

Hogere besparingen verwerkt door akkoorden voor de curatieve zorg

Recent zijn in een aantal zorgsectoren nieuwe bestuurlijke akkoorden gesloten, waarbij de betrokken partijen zich gezamenlijk hebben gecommitteerd aan sectorale uitgavenplafonds. De akkoorden zijn gesloten voor de medisch-specialistische zorg, de wijkverpleging, de huisartsenzorg, en de GGZ en lopen van 2019 tot en met 2022.(a) In de akkoorden is afgesproken dat de volumegroei in de medisch-specialistische zorg en de GGZ afneemt tot respectievelijk 0,0% en 0,7% in 2022. Voor de wijkverpleging is een maximale jaarlijkse volumegroei van 2,4% overeengekomen, terwijl voor de huisartsenzorg een maximale volumegroei is afgesproken van 2,5% in 2019-2020 en 3,0% in 2021-2022.

Het CPB rekent nu met een hogere jaarlijkse besparing dan bij de doorrekening van het Regeerakkoord.(b) De volgende overwegingen spelen hierbij een rol:

- Er zijn nu akkoorden gesloten in plaats van eenzijdige voornemens tot akkoorden;
- De betrokken partijen achten de besparing mogelijk en de akkoorden worden gedragen over de breedte van de zorgsector (beperkt risico waterbedeffect);
- Er lijken nu inefficiënties te zijn die tijdelijk een hogere korting mogelijk maken;
- Er is nog weinig tot geen empirisch wetenschappelijke evidentie over de effecten van de te nemen maatregelen (onder meer de substitutie); enige kostenbesparing is daarmee niet onaannemelijk.(c)
- Er zijn al meerjarige contracten met ziekenhuizen afgesloten waarin (al dan niet op deelgebieden) besparingen zijn opgenomen;
- Het kabinet is bereid het macrokostenbeheersingsinstrument (MBI) als ultimum remedium in te zetten; het MBI is door het sluiten van de akkoorden bij de rechter beter afdwingbaar.

Op dit moment is nog onduidelijk welke maatregelen partijen gaan nemen om onder de uitgavenplafonds te blijven. Partijen hebben zich gecommitteerd om deze akkoorden op decentraal niveau om te zetten in concrete maatregelen zodanig dat de beoogde besparing wordt gerealiseerd. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, een verschuiving van duurdere tweedelijns zorg naar goedkopere eerstelijns zorg en eHealth.

Omdat maatregelen voornemens ontbreken, boekt het CPB de besparingen die voortvloeien uit de hoofdlijnenakkoorden, in als een taakstellende ombuiging. Het MBI fungeert hierbij als stok achter de deur: als de besparingen onvoldoende blijken om de uitgaven onder de plafonds te houden, dan zal de minister het MBI als ultimum remedium inzetten. De eerste keer dat de minister dit instrument inzet, zal dat leiden tot de gewenste besparing. Maar het MBI is niet gericht op de onderliggende factoren die van invloed zijn op de groei. Daarom is niet zonder meer duidelijk hoe het de groei van de kosten structureel kan afremmen. Als het onderliggende groeitempo structureel hoger blijkt te zijn, zullen wellicht andere, meer ingrijpende, maatregelen nodig zijn.

In hoeverre de afgesproken besparingen gerealiseerd kunnen worden zonder de kwaliteit van zorg aan te tasten is nog onzeker. Dit hangt onder meer af van de concrete maatregelen die partijen de komende vier jaar gaan nemen en in welke mate die maatregelen een bijdrage gaan leveren aan de verbetering van de doelmatigheid in de zorg.

(a) Zie respectievelijk ministerie van VWS, 2018, Kamerbrieven TK2017-2018: 29248-311; 29689-911; 33578-58; en 25424-420.

(b) Doordat er een jaar extra wordt omgebogen, is de uiteindelijke totale ombuiging ook hoger. Per saldo leiden de akkoorden tot een besparing die oploopt tot ca. 2,0 mld euro in 2022. Ten tijde van het Regeerakkoord liep de door het CPB ingeboekte besparing op tot 0,9 mld euro in 2021.

(c) Het CPB is daarom voornemens om in 2019 wetenschappelijk onderzoek te gaan doen naar kostenbesparingen in de medisch-specialistische zorg.