

Vergaderjaar 2013–2014

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 68

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 mei 2014

In het ordedebat van uw Kamer van 24 april jongstleden (Handelingen II 2013/14, nr. 80, Regeling van Werkzaamheden), heeft u mij om een feitenrelaas gevraagd over wie wat heeft besloten rond de toekenning van extra financiële ruimte door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan het Oogziekenhuis Rotterdam (OZR). Dit naar aanleiding van een publicatie in de NRC van 24 april. Met deze brief voldoe ik aan uw verzoek. Het NRC-artikel gaat over de periode 2011–2012, maar ik hecht er aan eerst de context van het OZR te schetsen en een eerdere aanvraag voor extra financiering door dat ziekenhuis te belichten.

Het Oogziekenhuis Rotterdam

Het OZR is het enige zelfstandige oogziekenhuis in Nederland en fungeert als topklinisch instituut voor oogheelkundige zorg. Naast een regionale functie heeft het ziekenhuis ook een bovenregionale derdelijnsfunctie, ook oogartsen van buiten de regio verwijzen naar het ziekenhuis door. Het ziekenhuis heeft een opleidingsfunctie en doet aan klinisch wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast verzorgt het OZR onderwijs aan co-assistenten van de medische faculteit van de Erasmus Universiteit en bijscholing aan huisartsen, oogartsen, oogverpleegkundigen en oogheelkundig assistenten. Het ziekenhuis kent als zelfstandige instelling een zeer lange historie. In de jaren tachtig en negentig is aan de orde geweest of het Oogziekenhuis zou opgaan in het academisch ziekenhuis Rotterdam. Uiteindelijk is er voor gekozen het Oogziekenhuis als bijzondere categorale instelling te behouden.

Dit alles is relevant omdat dit het specifieke karakter van het ziekenhuis weergeeft en ook duidelijk maakt dat het ziekenhuis een belangrijke functie heeft in de patiëntenzorg. Er worden bijzondere vormen van zorg geleverd, ook hoog complexe zorg, er vinden specifieke opleidingen plaats en er wordt relatief veel aan klinisch wetenschappelijk onderzoek gedaan. Een dergelijke combinatie van (hoog complexe) zorg, opleidingen

en onderzoek wordt buiten de universitaire medisch centra (umc's) in Nederland aangetroffen in slechts enkele topklinische ziekenhuizen.

Extra financiële ruimte voor het Oogziekenhuis Rotterdam

2008/2009

In augustus 2008 heeft het OZR bij de NZa aangegeven problemen te hebben met de bekostiging van de zorg omdat deze onvoldoende rekening hield met het specifieke karakter van het ziekenhuis. De NZa heeft dat destijds onderzocht, maar vond de onderbouwing onvoldoende. De NZa adviseerde het OZR een beter onderbouwd verzoek in te dienen, mede ondertekend door de zorgverzekeraars.

Bij brief van 30 oktober 2008 richt de voorzitter van de RvB van het OZR zich ook tot de toenmalige directeur-generaal Gezondheidszorg (DGG) van het Ministerie van VWS. In reactie daarop heeft zij aangegeven dat zij in overleg wil met het OZR maar pas in januari omdat VWS de NZa de gelegenheid wil bieden met een oordeel te komen over de financiële situatie. Ook wijst VWS in de antwoordbrief er op dat de NZa om een tweezijdig verzoek heeft gevraagd en dat de NZa daar uiteindelijk over moet oordelen.

Uiteindelijk leidt een en ander tot een gezamenlijk verzoek van het OZR en de zorgverzekeraars (Univé, Multizorg VRZ en Achmea) op 9 maart 2009. Op 16 maart informeert de NZa VWS dat men een gezamenlijk verzoek heeft ontvangen van het OZR en de zorgverzekeraars om met ingang 2008 maximaal € 2 mln per jaar toe te voegen aan het instellingsbudget. Het door instellingen en verzekeraars bereikte compromis voorziet, aldus de informatie van de NZa, in een oplossing voor een al jaren voortdurend financieel probleem. Het is gebruikelijk dat de NZa alvorens een besluit te nemen, VWS op de hoogte stelt van het effect op het Budgettair Kader Zorg.

De RvB van de NZa neemt op 31 maart 2009 een besluit. De kern van het besluit is dat vanaf 2008 een bedrag van (maximum) € 2 mln aan het instellingsbudget wordt toegevoegd. De overweging van de NZa is dat het OZR aannemelijk heeft kunnen maken dat er een financieel probleem is dat veroorzaakt wordt doordat de kosten voor de specifieke topzorg onvoldoende in de parameters van de Functiegerichte Budgettering tot uiting kunnen komen. Ook is relevant dat het aangevraagde bedrag al in 2003 door de rechtsvoorganger van de NZa – het College Tarieven Gezondheidszorg – onderkend werd als mogelijk knelpunt. Daarnaast weegt zwaar dat het verzoek na intensief overleg tussen betrokken partijen tot stand is gekomen als onderhandelingsresultaat. Tot slot wijst de NZa er op dat VWS de urgentie van de problematiek van het Oogziekenhuis heeft bevestigd.

2011/2012/2013

Op 23 mei 2011 doet het OZR wederom een (concept-)verzoek aan de NZa voor aanvullende financiering. De NZa reageert dat op basis van een concept geen besluit genomen kan worden. Een verzoek moet onderbouwd worden en duidelijk moet zijn wat de opstelling van de zorgverzekeraars is.

Een paar maanden later, per brief van 14 oktober 2011, komt het verzoek van het OZR, mede ondertekend door de zorgverzekeraars. Het OZR vraagt een vergoeding aan voor de beschikbaarheidsfunctie expert-centrum oogheelkundige zorg (€ 4.111.792,- dit bedrag is inclusief de reeds bestaande additionele financiering van € 2.000.000,-) en spoedeisende hulp (€ 742.538,-). De NZa wijst dit verzoek af en op 30 november

informeert de NZa het OZR per brief over het besluit van de directie cure. Een van de argumenten van de NZa om dit verzoek af te wijzen is dat het verzoek een beschikbaarheidsbijdrage betreft en het Ministerie van VWS bepaalt voor welke vormen van zorg een beschikbaarheidsbijdrage kan worden gegeven en de NZa hiervoor alleen de uiteindelijke hoogte vaststelt.

Het OZR meldt zich eind november en begin december ook bij VWS om het probleem in de bekostiging voor te leggen. Het nieuwe feit is volgens het OZR dat men verlies maakt op (de destijds bestaande omvang van) het A-segment en dat deze verliezen tot aan 2011 werden gecompenseerd door de in 2009 verkregen additionele bekostiging en het feit dat verzekeraars bereid waren een hogere prijs te betalen in het B-segment (waardoor interne kruissubsidiëring mogelijk was). In 2011 hebben verzekeraars aangegeven een dergelijke hogere prijs voor het B-segment niet meer te willen betalen en dat was de reden volgens het OZR zich wederom tot de NZa te richten, samen met de zorgverzekeraars¹. Het OZR zegt het gevoel te hebben van het kastje naar de muur te worden gestuurd en wil daar graag met VWS over spreken. Naar aanleiding van de contacten van het OZR winnen medewerkers van VWS informatie in bij de NZa om zich een oordeel te vormen van de casus. Dit alles ook in aanloop naar een afspraak met het OZR. Deze afspraak vindt uiteindelijk op donderdag 12 januari 2012 plaats met de directeur Curatieve Zorg.

Het verzoek van het OZR betreft de transitieperiode (2012/2013), voor de periode vanaf 2014 zijn er andere opties. Met name twee mogelijkheden waren relevant. Ten eerste was in augustus 2011 een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) gestart waarin onder andere de vraag op tafel lag of niet ook instellingen (zoals het OZR) die zorg, onderzoek (en opleidingen) leveren die raken aan de topreferente zorg, mee zouden moeten delen in de academische component. Vooruitlopend op dat IBO vond ik het wenselijk in financiering te voorzien om na het IBO een weloverwogen definitief besluit te nemen. Het behoort tot mijn beleidsbevoegdheid (en niet die van de NZa) om een besluit te nemen wie in welke mate toegang heeft tot de academische component. Een tweede mogelijkheid voor het OZR was om na 2014 de oplossing te zoeken in een compensatie voor zorgzwaarte in hogere DBC-prijzen af te spreken met de zorgverzekeraars.

Voor de transitieperiode waren er vanuit de overheid gezien in beginsel de volgende opties: niets doen, een (verdere) verhoging van het budget, een beroep doen op zorgverzekeraars om hogere prijzen af te spreken, of voor 2013 een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen.

Op 4 januari 2012 gaat het OZR in bezwaar tegen het besluit van de NZa van 30 november 2011. In vervolg op het contact in december voert de directeur Curatieve zorg van VWS op donderdag 12 januari overleg met het OZR. Het doel van het gesprek is de omvang van de problemen scherp te krijgen en om te bezien welke oplossingsrichtingen er zouden kunnen zijn voor zowel de periode 2012/2013 als voor 2014 en verder. De conclusie van dit gesprek is dat het OZR vanaf 2012 bijna volledig in het segment met vrije prijzen valt en dus in de situatie van prestatiebekostiging na afloop van het transitiemodel zijn duurdere «casemix» uit moet kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. Belemmerende factor volgens het OZR is echter dat het transitiemodel voor 2012 nog steeds voor 95% afrekent op een «schaduw-budget» (over 2013 ontvangt of betaalt de instelling 70% van het verschil tussen DOT-opbrengst en schaduw-FB in 2012). Dat betekent dat als het OZR in staat zou zijn hogere prijzen af te spreken dit direct weer voor een groot deel zou worden «afgeroomd». Dit aspect was niet eerder door het OZR in de contacten

¹ Brief aan NZa van 14 oktober 2011

met de NZa naar voren gebracht. Een extra toekenning van financiële ruimte in het (schaduw-)budget voor 2011 en 2012 zou de oplossing hiervoor zijn. Ook de NZa wordt door VWS op de hoogte gesteld van het verloop van het gesprek. In het gesprek op 12 januari 2012 is ook voor iedereen duidelijk dat de NZa de aangewezen partij is om een besluit te nemen over een dergelijke toekenning.

Vrijdag 10 februari 2012 vindt er overleg plaats tussen de NZa, OZR en Achmea en VGZ. De NZa adviseert het OZR het bezwaar in te trekken. Het bezwaar is niet kansrijk omdat het aangrijpt bij het verzoek om een beschikbaarheidsbijdrage die voor deze casuïstiek niet bestaat en niet de NZa, maar de Minister van VWS definieert voor welke vormen van zorg een beschikbaarheidsvergoeding wordt vastgesteld. Het OZR wordt aangeraden een nieuw en beter onderbouwd verzoek in te dienen. De conclusie van het overleg is dat het probleem van het OZR waarschijnlijk zou kunnen worden opgelost mits goed onderbouwd en mits ondersteund door de zorgverzekeraars. VWS wordt hiervan op de hoogte gesteld. Op 2 maart 2012 ontvangt de NZa een (nieuw) concept verzoek van het OZR. De NZa heeft op onderdelen van het conceptverzoek om een nadere toelichting gevraagd. Dit is niet ongebruikelijk. De onderbouwing moest beter, het OZR moest transparanter zijn (bijvoorbeeld hoe de prijsafspraken werden vormgegeven, werd inderdaad kruissubsidiëring toegepast) en de juridische houdbaarheid moest worden verbeterd hetgeen onder andere inhield dat er geen beroep kon worden gedaan op een beschikbaarheidsbijdrage.

Op 16 maart 2012 volgt een nieuw concept verzoek aan de NZa waarin alle opmerkingen van de NZa zijn meegenomen. In het interne advies aan de RvB worden als opties genoemd: (1) niet honoreren, (2) volledig toekennen, (3) toekennen tot aan hoogte exploitatieverlies en (4) toekennen tot aan hoogte exploitatieverlies plus kostenefficiëncy (dit laatste houdt in dat het OZR efficiëncywinst zou mogen behouden).

Het op 4 januari ingediende bezwaar trekt het OZR op 27 maart 2012 formeel in.

Op 29 maart 2012 volgt een formeel verzoek van het OZR, mede ondertekend door Achmea, Univé, VGZ, ISA en Trias. De RvB van de NZa besluit op 10 april 2012 dit verzoek gedeeltelijk te honoreren; dit komt overeen met de derde optie uit het interne advies. Over 2011 wordt een additioneel budget toegekend ter hoogte van het verwachte exploitatieverlies 2011 met een maximum van € 1,25 mln. Het bedrag zal ook worden meegenomen in de vaststelling van het schaduwbudget 2012.

Op 12 april 2012 wordt het OZR hierover schriftelijk geïnformeerd. De NZa wijst er in deze brief op dat gebruik is gemaakt van de inherente afwijkingsbevoegdheid van de NZa. Dat wil zeggen dat de NZa af kan wijken van het reguliere beleid indien er bij een instelling sprake is van bijzondere omstandigheden die ervoor zorgen dat onverkorte toepassing van het beleid zou leiden tot onevenredige gevolgen. De NZa vond dat in dit geval voldoende was aangetoond dat het OZR een grote groep chronische patiënten kent welke meerdere keren op de polikliniek komen en veel diagnostiek behoeven. Daarnaast kent het OZR volgens de NZa als gevolg van de last resort functie een hoog percentage verwijzingen uit andere tweede lijnsinstellingen met complexe pathologie welke hogere kosten met zich meebrengen dan de gemiddelde patiënt. Deze omstandigheden – tezamen met de ten opzichte van de algemene en academische ziekenhuizen – beperkte mogelijkheden voor het OZR om hiervoor binnen het budget te compenseren, maken dat de NZa van oordeel was dat dit omstandigheden zijn die aangemerkt kunnen worden als omstandigheden op grond waarvan de NZa zou kunnen afwijken van haar beleid. Dit omdat

er bij de vaststelling van haar beleid hiermee geen rekening is gehouden. Ook wijst de NZa er op dat het probleem tijdelijk is.

2014 en verder

In vervolg op het IBO-onderzoek heb ik in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorgafgesproken dat er een experiment zal worden gestart om de combinatie van zeer specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek te subsidiëren in drie niet-academische ziekenhuizen. Doel van het experiment is om vast te stellen of het meerwaarde biedt om een dergelijke combinatie van zorg en onderzoek ook te faciliteren voor niet-academische ziekenhuizen. Op basis hiervan kan in de volgende kabinetsperiode een besluit worden genomen over de openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg voor niet-umc's. Voor de looptijd van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg is in totaal over vier jaar € 30 miljoen voor beschikbaar².

De drie deelnemende ziekenhuizen binnen dit experiment zijn het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en het OZR. Zij geven aan nu al een bijzondere combinatie van zeer specialistische zorg, onderzoek en onderwijs te leveren. Binnen het programma TopZorg kunnen zij dit aantonen en verder uitbreiden. Een evaluatie door een extern onderzoeksbureau zal de maatschappelijke meerwaarde van deze subsidie vaststellen. Daarbij wordt onder andere gekeken: waaraan de extra subsidie is besteed; het effect op het niveau van de patiënt, de volksgezondheid, opleiding en onderzoek; het beleid dat is ingezet om de combinatie zorg en onderzoek vorm te geven. Voor de duur van het programma is voor de medische zorg en het onderzoek rondom het gekozen domein samenwerking vereist tussen elk van de ziekenhuizen met tenminste één umc/onderzoeksinstelling. ZonMw coördineert het experiment, ondersteund door een begeleidingscommissie en een onderzoekscommissie.

Relatie VWS-NZa

Terugkijkend op het proces hebben zowel de NZa als ik binnen de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling geopereerd. Dat wil niet zeggen dat VWS afzijdig is gebleven bij deze casus. Dat zou ook vreemd zijn gezien het feit dat het OZR zich rechtstreeks tot het ministerie heeft gewend met een verzoek tot overleg. Het past dan in de verhoudingen dat er dan een gesprek volgt zodat ik mij een beeld kan vormen van hetgeen er aan de hand is. Dat speelt des te meer daar waar er, zoals in dit geval, een beleidsmatige opvatting aan de orde is. Deze casus betrof de beleidsmatige afweging of er buiten de umc's vormen van topreferente zorg, onderwijs en opleiding kunnen worden gefinancierd, opdat er een gelijk speelveld met de umc's zou ontstaan. Over dergelijke zaken zijn altijd contacten over en weer tussen VWS en de NZa. De wenselijkheid daar van is ook vastgelegd in het informatiestatuut NZa-VWS uit 2006. In dat statuut is afgesproken dat partijen de intentie hebben elkaar goed op de hoogte te houden en elkaar niet te verrassen met welke vorm van informatie of publicatie dan ook, met inachtneming van ieders taken en verantwoordelijkheden. Dat geldt in het bijzonder ook voor besluiten met een potentieel effect op het budgettair kader zorg. Uit de reconstructie van de feiten rond de OZR casus is mij gebleken dat voor zowel de medewerkers van VWS als voor de NZa steeds duidelijk was hoe iedereen inhoudelijk ten opzichte van deze zaak stond. Op ambtelijk niveau binnen de NZa bestond daarnaast verschil van opvatting hoe met deze casus om te gaan. Dat past wat mij betreft ook in een professionele organisatie waar

² Zie ook Begroting VWS 2014, blz. 240/241

deskundigen ieder op hun manier tegen zaken aankijken en daarover ook van gedachten wisselen. Het is dan, in het geval van de NZa, aan de Raad van Bestuur om, na weging van de ambtelijke adviezen, de knoop door te hakken. Dat is op 10 april 2012 ook gebeurd: de Raad van Bestuur is geheel zelfstandig alles afwegend tot het besluit gekomen het verzoek van het OZR voor de helft van het bedrag te honoreren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers