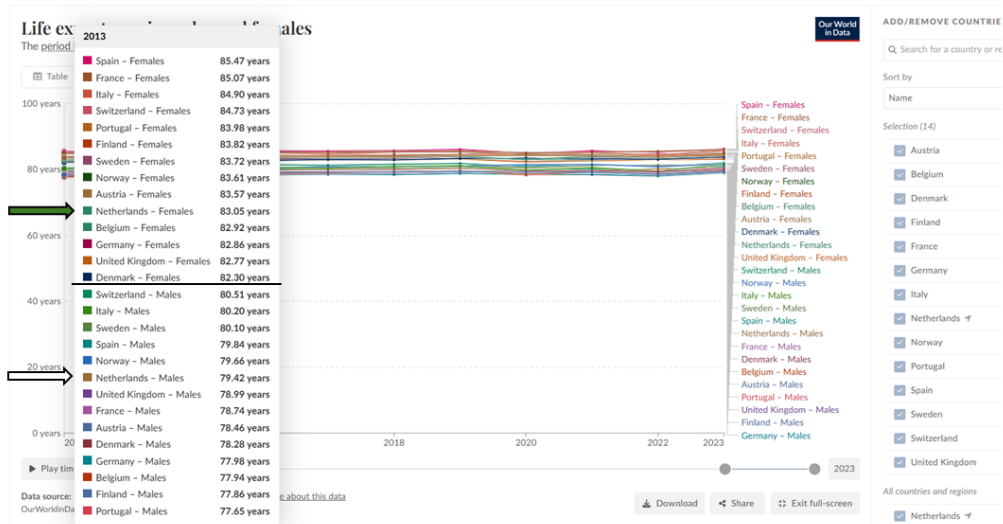
Levensverwachting Nederlandse man boven EU-gemiddelde 2023



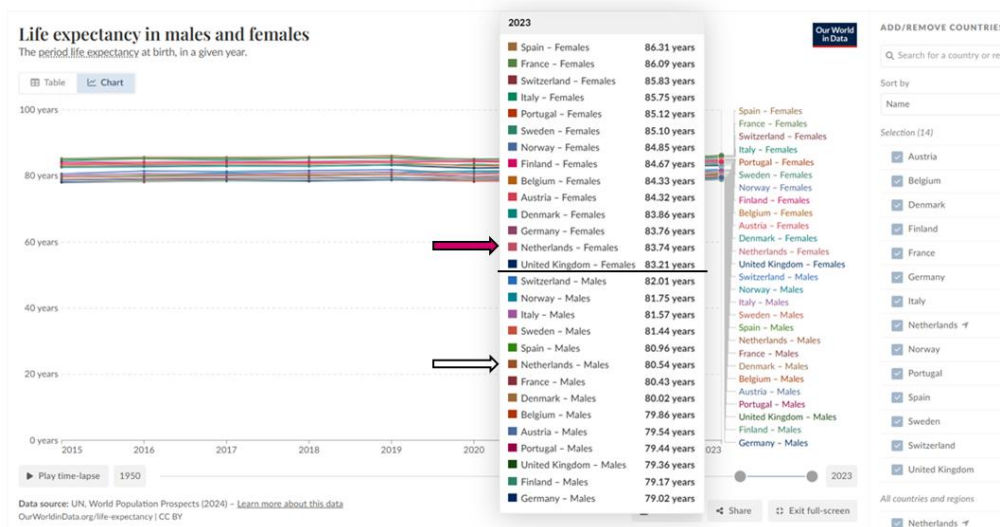
Levensverwachting Nederlandse vrouw onder EU-gemiddelde 2023



2. De ontwikkeling van de levensverwachting bij geboorte M/V in de periode 2013–2023 bij Ourworldindata.¹⁸



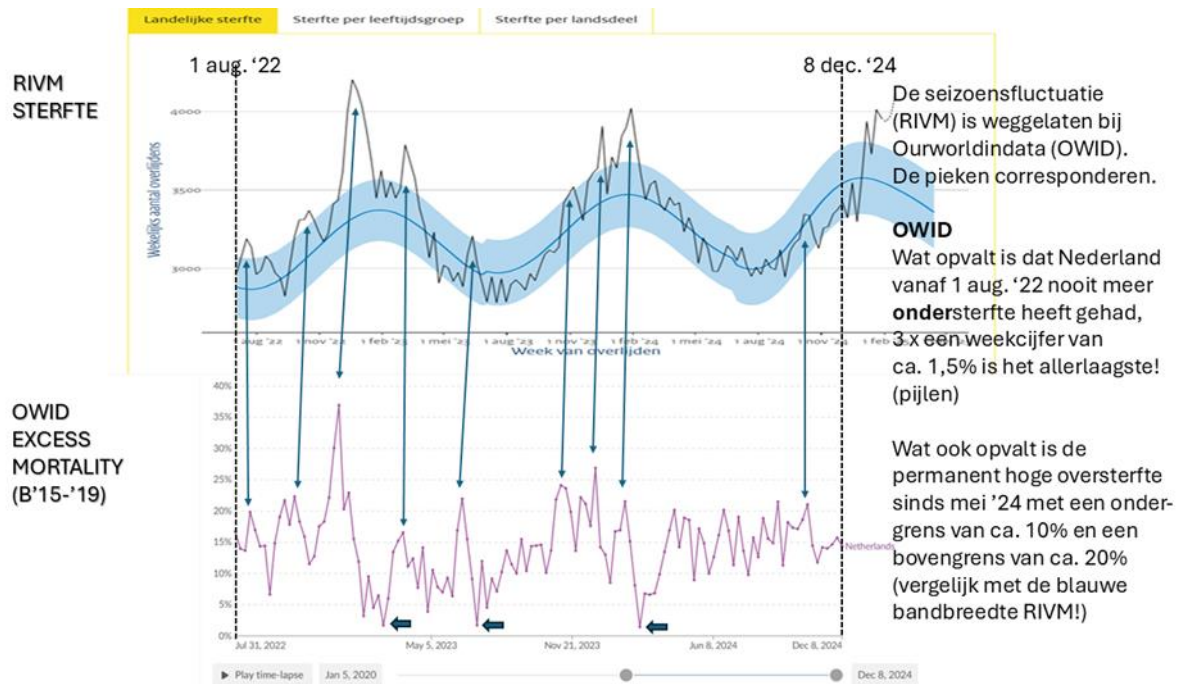
Afb: In drie landen was in 2013 de LEVENSV ERWACHTING BIJ GEBOORTE van vrouwen lager dan in Nederland (groene pijl).



Afb: In 2023 is de levensverwachting bij geboorte van vrouwen in Nederland het op een na laagste van West-Europa (paars-rode pijl).

¹⁸ <https://ourworldindata.org/grapher/female-and-male-life-expectancy-at-birth-in-years?time=2015..latest&country=BEL~AUT~DNK~FRA~DEU~ITA~NOR~PRT~ESP~SWE~CHE~GBR~FIN~NLD>

3. Vergelijking sterftegrafieken RIVM en Ourworldindata¹⁹



¹⁹ <https://gijsvanloef.nl/2024/02/16/monitor-sterfte-in-2024-rivm/>

4. Gevolgen van capaciteitstekorten – Opsomming van een praktijkhoudend huisarts

1) Veel mensen hebben geen huisarts in Nederland en dus geen laagdrempelige toegang tot medische zorg.

2) Mensen die wel een huisarts hebben ervaren dat de wachttijd bij de huisarts toeneemt i.v.m. het huisartsen tekort. Steeds meer mensen hebben slechts digitaal contact met de huisartsenpraktijk wat de kans op een foutieve inschatting van het probleem vergroot. Verwijzen naar de tweede lijn verloopt steeds moeizamer en komt soms niet tot stand waar dit wel was aangewezen.

3) Specialistische zorg (Somatisch): Wachttijden voor specialistische zorg neemt toe, zeker voor de als niet acute aandoening ingeschatte klachten. NB: De beperkte operatiekamer capaciteit door personeelsschaarste en bezuinigingen is zorgelijk te noemen. Hetzelfde geldt voor de beperkte IC capaciteit.

4) Specialistische zorg (Psychische zorg): Door terugdraaien van adequate vergoedingen voor de vrijgevestigde psychiaters t.a.v begeleiden van patiënten met multi problematiek wordt deze groep kwetsbaren nu verwezen naar de instellingen (GGZ). Deze overbelaste instellingen hebben geen capaciteit om adequate zorg te bieden aan deze groep.

5) Intramuraal ouderenzorg/verpleeghuizen. Er is een structureel tekort aan opvangcapaciteit. Er zijn lange wachtlijsten.

6) Zorg aan huis (wijkverpleging, thuiszorg, palliatieve zorg) is vaak onvoldoende beschikbaar.

7) Veilige gezinsvervangende huizen voor probleem jongeren....vind ze maar...waar zijn ze gebleven?

5. Enige casuïstiek van een huisarts

- 1) Voor een al langere tijd verwarde angstige onhandelbare patiënt ernstige gedragsproblemen t.g.v. dementieel syndroom bleek een acute opname in een verpleeghuis in de hele provincie niet mogelijk. Ze woonde op zes hoog en wilde regelmatig van het balkon springen en trok de schilderijen van de muur. De echtgenoot was overbelast en ten einde raad. De GGZ crisisdienst kon niets betekenen. Het RAP (Regionaal Aanmeldpunt Beddenscapaciteit) d.w.z de noodbedregeling bood lange tijd geen oplossing. Na een melding bij de inspectie werd er via het RAP uiteindelijk toch een bed gevonden op de PZ afdeling van een instelling en werd een suïcide voorkomen.
- 2) Een patiënt met onbegrepen buikklachten stond op de wachtlijst voor de MDL arts en ging zelf tijdens de wachttijd naar pre scan in Duitsland. Er werd bij toeval een klein pancreaskopcarcinoom gevonden wat waarschijnlijk geen verklaring was voor zijn klachten maar wel actie nodig maakte. Door de wachttijd in het academisch ziekenhuis was de tumor uiteindelijk inoperabel en overleed de patiënt.
- 3) Een patiënt met een verleden bij Pieter Baan Centrum verhuist naar een andere regio waar deze gespecialiseerde zorg niet voor handen is. Hij krijgt opnieuw vreemd gedrag en angsten maar is nog niet manifest psychotisch. Er wordt contact gezocht met de GGZ en de wachtlijstproblematiek leidt tot uitstel van adequate zorg en vervolgens escalatie.
Hij werd een gevaar voor zijn omgeving. Uiteindelijk werd patiënt na de escalatie met veel inzet van politie en hulpdiensten patiënt alsnog opgenomen in de GGZ.