

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 152

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 oktober 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 juni 2010 inzake voorhang taakstelling ziekenhuizen (Kamerstuk 29 248, nr. 128).

De op 23 juli 2010 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 7 oktober 2010 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), fng voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Atsma, J.J. (CDA), Koolmees, W. (D66), Dekken, T.R. van (PvdA), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Nieuwenhuizen, C. van (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Miltenburg, A. van (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Neppérus, H. (VVD), Snijder-Hazelhoff, J.F. (VVD), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	5

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de voorhang taakstelling ziekenhuizen 2011 die de minister naar de Kamer heeft gestuurd. Zij hebben naar aanleiding van de brief enkele aanvullende vragen en opmerkingen.

Genoemde leden spreken hun zorgen uit of een totale taakstelling van € 699 miljoen niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. De gemiddelde marge van een ziekenhuis is 1,5% van de omzet, terwijl de totale taakstelling bestaat uit bijna 5% van totale ziekenhuisomzetten. Er moeten dus flinke doelmatigheidsbesparingen worden behaald willen ziekenhuizen na deze korting dezelfde productie behalen. Op basis van welke gegevens heeft de minister geconcludeerd dat de kwaliteit van zorg niet aangetast wordt of er wachtlijsten ontstaan? De korting wordt in minder gebracht op de (FB)-budgetten van individuele instellingen. Vanuit deze (FB)-budgetten worden vaak complexe, medisch specialistische, niet-planbare verrichtingen gefinancierd, omdat in het geliberaliseerde B-segment de minder complexe, planbare verrichtingen zijn ondergebracht. Hoe garandeert de minister dat deze complexere behandelingen kwalitatief niet te lijden hebben onder de korting? Waarom wordt de omzetkorting niet juist over het minder complexe B-segment geheven?

De marktscan medisch specialistisch zorg, tussenrapportage deel 2 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laat zien dat juist de UMC's en topklinische ziekenhuizen, aanbieders met een relatief groot A-segment, hun prijzen laten stijgen. Het veld verklaart deze beweging met het argument dat de «complexe patiënten» in toenemende mate in de UMC's en topklinische ziekenhuizen terecht komen, enerzijds doordat relatief simpele zorgverlening wordt weggetrokken door algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) en anderzijds omdat diezelfde algemene ziekenhuizen en ZBC's de complexe patiënten doorverwijzen. Is de minister op de hoogte van deze onderstroom in de ziekenhuiszorg? Zo ja, vindt u dit een goede ontwikkeling? Denkt u dat de UMC's en topklinische ziekenhuizen deze kortingsmaatregel van € 699 miljoen kunnen opvangen terwijl deze juist hun kernfinanciering vanuit het (FB)-budget raakt?

De minister spreekt het voornemen uit de tranche 2011 en het macrokortingsbedrag in mindering te brengen op de (FB)-budgetten van individuele instellingen, waarbij geldt «een relatief zwaardere korting bij een relatief groter B-segment». Genoemde leden zijn bang voor een «perverse prikkel». Leidt dit er niet toe dat ziekenhuizen er alles aan zullen doen de omzetten in het B-segment te vergroten zodat de financiële korting op het (FB)-budget kan worden gecompenseerd? Vinden er verschuivingen tussen en naar het B-segment plaats om het A-segment te ontlasten? Zo ja, zijn dit gewenste effecten? Wordt de taakstellende doelmatigheidsbesparing in het B-segment dan gerealiseerd?

Voor de berekening van de kosten in het A-segment is gebruik gemaakt van budgetgegevens van de NZa en voor het B-segment van de gegevens van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Waarom zijn deze bronnen gebruikt en geen andere? In hoeverre zijn dit slechts eerste schattingen van de overschrijding en moeten de gegevens in het lopende jaar

geactualiseerd worden? Kan de minister de betreffende gegevens van de NZa en het CVZ openbaar maken?

De minister stelt dat niet geconcludeerd kan worden of de overschrijding in het A- of B-segment is veroorzaakt, omdat er op de VWS-begroting geen deekaders voor het A- en B-segment worden gehanteerd. Deze leden vinden niet dat de wijze waarop de VWS-begroting wordt opgesteld een argument is om enkel een oppervlakkige analyse van een dusdanig grote overschrijding te maken. Om deze problematiek gericht aan te pakken zijn de analyses noodzakelijk. Kan de minister op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ een overzicht geven van de macro-omzetten in respectievelijk het A-segment en het B-segment in de jaren 2006, 2007, 2008 en 2009?

Genoemde leden vragen waarom de minister de zorgverzekeraars niet aanspreekt op hun verantwoordelijkheid om de kosten te beheersen en goede contracten af te sluiten. Zeker ten aanzien van het B-segment hebben de verzekeraars niet toch een verantwoordelijkheid? Waarom ontziet de minister bij de overschrijdingen de zorgverzekeraars en worden zij nergens aangeslagen?

De ZBC's worden in de brief niet genoemd als medeveroorzaker van de grote kostenstijgingen. In de voorjaarsnota hadden de ZBC's nog wel een prominente rol in de € 1,4 miljard overschrijding, maar nu is er dus sprake van een uitzonderingspositie. Heeft het toenemend aantal ZBC's, van 37 in 2005 naar 116 in 2010 volgens laatste NZa rapportage, er niet toe geleid dat de kosten in het B-segment zijn gestegen en mede hierdoor de overschrijding zo hoog is? Zo ja, moeten de ZBC's in dat geval niet naast de ziekenhuizen een taakstelling krijgen? Zo nee, waarom niet? Is er bij een uitzonderingspositie geen sprake van oneerlijke concurrentie?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister en zijn voornemen om een aanwijzing te geven aan de NZa inzake de taakstelling tranche 2011 en het redresseren van de overschrijding van het voor ziekenhuizen beschikbare macrokader. Genoemde leden onderkennen de noodzaak om de tranche 2011 van € 150 miljoen in mindering te brengen op de budgetten van de individuele instellingen. Zij onderkennen ook dat overschrijdingen geredresseerd dienen te worden. Ten aanzien van de veronderstelde structurele overschrijding in 2009 van € 549 miljoen hebben zij wel een aantal vragen.

Genoemde leden vragen waarom de minister de overschrijding van € 549 miljoen als structureel bestempeld? Kan de minister dit onderbouwen? Welke rol spelen zorgverzekeraars in deze overschrijding? De ziekenhuizen hebben immers zorg geleverd die door de zorgverzekeraars is ingekocht. Graag een toelichting op dit punt van de minister.

De totale korting voor 2011 komt nu neer op € 699 miljoen, dat is circa 5% van de omzet van de ziekenhuizen. Deze leden maken zich zorgen dat dit bedrag de draagkracht van de ziekenhuizen te boven gaat, gezien het feit dat de gemiddelde marge van de ziekenhuizen circa 1,5% van de omzet is. Hierdoor zullen bepaalde ziekenhuizen in financiële problemen komen, wat weer de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in gevaar kan brengen. Genoemde leden vinden daarom dat de betrouwbaarheid van de cijfers vast moet staan. In dit kader steunen zij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) die openbaarheid verlangt over alle gegevens die hebben geleid tot vaststelling van het bedrag van € 549 miljoen. Kan de minister deze openbaarheid geven?

Tevens vragen deze leden waarom de aanwijzing niet geldt voor de ZBC's. Wat is de reden dat de ZBC's buiten beschouwing worden gelaten? Wordt

zo niet oneerlijke concurrentie bedreven? Graag een reactie op dit punt van de minister.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voornemens van de minister om aan de NZa een aanwijzing te geven voor de taakstelling ziekenhuizen 2011 en het redresseren van een overschrijding van het voor ziekenhuizen beschikbare macrokader met meerjarige doorwerking. Genoemde leden hebben naar aanleiding van de brief de volgende vragen en opmerkingen.

Uit de brief maken deze leden op dat de tranche 2011 in zijn geheel in mindering zal worden gebracht op de (FB)-budgetten van de individuele instellingen. In de taakstelling wordt het deel uit het A-segment en B-segment niet gesplitst. Blijft de zorg van het B-segment buiten beschouwing? Hoe wordt omgegaan met de ZBC's?

Er is een overschrijding geconstateerd van € 549 miljoen. Kunnen deze cijfers voldoende onderbouwd worden in het licht van de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) toen de redressering van soortgelijke overschrijdingen van de medische specialisten aan de orde was? Temeer daar de NVZ het oneens is met de door de minister genoemde overschrijding van € 549 miljoen.

Om welke overschrijdingen gaat het hier, alleen in het A-segment, gaat het om acute zorg of juist om zorg in UMC's? Gaat het bij de overschrijdingen ook over gecontracteerde zorg? Zo ja, wat is de positie van de zorgverzekeraars die deze zorg hebben gecontracteerd? Kan de minister uiteenzetten waar precies de overschrijdingen zich voordoen?

Hoe kunnen de ziekenhuizen de nu geconstateerde overschrijdingen voorkómen, zonder dat er wachtlijsten ontstaan?

Het macrokortingsbedrag van € 549 miljoen zal in mindering gebracht worden op de (FB-) budgetten van individuele instellingen. Wordt hierbij ook gekeken naar de mate waarin individuele instellingen hebben bijgedragen tot de overschrijding en wordt er dan ook een taakstelling opgelegd naar de mate waarin de individuele instelling heeft bijgedragen aan de overschrijding?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de voorhang taakstelling ziekenhuizen. Zij zijn benieuwd waarop het bedrag van € 549 miljoen overschrijding door de ziekenhuizen is gebaseerd, en vragen de minister het bedrag te specificeren en onderbouwen. Heeft de kostenoverschrijding met name plaatsgevonden in het A-segment of het B-segment, of zijn daar geen significante verschillen tussen aan te geven?

Genoemde leden missen een analyse van de overschrijdingen. Kan de minister deze alsnog aan de Kamer zenden? Is de overschrijding een gevolg van medisch noodzakelijk handelen, zoals bijvoorbeeld een gestegen vraag naar zorg, of is de oorzaak eerder te vinden in overbodige uitgaven? Is de minister bereid de noodzakelijkheid van geboden zorg mee te wegen, of kijkt u slechts naar de boekhouding die kloppend moet zijn?

Naast de korting van € 549 miljoen vanwege budgetoverschrijding, worden ziekenhuizen geconfronteerd met een eerder aangekondigde macro-korting van € 150 miljoen, in totaal dus € 699 miljoen. Volgens gegevens van de NVZ komt dit neer op 5% van de jaarlijkse omzet van de ziekenhuizen. Deelt u de mening dat het disproportioneel is om 5% van de jaarlijkse omzet van de ziekenhuizen te korten, terwijl de gemiddelde marge van ziekenhuizen 1,5% van de omzet is? Kan de minister uitsluiten dat ziekenhuizen als gevolg van deze korting in financiële problemen

komen? Zo nee, wat gaat de minister doen om te voorkomen dat ziekenhuizen in financiële problemen komen? Welke gevolgen heeft de voorgestelde korting voor de liquiditeit en solvabiliteit van ziekenhuizen? Welke gevolgen heeft het korten van ziekenhuizen met 5% van hun omzet, voor de dienstverlening door ziekenhuizen? Komt de continuïteit van zorg in gevaar? Komt de bereikbaarheid van zorg in gevaar? Wat gaan patiënten ervan merken dat ziekenhuizen minder financiële mogelijkheden krijgen? Gaan de wachtlijsten hierdoor toenemen? Moeten ziekenhuizen taken gaan afstoten? Op welke manier verbeterd deze maatregel de kwaliteit van zorg? Acht de minister het uitgesloten dat ziekenhuizen door de taakstelling failliet zullen gaan en zo ja, wat is hierover uw oordeel? In hoeverre is ook de kwaliteit van de zorg in het geding door de taakstelling. Kan deze niet onder druk komen te staan door de taakstelling? Hoe waarborgt de minister dat de taakstelling niet leidt tot nadelige consequenties voor de patiënten

Wat vindt de minister van het standpunt van de NVZ, dat ziekenhuizen slechts zorg hebben geleverd waarvoor zij door de zorgverzekeraars zijn gecontracteerd? In hoeverre zijn de zorgverzekeraars, door het sluiten van de contracten, verantwoordelijk voor budgetoverschrijding door de ziekenhuizen? In hoeverre is deze overschrijding een gevolg van de Zorgverzekeringswet, die ziekenhuizen en zorgverzekeraars de vrijheid geeft om over de zorg te onderhandelen? Is deze overschrijding een illustratie van de stelling dat marktwerking in de zorg tot hogere macrokosten leidt? Zo neen, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de aanwijzing voor een doelmatigheidsstaakstelling voor ziekenhuizen. Deze leden zijn van mening dat de Nederlandse ziekenhuiszorg zich in een overgangsfase bevindt tussen twee sturingssystemen. Zij onderschrijven de bevindingen van de heroverwegingscommissie die stelt dat het zorgstelsel «stuck in the middle» is. Volgens genoemde leden is een ontwikkeling richting meer concurrentie via uitbreiding van het B-segment noodzakelijk. In het huidige systeem zijn onvoldoende tegenkrachten actief die er samen voor zorgen dat de kwaliteit van de zorg verbetert en de zorgkosten beheersbaar worden. Tot het moment dat deze situatie wordt bereikt heeft de minister volgens deze leden instrumenten nodig om de stijging van de zorgkosten te beheersen. Genoemde leden zijn van mening dat het hier moet gaan om tijdelijke instrumenten die overbodig moeten worden door een heldere keuze voor meer concurrentie in de ziekenhuiszorg. De leden van de D66-fractie willen graag de volgende vragen stellen over de taakstelling.

Kan de minister de cijfers en berekening waarop hij de overschrijding van € 549 miljoen baseert openbaar maken? Wat veroorzaakt deze overschrijding en hadden ziekenhuizen deze overschrijding kunnen voorkomen? Wat zijn de consequenties van uw voornemen voor de continuïteit en de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Inleiding

Ik heb u in mijn brief van 29 juni 2010 (TK 2009–2010, 29 248, nr. 128) geïnformeerd over de overschrijdingen bij de ziekenhuizen en heb ik het voornemen geuit om na het verloop van de wettelijke voorhangtermijn de NZa een aanwijzing te geven om passende maatregelen te treffen in 2011. De voorgenomen inhoud van de aanwijzing is het opleggen van een structurele korting van in totaal € 699 miljoen op de budgetten van ziekenhuizen.

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bij de bovenstaande brief een aantal vragen gesteld. Voor de beantwoording van de vragen ga ik allereerst in op de vragen die betrekking hebben op de onderbouwing van de overschrijding, en de maatregel die wordt genomen om de overschrijding te redresseren. Daarna ga ik in op de vragen van de vaste commissie die betrekking hebben op de relatie tussen de korting en de bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Als laatste zal ik ingaan op de rol van verzekeraars.

Uitspraak rechter

Voorafgaande aan de beantwoording wil ik u wijzen op de uitspraak van de voorlopige voorzieningenrechter van 14 september j.l., die heeft besloten dat de voorgenomen aanwijzing, inhoudende een structurele korting van € 549 miljoen, niet aan de NZa mag worden gegeven. Tegen dit besluit van de voorlopige voorzieningenrechter heb ik op 17 september hoger beroep ingesteld. Het Gerechtshof Den Haag zal naar verwachting voor het einde van het jaar uitspraak doen.

De onderbouwing van de overschrijding

De overschrijding van € 549 miljoen bij de ziekenhuizen betreft een overschrijding van ruim 4% op de totale in de VWS-begroting beschikbare middelen voor de ziekenhuizen in 2009. Hierdoor ben ik genoodzaakt maatregelen te nemen.

Diverse fracties hebben mij gevraagd naar de onderbouwing van de geconstateerde overschrijdingen. Kern hiervan staat hieronder weergegeven.

De ziekenhuiskosten zijn opgedeeld in het A-segment, waarvoor de ziekenhuizen een budget ontvangen, en een B-segment, waarvoor de ziekenhuizen het kostendeel van de DBC-tarieven als opbrengst hebben. Voor de kosten A-segment ontvangt VWS periodiek budgetgegevens van de NZa.

Voor de kosten B-segment maakt VWS gebruik van CVZ gegevens. Het CVZ levert elk kwartaal cijfers uit aan het ministerie van VWS over de honorariumkosten van medisch specialisten en de B-segmentopbrengst van ziekenhuizen. VWS heeft de gegevens van het CVZ en de NZa gebruikt om de totale kosten van de ziekenhuizen te vergelijken met het daarvoor beschikbare macrobudget.

Deze twee bronnen zijn gebruikt omdat deze de ziekenhuiskosten weergeven die relevant zijn voor het BKZ. Ook bij andere premiesectoren in de zorg wordt gebruikt gemaakt van deze bronnen. In gebudgetteerde sectoren in de curatieve zorg, waartoe ook het A-segment behoort, wordt gebruik gemaakt van NZa-gegevens over de ontwikkeling van de budgetten. In openeindesectoren in de curatieve zorg, waaronder ook het B-segment, wordt gebruik gemaakt van de schadelastgegevens zoals die door verzekeraars aan het CVZ beschikbaar worden gesteld. De NZa en het CVZ zijn voor VWS de formele gegevensleveranciers van deze realisatiecijfers.

De cijfers die zijn weergegeven in de tabel zijn de meest recente gegevens, CVZ en NZa cijfers van juni 2010, over de overschrijding bij de ziekenhuizen in 2008 en 2009. Tabel 1 geeft de kern van de berekening weer.

Tabel 1. Onderbouwing overschrijding (x € 1 miljoen)

	2008	2009
a. A-segment (budget)	9 593	9 321
b. B-segment (kostendeel DBC's)	2 452	3 569
c. Honorariumopbrengst specialisten in loondienst	158	189
d. Totaal	12 204	13 079
e. Budgettair kader	11 855	12 529
f. Overschrijding	349	549

Toelichting op tabel

De post a betreft de budgetgegevens van alle ziekenhuizen. De bron van deze cijfers is de rapportage van de NZa van juni 2010. De NZa rapporteert periodiek aan VWS over de ontwikkeling van deze budgetgegevens. In deze budgetgegevens zitten ook de kosten van specialisten in loondienst voor zover ziekenhuizen voor deze specialisten een vergoeding ontvingen in hun budget.

Post b betreft de gedeclareerde schade in 2008 en 2009 in het B-segment van alle ziekenhuizen. Dit zijn schadelastgegevens van verzekeraars. De bron van deze cijfers is de CVZ rapportage van juni 2010. Het CVZ rapporteert per kwartaal aan VWS over de ontwikkeling van de zorguitgaven.

Post c betreft de gedeclareerde honoraria van medisch specialisten die in loondienst zijn van een ziekenhuis. Meer specifiek betreft dit de specialisten in loondienst waarvoor het ziekenhuis geen vergoeding in het budget ontvangt. In plaats daarvan ontvangt het ziekenhuis de gedeclareerde honoraria als opbrengst. Bron van deze cijfers is de CVZ rapportage van juni 2010.

De som van deze posten wordt vervolgens afgezet tegen het budgettair kader voor ziekenhuizen. Hieruit resulteert de overschrijding.

Deze cijfers zijn ook gedeeld met de NVZ, NFU, ZN en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast zijn deze en verdere achtergrondgegevens in het kader van het WOB-verzoek van de NVZ per besluit van 23 augustus openbaar gemaakt.

Wellicht ten overvloede: de zelfstandige behandelcentra spelen bij de genoemde overschrijdingen van de ziekenhuizen geen rol. De overschrijding die met de voorliggende maatregel wordt geredresseerd betreft enkel een overschrijding van de beschikbare middelen voor de ziekenhuizen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre dit slechts eerste schattingen van de overschrijding zijn die in het lopende jaar geactualiseerd moeten worden. Daarnaast vragen de leden van de PvdA fractie mij om de omzetgegevens voor de jaren 2006–2009, uitgesplitst naar A- en B-segment.

De overschrijding is berekend met behulp van de gegevens die op het moment van verzending van de voorhangbrief het meest recent waren. Dit waren de junicijfers van de NZa en het CVZ.

Zoals ik in de voorhangbrief heb aangegeven houd ik de mogelijkheid open dat het bedrag van de overschrijding nog wijziging ondergaat als gevolg van aanvullende, meer actuele gegevens. Zo verwacht ik begin oktober meer actuele budgetgegevens van de NZa en schadelastcijfers van het CVZ.

Het is inherent aan de bekostigingssystematiek, waarbij DBC's een lange doorlooptijd hebben, dat we gaandeweg het lopende jaar meer duidelijkheid krijgen over de omvang van de gerealiseerde omzet in enig voorafgaand jaar. De oktobercijfers, die ik van plan ben te gebruiken voor de voorgenomen aanwijzing, zullen een meer definitief karakter hebben. Over de cijfers vindt voortdurend overleg plaats met belanghebbenden, waaronder de NVZ. Ook voordat het bedrag van de overschrijding definitief wordt bepaald vindt overleg plaats. Daarmee wordt de definitieve aanwijzing aan de NZa zorgvuldig voorbereid.

Voor de omzetgegevens van de ziekenhuizen 2008 en 2009 uitgesplitst naar A-segment, B-segment verwijs ik u naar tabel 1 en de toelichting daarop. Opgemerkt dient te worden dat de uitsplitsing voor deze jaren is gebaseerd op de bronnen die ik hanteer in de berekening van de overschrijding. Dat betekent dat ik voor het A-segment uit ga van de budgetgegevens zoals ik die ontvang van de NZa. Voor het B-segment ga ik uit van de schadelastgegevens zoals ik die van het CVZ ontvang. Voor de jaren 2006 en 2007 bedraagt het totale A-segment (budget) op basis van de NZa-cijfers € 10 844 mln respectievelijk € 10 702 mln. Het B-segment voor 2006 en 2007 bedraagt € 978 mln respectievelijk € 1 042 mln.

Het B-segment voor de jaren 2006 en 2007 is gebaseerd op de jaarverslagen van ziekenhuizen. De CVZ-cijfers van het B-segment waren voor deze jaren nog onvoldoende betrouwbaar. Omdat de schadelastmethode van het CVZ beter aansluit bij de schadedefinitie van het BKZ en ook wordt gehanteerd in andere openeindesectoren in de curatieve zorg, is met ingang van 2008 gekozen deze cijfers te hanteren voor het berekenen van over- of onderschrijdingen. Vanwege verschillende definities die bij omzet en schadelast gehanteerd worden, is het moeilijk 2006 en 2007 met 2008 en 2009 te vergelijken.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de minister de overschrijding van € 549 miljoen als structureel bestempelt.

Op basis van de juni cijfers is zowel een analyse gemaakt van de overschrijding van de voor de ziekenhuisbekostiging in de VWS-begroting beschikbare middelen voor 2009 als ook voor 2008. De overschrijdingen zijn berekend op € 549 miljoen voor 2009 en € 349 miljoen voor 2008. Op basis van deze analyse constateer ik dat de overschrijding in 2008 zich heeft voortgezet in 2009 en daarmee de bij VWS-beschikbare financiële ruimte voor de ziekenhuiszorg heeft overschreden, ondanks dat in die financiële ruimte rekening is gehouden met volumegroei. De overschrijding is zelfs verder toegenomen. Ik concludeer derhalve dat het zeer waarschijnlijk moet worden geacht dat de overschrijding van 2009 zich bij gelijkblijvende omstandigheden ook in 2011 en volgende jaren zal voordoen als de beoogde structurele korting niet wordt opgelegd.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de berekening van de overschrijding voldoende onderbouwd kan worden in het licht van de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) toen de redressering van soortgelijke overschrijdingen van de medische specialisten aan de orde was.

Ik baseer mij bij de berekening van de overschrijding op de gegevens zoals die van de NZa met betrekking tot de budgetten (A-segment) en de verzekeraars (B-segment) via het CVZ beschikbaar komen. Het gaat hier om de te verwachten schade in enig jaar. Hierbij wil ik er wederom op wijzen dat het huidige bedrag is gebaseerd op voorlopige cijfers en de voorgenomen definitieve aanwijzing zal worden gebaseerd op de actualisatie in oktober. Op dat moment geven de cijfers een goed beeld.

Over de berekening van de overschrijding zal VWS in de periode tot de aanwijzing overleg hebben met de betrokken partijen NVZ, NFU, ZN en de NZa.

Diverse fracties hebben mij gevraagd naar de oorzaken van de overschrijding en in welke onderdelen van de ziekenhuiszorg de overschrijding zich voordoet.

Oorzaak van de overschrijding kan zowel gelegen zijn in volume- en prijseffecten.

Om een beter inzicht te krijgen heb ik Vektis gevraagd in beeld te brengen welke ontwikkelingen plaatsvinden in de ziekenhuiskosten in de periode 2008–2009. Op basis van de eerste resultaten komt een beeld naar voren dat er mogelijk sprake is van een aantal ontwikkelingen die mogelijk een duiding kunnen geven van de oorzaken van de overschrijding bij de ziekenhuizen. Zo lijkt met betrekking tot de derde tranche B-segment (tranche 2009) tussen 2008 en 2009 sprake van een relatief hoge ontwikkeling van de gemiddelde DBC-prijs. Deze tariefontwikkeling kan onder andere het gevolg zijn van gestegen prijzen, of als gevolg van een wijziging in de zogenaamde productmix. Verder is de eerste indruk op basis van de resultaten van de analyse van Vektis dat de kostentoeename per specialisme verschilt. Bij deze cijfers dient bedacht te worden dat dit eerste inzicht is die nog met veel voorzichtigheid moeten worden betracht. Daarbij is relevant dat de cijfers die voor 2008 en 2009 vergeleken zijn geen volledig beeld van het jaar geven, zodat er vooralsnog geen harde conclusies uit getrokken kunnen worden.

Verder kan worden geconstateerd dat de daling van het A-segment (als gevolg van de zogenoemde schoning) door van de uitbreiding van het B-segment minder groot is geweest dan de toename van het B-segment. Daarnaast is in de meest recente budgetcijfers van het A-segment onder andere een sterke toename te zien van de kosten dure- en weesgeneesmiddelen.

Op basis van de huidige inzichten is derhalve mijn voorlopige conclusie dat de kostenontwikkeling bij de ziekenhuizen niet veroorzaakt wordt door één onderdeel binnen de ziekenhuiszorg, maar het gevolg is van verschillende ontwikkelingen. Zowel het A- als het B-segment lijken hierbij een rol te spelen.

Ik blijf in overleg met de betrokken partijen om meer inzicht te krijgen in de achterliggende oorzaken van de kostenontwikkeling en overschrijding. Indien nodig zal hiertoe nader onderzoek plaatsvinden.

De leden van de SP-fractie vragen of de overschrijding een gevolg is van medisch noodzakelijk handelen, zoals bijvoorbeeld een gestegen vraag naar zorg, of is de oorzaak eerder te vinden in overbodige uitgaven.

Ik beschik niet over informatie op basis waarvan ik kan beoordelen of de geleverde zorg medisch noodzakelijk is geweest, of dat er sprake is van «overbodige» uitgaven. Verschillende onderzoeken op dit gebied hebben al aangetoond dat het niet goed mogelijk is exact inzicht te krijgen in deze onderliggende oorzaken. Hierbij wil ik onder andere verwijzen naar het onderzoek dat VWS en NVZ in 2008/2009 gezamenlijk hebben laten uitvoeren naar de oorzaken van de kostenontwikkeling bij ziekenhuizen. Hierover bent u op 11 juni 2009 in de brief «Voortgangsrapportage DBC's» geïnformeerd.

Zoals boven aangegeven beschik ik wel over geaggregeerde informatie betreffende de kostenontwikkeling ziekenhuizen in de periode 2008–2009.

De leden van de D66-fractie vragen of de ziekenhuizen deze overschrijding hadden kunnen voorkomen.

De ziekenhuizen tezamen hebben in 2008 en 2009 aanzienlijk een hogere omzet gerealiseerd dan dat er binnen het budgettaire kader zorg beschikbaar is. Ook blijkt uit de jaarverslagen van ziekenhuizen over 2009 dat de financiële positie van ziekenhuizen in de periode 2008–2009 verbeterd is. De overschrijding van het beschikbare kader bedraagt circa 5%. De omzetontwikkeling ziekenhuizen 2008–2009 bedraagt circa 7%. Een dergelijk grote omzetontwikkeling had in theorie in een vroegtijdig stadium gesignaleerd kunnen worden. De ziekenhuizen hadden bijvoorbeeld in een vroeg stadium de productie(afspraken), zonodig geanonimiseerd, met elkaar kunnen delen, om zodoende een beeld te krijgen van de macroontwikkeling. De koepelorganisatie van de ziekenhuizen, de NVZ, kan daarin mogelijk een rol vervullen. De ziekenhuizen hadden vervolgens in hun de nodige maatregelen kunnen trachten te nemen om deze ontwikkeling tegen te gaan en de kosten te beperken. Overigens is de vraag of ziekenhuizen deze overschrijding in het verleden hadden kunnen voorkomen, en daardoor verantwoordelijk zijn, niet direct van belang voor de voorgenomen korting per 2011. De ziekenhuizen wordt in die zin niks verweten. De maatregel is immers enkel gericht op het beheersen van de kosten zodanig dat de overschrijding in de toekomst structureel wordt voorkomen.

Voorgenomen maatregel

Diverse fracties hebben vragen over de wijze waarop de korting wordt verwerkt.

Het definitief te korten bedrag wordt generiek bij de ziekenhuizen in het FB-budget verwerkt. De omvang van het kortingsbedrag voor een individueel ziekenhuis is afhankelijk van het aandeel van dat ziekenhuis in de totale macro omzet van de ziekenhuissector. Bij het bepalen van dat aandeel wordt zowel de omzet A-segment als omzet B-segment in de grondslag meegenomen. Het B-segment blijft dus niet buiten beschouwing met deze korting.

De voorgenomen korting wordt volledig geboekt op de budgetten van de individuele ziekenhuizen, het A-segment. Door deze wijze van verwerking wordt het budget van een individuele ziekenhuizen daadwerkelijk verlaagd en daarmee de taakstelling gerealiseerd.

In het B-segment komen tarieven in vrije onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot stand. Op het B-segment kan derhalve een besparing gerealiseerd worden door prijsafspraken tussen verzekeraars en instellingen. Hierdoor is er meer onzekerheid over de budgettaire zekerheid van realisatie van de korting. Het is immers de vraag of verzekeraars in staat zullen zijn om het volledige bedrag van de korting in de onderhandelingen over het B-segment binnen te halen.

Vanuit het oogpunt van macrobeheersing wil ik meer zekerheid inbouwen dat de beoogde besparing wordt gerealiseerd in de zin dat de bovenmatige groei wordt afgevlakt voor de omvang van het in 2009 overschreden bedrag. Derhalve pas ik een korting op het budget toe. Het staat ziekenhuizen vervolgens vrij om de korting naar eigen inzicht in te vullen. Een ziekenhuis kan de korting dus realiseren door binnen het A-segment maatregelen te nemen en/of in het B-segment.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de UMC's en topklinische ziekenhuizen deze kortingsmaatregel van € 699 miljoen kunnen opvangen terwijl deze juist hun kernfinanciering vanuit het (FB)-budget raakt.

Het is mij bekend dat UMC's en topklinische ziekenhuizen relatief meer A-segment dan B-segment prestaties uitvoeren. Mede om die reden zal ik, zoals ik hiervoor en in de voorhangbrief heb aangegeven, de NZa

opdragen om bij de verdeling van het macrokortingbedrag over de individuele instellingen de omvang van het vrije B-segment in de verdeelgrondslag te betrekken. Het kortingbedrag voor een individueel ziekenhuis is daarmee afhankelijk van de totale omzet. Alle ziekenhuizen krijgen bij de voorgenomen korting eenzelfde percentage korting opgelegd op hun totale omzet. Academische- en topklinische ziekenhuizen worden dus relatief gezien even zwaar aangeslagen als algemene ziekenhuizen. Ik ga er derhalve van uit dat ook academische en topklinische ziekenhuizen in staat zullen blijken deze korting op te vangen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of dit er niet toe leidt dat ziekenhuizen er alles aan zullen doen de omzetten in het B-segment te vergroten zodat de financiële korting op het (FB)-budget kan worden gecompenseerd.

Ziekenhuizen moeten bij hun bedrijfsvoering rekening houden met de productie-afspraken zoals die zijn gemaakt met zorgverzekeraars. Met in achtneming van deze beperking hebben ziekenhuizen in principe de mogelijkheid de omzet te verhogen, ongeacht of de korting via het FB-budget of via het B-segment wordt verwerkt. Gegeven deze mogelijkheid geeft een korting op het FB budget mij de meeste zekerheid over de realisatie van de korting. De budgetten worden immers vastgesteld en kunnen alleen na overleg met verzekeraars opwaarts worden bijgesteld. Mijn insteek is echter dat ziekenhuizen de korting niet proberen «goed» te maken door middel van het leveren van extra en wellicht overbodige zorg, maar door de efficiency te verbeteren en kosten te besparen.

De leden van de CDA-fractie vragen of er bij het opleggen van de taakstelling aan een individuele instelling ook gekeken wordt naar de mate waarin deze instelling heeft bijgedragen aan de overschrijding.

Nee, het is mijn voornemen de korting generiek te verwerken, zoals in de voorhangbrief is aangegeven. De NZa kan op dit moment niet op individueel niveau beoordelen of, en zo ja in welke mate een ziekenhuis heeft bijgedragen aan de overschrijding. Dit zou namelijk impliceren dat de NZa bepaalt hoeveel een individuele instelling mag groeien.

Bedrijfsvoering ziekenhuizen

Alle fracties hebben vragen over de consequenties van deze maatregel voor het leveren van medisch specialistische zorg door ziekenhuizen.

Diverse fracties vragen of door de taakstelling de kwaliteit en continuïteit van zorg niet wordt aangetast en dat er geen wachtlijsten ontstaan. Ook wordt gevraagd wat patienten gaan merken van de verminderde financiële mogelijkheden.

De vraag of de met deze maatregel verlaagde budgetten nog dekking geven voor de kosten die met het oog op «verantwoorde zorg» redelijkerwijs moeten worden gemaakt, kan niet worden beantwoord zonder naar de individueleomstandigheden van ziekenhuizen te kijken. Elk ziekenhuis voert immers zijn eigen bedrijf. Het zijn deze concrete omstandigheden die zouden kunnen maken dat een ziekenhuis niet langer in staat zou zijn verantwoorde zorg te verlenen. Omstandigheden van individuele ziekenhuizen kunnen uiteraard bij de uitvoering van de voorgenomen maatregel aan de orde komen. De NZa stelt immers op grond van haar beleidsregels tariefbeschikkingen vast. Zij is bevoegd en kan gehouden zijn daarbij van de beleidsregels af te wijken, in die gevallen waarin toepassing daarvan vanwege bijzondere omstandigheden onevenredige gevolgen zou hebben.

Ik heb bovendien verschillende redenen om aan te nemen dat de verlening van verantwoorde zorg niet in het geding komt als gevolg van deze maatregelen.

Ten eerste wil ik benadrukken dat er als gevolg van deze korting niet met terugwerkende kracht geld bij de ziekenhuizen wordt weggehaald. De maatregel gaat in per 2011, derhalve kunnen ziekenhuizen de overschrijdingen van de jaren 2008, 2009 en 2010 behouden. Het beschikbare kader wordt ook niet verlaagd door deze maatregel. Er wordt enkel voor gezorgd dat de overschrijding zich vanaf 2011 niet voortzet. Met deze maatregel wordt daarmee beoogd de uitgaven van de ziekenhuizen vanaf 2011 weer in lijn te brengen met wat er voor ziekenhuizen budgettair beschikbaar is binnen het BKZ. Macro krijgen ziekenhuizen door deze maatregel dus niet minder financiële mogelijkheden, de beschikbare middelen voor ziekenhuiszorg blijven stijgen. Het gaat dus om minder méér. Daarnaast concludeer ik op basis van de gegevens uit de jaarverslagen van ziekenhuizen dat de financiële situatie van ziekenhuizen in 2009 is verbeterd. Uit deze gegevens blijkt onder andere dat de omzet aanzienlijk is gestegen (circa 7% á 8%), het opgetelde bedrijfsresultaat gestegen is tot circa € 300 miljoen met 27%, en het eigen vermogen van ziekenhuizen is toegenomen van € 2,6 miljard tot € 3 miljard. Ook het weerstandsvermogen is toegenomen. Op basis van deze gegevens verwacht ik niet dat de voorgenomen maatregelen gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg.

Tot slot zal de maatregel de ziekenhuizen er nog meer dan reeds het geval is toe aanzetten efficiëncymaatregelen te nemen en daarmee hun kosten te verlagen. De praktijk laat zien dat dit goed mogelijk is. Een voorbeeld hiervan is de steeds kortere duur van opnames in ziekenhuizen.

Ik heb overigens geen concrete aanwijzingen dat de kwaliteit en continuïteit van zorg in gevaar komen als gevolg van de korting. Vanzelfsprekend geldt dat ik in de gaten zal houden dat dit gewaarborgd blijft.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe gegarandeerd kan worden dat complexere behandelingen kwalitatief niet te lijden hebben onder de korting, aangezien deze zorg via het FB budget wordt bekostigd.

De voorgenomen korting wordt enkel technisch op het FB-budget ingeboekt. Ik treed niet in de bedrijfsvoering van individuele ziekenhuizen. Het is aan de individuele ziekenhuizen hoe zij deze korting willen gaan realiseren binnen hun totale exploitatie. Dit betekent dat ziekenhuizen zowel maatregelen in het A-segment als het B-segment kunnen nemen. Om die reden is het zeker niet per definitie het geval dat een korting op het FB-budget juist gevolgen heeft voor de complexere zorg in het A-segment.

De leden van de SP-fractie vragen of ziekenhuizen taken moeten gaan afstoten.

Zoals ook hierboven is aangegeven treed ik niet in de bedrijfsvoering van individuele ziekenhuizen. Het is aan ziekenhuizen zelf om de korting te realiseren binnen de totale exploitatie en om zich zonodig te richten op specifieke taken, leidend tot specialisatie en concentratie. Overigens is uit onderzoek (onder andere «Kiezen voor kwaliteit», Boston Consultancy Group, 2010) bekend dat specialisatie en concentratie in veel gevallen een betere kwaliteit van zorg oplevert, alsmede een verbetering van de doelmatigheid.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier deze maatregel de kwaliteit van zorg verbetert.

Deze maatregel beoogt primair de totale kosten te beheersen en daarmee de betaalbaarheid van zorg te kunnen blijven waarborgen. Alhoewel kwaliteitsverbetering dus niet het primaire doel is, is bekend dat doelmatigheidsmaatregelen en kwaliteit van zorg hand in hand kunnen gaan.

Financiële situatie ziekenhuizen

Diverse fracties vragen naar de gevolgen van de voorgenomen maatregel voor de financiële situatie van ziekenhuizen. Diverse fracties wijzen daarbij op de huidige winstmarge van ziekenhuizen van circa 1,5%.

De hoogte van de gemiddelde winstmarge van ziekenhuizen geeft slechts een grove indicatie van de ruimte die ziekenhuizen hebben om deze korting te realiseren. Dit is namelijk de ruimte die ziekenhuizen hebben zónder aanpassingen te hoeven doen in de productie en bedrijfsvoering ten opzichte van 2009. Ziekenhuizen hebben tal van mogelijkheden om hun bedrijfsvoering aan te passen en daarmee deze taakstelling te realiseren.

Daarbij wil ik er wederom op wijzen dat ziekenhuizen niet met terugwerkende kracht worden gekort maar uitsluitend met ingang van 2011, en zij derhalve de opbrengsten over de jaren 2008, 2009 en 2010 mogen behouden. Met de maatregel wordt slechts beoogd te voorkomen dat de overschrijding van het kader ziekenhuizen een structureel karakter krijgt. Daarbij nemen de beschikbare middelen voor deze sector in het budgettair kader zorg als gevolg van deze korting niet af, waar een groot deel van Nederland het in deze tijden van economische krimp juist met minder moet doen.

Bovendien heb ik op basis van de jaarverslaggegevens van ziekenhuizen geconstateerd dat de verbeterde financiële positie van ziekenhuizen er op wijst dat ziekenhuizen deze taakstelling kunnen realiseren.

De leden van de SP-fractie vragen of ik kan uitsluiten dat ziekenhuizen als gevolg van deze korting in financiële problemen komen, en zo nee, wat ik ga doen om te voorkomen dat ziekenhuizen in financiële problemen komen.

Nee, ik kan nooit uitsluiten dat een ziekenhuis als gevolg van deze korting in financiële problemen komt. Echter, een early warning systeem is erop gericht instellingen te signaleren die mogelijk in financiële problemen komen. Dit kan ertoe leiden dat in deze instellingen geïntensiveerd toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) plaats vindt. Op deze wijze wordt voorkomen dat financiële problemen, bijvoorbeeld als gevolg van de taakstelling, een negatieve invloed hebben op de kwaliteit en patiëntveiligheid die instellingen moeten leveren.

Daarbij wil ik er nogmaals op wijzen dat de NZa bevoegd is daarbij van de beleidsregels af te wijken, in die gevallen waarin toepassing daarvan vanwege bijzondere omstandigheden onevenredige gevolgen zou hebben.

De leden van de SP-fractie vragen welke gevolgen de voorgestelde korting heeft voor de liquiditeit en solvabiliteit van ziekenhuizen.

Dat is op voorhand niet te zeggen, want dat is afhankelijk van de maatregelen die ziekenhuizen zelf zullen nemen om de korting te realiseren. Ik wil benadrukken dat liquiditeit en solvabiliteit niet per definitie zullen afnemen. Dat hangt af van de wijze waarop de korting wordt ingevuld door de ziekenhuizen. Wanneer gesneden wordt in de kosten door een

doelmatiger inzet van productiemiddelen leidt dat niet tot een verslechtering van de financiële positie. Net als nu zullen de ontwikkelingen van liquiditeit en solvabiliteit per ziekenhuis blijven verschillen.

Rol verzekeraars

Diverse fracties vragen mij naar de rol van verzekeraars. Er is gevraagd waarom de zorgverzekeraars niet worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om de kosten te beheersen en goede contracten af te sluiten.

Ik ben het met de leden eens dat zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid hebben om de kosten van de ziekenhuiszorg te beheersen door goed te contracteren. De inkoop van zorg is voor zorgverzekeraars een belangrijk middel om aan hun zorgplicht te voldoen, zodat zij hun verzekerden voldoende, bereikbare en kwalitatief goede zorg kunnen garanderen.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van verzekeraars dient de maatregel te worden bezien in de context van het huidige zorgstelsel en de transitiefase waarin dit zich nu bevindt. Ook de wijze waarop verzekeraars financieel aanspreekbaar zijn is daarmee in ontwikkeling. Verzekeraars worden niet volledig gecompenseerd voor de overschrijdingen van het BKZ. De hogere uitgaven die verzekeraars hebben gemaakt moeten verzekeraars (deels) zelf financieren. De mate waarin verzekeraars compensatie krijgen wordt bepaald door de ex post mechanismen binnen de risicoverevening.

In de afgelopen jaren is de risicodragendheid van verzekeraars toegenomen door het geleidelijk afbouwen van de ex post compensatie. Zo is per 2010 de nacalculatie op de (variabele) ziekenhuiskosten in het A-segment afgenomen van 40% naar 30% en de nacalculatie op B-DBC's afgenomen van 15% naar 0% (Tweede Kamer vergaderjaar 2009–2010, 29 689, nr. 276). Met deze toenemende risicodragendheid worden verzekeraars dus ook steeds meer aangesproken op hun rol en de facto «aangeslagen». De komende jaren zal de risicodragendheid verder worden vergroot door verdere afbouw van de ex post mechanismen.

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre deze overschrijding een gevolg is van de Zorgverzekeringswet en het systeem van marktwerking, dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars de vrijheid geeft om over de zorg te onderhandelen.

Deze vraag impliceert dat er voor de komst van de Zorgverzekeringswet en de ingezette stappen richting gereguleerde marktwerking in de ziekenhuiszorg geen overschrijdingen waren. Ook in een systeem waarin het functioneel budget nog volledig van toepassing was werd deze sector geconfronteerd met overschrijdingen. Het is niet vast te stellen of het BKZ ook zou zijn overschreden als er nu geen sprake was geweest van een B-segment met vrije tarieven. Er zijn immers geen vergelijkingsgegevens voorhanden.

Het is overigens juist zo dat er met de introductie van de Zorgverzekeringswet en de ingezette route naar meer prestatiebekostiging prikkels zijn geïntroduceerd die kwaliteit en doelmatigheid bevorderen. Deze prikkels zijn in de afgelopen jaren al groter geworden. Hierbij kan gedacht worden aan de uitbreiding van het B-segment met daarbij risicodragendheid van verzekeraars.

Overige vragen

Verscheidene fracties hebben gevraagd naar de rol van ZBC's bij deze overschrijding.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het toenemend aantal ZBC's, van 37 in 2005 naar 116 in 2010 volgens laatste NZa rapportage, er niet toe geleid heeft dat de kosten in het B-segment zijn gestegen en mede hierdoor de overschrijding zo hoog is. Tevens wordt gevraagd of de ZBC's in dat geval niet naast de ziekenhuizen een taakstelling moeten krijgen.

ZBC's kennen een eigen dekkader onder het BKZ en maken geen deel uit van het ziekenhuiskader.

In het wetsvoorstel AIB WMG (Kamerstuk 32 393) heb ik aangegeven dat er op dit moment geen goed macrobudgettair instrumentarium voorhanden is om maatregelen bij de ZBC's te nemen. Om die reden stel ik in het wetsvoorstel voor om een macrobeheersingsinstrumentarium voor ziekenhuizen en zbc's tezamen mogelijk te maken, teneinde een zoveel mogelijk gelijke positie voor beide typen zorgaanbieders te creëren. Daarnaast heb ik in de voorhangbrief beheersmodel medisch specialisten (kamerstukken 29 248, nr. 117) aangegeven dat ik voornemens ben de ZBC's voor wat betreft het honorariumdeel van hun kosten mee te laten lopen in het door mij voorziene beheersmodel medisch specialisten.

Diverse fracties vragen of er bij een uitzonderingspositie van ZBC's geen sprake is van oneerlijke concurrentie.

De door mij aangegeven taakstelling heeft uitsluitend betrekking op een door ziekenhuizen veroorzaakte overschrijding van het BKZ, die ik dan ook volledig bij ziekenhuizen terug wil halen. Aangezien ZBC's niet hebben bijgedragen aan deze overschrijding is er voor deze korting dus geen sprake van een uitzonderingspositie. Daarnaast heb ik in het wetsvoorstel AIB WMG voorgesteld een macrobeheersingsinstrumentarium mogelijk te maken dat naast ziekenhuizen ook toepasbaar is op ZBC's.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat het veld verklaart dat complexere patiënten in toenemende mate bij UMC's en topklinische ziekenhuizen terecht komen en dat deze instellingen hun prijzen om die reden laten stijgen. De genoemde leden vragen of ik op de hoogte ben van deze onderstroom in de ziekenhuiszorg. Zo ja, of ik dit een goede ontwikkeling vind.

Hiervan ben ik op de hoogte. De recente marktscan van de NZa van juni 2010 laat zien dat bij de academische en topklinische ziekenhuizen de reële prijsontwikkeling in het B-segment positief is. De academische en topklinische ziekenhuizen richten zich per definitie op de complexere patiënten. Academische en topklinische ziekenhuizen zijn daar in de organisatie ook op ingericht. Indien het leveren van complexere zorg in toenemende mate het geval is, en het leveren deze complexere zorg gepaard gaat met hogere prijzen, kan dat in principe een positieve ontwikkeling zijn, vooropgesteld dat deze ontwikkeling een gunstig effect heeft op de geleverde zorg op het gebied van kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid.

De leden van de SP-fractie vragen of ik bereid ben de noodzakelijkheid van geboden zorg mee te wegen, of ik kijk naar de boekhouding die kloppend moet zijn?

Het primaire doel van de voorgenomen maatregel is de totale ziekenhuis-kosten te beheersen, en wel zodanig dat de totale kosten blijven binnen hetgeen de regering uit oogpunt van financieel economisch beleid aanvaardbaar acht. In dit geval betreft dat de in de begroting van VWS voor ziekenhuizen beschikbare middelen. Mijn voornemen is tevens ingegeven door de algemene financieel-economische situatie van het land

en de overschrijdingen binnen het BKZ in brede zin. Het niet doorvoeren van de korting betekent dat de overschrijding op een andere wijze gecompenseerd moeten worden. Alternatieve dekking voor de overschrijding bij de ziekenhuizen, zoals extra eigen bijdragen en/of extra pakketmaatregelen acht ik niet wenselijk.