

Maakt Rutte IV de stevige keuzes die nodig zijn voor een toekomstbestendige gezondheidszorg?

Stéphanie van der Geest, Erik Schut en Marco Varkevisser

Ondanks de uitdagingen die het gevolg zijn van de coronapandemie staan de goede prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg buiten kijf. Met het oog op de toekomst zijn er echter ook zorgen. Onlangs concludeerde de WRR (2021) dat de grenzen van de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg in zicht komen. Het nieuwe kabinet van VVD, D66, CDA en ChristenUnie heeft deze boodschap ter harte genomen en kondigt “stevige keuzes” aan. Maar maakt het nieuwe kabinet-Rutte IV deze keuzes ook echt?

In dit artikel staan we stil bij de ontwikkeling van de zorguitgaven, zoals die op basis van het coalitieakkoord wordt verwacht en bespreken we voor de curatieve en langdurige zorg enkele opvallende beleidsvoornemens.¹

1 Ontwikkeling van de zorguitgaven

In de budgettaire bijlage bij het Coalitieakkoord wordt ten aanzien van de meerjarige ontwikkeling van de zorguitgaven inclusief de voorgenomen beleidsmaatregelen een onderscheid gemaakt tussen (i) de ontwikkeling van de zorguitgaven gedurende de periode 2022-2026 en (ii) de structurele effecten op de lange termijn.

Zoals tabel 1 laat zien nemen de totale zorguitgaven toe, ondanks beperkte bezuinigingen op specifieke deelgebieden tijdens de kabinetperiode van Rutte IV met 4,75 miljard euro, namelijk van ruim 88 miljard euro in 2022 tot iets meer dan 93 miljard euro in 2025. Dit komt neer op ruim 2,1% groei per jaar, wat vrijwel gelijk is aan het zogenoemde ‘basispad’ waarvan wordt uitgegaan.² Hierbij moet worden aangetekend dat in de eerste jaren

¹ De jeugdzorg blijft in dit artikel buiten beschouwing. Gezien de al langer bestaande zorgen over de tekortschietende financiering van de jeugdzorg is het overigens opvallend dat het nieuwe kabinet, conform de reeds gemaakte afspraken (VWS 2021a), aan de gemeenten eerst extra geld beschikbaar stelt maar vervolgens nog nader te bepalen “extra beleidsmaatregelen” (zoals het normeren van de behandelduur of het introduceren van een eigen bijdrage) neemt die voor besparingen moeten zorgen van 100 miljoen euro in 2024 en structureel 500 miljoen euro vanaf 2025. Dit gaat ongetwijfeld nog tot veel discussie leiden. Zo hebben de gemeenten al laten weten niet langer mee te werken aan de hervorming van de jeugdzorg zolang deze bezuiniging op tafel ligt (Skipr 2022).

² Het hier gehanteerde basispad betreft de middellangetermijnverkenning van het Centraal Planbureau (CPB) geactualiseerd met de stand van de Miljoenennota 2022, inclusief beleidswijzigingen sindsdien en exclusief de uitgaven aan coronagelden en loon- en prijsontwikkeling.

2 Maakt Rutte IV de stevige keuzes die nodig zijn voor een toekomstbestendige gezondheidszorg?

aanzienlijk meer wordt uitgegeven dan het basispad (oplopend tot 1,5 miljard in 2023) en dat vooral in het verkiezingsjaar 2025 fors bespaard zou moeten worden ten opzichte van het veronderstelde basisgroeipad.

Tabel 1: Ontwikkeling zorguitgaven in miljoen euro volgens het coalitieakkoord

	2022	2023	2024	2025	2026
Totaal	88.398	90.763	92.282	93.152	94.549
Basispad	87.613	89.267	91.056	93.109	95.330
Rutte IV	+785	+1.496	+1.226	+43	-781

Bron: Budgettaire bijlage bij het Coalitieakkoord 2021-2025, blz. 4.

Naast investeringen in pandemische paraatheid (oplopend tot structureel 300 miljoen euro per jaar vanaf 2024), standaardisatie van gegevensuitwisseling (200 miljoen euro per jaar en eenmalig 400 miljoen euro in 2024) en het beter mogelijk maken van “De Juiste Zorg op de Juiste Plek”³ (380 miljoen euro in 2023 en 2024 en 280 miljoen euro in 2025) wordt een substantieel deel van de uitgavenstijging veroorzaakt door de bevrozing van het wettelijk eigen risico op 385 euro per jaar. Met deze verschuiving van de private naar de collectieve zorguitgaven is in 2023 namelijk 223 miljoen euro gemoeid, en in de jaren daarna telkens bijna 500 miljoen euro. Weliswaar doet het kabinet met deze maatregel recht aan de wens van de Tweede Kamer (VWS 2021b), maar mede vanwege het feit dat, zeker ook vanuit internationaal perspectief (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021), de eigen betalingen in Nederland beperkt zijn dringt de vraag zich op of voor dit bedrag geen betere bestemming te vinden is.

Na de aanvankelijke stijging van de totale uitgaven zijn voor de jaren na 2024 zodanige bezuinigingen voorzien dat de totale zorguitgaven vanaf 2026 – dat wil zeggen het eerste jaar *na* de kabinetsperiode van Rutte IV – dalen tot onder het basispad. Op de lange termijn, te weten in 2052 (!), dienen deze bezuinigingen te resulteren in een grotere structurele besparing van ongeveer 4,5 miljard euro.⁴ Om dit bedrag in het juiste perspectief te plaatsen: hoewel de precieze ontwikkeling van de zorguitgaven ten principale natuurlijk lastig te voorspellen is – zie in dat kader ook de interessante beschouwing van Pomp (2021) – zullen de totale zorgkosten volgens het RIVM, uitgaand van een constante volumegroei van 2,4% per jaar op basis van de trends uit het verleden (Vonk et al. 2020), tegen die tijd zijn gestegen tot circa 180 miljard euro. Dus in dat licht komt de beoogde structurele besparing over 30 jaar neer op ‘ietsje minder meer’ zorguitgaven.

³ De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) is een door de overheid omarmde beweging van partijen in de zorg en ondersteuning gericht op het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen en rondom de mensen organiseren van zorg alsmede het vervangen van zorg door slimme zorg en het inzetten van e-health.

⁴ Dit is in lijn met het rapport van de 16e Studiegroep Begrotingsruimte waarin wordt geadviseerd om de, op dit moment automatische, stijging van de zorguitgaven op de lange termijn structureel af te remmen zodat meer ruimte ontstaat voor andere collectieve uitgaven (MinFin 2020).

Voor de voorgenomen bezuinigingen van het kabinet-Rutte IV staat de precieze opbrengst trouwens allerm minst vast. Het Centraal Planbureau (CPB) is in de doorrekening van de budgettaire en economische gevolgen van het Coalitieakkoord hierover aanzienlijk minder optimistisch dan het kabinet zelf. De coalitiepartners voorzien dat de zorguitgaven in 2025 vrijwel gelijk zullen zijn aan het basispad. Het CPB (2022) daarentegen stelt dat het Coalitieakkoord de collectieve zorguitgaven in 2025 per saldo met 600 miljoen euro verhoogt ten opzichte van het basispad. Deze doorrekening laat zien dat over de periode 2022-2025 de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven door het beleidspakket van het kabinet-Rutte IV stijgt met 0,2%-punt, te weten van 2,8% naar 3,0%. Deze stijging heeft uiteraard gevolgen voor de nominale en inkomensafhankelijke zorgpremies. Het zorgt bij zowel huishoudens als werkgevers voor een lastenverzwaring.

Met name ten aanzien van de beoogde structurele bezuinigingen is een aantal maatregelen door het CPB niet (volledig) gehonoreerd, omdat deze “onvoldoende zijn uitgewerkt” zodat naar verwachting “nadere maatregelen nodig zijn om de beoogde besparing te realiseren.” Dit betreft vooral de intentie om een integraal hoofdlijnenakkoord af te sluiten, het voorneemen om op termijn alleen zorg die bewezen effectief is onderdeel te laten uitmaken van het basispakket en de beoogde scheiding van wonen en zorg. Voor deze maatregelen bedraagt het verschil in structurele bezuinigingen tussen waar het kabinet op rekent en dat wat het CPB heeft toegekend bijna 3,5 miljard euro. Kortom, de beoogde structurele besparing op lange termijn van ongeveer 4,5 miljard euro is (vooralsnog) niets meer dan een vaag en uiterst onzeker vergezicht.⁵ Daarmee past de ontwikkeling van de zorguitgaven niet alleen op korte maar ook op lange termijn bij het bredere beeld dat het Coalitieakkoord van Rutte IV sterk expansief is (Gradus en Beetsma 2021).

2 Beleidsvoornemens curatieve zorg

Net als de voorgaande kabinetten Rutte ziet ook het nieuwe kabinet binnen de curatieve zorg een belangrijke rol weggelegd voor bestuurlijke afspraken tussen zorgpartijen over zowel de zorginhoud als de budgettaire kaders. Dergelijke akkoorden zijn in het verleden effectief gebleken om de groei van de zorguitgaven te beheersen (Algemene Rekenkamer 2016). Ook zijn (beperkte) inhoudelijke bewegingen in gang gezet op het gebied van doelmatig voorschrijven, verbeteringen in kwaliteit & doelmatigheid en substitutie van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn. Nu is het, in overeenstemming met het advies van de RVS (2021), de bedoeling om met alle zorgsectoren in de Zorgverzekeringswet (Zvw) één integraal akkoord af te sluiten in plaats van afzonderlijke akkoorden per deelsector. Dit heeft als voordeel dat de gezondheidszorg in brede zin centraal komt staan, maar om verschillende redenen is er geen garantie op succes.

⁵ De vier pagina's lange uitsplitsing in Bijlage 4 bij de Startnota (MinFin 2022) die voor de periode t/m 2052 van jaar tot jaar laat zien hoe de beoogde totale besparing op de zorguitgaven zich precies ontwikkelt van -782 miljoen euro in 2026 tot uiteindelijk -4,5 miljard euro is dan ook enigszins potsierlijk.

Zo is het belangrijk dat concretere doelen worden geformuleerd en een duidelijkere besluitvormingsstructuur tot stand komt (SiRM 2021). Ook moeten heldere afspraken worden gemaakt over wat er gebeurt als doelen niet worden gehaald. Naarmate het aantal sectoren, met elk hun eigen (financiële) deelbelangen, toeneemt wordt dit alles een stuk lastiger. Daar komt nog bij dat op voorhand niet duidelijk is hoe afdwingbaar de budgettaire afspraken van een hoofdlijnenakkoord zullen zijn, als het akkoord vergezeld gaat van één integraal financieel kader. Het macrobeheersinstrument, dat bij deze afspraken als stok achter de deur fungeert (Schut et al. 2017; Van der Geest et al. 2018), heeft immers betrekking op het jaarlijks door het ministerie van VWS vastgestelde macrokader dat de beschikbare middelen per jaar omvat voor een bepaald type zorg. En wanneer in plaats van een integraal kader wordt gekozen voor sectorale dekkaders dan is van belang of en zo ja, hoe, het mogelijk wordt om (tussentijds) financiële middelen over te hevelen van de ene naar de andere deelsector. Los van dit alles is het überhaupt nog maar de vraag hoe realistisch het is dat een hoofdlijnenakkoord met strakke budgettaire kaders tot stand komt zolang de coronapandemie nog niet ten einde is. Niet voor niets schat het CPB (2022), zoals reeds opgemerkt in de vorige paragraaf, de jaarlijkse opbrengst van een hoofdlijnenakkoord in 2025 dan ook bijna 400 miljoen euro lager in dan het nieuwe kabinet.

Naast de zorginhoudelijke afspraken die onderdeel gaan uitmaken van bovengenoemd integraal hoofdlijnenakkoord zet het kabinet-Rutte IV vol in op het stimuleren van zinnige (of: passende) zorg. Hiermee wordt zorg bedoeld die bewezen effectief is en gericht is op gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven. Zorg die niet aan deze norm voldoet komt straks niet langer voor vergoeding in aanmerking. Een mooi streven, maar de praktijk is helaas weerbarstig. Onderzoek van de Algemene Rekenkamer (2020) heeft uitgewezen dat het tot nu toe niet gelukt is om zorg waarvan het effect niet vaststaat en die medisch niet noodzakelijk is daadwerkelijk uit het basispakket te halen. De nodige inspanningen ten spijt heeft dit in de achterliggende jaren dan ook nauwelijks kostenbesparingen opgeleverd. Om de uitgesproken ambitie waar te kunnen maken moeten dus nog belangrijke obstakels worden overwonnen (Canoy 2022). Opnieuw is de voorzichtigheid van het CPB (2022) ten aanzien van de bezuinigingen die behaald kunnen worden daarom goed verklaarbaar.

Een opvallend beleidsvoornemen is de invoering van een vaste eigen betaling per ziekenhuisbehandeling van 150 euro met als jaarplafond het huidige, en voor de komende jaren bevroren, eigenrisicobedrag van 385 euro.⁶ Volgens de coalitiepartijen wordt het eigen risico hierdoor “slimmer en betaalbaarder” gemaakt. Voor patiënten kan het eigen risico hierdoor inderdaad betaalbaarder worden, omdat dan bij een behandeling in het ziekenhuis niet in één keer het gehele eigen risico is opgebruikt. Of het eigen risico op deze manier ook ‘slimmer’ wordt, bijvoorbeeld via een sterkere remmende werking op het zorggebruik, valt echter te betwijfelen. Anders dan bij huisartsenzorg is het immers onwaarschijnlijk dat een patiënt er bij een ‘prijs’ van 150 euro voor kiest om een eventuele tweede of derde ziekenhuisbehandeling niet te ondergaan wanneer dit volgens de arts nodig is. Het eigen risico kan wel ‘slimmer’ worden gemaakt door toe te staan dat verzekeraars de hoogte van de

⁶ Voor de overige zorg in de Zvw blijven de huidige regels voor het eigen risico gelden.

geïntroduceerde vaste eigen betaling per behandeling kunnen differentiëren tussen ziekenhuizen (Van der Geest et al. 2017; Van der Geest en Varkevisser 2018).⁷ In het Amerikaanse (private) zorgsysteem is gebleken dat een lager bedrag voor een behandeling in een voorkeursziekenhuis een effectief instrument kan zijn om patiëntenstromen te sturen en gunstige contractafspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen te bevorderen (Frank et al. 2015). Recent verkennend onderzoek laat zien dat ook in Nederland een extra betaling voor ondoelmatige zorg kan helpen om meer mensen te laten kiezen voor goedkopere voorkeursziekenhuizen (Van Velzen et al. 2021).

Waar in het Coalitieakkoord op sommige punten “stevige keuzes” worden gemaakt voor een toekomstbestendige gezondheidszorg – zoals ten aanzien van de verdere concentratie van hoog-complexe zorg⁸ – worden bij twee andere politiekgevoelige dossiers helaas geen knopen doorgehakt.

Dit is ten eerste het geval bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Hoewel in het Coalitieakkoord staat dat contracten de basis vormen “voor aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over passende zorg, betaalbaarheid en doelmatigheid” wordt er op dit punt – zoals tot op heden telkens het geval is (Van de Ven 2017; Varkevisser 2019) – weer niet doorgepakt. Het hinderpaalcriterium, dat zorgverzekeraars belemmert om niet-gecontracteerde zorg niet of merkbaar minder te vergoeden, lijkt namelijk ongemoeid te blijven. Afschaffing van het hinderpaalcriterium is vooral belangrijk omdat dit, in combinatie met de wél door het kabinet aangekondigde “(nadere) voorwaarden aan winstuitkering om excessieve winstuitkering door zorgaanbieders tegen te gaan”, zorgverzekeraars beter in staat stelt om sterk op winst gerichte ‘zorgcowboys’ tegenwicht te bieden (Kiers 2021).

Ten tweede wordt ook ten aanzien van de verplichte loondienst voor specialisten niet doorgepakt. Afgelopen zomer sprak een Kamermeerderheid zich uit voor het in loondienst brengen van alle medisch specialisten.⁹ Doel hiervan is om de perverse productieprikkelers te verminderen en de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te verbeteren. In het Coalitieakkoord staat dat dergelijke regelgeving er alleen komt als bij de huidige medisch-specialistische bedrijven¹⁰ “onvoldoende verbetering” optreedt op het terrein van de “transformatie naar passende zorg, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en afremmen van perverse prikkels.”

⁷ Het idee hierbij is dat ziekenhuizen in ruil voor een lagere eigen betaling voor patiënten bereid zijn om bepaalde gunstige contractvoorwaarden met verzekeraars overeen te komen, omdat een lagere eigen betaling meer patiëntvolume kan betekenen.

⁸ Gezien de onrust die is ontstaan na het last-minute besluit van het vorige kabinet om de operaties bij kinderen met een aangeboren hartafwijking te gaan concentreren op nog maar twee plekken (VWS 2021c) kan Ernst Kuipers, die al langere tijd een fervent voorstander is van verdere concentratie (Kiers 2022), als nieuwe minister van VWS op dit punt zijn borst natmaken.

⁹ Op basis van een onderzoek voor de Tweede Kamer concluderen Meersma et al. (2021) dat de huidige vrijgevestigde medisch specialisten dan niet volledig gecompenseerd hoeven te worden voor het verlies aan goodwill, zodat de kosten van een verplicht dienstverband voor de overheid veel lager zullen zijn dan de vaak genoemde 2 miljard euro.

¹⁰ In de algemene ziekenhuizen is 65% van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaar. De meeste van hen vormen in hun ziekenhuis een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) dat een samenwerkingsovereenkomst is aangegaan met de Raad van Bestuur; zie <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/msb>.

Aangezien in het midden wordt gelaten wanneer sprake is van onvoldoende verbetering zal het er straks waarschijnlijk op neerkomen dat Rutte IV deze hete aardappel doorschuift naar een volgend kabinet.

3 Beleidsvoornemens langdurige zorg

Binnen de zorgsector vormt de houdbaarheid van de langdurige zorg de grootste uitdaging voor de komende decennia waarin Nederland in rap tempo zal vergrijzen. Van alle OECD-landen besteedt Nederland het grootste deel van het nationale inkomen aan langdurige zorg (circa 4%), waarvan het overgrote deel (circa 95%) wordt betaald uit collectieve middelen (OECD 2020). Als gevolg van de vergrijzing zullen de kosten van langdurige (ouderen)zorg van alle zorguitgaven naar verwachting het sterkst toenemen (CPB 2019; WRR 2021). Bovendien zal dit leiden tot een forse stijging van de arbeidsvraag, wat bij een krimpende beroepsbevolking tot groeiende personeelstekorten zal leiden (WRR 2021).

Om dit financiële en personele houdbaarheidsprobleem het hoofd te kunnen bieden is de langdurige zorg in 2015 drastisch hervormd door (i) de voormalige brede volksverzekering AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) in te krimpen en te vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz) en (ii) de zorgverzekeraars en gemeenten verantwoordelijk te maken voor respectievelijk de wijkverpleging en de ondersteuning en begeleiding thuis. Een evaluatie door het Sociaal en Cultureel Planbureau op basis van de eerste ervaringen plaatst echter vraagtekens bij de effectiviteit van de ingezette hervormingen, waarbij de overheid wordt geadviseerd tot “repareren en herbezinnen” (SCP 2018). Duidelijk is dat de onderverdeling van de langdurige zorg in drie compartimenten (Wlz, Zvw en Wet maatschappelijke ondersteuning) heeft geleid tot coördinatie- en afwentelingsproblemen. Deze problemen worden mede veroorzaakt doordat de prikkels voor de verschillende zorginkopers niet goed op elkaar zijn afgestemd (Alders en Schut 2021 en 2022; Wouterse et al. 2021). Het Coalitieakkoord bevat helaas geen concrete maatregelen om de bestaande coördinatie- en afwentelingsproblemen in de langdurige zorg aan te pakken, bijvoorbeeld door de financiële prikkels bij gemeenten weg te nemen om lasten te verschuiven naar de Wlz en de prikkels voor preventie te versterken (Alders en Schut 2021; Wouterse et al. 2021).

Bovendien is het vorige kabinet bij aanvang voor een voldongen feit gesteld dat het structureel 2,1 miljard euro per jaar in verpleeghuiszorg moest investeren om aan de minimum personeelsnorm van een in 2018 opgestelde wettelijke kwaliteitsstandaard te kunnen voldoen (Hendrickx, 2017). Om herhaling hiervan te voorkomen is in 2020 de Wet Aanscherping toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden ingevoerd. Deze wet biedt de minister de mogelijkheid om een kwaliteitsstandaard met substantiële financiële gevolgen voor de collectieve zorguitgaven niet op te nemen in het wettelijk register, waardoor er geen wettelijke verplichting is om hieraan te voldoen. In het Coalitieakkoord wordt een “herinterpretatie” van de kwaliteitsstandaard voorgesteld die in 2025 200 miljoen euro moet opleveren (en vanaf 2026 structureel 350 miljoen euro). Door de personeelsnorm te verlagen via de inzet van innovatie en technologie en het gebruik van context gebonden, flexibele

werkroosters wil het kabinet dus op termijn 10% tot 15% van de 2,1 miljard euro extra middelen voor verpleeghuiszorg afknabbelen en dit – indien noodzakelijk – afdwingen via het hierboven genoemde recent ontwikkelde wettelijke instrumentarium.

Het verlagen van de personeelsnorm in de langdurige zorg is verstandig, omdat deze norm zowel gezien het beschikbare personeel op korte termijn als de vergrijzing en de te verwachten ontwikkelingen op de arbeidsmarkt op langere termijn onhoudbaar is.¹¹ Bovendien is het allerm minst duidelijk in hoeverre de hoeveelheid personeel ook daadwerkelijk samenhangt met de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Een integrale prestatievergelijking tussen verpleeghuizen, waarmee de Nederlandse Zorgautoriteit in 2019 is gestart (NZa 2020), had op deze vraag wellicht een antwoord kunnen geven. Deze vergelijking is in het Coalitieakkoord zonder veel nadere uitleg echter geschrapt. Daarmee is ook het beoogde ambitieuze nieuwe bekostigingsmodel voor verpleeghuizen op basis van een prestatievergelijking van tafel. Dit model is in het Coalitieakkoord vervangen door de verplichting om over te stappen op meerjarencontracten met budgetafspraken. Dit moet in de ouderenzorg vanaf 2024 tot een structurele besparing van 70 miljoen euro leiden. Maar met het vervallen van het nieuwe bekostigingsmodel is ook de bijbehorende doelmatigheidswinst van 760 miljoen euro komen te vervallen. Dit resulteert volgens het CPB in een “taakstellende ombuiging” omdat deze opbrengst al wel is verdisconteerd in het basispad. Hoewel in het Coalitieakkoord staat dat dit bedrag zal worden gedekt, staat nergens aangegeven hoe dit precies gaat gebeuren.

Behalve het loslaten van de personeelsnorm in de verpleeghuiszorg, bevat het Coalitieakkoord weinig concrete maatregelen om de financiële en personele houdbaarheid van de langdurige zorg te bevorderen. Qua versterking van de financiële houdbaarheid verwacht het kabinet het meeste van het scheiden van wonen en zorg. Gedurende de kabinetsperiode wordt hier 1 miljard euro voor uitgetrokken. Dit omvangrijke bedrag is bestemd voor investeringen in woon-zorgcombinaties en het stimuleren van langer thuis wonen door zorgkantoren, met de verwachting dat dit op langere termijn een structurele besparing van 1,2 miljard euro zal opleveren. Zoals in paragraaf 1 reeds opgemerkt heeft het CPB het budgettaire effect van deze maatregelen echter niet meegenomen, omdat onduidelijk is hoe dit moet worden gerealiseerd. Het is bijvoorbeeld niet concreet uitgewerkt hoe zorgkantoren zullen worden geprikkeld om meer te sturen op inkoop van extramurale leveringsvormen en of cliënten in verpleeghuizen zelf woonlasten moeten gaan betalen.

4 Conclusie

Tijdens het eerste Kamerdebat over het Coalitieakkoord was het volgens een groot deel van de oppositie glashelder: het kabinet-Rutte IV is van plan om forse bezuinigingen door te

¹¹ Jaarlijks wordt een prognose gemaakt van het verwachte arbeidstekort in de verschillende branches van zorg en welzijn. De meest recente cijfers laten zien dat, zowel op de korte als langere termijn, de grootste tekorten zich voordoen in de verpleging & verzorging en in de thuiszorg (VWS 2022).

voeren in de zorg. De SP sprak bij monde van fractievoorzitter Marijnissen zelfs van een “mes in de rug van de zorg”. Een objectieve blik op de cijfers wijst uit dat de werkelijkheid heel anders is.¹² In plaats van fors te bezuinigen geeft het kabinet de komende vier jaar circa 5 miljard euro *meer* uit aan zorg.

Volgens de doorrekening van het CPB liggen de zorguitgaven in 2025 door de beleidsvoornemens in het Coalitieakkoord 600 miljoen euro boven het basisgroeipad. Er wordt vooral in de eerste jaren meer uitgegeven dan het basispad. Dit onder het motto dat de kosten voor de baten uitgaan. De beoogde besparingen moeten vooral aan het eind van de kabinetsperiode worden gerealiseerd. De vraag is hoe realistisch dit is met het oog op de dan naderende verkiezingen, aannemende dat dit kabinet de volle rit uitzit. Bovendien zijn de belangrijkste structurele besparingen (lees: minder sterke groei) die het kabinet op lange termijn ten aanzien van de zorguitgaven wil realiseren dermate onzeker dat het CPB hieraan nu geen opbrengst wil toekennen. Belangrijke beleidsvoornemens, zoals het streven naar passende zorg en het scheiden van wonen en zorg, zijn al decennia oud en de concrete realisatie daarvan is telkens uiterst weerbarstig gebleken.

Kort samengevat, het Coalitieakkoord bevat zeker een aantal goede beleidskeuzes, maar deze zijn voorsnog onvoldoende stevig om de financiële en personele houdbaarheid van de zorg te kunnen garanderen. Er is voor de nieuwe bewindslieden op VWS dus nog flink wat werk aan de winkel alvorens met vertrouwen te kunnen vooruitkijken naar de toekomst.

Auteurs

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

Literatuur

- Alders, P. en F.T. Schut, 2021, Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet langdurige zorg, *ESB*, 106(4803): 524-527.
- Alders, P. en F.T. Schut, 2022, Strategic cost shifting in long-term care: evidence from the Netherlands, *Health Policy*, 126(1): 43-48.
- Algemene Rekenkamer, 2016, *Zorgakkoorden: uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer, 2020, *Verzekerd van Zinnige Zorg: de bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019*, Den Haag.
- Canoy, M., 2022, De tantaluskwelling van passende zorg, *website Zorgvisie*, 12 januari 2022.
- CPB, 2019, *CPB Vergrijzingsstudie: Zorgen om morgen*, Den Haag: Centraal Planbureau.
- CPB, 2022, *Analyse coalitieakkoord 2022-2025*, Den Haag: Centraal Planbureau.

¹² Zie bijvoorbeeld ook de analyse van Dijkman en Van Poll (2021).

- Dijkman, A. en M. van Poll, 2021, Bezuinigt het kabinet nu wel of niet op de zorg?, *Het Financieele Dagblad*, 16 december 2021.
- Frank, M.B., J. Hsu, M.B. Landrum and M.E. Chernew, 2015, The impact of a tiered network on hospital choice, *Health Services Research*, 50(5): 1628-1648.
- Geest, S.A. van der en M. Varkevisser, 2018, Sturing via eigen risico heeft beperkt effect, *ESB*, 103(4757): 22-23.
- Geest, S.A. van der, J.J. Rijken, F.T. Schut en M. Varkevisser, 2018), Beheersing zorguitgaven via macrobeheersinstrument is riskant, *ESB*, 103(4764): 366-367.
- Geest, S.A. van der, J.J. Rijken, F.T. Schut en M. Varkevisser, 2017, *Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget*, onderzoeksrapport voor het Ministerie van VWS, Erasmus Universiteit Rotterdam / AKD Benelux Laywers.
- Gradus, R. en R. Beetsma, 2021, Nieuw kabinet laat alle budgettaire kaders los, *Me Judice*, 30 december 2021.
- Hendrickx, F., 2017, Ongemerkt 2,1 miljard extra voor ouderenzorg: het perfecte politieke misdrijf, *de Volkskrant*, 18 september 2017.
- Kiers, B., 2021, Marco Varkevisser: 'Pas artikel 13 Zvw aan om zorgcowboys aan te pakken', *website Zorgvisie*, 14 juni 2021.
- Kiers, B., 2022, Ernst Kuipers gelooft heilig in samenwerking en concentratie, *website Zorgvisie*, 3 januari 2022.
- Meersma, K., B. Roozendaal en J. Rijken, 2021, *Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialist naar loondienst*, AKD Benelux Laywers.
- MinFin, 2020, *Koers bepalen: kiezen in tijden van budgettaire krapte*, rapport van de 16e Studiegroep Begrotingsruimte, Den Haag: ministerie van Financiën.
- MinFin, 2022, *Startnota kabinet Rutte IV*, Den Haag: ministerie van Financiën.
- NZa, 2020, *Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- OECD, 2020, *Spending on long-term care*, November 2020, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, *The Netherlands: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Pomp, M., 2021, WRR onnodig alarmistisch in rapport over houdbare zorg, *Me Judice*, 30 december 2021.
- RVS, 2021, *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en S.A. van der Geest, 2017, Vertrouwen in de toekomst van de zorg?, *TPEdigitaal*, 11(3): 21-25.
- SCP, 2018, *Veranderende zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SiRM, 2021, *Een vernieuwd akkoord: een gewijzigde vorm van Hoofdlijnenakkoorden*, Utrecht: Strategies in Regulated Markets.
- Skipr, 2022, *Gemeenten stoppen met hervormingstafel jeugdzorg*, nieuwsbericht d.d. 13 januari 2022
- Varkevisser, M., 2019), Hand in hand: op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg, *TPEdigitaal*, 13(3): 56-69.
- Velzen, N. van, S.A. van der Geest en M. Varkevisser, 2021, Ziekenhuiskeuze kan niet volledig worden gestuurd via financiële prikkel, *ESB*, te verschijnen.
- Ven, W.P.M.M. van de, 2017, Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg, *TPEdigitaal*, 12(1): 28-38.

- Vonk, R.A.A., H.B.M. Hilderink, M.H.D. Plasmans, G.J. Kommer en J.J. Polder, 2020, *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060, RIVM-rapport 2020-0059*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- VWS, 2021a, *Afspraken VNG-Rijk naar aanleiding van oordeel Commissie van Wijzen*, brief aan de Tweede Kamer d.d. 3 juni 2021, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid en Sport.
- VWS, 2021b, *Verplicht eigen risico 2022*, brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juli 2021, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid en Sport.
- VWS, 2021c, *Toekomstige organisatie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen*, brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 december 2021, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid en Sport.
- VWS, 2022), *Nieuwe prognose verwachte personeelstekort*, brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 januari 2022, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid en Sport.
- Wouterse, B., P. Bakx en F.T. Schut, 2021, Prikkels voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter, *ESB*, 106 (4802): 486-489.
- WRR, 2021, *Kiezen voor houdbare zorg: mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR-Rapport 104, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.