



Centraal Planbureau

CPB Notitie | 3 september 2018

# Toelichting raming zorguitgaven voor mlt en houdbaarheid

*Uitgevoerd op verzoek van  
het ministerie van Financiën*





# CPB Notitie

**Aan:** Ministerie van Financiën

**Centraal Planbureau**  
Bezuidenhoutseweg 30  
2594 AV Den Haag  
Postbus 80510  
2508 GM Den Haag

T 088 9846000  
I [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

**Contactpersoon**  
Rob Aalbers

**Datum:** 3 september 2018

**Betreft:** Toelichting raming zorguitgaven voor mlt en houdbaarheid

## 1 Inleiding

Het CPB heeft op verzoek van het ministerie van Financiën een notitie geschreven waarin de systematiek van de middellangetermijnverkenning (mlt) om de stijging van de zorguitgaven te bepalen vergeleken wordt met de systematiek van de houdbaarheidsstudies.

## 2 Vergelijking systematiek mlt en houdbaarheid

In de mlt hanteert het CPB een andere systematiek om de stijging van de zorguitgaven te bepalen dan in de houdbaarheidsstudies. Dit verschil in aanpak is terug te voeren op het doel van beide studies. Dit memo geeft een toelichting op het waarom van deze verschillen.

Voorafgaand aan een nieuwe kabinetsperiode publiceert het CPB een mlt die reikt tot het einde van de nieuwe kabinetsperiode. Het doel van de mlt is te komen tot een realistisch en beleidsneutraal basispad waartegen de effecten van voorgenomen beleid kunnen worden afgezet. Daarmee vormt de mlt een basis voor de analyse van verkiezingsprogramma's of een regeerakkoord.

Voor de mlt-zorg betekent dit dat we uitgaan van een realistische en beleidsarme raming van de zorguitgaven.<sup>1</sup> Daarom is deze raming gebaseerd op de historische groei van de zorguitgaven in een lange en zoveel als mogelijk beleidsneutrale periode, waarin expansief en restrictief beleid elkaar (grotendeels) compenseren. In deze mlt

---

<sup>1</sup> Zie Mot et al., 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, CPB Achtergronddocument 30 maart 2016.

is de groei van de zorguitgaven gelijk aan 3,4% en opgebouwd uit vijf determinanten. De eerste determinant 'demografie' is gelijk aan 1,2% en geeft het effect weer van veranderingen in de omvang, samenstelling en gezondheidstoestand van de bevolking. De tweede determinant 'inkomen' is gelijk aan 0,7% en geeft het effect weer van inkomensgroei. De derde determinant 'reële lonen en prijzen' is gelijk aan 0,7% en geeft het effect weer van de achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg. De vierde determinant 'overige groei' is gelijk aan 0,9% en geeft onder andere het effect weer van nieuwe technologie en sociaal-culturele ontwikkelingen. De vijfde determinant 'beleid' is gelijk aan -0,1% en geeft het effect weer van reeds ingezet beleid.

Daarentegen is het doel van de houdbaarheidsstudies om inzicht te bieden in de vraag of toekomstige generaties van hetzelfde voorzieningenniveau kunnen genieten als de huidige generaties, zonder dat daarvoor belastingen moeten worden verhoogd of collectieve uitgaven moeten worden verlaagd. Om die reden gaat het CPB in de houdbaarheidsstudies uit van de aanname van constante arrangementen<sup>2</sup>. Voor de zorg betekent dit dat de hoeveelheid zorg die iemand ontvangt, meestijgt met het algemene welvaartsniveau<sup>3</sup>. De houdbaarheidsstudies houden wel rekening met het effect van vergrijzing.<sup>4</sup>

Omdat in het verleden de collectieve zorguitgaven beduidend sneller zijn gestegen dan volgens de aanname van constante arrangementen het geval zou zijn geweest, ligt de reële groei van de zorguitgaven in de mlt-zorg beduidend hoger dan in de houdbaarheidsstudie. Zo bedroeg tijdens het regeerakkoord de reële groei van de zorguitgaven tussen 2022 en 2060 voor de houdbaarheid 2,4%, terwijl de reële groei van de zorguitgaven in de laatste mlt gelijk was aan 3,4% per jaar.

Dit verschil in de reële groei van de zorguitgaven is gerelateerd aan het doel van deze beide studies. Als we in de houdbaarheidsstudie namelijk zouden uitgaan van een realistische en beleidsarme raming van de zorguitgaven, dan zou de betere zorg in de toekomst leiden tot een verslechtering van de houdbaarheid. De huidige generatie zou dan moeten bezuinigen om de betere zorg van toekomstige generaties te betalen.

Als we in de mlt daarentegen zouden uitgaan van de lagere groei van de zorguitgaven onder constante arrangementen, dan zou er geen realistisch beeld ontstaan van de ontwikkeling van de zorguitgaven en de overheidsfinanciën in de komende kabinetsperiode.

---

<sup>2</sup> Deze groei is opgebouwd uit demografie (0,9%) en productiviteitsstijging (1,5%).

<sup>3</sup> Stijgen met het algemene welvaartsniveau betekent dat de kwaliteit over de tijd kan toenemen. Dit geldt voor defensie, dit geldt voor zorg. Omdat de verwachte productiviteitsgroei in de zorg lager ligt dan in de rest van de economie, is de ruimte voor kwaliteitsgroei in de houdbaarheidssommen beperkt.

<sup>4</sup> Zie Smid et al., 2014, Minder zorg om vergrijzing, CPB Boek 12, 3 juli 2014.

Het verschil in aanpak leidt ertoe dat bij de publicatie van een nieuwe mlt de zorguitgaven naar boven worden bijgesteld. Die hogere zorguitgaven in het basispad mlt zijn een gevolg van de *open* wijze waarop het pakket is gedefinieerd. Daardoor neemt de hoeveelheid en/of kwaliteit van de geleverde zorg automatisch, dat wil zeggen zonder politieke besluitvorming, toe en stijgen de premies en de eigen betalingen. Zo komt aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode de informatie beschikbaar op basis waarvan de politiek kan beoordelen of dit een wenselijke ontwikkeling is of niet. Indien de politiek besluit dat de status quo geen wenselijke ontwikkeling oplevert, dan kan zij de financiering van de zorg en/of de zorgkosten wijzigen. Afhankelijk van de oordeelsvorming kan dit in vergelijking met het basispad leiden tot minder zorg en/of een lagere kwaliteit van zorg (en mutatis mutandis).



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau  
Bezuidenhoutseweg 30  
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag  
T (088) 984 60 00

[info@cpb.nl](mailto:info@cpb.nl) | [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

September 2018