

# Vertrouwen in de toekomst van de zorg?

*Erik Schut, Marco Varkevisser en Stéphanie van der Geest*

## 1 Inleiding

De zorgparagraaf van het regeerakkoord “Vertrouwen in de toekomst” begint met de stelling dat dit vertrouwen er voor wat betreft de zorg nog niet is (RA 2017, p. 13): “Veel mensen maken zich zorgen of de zorg die zij nodig hebben er wel is en of zij die kunnen betalen.” Het nieuwe kabinet Rutte III belooft dan ook “hier werk van te maken.” Kan de burger op grond van het regeerakkoord vertrouwen op een goede en betaalbare zorg in de toekomst?

## 2 Groei van de zorguitgaven

Het vorige kabinet is erin geslaagd om de trendmatige groei van de collectieve zorguitgaven fors om te buigen: van circa 6,3% in periode 2006-2012 tot circa 1,4% gedurende de kabinetsperiode 2012-2017 (VWS 2017, p. 162). Deze trendbreuk is gerealiseerd door een combinatie van factoren waaronder een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg, effectieve inkoop van geneesmiddelen door zorgverzekeraars, beperkte loon- en prijsstijgingen, een aanzienlijke verhoging van eigen betalingen voor de burger en een effectieve beperking van de kosten van ziekenhuiszorg via zogeheten ‘hoofdlijnenakkoorden’. In deze akkoorden sprak het ministerie van VWS met het zorgveld een maximale stijging van de totale uitgaven af.

Na ruim vier jaar van ombuigingen lijkt de rek eruit. Zo is er toenemende maatschappelijke onvrede over oplopende wachttijden in de ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg. Ook zijn er toenemende zorgen over de kwaliteit van de ouderenzorg en de hoogte van de eigen betalingen. In combinatie met een sterk verbeterde conjunctuur maakt dit een voortzetting van de zeer gematigde groei van de zorguitgaven, zoals in de afgelopen jaren, uiterst onwaarschijnlijk.

Het vorige kabinet heeft in dit opzicht reeds een belangrijke duit in het zakje gedaan door, onder grote maatschappelijke én politieke druk, op de valreep te besluiten tot een forse extra investering in de verpleeghuiszorg die oploopt tot 2,1 mld euro. Voor 2018 is door het ministerie van VWS al een nominale groei van de collectieve zorguitgaven van circa 5,4% ingeboekt, terwijl de groei in het vervolg van de komende kabinetsperiode (2019-2021) oploopt tot gemiddeld 6,0% per jaar (5,4% voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en

8,9% voor de Wet langdurige zorg (Wlz)). De collectief gefinancierde zorguitgaven exclusief eigen betalingen zullen hierdoor toenemen van 68,8 mld euro in 2017 tot 86,5 mld euro in 2021 (VWS 2017, p. 166). Van deze bijna 18 mld euro extra zorguitgaven gaat ruim 10 mld naar de curatieve zorg (Zvw) en krap 8 mld naar de langdurige zorg (Wlz en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)). Dit is het zogeheten 'basispad' waarmee het nieuwe kabinet is geconfronteerd en waarin de extra investering in de verpleeghuiszorg dus zit verdisconteerd.<sup>1</sup>

### 3 Maatregelen

Het nieuwe kabinet heeft deze erfenis overgenomen en besloten om daarbovenop nog circa 700 mln euro extra collectieve middelen in de zorg te investeren door (i) het eigen risico te stabiliseren in plaats van te laten meegroeien met de zorguitgaven<sup>2</sup> en (ii) de eigen bijdragen in de langdurige zorg te verlagen. Ten aanzien van dit laatste geldt overigens dat de extra kosten door de afschaffing van de eigen bijdragen in de Wmo voor circa de helft worden afgewenteld op de gemeenten. Om enig tegenwicht te bieden aan deze stijgende zorguitgaven stelt het nieuwe kabinet twee maatregelen in het vooruitzicht. Ten eerste wordt een beperking van de groei van de zorguitgaven voorzien door het opnieuw afsluiten van hoofdlijnenakkoorden met de zorgsector. De opbrengst hiervan moet oplopen tot 1,9 mld euro in 2021. Ten tweede is het de bedoeling om de groei van de uitgaven aan medicijnen te beperken door een scherpere inkoop en een herberekening van het zogeheten 'geneesmiddelenvergoedingensysteem' (GVS). De verwachte opbrengst hiervan loopt op tot 0,3 mld euro in 2021.

### 4 Nieuwe hoofdlijnenakkoorden

In financiële zin verwacht het nieuwe kabinet dus veel van nieuwe hoofdlijnenakkoorden die het met de zorgsector wil sluiten. In de periode 2012-2018 is het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden effectief gebleken om de zorguitgaven te beheersen. Maar dit was vooral te danken aan de bereidheid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen om in hun bilaterale onderhandelingen 'omzetplafonds' af te spreken. Een belangrijke reden voor deze bereidheid was de breed gevoelde noodzaak tot kostenbeheersing als gevolg van de economische crisis. De uitgangssituatie van Rutte III is in dat opzicht heel anders dan bij de start van Rutte II in 2012. Na jaren van zeer gematigde groei lijkt, zeker nu de

---

<sup>1</sup> Merk op dat zorgverzekeraar DSW bij de berekening van de nominale premie voor 2018 "op basis van een eerste indicatie" de verwachting heeft uitgesproken dat de totale Zvw-uitgaven het aankomende jaar circa 1,1 mld lager zullen zijn dan geraamd (DSW 2017). Als deze verwachting juist blijkt te zijn, dan ligt dit basispad nu te hoog.

<sup>2</sup> Anders dan bepleit door verschillende zorgeconomen wordt in het regeerakkoord niet gesproken over mogelijke andere manieren om het eigen risico vorm te geven, bijvoorbeeld door de hoogte van de eigen betalingen te koppelen aan de ziektelast van de aandoening, de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling en de doelmatigheid van zorgaanbieders (zie bijvoorbeeld Van Kleef en Van de Ven 2012). Dit is een gemiste kans.

economische wind weer meezit, het op vrijwillige basis afsluiten van nieuwe uitgavenbeperkende zorgakkoorden geen vanzelfsprekendheid. Van de kant van zorgaanbieders waren de eerste terughoudende geluiden al te horen (Skipr 2017). Het is dus zeer de vraag of de gewenste zorgakkoorden tot stand zullen komen en vervolgens de beoogde besparingen zullen opleveren.

Dit laatste is te meer onzeker, omdat de totale opbrengst van 1,9 mld euro waarop het nieuwe kabinet in 2021 rekent op z'n minst ambitieus te noemen is. Het CPB (2017, p. 25) becijfert namelijk dat "de intentie om hoofdlijnenakkoorden af te sluiten" in 2021 tot besparingen leidt van 0,7 mld euro in de ziekenhuiszorg, 0,1 mld in de geestelijke gezondheidszorg en 0,1 mld in de wijkverpleging. De totale opbrengst bedraagt in dat geval geen 1,9 mld maar 0,9 mld euro. De reden voor dit grote verschil is dat het planbureau, conform de uitgangspunten die bij het doorrekenen van de verkiezingsprogramma's zijn gehanteerd (CPB 2016), voorzichtigheidshalve per deelsector een maximale besparing van 1% per jaar ten opzichte van het basispad hanteert indien de hoofdlijnenakkoorden niet gepaard gaan met een "corresponderende beperking van de aanspraken of maatregelen die de doelmatigheid verbeteren." En omdat dergelijke maatregelen in het regeerakkoord ontbreken, komen de collectief gefinancierde zorguitgaven volgens het CPB dus structureel 1 mld euro hoger uit dan in het regeerakkoord wordt aangenomen.

Om een forse financiële tegenvaller te voorkomen is het dus belangrijk dat de beoogde hoofdlijnenakkoorden de hooggespannen verwachtingen gaan waarmaken. Hiervoor is het cruciaal dat de louter financiële afspraken over uitgavenbeheersing gecombineerd worden met ambitieuze inhoudelijke afspraken. Bijvoorbeeld – zoals het regeerakkoord terecht stelt – op het gebied van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn, het voorkomen van onnodige zorg en een sterker onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg en de vergoeding ervan. Gezien de gematigde groei van de afgelopen jaren en de gunstige economische omstandigheden van dit moment zal het maken van bindende afspraken hierover bepaald geen abc'tje zijn. Daarbij laten de eerdere hoofdlijnenakkoorden zien dat ook wanneer het wel lukt om gunstige inhoudelijke afspraken te maken naleving ervan niet vanzelfsprekend is (Algemene Rekenkamer 2016).

## **5 Macrobeheersinstrument**

Wanneer de beoogde hoofdlijnenakkoorden niet de gewenste besparingen opleveren dan wordt, zo staat in het regeerakkoord te lezen, het macrobeheersinstrument (MBI) ingezet. Het MBI is in 2012 geïntroduceerd als wettelijk "slot op de deur" van de zorguitgaven. Het geeft de overheid de bevoegdheid om per sector een overschrijding van het toegestane macrobudget bij de zorgaanbieders terug te halen in de vorm van een heffing naar rato van hun omzet. Door de brede steun voor de zorgakkoorden is de inzet van het MBI tot nu toe niet nodig geweest om de zorguitgaven binnen de macrokaders te houden. Maar in het verleden behaalde resultaten vormen geen garantie voor de toekomst.

Bovendien is het zeer twijfelachtig of het kabinet via de inzet van het MBI de beoogde besparingen kan afdwingen. Allereerst geldt dat het MBI tot perverse prikkels leidt voor zorgaanbieders omdat een scherpe prijsstelling wordt afgestraft in plaats van beloond (Schut et al. 2011). Het is dan ook zonder meer verstandig om het MBI uitsluitend als *ultimum remedium* achter de hand te houden en alles te doen om te voorkomen dat het daadwerkelijk moet worden toegepast (Commissie Baarsma 2012).<sup>3</sup> Daarnaast kunnen serieuze vraagtekens worden geplaatst bij de juridische houdbaarheid van het MBI omdat het op gespannen voet staat met het rechtszekerheidsbeginsel (Van der Geest et al. 2017). Hoewel de overheid de toepassing van het MBI op een bepaalde sector van de gezondheidszorg van tevoren aankondigt, is het voor de in die sector actieve aanbieders niet te voorspellen of een MBI-heffing zal worden opgelegd en, zo ja, welke omvang die heffing dan zal hebben.

## 6 Conclusie

We begonnen dit artikel met de vraag of de burger op grond van het regeerakkoord kan vertrouwen op een goede en betaalbare zorg in de toekomst. De kabinetsplannen stellen ons op dit punt niet gerust: bij het opnieuw afsluiten van hoofdlijnenakkoorden is succes niet gegarandeerd en het MBI is geen overtuigende ‘stok achter de deur’. Het is aan de nieuwe bewindspersonen van het ministerie van VWS de omstandigheden te creëren waaronder zorgaanbieders én verzekeraars aan de slag kunnen om te komen tot verbeteringen op het gebied van kwaliteit, gepast gebruik, doelmatigheid en een beheerste prijs- en volumeontwikkeling. Hiervoor is nog heel wat stuurmanskunst vereist!

### Auteurs

Erik Schut (e-mail: [schut@eshpm.eur.nl](mailto:schut@eshpm.eur.nl)) en Marco Varkevisser zijn als hoogleraar en Stéphanie van der Geest als universitair docent verbonden aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

### Referenties

- Algemene Rekenkamer, 2016, Zorgakkoorden - Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4, Den Haag
- Commissie Baarsma, 2012, Advies commissie macrobeheersinstrument: van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium, Den Haag.
- CPB, 2016, Startnotitie Keuzes in Kaart 2018-2021, Den Haag.
- CPB, 2017, Analyse economische en budgettaire effecten van de financiële bijlage van het Regeerakkoord, Den Haag.
- DSW, 2017, Uitgebreide berekening premie DSW 2018, Schiedam.

---

<sup>3</sup> Het MBI is dus vooral geschikt als dreigmiddel, maar niet om daadwerkelijk in te zetten. Het wordt om deze reden ook wel de ‘nucleaire optie’ genoemd (Keyzer 2017).

- Geest, S. van der, J. Rijken, E. Schut en M. Varkevisser, 2017, Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget, Erasmus Universiteit / AKD.
- Keyzer, T., 2017, Voordat de bom valt: 5 vragen aan gezondheidseconoom Erik Schut over het macrobeheersinstrument, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 161(36): C3613.
- Kleef, R. van en W. van de Ven, 2012, Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering, *ESB*, vol. 97(4644S): 24-30.
- RA, 2017, Vertrouwen in de toekomst: regeerakkoord 2017-2021, 10 oktober, Den Haag.
- Schut, E., M. Varkevisser en W. van de Ven, 2011, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *ESB*, 96(4610): 294-297.
- Skipr, 2017, Regeerakkoord splijt zorgsector, 11 oktober, <https://www.skipr.nl/actueel/id32138-regeerakkoord-splijt-zorgsector.html>
- VWS, 2017, Rijksbegroting 2018: XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.