

Besparen door meer te sturen? Analyse zorgparagraaf Coalitieakkoord 2021

Patrick Jeurissen, Guus van Montfort, Luc Hagenaars en Hans Maarse

Het Kabinet heeft grote ambities op het vlak van betaalbare zorg en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daarvoor kiest het niet voor een stelselwijziging in de zorg, maar voor meer sturing op doelmatigheid om de budgettaire opgave te realiseren. Dit staat in contrast met voorgaande jaren en ook met de uitgangspunten van het curatieve zorgstelsel, waarin juist de rol van de zorginkoop centraal staat. Het staat ook in contrast met een recent WRR-advies, dat stelt dat er juist meer expliciete keuzes nodig zijn, in plaats van enkel sturen op doelmatigheid. In de langdurige zorg wordt met het op termijn scheiden van wonen en zorg wel een duidelijke keuze gemaakt. Over de nagestreefde reductie van administratieve lasten is het Coalitieakkoord weinig concreet, terwijl het sturen op doelmatigheid juist extra registratielast veroorzaakt. Aangezien er geen extra geld komt voor de salarissen, er 'veel minder meer' macrobudget voor vooral de curatieve zorg wordt gereserveerd, en men meer wil sturen op de te leveren zorg, kan een integraal akkoord met zorgaanbieders alleen slagen als de intrinsieke motivatie van zorgverleners centraal komt te staan. Voor de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen moet ook nog een complexe puzzel worden gelegd, alhoewel parallelle investeringen in de sociale zekerheid, in het onderwijs en enkele gezondheidsbelastingen wel kansrijke puzzelstukjes vormen.

1 Inleiding

Weinig landen hebben de formele instituties van hun zorgstelsel in de afgelopen vijftien jaar zo drastisch hervormd als Nederland. Het nieuwe kabinet is niet voornemens om op die weg door te gaan. Wel heeft ze in het Coalitieakkoord (2021) stevige opgaven geformuleerd en de financiële bijlage bevat behoorlijk gedetailleerde uitwerkingen hoe deze te bereiken. Dit artikel bespreekt en analyseert deze beleidsopgaven en we kijken ook naar de praktische haalbaarheid. Onze analyse begint met een (analytische) samenvatting van de hoofdlijnen van het Coalitieakkoord (paragraaf 2) en we bespreken achtereenvolgens de budgettaire taakstelling (paragraaf 3), de curatieve zorg (paragraaf 4), de langdurige zorg (paragraaf 5) en de publieke gezondheid (paragraaf 6). We laten de medisch-ethische vraagstukken en de jeugdzorg buiten beschouwing. Paragraaf 7 bevat onze conclusies.

2 Hoofdlijnen van het Coalitieakkoord

Het zorgstelsel staat niet ter discussie, maar het kabinet wil wel de werking verbeteren. Die verbeteringen liggen, zo stelt men, in ieder geval bij de betaalbaarheid van de zorg en bij de gezondheidsachterstanden van kwetsbare mensen. Er zijn ook extra middelen beschikbaar

om de lessen van de coronacrisis in beleid om te zetten, maar met 300 miljoen lijken deze beperkt in relatie tot wat men wil doen: meer ic-capaciteit, een nationale zorgreserve en het versterken van de publieke gezondheidszorg. Voor het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg wordt deze kabinetsperiode jaarlijks 50 miljoen euro extra gereserveerd.

De kern van dit Coalitieakkoord zit in een viertal overkoepelende strategieën. Ten eerste, de zorg moet op de lange termijn bezuinigen, maar ook al op de middellange termijn (vanaf 2026) stelt dit kabinet flink minder extra geld beschikbaar dan zijn voorganger(s). De zorg betaalbaar houden heeft duidelijk een hoge prioriteit, in scherp contrast met zo'n beetje elk ander beleidsterrein. Ten tweede, men kiest voor meer centrale sturing om dit te bereiken. Er komt minder speelruimte voor zorginkoop, minder ruimte voor zorgverleners, maar juist meer ruimte voor de zelfstandige bestuursorganen. Ten derde wil men in de langdurige zorg een begin maken met het scheiden van wonen en zorg. Er kan daardoor een nieuwe markt voor (kleinschalige) woonzorgvormen ontstaan. Tot slot heeft men ambitieuze doelstellingen voor het verbeteren van de volksgezondheid middels preventie.

3 De budgettaire opgave voor de zorg is groot, voor de lange- en de kortere termijn

Het kabinet stelt veel geld beschikbaar voor grote maatschappelijke vraagstukken: klimaat, stikstof, onderwijs, wonen, veiligheid en defensie etc. Het valt daarom extra op dat de zorg de enige 'grote' sector is waar wordt bespaard op het groeipad. Het kabinet trekt voor intensiveringen structureel 18,7 miljard uit. Deze wordt deels gefinancierd vanuit besparingen op de groei van de zorg (4,5 miljard). Deze besparing moet in 2052 (!) zijn gerealiseerd. Op de kortere termijn (tot 2026) lopen de intensiveringen op tot enkele tientallen miljarden euro's en hoeft ook de zorg nog niet te besparen op haar groeipad.

Het krappe budgettaire beleid in de zorg wordt gevoerd, omdat hier op termijn sprake is van een houdbaarheidsprobleem dat keuzes vergt (Jeurissen et al. 2018; WRR 2021). Bovendien is er ook bij een structurele besparing van zo'n 4,5 miljard in 2052 nog steeds sprake van een stevige groei van de zorguitgaven. In het jargon van beleidsmakers: er is sprake van "minder meer". Een paradoxale situatie die in de publieke opinie voor veel verwarring zorgt.

Toch is dit "minder meer" niet de hele waarheid. Ten opzichte van eerdere kabinetten die een poging waagden om de zorgkosten te beteugelen, hanteert men eerder een strategie van "veel minder meer" (geen verschrijving). Anders gezegd: het beschikbare "meer" geld daalt ook al in deze kabinetsperiode. Hoe zit dat? De groei van de zorguitgaven wordt maar zeer ten dele bepaald door de in- en extensiveringen waartoe een nieuw kabinet besluit. Het "meer" zit vooral in het autonome groeipad. Het Centraal Planbureau becijfert dit autonome groeipad in zijn middellangetermijnraming en de actualisering daarvan. In de praktijk wordt deze autonome groei grotendeels bepaald door het langjarig gemiddelde waarmee

de zorguitgaven toenemen. De onderdelen van deze raming bestaan uit geschatte groeicomponenten van de vergrijzing, de reële groei van lonen en prijzen én een niet goed te verklaren accres, door het CPB gepresenteerd als de extra vraag door stijgende welvaart (inkomen per hoofd) en een resterend deel voor overige groei. Dat laatste zou je ook kunnen zien als de sluitpost van het langjarige gemiddelde van de uitgavengroei.

Tabel 1 presenteert de middellangetermijnramingen van het CPB (uit 2019 en uit 2016). Deze maken duidelijk dat de verschillen tussen het basispad voor de start van het Kabinet Rutte III en het huidige kabinet beperkt zijn. Er is echter één grote uitzondering: de raming voor de overige groei is veel lager: van 0,9% in 2016 naar 0,3% in 2019. Dit wordt volledig veroorzaakt door de Zorgverzekeringswet (Zvw), waar de raming voor overige groei afneemt van 1,1% naar 0,1%. Deze scherpe daling van het budgettaire basispad, die al voor de komende jaren (en dus niet in 2052) is ingecalculleerd, is wat wij bedoelen als wij spreken over “minder, minder meer”.

Tabel 1 Geraamde jaarlijkse groei netto zorguitgaven door CPB naar componenten (%): 2022 – 2025 en (2018-2021)

	Demogra- fie	Inkomen per hoofd	Reële lonen en prijzen	Overige groei	Beleid	Reëel
Zvw	1,1 (1,1)	0,7 (0,7)	0,5 (0,6)	0,1 (1,1)	-0,1 (0,0)	2,3 (3,5)
Wlz	1,7 (1,7)	0,6 (0,7)	0,5 (0,7)	0,6 (0,5)	0,2 (-0,5)	3,6 (3,1)
Wmo/jeugd	0,8 (0,7)	0,7 (0,7)	0,6 (0,8)	0,4 (0,8)	0,0 (0,3)	2,5 (3,3)
Totaal	1,2 (1,2)	0,7 (0,7)	0,5 (0,7)	0,3 (0,9)	0,0 (-0,1)	2,7 (3,4)

NB Wet langdurige zorg (Wlz); Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De oorzaak van dit lagere basispad moeten we zoeken in de grote onderschrijdingen die de afgelopen jaren zijn behaald op het in de bestuurlijk hoofdlijnenakkoorden, gesloten tussen overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, bepaalde budgettaire kader. Deze zijn vooral gerealiseerd bij de geneesmiddelen, de geestelijke gezondheidszorg en -in mindere mate- in de thuiszorg en in de eerste lijn (Jeurissen en Maarse 2021): de zorg was het afgelopen decennium dus betaalbaar, tenminste als we dit afmeten aan de jaarlijkse onderschrijdingen in de Zvw. De zorg zal nog betaalbaarder moeten worden, want bovenop het lagere basispad (2,7% versus 3,4%) wordt op de lange termijn nog eens 4,5 miljard euro omgebo-gen. De budgettaire taakstelling is daarmee het meest stringent sinds het aantreden van Els Borst als minister in 1994 (Companje et al. 2021). Het nieuwe kabinet plaatst zichzelf voor een stevige budgettaire uitdaging.

4 De curatieve zorg: meer sturing

Dit Kabinet komt niet met een stelselwijziging, maar heeft-zoals hierboven geconstateerd-wel een stevige budgettaire uitdaging. De coalitie kiest ervoor de overheid meer sturend te laten optreden. Op de lange termijn wil men besparen door (veel) meer passende zorg (1,1

miljard in 2037); al eerder verwacht men veel heil van een integraal zorgakkoord met alle partijen (1,5 miljard in 2027); en van concentratie van zorg tussen de universitaire medische centra (300 miljoen in 2028) en standaardisatie van gegevensuitwisseling tussen patiënten en aanbieders (340 miljoen in 2029). Voor patiënten blijft het eigen risico tot 2025 bevroren op 385 euro per jaar.

Zo nodig wil men centraal gaan sturen om de beoogde besparingen te bereiken. Dat duidt mogelijk op nieuwe verhoudingen binnen het stelsel, waarbij toezichthouders en uitvoerders meer capaciteit en bevoegdheden krijgen om gepaste zorg en een doelmatiger organisatie van het zorglandschap af te dwingen. Zelf gaat de overheid vaker onderhandelen met fabrikanten van dure geneesmiddelen (en andere medische technologie). De mate van detail bij deze sturende ambities is bij tijd en wijle opmerkelijk. Zo moeten alle professionals in de geestelijke gezondheidszorg bereikbaarheidsdiensten draaien, moet de contracteringsgraad in de thuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg omhoog, wil men het gebruik van particuliere keurmerken af te schaffen, en gaat men wetgeving voorbereiden voor een verplicht loondienstverband voor alle medisch specialisten.

Het is onduidelijk wat de invloed van zo'n sturende aanpak op de nagestreefde vermindering van de regeldruk zal zijn (Jeurissen et al. 2021). Goed voorstelbaar is dat een gedetailleerde uitwerking problemen zal geven waar deze het primaire proces van de directe zorgverlening en zorginnovatie raakt. De eigen dynamiek daarvan laat zich niet zomaar vanuit een centraal niveau aansturen (Wammes et al. 2020). Zorgverleners staan waarschijnlijk niet te trappelen bij een combinatie van krimpende groei van de beschikbare middelen en striktere sturing op het soort zorg dat ze mogen leveren. Niet in de minste plaats omdat deze sturing vaak zal verlopen via meer regels, en naast een goed salaris zijn autonomie en beperkte regeldruk belangrijke determinanten voor aantrekkelijk werk.

Het is verder opmerkelijk dat zorgverzekeraars slechts één keer worden genoemd en ook dat samenwerking in de regio niet wordt genoemd als expliciet beleidsvoornemen. Het is de Nederlandse Zorgautoriteit, en niet de zorgverzekeraar, die regiobeelden moet opstellen om het zorglandschap te kunnen herschikken. De pendule slingert van de zorgverzekeraar weer een stukje terug naar de overheid. Men had misschien ook kunnen kiezen voor een grotere rol voor en vertrouwen in de eigen dynamiek van de werkvloer, de nieuwe technologieën en wetenschappelijke ontwikkelingen. De nieuwe bewindslieden kennen deze dynamiek van binnenuit en er is dan ook alle reden om te verwachten dat zij deze op een goede manier op het beleidsproces weten aan te sluiten.

We moeten afwachten of de opgelegde budgettaire taken uit het Coalitieakkoord worden behaald. De zorgverzekeraars hebben wat dat betreft de afgelopen jaren zeker geen slecht werk verricht, getuige de gunstige verhouding tussen uitgaven en kwaliteit in de curatieve zorg in internationaal perspectief (EU 2021).

5 De langdurige zorg: meer privaat ondernemerschap?

Ook in de langdurige zorg staat er geen stelselwijziging op stapel. Wel worden er majeure veranderingen voorbereid om de hoge uitgaven voor langdurige zorg terug te dringen. Dat is een duidelijke beleidskeuze. De langdurige zorg moet in 2052 1,2 miljard besparen door het scheiden van wonen en zorg. De komende jaren mag men extra geld uitgeven om te kijken hoe dit kan. Investerings door het vorige kabinet in de verpleeghuiszorg worden nu ten dele teruggedraaid door een herinterpretatie van het kwaliteitskader. En ook hier verwacht men het nodige van extra sturing door een zelfstandig bestuursorgaan, het Zorginstituut.

Het scheiden van wonen en zorg krijgt in de praktijk gestalte door nu in te zetten op het contracteren van extramurale leveringsvormen (VPT, MPT, pgb)¹. Door meerjarige contracten te verplichten kan men hierop invloed uitoefenen en kunnen de administratieve lasten worden beperkt (Hagenaars et al. 2021). De combinatie van het scheiden van wonen en zorg, van meer extramuraal geleverde zorg en van experimenteren met nieuwe woonzorgvormen impliceert waarschijnlijk meer ruimte voor private marktpartijen in de tot dusver grotendeels daarvoor afgeschermd sector van de intramurale langdurige zorg. Het gevolg zal een verdere groei zijn van het aantal partijen op deze markt (Bos et al. 2020). Dit hoeft overigens geen probleem te zijn, maar opmerkelijk is wel dat het kabinet tegelijkertijd nadere voorwaarden wil stellen om fraude en oneigenlijk gebruik van onder meer vastgoed tegen te gaan. Risicodragend kapitaal kan onder zeer strikte voorwaarden, zoals investeren in extra kwaliteit, een plek krijgen.

6 Preventie: minder sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Onze levensverwachting, die in de jaren zeventig van de vorige eeuw nog behoorde tot de hoogste ter wereld (Mackenbach 2020), is inmiddels gezakt tot net boven het gemiddelde (vrouwen) en tot de subtop (mannen) van de EU. Dit ondanks dat de door medische zorg te vermijden sterfte laag is en dat onze leefstijl gezonder is dan het gemiddelde van de EU. De verschillen in zelf-gerapporteerde gezondheid tussen hoge en lage inkomens zijn in ons land echter relatief groot (EU, 2021).

Gezondheidsverschillen zijn een product van de samenleving (Stronks 2007) en dit wordt in het akkoord ook zo benoemd. In andere relevante passages over gelijke kansen voor onderwijs, armoede en schulden wordt de link met gezondheid niet zo actief gelegd, maar vinden wel forse investeringen plaats.

Actiever preventiebeleid richt zich specifiek op gezondheidsverschillen. Een voortzetting en verbreding van het preventieakkoord met mentale weerbaarheid (60 miljoen) is daar-

¹ volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt), persoonsgebonden budget (pgb).

voor het belangrijkste bestuurlijke mechanisme. Zoals op wel meer plaatsen in dit Coalitieakkoord wordt ook gesteld dat dit de individuele keuzevrijheid niet mag beperken. De nadruk lijkt vooral op het stimuleren van sport en bewegen te komen liggen en minder op het tegengaan van ongewenst gedrag (roken, drinken, ongezond eten). Er zijn substantiële incidentele bedragen beschikbaar voor onderzoek naar grote volksziekten (kanker, obesitas, dementie) welke naar verwachting ook in de uitvoering van preventie tot uiting komen. Men kan verder putten uit de extra vijf miljard op de begroting van OCW voor wetenschappelijk onderzoek.

De andere maatregelen zitten aan de inkomstenkant. In navolging van diverse andere landen is ons land van plan de bestaande belasting op alcoholvrije dranken te verhogen en aan te passen om overgewicht tegen te gaan (Hagens et al. 2021). Dit dient 300 miljoen euro op te leveren. De accijns op sigaretten, die maakt dat de prijs van een pakje richting tien euro gaat, levert ook bijna 200 miljoen euro op. Een bredere suikertaks en goedkoper groente en fruit wordt overwogen; het is duidelijk dat het kabinet roken en overgewicht serieus neemt. Alcohol ontspringt de dans. Recent is wel verboden om grote kortingen te geven op alcohol, maar de basisprijs van budgetmerken alcohol is dermate laag dat voor de prijs van een pakje sigaretten in veel supermarkten drie liter goedkope wijn kan worden gekocht. Met *minimum unit pricing* (een minimumprijs gebaseerd op het alcoholpercentage) bestaat er wel een proportioneel, uitvoerbaar en bewezen effectief instrument om problematisch drankgebruik tegen te gaan (RIVM, 2020), maar deze wordt niet genoemd.

7 Conclusie: sturen op minder geld domineert

De verschillen in gezondheid moeten worden verminderd. Hierbij zijn ook de (middelen van) andere domeinen, zoals onderwijs en armoedebestrijding nodig. Op dit vlak worden door het regeerakkoord heen veel puzzelstukjes benoemd, maar het lijkt erop dat de puzzel zelf nog niet is gelegd. Bovenal heeft het Coalitieakkoord een forse budgettaire doelstelling voor de zorg. Dit “minder, minder meer” lijkt het vooral te moeten hebben van stevige, publieke sturing op meer doelmatigheidswinst. De zorginkopers worden regelmatig overgeslagen. Hoe deze sturingsambitie spoort met de doelstelling van minder administratieve lastendruk en een aantrekkelijker arbeidsklimaat is onduidelijk. De door de WRR (2021) bepleite keuzes, die juist verder zouden moeten gaan dan sec doelmatigheid, worden met uitzondering van het scheiden van wonen en zorg beperkt gemaakt. Ondertussen kunnen corona-inhaalzorg en de krappe volumegroei gemakkelijk schaarste in het zorgaanbod veroorzaken. Linksom of rechtsom, zal een significante bijdrage aan uitgavenbeheersing en het personeelsvraagstuk uiteindelijk moeten komen van de werkvloer die nieuwe technologieën optimaliseert en toepast. Het afsluiten van een integraal akkoord, dat een hele klus wordt binnen de gestelde budgettaire kaders, zou dan ook de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals centraal moeten stellen om de doelen van gepast gebruik en een aantrekkelijker arbeidsklimaat met elkaar te verenigen.

Auteurs

Patrick Jeurissen (patrick.jeurissen@radboudumc.nl) is hoogleraar Betaalbaarheid en toegankelijkheid zorg, Radboudumc. Guus van Montfort (a.p.w.p.vanmontfort@utwente.nl) is hoogleraar Gezondheidseconomie Technische Universiteit Twente. Luc Hagens (L.L.hagens@amsterdamumc.nl) is onderzoeker, Amsterdam UMC en Hans Maarse (h.maarse@maastrichtuniversity.nl) is hoogleraar Beleid van de gezondheidszorg, Maastricht University.

Referenties

- Bos A., F.M. Kruse, P.P.T. Jeurissen, 2020, For-profit nursing homes in the Netherlands: What factors explain their rise? *International Journal of Health Services*.
- Coalitieakkoord 2021-2025, VVD, D66, CDA en ChristenUnie, Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, 15 december 2021.
- Centraal Planbureau (CPB), Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025 en 2018-2021, Den Haag, maart 2016 en november 2019.
- Companje K.P., S. Fortuin, P.P.T. Jeurissen, T. Kappelhof, R. Mouton en L. Tigchelaar, 2021, *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel II: 1995-2020*, Sdu, Den Haag.
- EU, 2021, State of Health in the EU, the Netherlands, Country health profile, EU.
- Hagens, L.L., P.P.T. Jeurissen, N.S. Klazinga, S. Listl en M. Jevdjevic, 2021, Effectiveness and Policy Determinants of Sugar-Sweetened Beverage Taxes, *Journal of Dental Research*, vol. 100(13): 1444-1451.
- Hagens, L.L., O. van Hilten, N.S. Klazinga en P.P.T. Jeurissen, 2021, Track and trace of administrative costs in the Dutch long-term care system, *Journal of Long-Term Care*: 318-328.
- Jeurissen, P.P.T., J.A.M. Maarse en M.A.C. Tanke (red.), 2018, *Betaalbare zorg*, Sdu, Den Haag.
- Jeurissen, P.P.T., N.S. Klazinga en L.L. Hagens, 2021, Complex governance does increase both the real and perceived burdens: the case of the Netherlands, *International Journal of Health Policy Management*.
- Jeurissen, P.P.T. en J.A.M. Maarse, 2021, *The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects*, European Observatory, WHO.
- Mackenback, J.P., 2020, A history of population health. Rise and fall of disease in Europe, Brill Rodopi, Leiden| Boston.
- RIVM, 2020, Minimum Unit Pricing voor alcohol. Verkenning van effectiviteit, implementatieaspecten en scenario's voor prijsbeleid in Nederland, Bilthoven.
- Stronks, K., 2007, Maatschappij als medicijn. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Wammes, J.J.G., G. Frederix, P. Goveart, D. Determan, S.M.M. Evers, A. Paulus, N.S. Stadhouders, P.P.T. Jeurissen, W. Oortwijn en E. Adang, 2020, Case studies of displacement effects in Dutch hospital care, *BMC Health Services Research*, vol. 20: 263.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2021, Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, Den Haag.