

2009D49604

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld ?????????????? 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor reactie voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 2 september 2009 inzake het Prijsbeheersingsinstrument (PBI) in het B-segment (29 248, nr. 101).

De op 13 oktober 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van ??????? 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

Vragen en opmerkingen CDA-fractie

Met belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennis genomen van het vaste voornemen van de minister om in 2010 het Prijsbeheersingsinstrument in het B-segment niet in te zetten. Het is goed dat partijen zonder dreiging van een prijsplafond contracten kunnen sluiten voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg in het B-segment. De prijsupdate Ziekenhuiszorg 2009 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laat een redelijk gunstige ontwikkeling zien. De leden van de CDA fractie realiseren zich dat het voornemen is gebaseerd op de ontwikkeling van 15% van de ziekenhuiszorg. Zij steunen de minister in zijn voornemen om op grond van hiervan te besluiten geen prijsbeheersingsinstrument in te zetten voor het komende jaar, maar vragen de minister nog eens nader te onderbouwen waarom dit toch voldoende basis biedt om voor 2010 af te zien van de invoering van het Prijsbeheersingsinstrument.

Dat neemt niet weg dat zij zich wel zorgen maken over de trage op gang komen van de contractering. Kan de minister aangeven hoeveel contracten in het B-segment er op dit moment afgesloten zijn? De NZa merkt op dat het mogelijk is dat de tabellen gebaseerd zijn op de eerste onderhandelingen: «mogelijk dat relatief makkelijke onderhandelingen als eerste zijn afgerond. De lastige onderhandelingen kunnen ondervetegenwoordigd zijn». Kan de minister hierop een reactie geven? In hoeverre speelt de onduidelijkheid rond de kapitaallasten een rol bij contractering? Zijn verzekeraars bereid in de contracten een opslag voor kapitaallasten op een B-DBC op te nemen?

In het NZa rapport wordt gesteld dat 97% van de prestaties in het B-segment wordt afgerekend met contractprijzen en 3% met passantenprijzen. Nu zijn passantenprijzen hoger. Ze laten, zo lezen de CDA leden, zelfs een relatief grote stijging zien en vooral de passantenprijzen voor de B-tranche 2009 laten een zeer hoge opslag zien. Hoe kan de minister partijen gebruikmaking van de passantenprijzen tot een minimum beperken? Welke prikkels ziet hij daar?

De prijzen in het A-segment laten een sterkere groei zien. Kan de minister hiervoor een verklaring geven en ook aangeven hoe hij deze cijfers in gunstige zin wil beïnvloeden?

Vragen en opmerkingen PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van het voornemen geen prijsbeheersingsinstrument in te zetten in het B-segment. De minister geeft aan dat deze keuze is gemaakt op basis van de «Prijsupdate Ziekenhuiszorg 2009» van de NZa, waarin een gunstige prijsontwikkeling in het B-segment wordt beschreven. Het CPB stelt in haar notitie «Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg» dat de NZa inputprijzen voor het A-segment vergelijkt met outputprijzen voor het B-segment, en daardoor een incorrecte vergelijking wordt gemaakt: beter kan men de ontwikkeling van de totale uitgavenniveaus met elkaar vergelijken, waaruit blijkt dat de groei van het B-segment hoger ligt dan in het A-segment. Klopt deze observatie, en wat is de mening van de minister hierover?

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd dat de minister de marktontwikkelingen (prijs en volume) op de voet blijft volgen. Het adviesbureau Roland Berger geeft in een recente studie aan dat de omzet van ziekenhuizen in 2008 is gestegen met 7,4%; de hoogste groei in de afgelopen vijf jaar. Kan de minister een overzicht geven hoe deze omzetstijgingen tot stand zijn gekomen? Zijn deze vooral het gevolg van prijs- of van volumestijgingen? Liggen deze vooral in het A- of in het B-segment?

De leden van de fractie van de PvdA krijgen ook weer signalen dat het huidige B-segment tot positieve ontwikkelingen leidt, zoals bijvoorbeeld

wordt beschreven in een onderzoek van Gupta Strategists voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het onderzoek concludeert: de kosten van zorgprofielen van belangrijkste DBC's ontwikkelen zich gunstig. Al met al zijn dus verschillende onderzoeken, namelijk van de NZa, het CPB, Roland Berger, en Gupta Strategists in omloop. Wat zijn de verschillen tussen de onderzoeken? Welke cijfers ten aanzien van de kostengroei in het B-segment worden door verschillende instanties gehanteerd, en welke van die cijfers zijn bepalend voor het al dan niet inzetten van een prijsbeheersingsinstrument? Wat is op dit moment zijn mening over de prijsontwikkelingen in de ziekenhuiszorg? Wat is op dit moment zijn mening over de omzetontwikkelingen in de ziekenhuiszorg? Hoe wordt een overschrijding precies gedefinieerd?

De leden van de fractie van de PvdA denken terug aan het algemeen overleg van 10 september 2008 waar is gesproken over de volume- en prijsontwikkelingen van 2007. De minister gaf toen aan dat een aantal overloop-dbc's van 2005 naar 2006 verdisconteert moesten worden, om de reële volumestijging uit 2007 te berekenen. Is er in de berekening over 2008 sprake van dergelijke overloop-dbc's? Zijn in de prijsberekeningen van 2008 ook verhogingen voor kapitaallasten meegerekend?

De leden van de fractie van de PvdA lezen in de brief «Waardering III» dat een prijsmaatregel zal worden genomen als de groei in het B-segment nominaal hoger uitvalt dan 6 à 6,5%. De CPB notitie geeft aan dat de kostengroei in het B-segment 6% bedraagt. Waarom wordt er dan nu voor gekozen geen prijsbeheersinginstrument in te voeren? Deze leden merken op dat ook gesteld is dat wanneer de overschrijding in het B-segment groter is dan de stijging van het BKZ een prijsbeheersinginstrument wordt ingezet. Kan precies worden aangegeven op welke gronden er nu voor wordt gekozen een prijsbeheersinginstrument in te zetten?

De leden van de fractie van de PvdA blijven bezorgd over de omzetontwikkeling in de gezondheidszorg en de verantwoordelijkheid daarover. Zij willen wil graag weten of de omzetberekeningen op dit moment gebaseerd zijn op finale cijfers over 2008, of kunnen uiteindelijke omzetstijgingen nog groter blijken te zijn? Welke partij is verantwoordelijk voor de omzetontwikkeling in de gezondheidszorg? Welke bevoegdheden gaan samen met deze verantwoordelijkheid?

De minister heeft eerder gesteld dat wanneer de overschrijding bij de ziekenhuizen groter zou zijn dan de stijging van het BKZ er een prijsbeheersingsinstrument zou worden ingezet en de overschrijding zou worden teruggehaald. De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister nog steeds, van mening is dat de bewijslast voor de beheerste prijs- en volumeontwikkeling bij de ziekenhuizen ligt. Hoe worden de overschrijdingen van de ziekenhuizen teruggehaald?

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat het CPB in dezelfde notitie aangeeft dat de overgang naar de nieuwe DOT-structuur zou kunnen leiden tot (tijdelijke) kostenoverschrijdingen, vanwege het mogelijke gebruik van verkeerde parameters en onzekerheden bij marktpartijen. Volgend jaar wordt overgegaan op de DOT systematiek: wat is de inschatting van de minister over mogelijke kostenoverschrijdingen, hoe hoog zouden deze maximaal kunnen uitvallen? Bij welke overschrijding zal er voor worden gekozen om een prijsbeheersinginstrument in te zetten?

Vragen en opmerkingen VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd dat de minister een Prijsbeheersingsinstrument (PBI/de maatstafconcurrentie) ook voor 2010 niet invoert. De argumentatie van de minister, namelijk dat de reële prijzen in het B-segment al jaren dalen is volgens hen een positief teken. Het gaat de goede kant op met de ontwikkeling in het B-segment, de kwaliteit

neemt toe (zoals deze week bleek uit het Roland Berger rapport «De Zeven Zorgen») terwijl de prijzen dalen.

Minder verheugd zijn de leden van de VVD-fractie dat het kabinet de invoering van het PBI nog wel boven de markt laat hangen. Er zijn prijsverschillen tussen ziekenhuizen. Het PBI gaat ervan uit dat deze verschillen geheel voortkomen uit verschil in doelmatigheid. Daarop wordt dus ook gestuurd. Verschil in kwaliteit speelt in dit centrale prijs-beleid geen rol. De leden van de VVD-fractie hebben zich van meet af aan tegen het PBI verzet, omdat het niet stuurt op een betere prijs/kwaliteits-verhouding. Juist de verbeteringen in de prijs/kwaliteitsverhouding gebeurt op dit moment aantoonbaar in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Er is nog veel winst te behalen, maar de eerste resultaten zijn positief. Dan moet er ook geen onzekerheid ontstaan of de spelregels op een later moment veranderd worden. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het PBI niet moet worden ingevoerd. De energie die hieraan op gaat moet worden ingezet voor een snelle verbetering van het DBC-systeem.