

Vergaderjaar 2013–2014

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 79

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 4 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 mei 2014 inzake het feitenrelaas over NRC publicatie Oogziekenhuis (Kamerstuk 31 016, nr. 68).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 3 september 2014. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

1

Is er op enig moment tijdens de gehele procedure oneigenlijke druk uitgeoefend, of anderszins oneigenlijke invloed uitgeoefend, door het Ministerie van VWS op de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een bepaalde beslissing al dan niet te nemen?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daarop die ik op 2 september jongstleden naar u heb gezonden (Kamerstuk 25 268, nr. 87).

2

De Minister voor Wonen en Rijksdienst heeft per brief van 13 mei 2014 over het kabinetsbeleid ten aanzien van zelfstandige bestuursorganen (zbo's) gemeld dat het parlement de uitvoering van overheidsbeleid moet kunnen controleren (Kamerstuk 25 268, nr. 83). Op welke wijze had het parlement in deze casus de Minister kunnen aanspreken op de wijze waarop zij haar bevoegdheden heeft gebruikt? Op welke manier worden gevallen waarbij de NZa van haar afwijkingsbevoegdheid gebruikmaakt maximaal transparant gemaakt voor het parlement?

Het parlement kan gebruik maken van de bekende instrumenten wanneer zij vragen dan wel opmerkingen heeft over de wijze waarop ik mijn bevoegdheden gebruik. Ten aanzien van de NZa geldt dat de strekking van de brief van de Minister voor Wonen en Rijksdienst is dat dit betekent dat niet elk individueel besluit van de NZa aan toetsing onderhevig dient te zijn. Het wezen van een zelfstandig bestuursorgaan brengt met zich mee dat zij zelfstandig opereert in gevallen die binnen haar bevoegdheid liggen. Dat houdt in dat de NZa zelfstandig besluiten neemt op basis van het door haar vastgestelde beleid. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht (artikel 4:84) is de NZa daarbij verplicht om in bijzondere omstandigheden waarbij onverkorte toepassing van een beleidsregel tot onevenredige gevolgen voor een zorgaanbieder zou leiden, af te wijken van haar beleid. De besluiten van de NZa zijn openbaar (artikel 20 van de Wet marktordening gezondheidszorg). Op grond van de Kaderwet zbo's ontvangt u jaarlijks het jaarverslag van de NZa en op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg breng ik u jaarlijks op de hoogte van mijn oordeel over het functioneren van de NZa.

3

Een zbo wordt volgens de Kaderwet zbo's uitsluitend ingesteld als er behoefte is aan onafhankelijke oordeelsvorming (onafhankelijk van de politiek) op grond van specifieke deskundigheid en er sprake is van strikt regelgebonden uitvoering. Op welke manier passen de (in)formele gesprekken met VWS in deze voorwaarden?

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan. De wettelijke kaders waarbinnen de NZa haar taken uitvoert en de relatie tussen het ministerie en de NZa worden gevormd door de Kaderwet zbo's en de Wmg. Ik wil voor een gedetailleerde weergave van de rolverdeling verwijzen naar deze twee wetten. Op grond van artikel 22, tweede lid van de Wmg zijn VWS en de NZa een informatiestatuut overeengekomen. In dit informatiestatuut zijn inhoudelijke en procedurele afspraken vast gelegd met betrekking tot de informatie-uitwisseling tussen de NZa en VWS. Kernaspect hierbij is dat de beide partijen elkaar informeren met het oog op elkaars verantwoordelijkheden. Om als Minister mijn verantwoordelijkheden jegens mijn bestuursorganen te kunnen nemen, word ik op meerdere momenten geïnformeerd over de wijze waarop de NZa haar taken uitoefent.

4

Kan de rolverdeling tussen een zelfstandig bestuursorgaan en de Minister verduidelijkt worden? Wie heeft een rol in het beoordelen van individuele casuïstiek? Wie geeft aanwijzingen of advies en wie heeft de bevoegdheid tot het toekennen en de hoogte van aanvullende financiering?

Zie mijn antwoord op vraag 3.

5

Was de Minister op de hoogte van de overleggen tussen het Ministerie van VWS en de NZa?

Ja, ik ben door mijn medewerkers op de hoogte gesteld dat er over het OZR overleg plaatsvond.

6

Bij welke overleggen was de Minister persoonlijk aanwezig en wanneer heeft zij persoonlijk aanwijzingen gegeven of verzoeken ingediend?

Ik ben niet persoonlijk aanwezig geweest bij overleggen tussen VWS, NZa en het OZR. Voor het overige verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

7

Heeft het door de Minister aangegeven feit, dat het Oogziekenhuis Rotterdam (OZR) het enige zelfstandige OZR in Nederland is, een rol gespeeld bij het toekennen van de extra financiële ruimte door de NZa?

De NZa heeft op 10 april 2012 een besluit genomen over het verzoek van het OZR om extra financiële middelen toe te kennen. Het feit dat het OZR het enige zelfstandige oogziekenhuis is in Nederland heeft niet meegevoerd in het besluit van de NZa. Tevens is in het feitenrelaas aangegeven op welke inhoudelijke gronden de NZa heeft gemeend dit besluit te nemen, zoals het feit dat het OZR een grote groep chronische patiënten kent die meerdere keren op de polikliniek komt en veel diagnostiek behoeft. Daarnaast kent het OZR volgens de NZa als gevolg van de last resort functie een hoog percentage verwijzingen uit andere tweedelijns instellingen met complexe pathologie die 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 (die samenhangen met de zelfstandige status van het OZR), vormen de inhoudelijke grondslag voor het NZa-besluit.

8

Krijgt het OZR een beschikbaarheids- of soortgelijke bijdrage voor de opleidingsfunctie? Zo ja, hoelang ontvangt het OZR deze bijdrage al en om welke bedragen gaat het?

Het OZR ontvangt voor haar eigenstandige opleiding tot oogarts sinds 2008 vanuit VWS een subsidie uit het opleidingsfonds. Vanaf 2013 zijn de subsidies uit het opleidingsfonds omgezet in een beschikbaarheidsbijdrage die wordt vastgesteld door de NZa.

| | |
|------|------------|
| 2008 | € 2.88 mln |
| 2009 | € 2.81 mln |
| 2010 | € 3.09 mln |
| 2011 | € 3.28 mln |
| 2012 | € 3.18 mln |
| 2013 | € 3.32 mln |

9

Hoe wordt het klinisch wetenschappelijk onderzoek dat het OZR doet gefinancierd?

Het klinisch wetenschappelijk onderzoek dat het OZR doet wordt volledig bekostigd uit tweede, derde en vierde geldstromen. Onder de tweede geldstroom vallen subsidies van (semi)overheden voor specifieke projecten. De derde geldstroom bestaat uit collectebusfondsen en stichtingen. De vierde geldstroom betreft bijdragen vanuit de industrie, het bedrijfsleven en/of particulieren. Daarnaast loopt op dit moment het zogenoemde Topzorgexperiment. Zie ook het antwoord op vraag 31.

10

In hoeverre is de Minister van mening dat het destijds een goede keuze is geweest om het OZR als zelfstandige bijzondere categorale instelling te behouden? Ziet de Minister de positie van het OZR het liefst gehandhaafd zoals deze nu is, of zou zij idealiter een andere situatie wensen?

Het is niet aan mij om besluiten te nemen over het samengaan of afstoten van (delen van) zorginstellingen. Er is indertijd in een medisch specialistische context die in een aantal opzichten aanzienlijk verschilt van die anno 2014 (onder andere forse wachtlijsten, budgettering in plaats van prestatiebekostiging) op basis van toen geldende overwegingen een keuze gemaakt om het OZR als bijzondere categorale instelling in stand te houden.

11

Waarom is er in de jaren tachtig en negentig voor gekozen om het OZR als bijzondere categorale instelling te behouden en niet in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam op te laten gaan?

Begin jaren negentig waren de inspanningen van de sector vooral gericht op het niet verder laten oplopen, en waar mogelijk verkorten, van de wachtlijsten in de oogheelkundige zorg. Het OZR was door de combinatie van hoge kwaliteit, hoge productie en lage kosten in dat verband een aantrekkelijke zorgaanbieder en had als zelfstandige instelling een expliciete rol de productie te vergroten om wachtlijsten te verkorten. Met het (toenmalige) Academisch Ziekenhuis Rotterdam werd tegelijkertijd een samenwerkingsovereenkomst gesloten op het gebied van patiëntenzorg, onderzoek, opleiding en onderwijs. Wat de huidige situatie van het OZR betreft verwijs ik naar het antwoord op vraag 10.

12

Zouden de financiële problemen van het OZR zoals die zich hebben voorgedaan in 2008 en 2011 zich niet hebben voorgedaan als het OZR in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam was opgegaan?

Achteraf is niet te zeggen hoe de situatie er na eventueel opgaan van het OZR in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam zou hebben uitgezien en of het OZR dan ook dergelijke financiële problemen zou hebben gehad. Als het OZR onderdeel zou zijn geweest van Academisch Ziekenhuis Rotterdam (of het Erasmus Medisch Centrum (EMC) zoals het thans heet) zou het uiteraard wel ook beschikking hebben gehad over de academische

component van het EMC. Daarmee was de noodzaak om de extra kosten via een hogere prijsstelling van andere producten te financieren, mogelijk niet nodig geweest.

13

Klopt het dat het Oogziekenhuis Rotterdam een van de winstgevendste ziekenhuizen is in Nederland?

De marktscan die de NZa jaarlijks uitbrengt besteedt aandacht aan de winstgevendheid c.q. rentabiliteit van de sector medisch specialistische zorg. De rentabiliteit wordt berekend door het bedrijfsresultaat te delen door het balanstotaal. Uit een daaruit te maken vergelijking tussen het OZR en de overige instellingen voor medische specialistische zorg blijkt niet dat het OZR structureel winstgevender is dan andere ziekenhuizen.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| OZR | 3,7% | 3,3% | 1,6% | 7,3% |
| Algemene ziekenhuizen | 3,5% | 3,5% | 3,2% | 1,5% |
| STZ-ziekenhuizen | 3,6% | 4,3% | 3,8% | 2,0% |
| Academische ziekenhuizen | 3,6% | 1,5% | 2,3% | 1,5% |

14

Kan er vanaf 2008 tot heden een overzicht gegeven worden van de winsten per jaar van het Oogziekenhuis Rotterdam?

In onderstaand schema is het bedrijfsresultaat te zien, exclusief financiële baten lasten.

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|
| 1.234.553 | 1.273.539 | 1.048.609 | 543.936 | 2.461.386 |

15

Wat was de oorzaak van de problemen in de bekostiging van de zorg die het OZR had? Is deze oorzaak nog steeds aanwezig en zo ja, kan dit dan in de toekomst weer leiden tot dezelfde problematiek? Zo nee, waarmee is deze oorzaak weggenomen?

Het OZR geeft in zijn gezamenlijk verzoek met de zorgverzekeraars voor additionele bekostiging aan de NZa aan dat de oorzaak van de problemen in de bekostiging is gelegen in de afwijkende situatie van het OZR als categorale instelling waar specifieke topzorg wordt geleverd.

Op dit moment is ook relevant dat het OZR deelneemt aan het experiment TopZorg, dat tot juni 2018 loopt¹.

16

Is het gebruikelijk dat de voorzitter van een raad van bestuur van een ziekenhuis zich bij financiële problemen direct wendt tot een directeur-generaal van het ministerie? Zo nee, wat is dan wel de geëigende weg voor een voorzitter van een raad van bestuur van een ziekenhuis met financiële problemen? Zo ja, kan de Kamer een overzicht krijgen van alle contacten die het Ministerie van VWS gehad heeft met bestuurders van ziekenhuizen waar financiële problemen spelen?

Zoals eerder aangegeven is de NZa in vrijwel alle gevallen de verantwoordelijke partij als er een besluit genomen moet worden over een verzoek

¹ Zie ook de brief van VWS, Kamerstuk 31 016, nr. 68, d.d. 9 mei 2014

van een zorginstelling om additionele financiële middelen. Dat neemt niet weg dat het niet ongebruikelijk is dat VWS voorafgaand of tijdens zo'n traject wordt benaderd door vertegenwoordigers van de instelling (of bij die instelling betrokken partijen) die zich geconfronteerd zien met een financieel vraagstuk. Ik hecht er aan te benadrukken dat bij dergelijke contacten door VWS-medewerkers altijd wordt uiteengezet welke rollen betrokken partijen (zoals onder andere VWS, NZa, IGZ) spelen en hoe het vervolg van het traject er uit zou kunnen zien. Er wordt geen overzicht bijgehouden van alle contacten tussen VWS en bestuurders van instellingen waar financiële problemen spelen of gespeeld hebben.

17

Wat wordt verstaan onder een «tweezijdig verzoek» dat de NZa heeft gevraagd? Aan wie heeft de NZa dit «tweezijdig verzoek» precies gevraagd en wat was de strekking van dat verzoek?

Een tweezijdig verzoek betreft een verzoek dat ondertekend is door zowel de aanvrager als de zorgverzekeraars. Hiermee wordt onderstreept dat men lokaal overeenstemming heeft bereikt en het verzoek steunt. De NZa heeft dit tweezijdig verzoek gevraagd aan het OZR. De strekking van het verzoek was om met ingang 2008 maximaal € 2 mln per jaar toe te voegen aan het instellingsbudget. In het onderhavige geval hebben naast het OZR ook zorgverzekeraars Univé, Multizorg VRZ en Achmea het verzoek van 9 maart 2009 ondertekend.

18

Heeft het Ministerie van VWS gereageerd op de informatie die de NZa het ministerie heeft gegeven over het effect op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) van haar te nemen besluit, vooraleer de NZa dit besluit had genomen? Zo ja, wat was de strekking van deze reactie?

De NZa heeft VWS geïnformeerd over het exacte effect op het BKZ nadat het besluit op het OZR-verzoek was genomen. VWS heeft daar kennis van genomen.

19

Schept het gegeven dat de kosten van de specifieke topzorg die het OZR biedt onvoldoende in de parameters van de Functiegerichte Budgettering tot uiting komen, een precedent waarmee andere ziekenhuizen ook aanspraak kunnen maken op extra bekostiging?

Er is geen sprake meer van functiegerichte budgettering. In 2014 ontvangt het OZR naast de gelden voor het experiment Topzorg geen aanvullende financiering meer. Net als andere ziekenhuizen moet het OZR met verzekeraars tot afspraken komen over de prijzen. Hun duurdere businesscase moeten zij uit kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. In het huidige systeem kan daarom geen sprake meer zijn van een precedent voor andere ziekenhuizen als gevolg van de aanpassing van het functiebudget van het OZR in 2008 en 2011.

Hiernaast ging de NZa ten tijde van het toekennen van het extra functiebudget niet zomaar over tot afwijking van het reguliere beleid. Het OZR heeft het verzoek samen met zorgverzekeraars ingediend. Vervolgens bood de specifieke situatie van het OZR voldoende onderbouwing om tijdelijk het functiebudget aan te passen.

20

Welke van de topklinische ziekenhuizen in Nederland hebben in de afgelopen 10 jaar extra financiële steun aangevraagd c.q. gekregen?

Als met financiële steun «een beroep op inherente afwijkingsbevoegdheid van de NZa» wordt bedoeld, dan zijn er diverse verzoeken geweest, waarvan de meeste niet zijn gehonoreerd door de NZa. De verzoeken zijn divers van aard, waarbij veel verzoeken betrekking hadden op het versneld afschrijven van oude boekwaarden of op de eenmalige vergoeding voor immateriële vaste activa.

21

Wat is de oorzaak van het al jaren bestaande tekort in de bekostiging van het OZR? Welke maatregelen zijn genomen om het tekort zonder extra financiële steun op te lossen?

Zie ook de beantwoording van vraag 15.

De maatregelen die zijn genomen zijn tweeledig. Ten eerste bleek dat de werkelijke kosten van de specifieke oogheelkundige zorg niet juist waren verwerkt in de FB systematiek. In 2006 heeft een landelijke aanpassing plaatsgevonden van de FB budgetsystematiek (FB onderhoud) voor diverse patiëntencategorieën en deelbehandelingen, waarvan de kosten voor minder dan 50% vergoed werden door de FB-bekostiging. Het beschikbare aanpassingsbudget was geringer dan de totale aanvragen. In de landelijke selectie werden de oogheelkundige ingrepen niet gehonoreerd, omdat verwacht werd dat het bekostigingssysteem op korte termijn zou worden afgeschaft.

22

Is het probleem in bekostiging van het OZR geheel opgelost met de extra € 2 miljoen per jaar vanaf 2008?

Het OZR heeft in 2011 opnieuw een verzoek tot aanpassing van het budget ingediend.

23

Wat is precies de argumentatie van de verzekeraars Univé, Multizorg VRZ en Achmea om het verzoek tot extra financiële steun te ondersteunen?

De zorgverzekeraars UVIT (Univé, VGZ, IZA, Trias), Multizorg VRZ en Achmea hebben in het gezamenlijk verzoek aan de NZa aangegeven dat ze de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van oogheelkundige zorg geleverd door het OZR voor hun verzekerden wilden garanderen. Bovendien hechten zij waarde aan de diversiteit van het aanbod in dit ziekenhuis. De kosten van deze zorg kunnen naar hun mening echter niet redelijkerwijs bij hen individueel in rekening worden gebracht. De zorgverzekeraars zagen daarom een oplossing door financiering van de beschikbaarheid van het OZR via het vaste segment.

24

Zijn de verzekeraars Univé, Multizorg VRZ en Achmea representatief voor de patiënten van het OZR? Hoeveel van de patiënten van het OZR zijn verzekerd bij deze drie verzekeraars en hoeveel patiënten zijn verzekerd bij andere verzekeraars?

Het marktaandeel van UVIT (Univé, VGZ, IZA, Trias), Multizorg VRZ en Achmea is 76% in het OZR. Ongeveer 60.000 patiënten (unieke patiënten met een DBC) van het OZR zijn verzekerd bij deze verzekeraars. De overige 19.500 patiënten zijn verzekerd bij CZ en Menzis.

25

Zijn andere verzekeraars dan de drie genoemde benaderd om het verzoek voor extra financiële ruimte te ondersteunen? Zo nee, waarom niet? Zo ja,

welke verzekeraars en waarom hebben deze zich niet bij het verzoek aangesloten?

Overeenkomstig de toenmalige regiovertegenwoordiging van zorgverzekeraars heeft het OZR samen met de zorgverzekeraars vertegenwoordigd in het lokaal overleg (UVIT, Achmea en Multizorg VRZ) het verzoek tot aanpassing van het budget ingediend. Omdat zorgverzekeraars CZ en Menzis het OZR door de toenmalige regiostructuur niet vertegenwoordigd waren in het lokaal overleg, hebben zij het verzoek overgelaten aan de partijen vertegenwoordigd in het lokaal overleg. Zij zijn over het ingediende verzoek geïnformeerd.

26

Op welke wijze heeft «VWS de urgentie van het probleem van het OZR bevestigd»? Is dit mondeling of schriftelijk gebeurd? In welke bewoordingen? Op welke momenten (data)? Wie (functie) van VWS had hierover contact met wie (functie) van de NZa?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar hetgeen de commissie Borstlap hierover in haar rapport vermeldt en mijn reactie daar op.

27

Kan nader worden toegelicht wat ermee wordt bedoeld dat «de kosten voor de specifieke topzorg onvoldoende in de parameters van de Functiegerichte Budgettering tot uiting kunnen komen»? Als de parameters voor specifieke topklinische zorg onvoldoende meegenomen worden zouden de andere topklinische ziekenhuizen toch ook een financieel probleem moeten hebben van vergelijkbare orde?

De oorzaak voor de afwijkende situatie van het OZR ligt in de volledige focus op het specialisme oogheelkunde en de daarbij behorende specifieke patiëntenpopulatie. Andere topklinische ziekenhuizen kunnen bogen op meerdere specialismen, waardoor eventuele onder- of overbudgettering van specifieke specialismen onder de oude bekostigingssystematiek elkaar over de gehele linie meer in balans konden houden.

28

Wat is de oorzaak van het feit dat tussen 2009 en 2011 het financiële probleem van het OZR is toegenomen en gezien de aanvraag: verdubbeld?

Het financiële probleem van het OZR is tussen 2009 en 2011 om twee redenen toegenomen.

Ten eerste bleek reeds uit berekening in 2009 dat het OZR een tekortfinanciering van € 3.600.000 had. In compromis met de zorgverzekeraars vertegenwoordigd in het lokaal overleg is besloten € 2.000.000 budgetaanpassing aan te vragen bij de NZa en het resterende bedrag in de reguliere onderhandeling met zorgverzekeraars op te lossen door de prijsstelling van andere producten. Echter in 2011 was het volgens het ziekenhuis onmogelijk geworden om dit te blijven doen wegens toenemende concurrentie in het B-segment.

Ten tweede geeft het OZR aan dat de zorgvraag naar complexe oogheelkundige zorg jaarlijks stijgt. Hiermee nam de problematiek qua bekostiging, door de afwijkende situatie van het OZR als categorale instelling waar specifieke topzorg wordt geleverd, toe.

29

Welke zorgverzekeraars hebben het verzoek van 14 oktober 2011 ondertekend? Welk deel van de patiënten van het OZR vertegenwoordigen deze verzekeraars? Is andere verzekeraars gevraagd het verzoek te ondersteunen? Zo nee waarom niet, zo ja met welk resultaat en waarom?

Zie de beantwoording van vraag 24 en 25.

30

Welke andere topklinische ziekenhuizen in Nederland schaarde de Minister in een soortgelijke positie als het OZR? Hebben deze ziekenhuizen in het verleden ook wel eens soortgelijke NZa-subsidies gehad? Zo ja, om welke subsidies ging het?

Zie de beantwoording van vraag 19.

31

In hoeverre acht de Minister de huidige bekostiging adequaat om te voorzien in de bekostiging van topklinische ziekenhuizen gezien hun specifieke karakter?

Binnen het huidige systeem van prestatiebekostiging (anno 2014) moeten topklinische ziekenhuizen hun duurdere casemix uit kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars.

Met het experiment Topzorg dat in 2014 is gestart zal een combinatie van zeer specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek worden gesubsidieerd in drie topklinische ziekenhuizen, waaronder het OZR. Uit dit experiment moet blijken 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, waaronder topklinische ziekenhuizen.

32

In hoeverre heeft VWS adviezen/besluiten van de NZa genegeerd omdat deze een te groot effect zouden hebben op het Budgettair Kader Zorg? Wanneer acht de Minister een effect op het Budgettair Kader Zorg groot?

Er zijn mij geen adviezen/besluiten van de NZa bekend die VWS heeft genegeerd dan wel afgewezen louter vanwege de negatieve budgettaire effecten van dat advies/besluit. Bij een NZa-advies/besluit worden doorgaans alle relevante aspecten betrokken zoals de te verwachten effecten op de kwaliteit van zorg, doelmatigheid, mededinging, et cetera. Voor het Budgettair Kader Zorg gelden dezelfde begrotingsregels als de andere budgetdisciplinesectoren: het kabinet stelt aan het begin van een kabinetsperiode het Budgettair Kader Zorg (BKZ) vast en de uitgaven moeten onder dit kader blijven. Eventuele overschrijdingen en/of tegenvallers dienen in principe ingepast te worden in het kader door het treffen van compenserende maatregelen. Tegen die achtergrond is elke overschrijding/tegenvaller relevant, ongeacht de relatieve grootte van die overschrijding/tegenvaller.

33

Hoe werd het besluitvormingstraject van de NZa tussen 9 maart 2009 en 31 maart 2009 vormgegeven ten aanzien van de OZR-aanvraag? Was dit een vaste procedure, of verloopt iedere besluitvormingsprocedure anders?

Bij besluitvormingsprocessen wordt een vaste procedure gevolgd waarbij beleidsmedewerkers en juridisch medewerkers een besluit voorbereiden. Er wordt hierbij getoetst aan het geldende beleid en beoordeeld of er sprake is van bijzondere omstandigheden en onevenredig nadeel. Na akkoord van de directeur Cure gaat het voorgenomen besluit naar de Raad van Bestuur (RvB). De RvB neemt uiteindelijk het besluit waarna het besluit in briefvorm wordt medegedeeld aan de aanvragers. In het besluit is standaard een bezwaarclausule opgenomen. Het besluitvormingsproces is volgens deze procedure verlopen, met dien verstande dat met RvB-leden in een vroeg stadium overleg is geweest over het voorgenomen besluit.

34

Hoeveel droegen zorgverzekeraars in 2009 financieel bij aan de financiële problematiek van het OZR en welk deel nam de NZa met haar subsidie van maximaal € 2 miljoen voor haar rekening?

Zie het antwoord op vraag 28.

35

In hoeverre heeft de bevestiging van VWS betreffende de urgentie van de problematiek bij het OZR in 2009 bijgedragen aan het positieve NZa-besluit ten aanzien van de aanvullende subsidie?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap.

36

In 2009 heeft het Ministerie van VWS aangegeven dat de problematiek van het OZR reëel is. Kan nader worden toegelicht op basis waarvan het ministerie destijds tot deze conclusie is gekomen? En wat het ministerie precies aan de NZa heeft geadviseerd? Kan ook nader worden aangegeven welke macht het ministerie kan uitoefenen richting NZa in een dergelijke situatie? Hoe autonoom is de NZa in een dergelijke kwestie?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap.

37

Kan de Minister reageren op het artikel in de NRC van 24 april jl. waarin wordt gesteld dat de Minister ongeoorloofde druk heeft uitgeoefend op de NZa om het OZR extra middelen te verschaffen?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap.

38

Een van de argumenten van de NZa om het aanvankelijke verzoek van het OZR af te wijzen lag in het feit dat de NZa alleen de uiteindelijke hoogte van de bijdrage vaststelt maar dat het Ministerie van VWS bepaalt of er een beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend. Wat waren de andere argumenten van de NZa om dit aanvankelijke verzoek van het OZR af te wijzen?

De overwegingen om het aanvankelijke verzoek van het OZR af te wijzen zijn terug te vinden in de brief van de NZa aan het OZR van 30 november 2011. Het belangrijkste argument was dat het verzoek een beschikbaarheidsbijdrage betrof 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. Daarnaast werd door de

NZa aangegeven dat de overstap naar prestatiebekostiging en uitbreiding van B-segment juist kansen voor het OZR met zich mee bracht in plaats van risico's, omdat het ruimte bood om lokaal passende afspraken te maken. Ook werd gesteld dat voor zover een beroep werd gedaan op de inherente afwijkingsbevoegdheid gold dat er geen bijzondere omstandigheden aangetoond waren welke leidden tot onevenredige gevolgen contrair aan de bedoeling van het beleid.

39

Hoeveel ziekenhuizen maken gebruik van kruissubsidiëring tussen het A- en B-segment en zijn daarmee automatisch gevoelig voor eventuele dalingen van de prijzen in het vrije segment? Indien dit veelvuldig voorkomt, wat zegt dit dan over de prijsstellingen in het A- en B-segment van de ziekenhuiszorg?

Ik heb hier geen zicht op en kan hier derhalve geen overzicht van verstrekken.

40

Werd het OZR naar de mening van de Minister inderdaad van het kastje naar de muur gestuurd, zoals in de brief wordt gesteld? Zo ja, aan wie was dit volgens de Minister te wijten? Is het gevoel van het OZR van het kastje naar de muur te worden gestuurd naar de mening van de Minister het gevolg van onvoldoende kennis bij het OZR van de procedures of van te ingewikkelde procedures in het algemeen? Indien het laatste het geval is, worden deze procedures dan vereenvoudigd?

Hiervoor verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap.

41

In hoeverre is het gebruikelijk dat individuele zorgverleners of zorginstellingen contact opnemen met VWS als zij een financieel probleem hebben? In hoeverre is het gebruikelijk dat individuele zorgverleners of zorginstellingen een afspraak met de directeur Curatieve Zorg kunnen maken om een financieel probleem te bespreken? Hoe vaak is dit in de afgelopen jaren voorgekomen? Met welke instellingen?

Zie de beantwoording van vraag 16.

42

Is het OZR de enige instelling die een probleem heeft ten gevolge van het feit dat het transitie-model voor 2012 voor 95% afrekenet op een «schaduw-budget»? Waarom?

In het transitie-model wordt het verschil tussen DOT-opbrengst 2012 en schaduw-FB (het transitiebedrag) voor 95% afgerekend in 2012. Met het transitie-model wordt voorkomen dat bij individuele instellingen grote schommelingen ontstaan vanwege de overstap naar prestatiebekostiging en DOT. Dit is een eigenschap en bedoeld effect van het gekozen systeem. Een groot aantal ziekenhuizen (36 van 81)² heeft een zogenaamd negatief transitiebedrag, welk wordt «afgeroomd». Bij deze ziekenhuizen is de omzet 2012 uit prestatiebekostiging hoger dan het schaduwbudget.

² Het aantal van 36 is niet definitief omdat de definitieve aanvragen nog ingediend en verwerkt moeten worden en er nog een aantal bezwaarzaken lopen. Dit zal niets veranderen aan het beeld dat voor een groot aantal ziekenhuizen een negatief transitiebedrag zal gelden.

43

Zijn de DOT-prijzen hoger dan de prijzen zoals die in 2012 golden? Klopt het dat als het schaduw-budget niet zou gelden er sprake zou zijn van een prijsverhoging van 30%?

Vanwege de indexering zijn de DOT-prijzen in ieder geval hoger dan de prijzen zoals die in 2012 golden. In 2012 behoorden de DBC-prestaties die het OZR uitvoert reeds tot het B segment. Hierover wordt in het lokaal overleg met de zorgverzekeraar afspraken gemaakt over de prijzen. Zorgverzekeraars zullen een prijsverhoging van 30% zonder inhoudelijke grondslag niet zondermeer accepteren. Een analyse op de afgesproken prijzen in het B segment laat zien dat de prijzen van het OZR niet significant afwijken van de landelijk gemiddelde prijzen in het B-segment, ze liggen gemiddeld genomen zelfs iets lager.

44

Kan de Minister beargumenteren waarom zij het wenselijk vindt dat VWS tot in detail op de hoogte wilde zijn van de situatie van het OZR, hierover informatie inwon bij de NZa en op topniveau gesprekken voerde met het OZR, ten tijde van het subsidieverzoek van het OZR aan de NZa? In hoeverre denkt zij dat verkregen informatie sturend kan werken op de besluitvorming bij de NZa en hoe is dat in dit specifieke geval voorkomen?

In algemene zin vind ik het wenselijk dat als een instelling, gesteund door betrokken verzekeraars, met een verzoek komt voor extra financiële middelen, bovenop een al eerder door de NZa gehonoreerd verzoek, VWS zich laat informeren over de voorliggende situatie. Te meer ook omdat ik over voldoende informatie dien te beschikken. In het geval van het OZR-verzoek is alle door VWS verkregen feitelijke informatie gewisseld met de NZa. Vervolgens is er contact tussen VWS en NZa geweest om gezichtspunten uit te wisselen. Voor het overige verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

45

In hoeverre vindt de Minister het wenselijk dat zorgverzekeraars, die de financiële problematiek bij het OZR veroorzaakten door in 2011 aan te geven geen hogere prijs voor zorg uit het B-segment te willen betalen, wel worden geacht om samen met het OZR een gezamenlijk verzoek in te dienen bij de NZa?

De NZa en VWS geven er de voorkeur aan dat partijen er samen uitkomen. Dit is ook de rol die ze moeten hebben zodat er sprake is van countervailing power. Eenzijdige verzoeken hebben minder slagingskans om ongewijzigd te worden overgenomen omdat er geen countervailing power is uitgeoefend. Bovendien zal de NZa ook bij eenzijdige verzoeken naar de opstelling van de zorgverzekeraar informeren. Dit betekent dat ongeacht of een verzoek eenzijdig of tweezijdig is, beide kanten input leveren ten behoeve van een besluit van de NZa. Dit is de gebruikelijke gang van zaken. Het betekent niet dat als een instelling en verzekeraar(s) er niet uit komen in de onderhandeling dat men zich dan maar gezamenlijk tot de NZa moet wenden voor aanvullende middelen. De NZa zal dergelijke verzoeken steeds strikt beoordelen.

46

Welke andere opties zag het OZR voor een verantwoorde financiële bedrijfsvoering vanaf 2014?

Het OZR zag zelf twee opties, die zij in het gezamenlijk verzoek voor additionele bekostiging aan de NZa heeft aangegeven. De zorgverzekeraars en het OZR verwachten dat de situatie in 2014 (volledige prestatiebekostiging en 100% B-segment voor de oogheelkunde) voldoende ruimte biedt om lokaal tot passende, marktconforme afspraken te komen. Met ingang van dat moment zou een additionele financiering volgens hen dan ook niet langer nodig, mits de academische ziekenhuizen onder dezelfde systematiek vallen. Ook de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage zag het OZR als een optie.

47

Welke criteria hanteert de Minister bij het toekennen van de academische component en waarom schaarde zij het OZR daar in 2011 onder? Welke andere topklinische ziekenhuizen zou de Minister daar vervolgens conform haar redenering ook moeten scharen onder de academische component?

Het OZR ontvangt geen academische component en heeft deze nooit ontvangen. In onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 tot en met 2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg in ieder geval tot en met 2017 niet wordt opengesteld voor andere aanbieders dan de umc's en het NKI-AVL. Op basis van het experiment Topzorg kan in de volgende kabinetsperiode een besluit worden genomen over de openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg voor niet-umc's, waaronder topklinische ziekenhuizen.

48

Waarom bracht het OZR niet eerder naar voren dat het uitonderhandelen van de prijzen voor zijn duurdere case-mix met de zorgverzekeraar werd belemmerd door het transitie-model waardoor een groot deel van de hoger uitonderhandelde prijzen gelijk weer zouden worden afgeroomd? Is de Minister van mening dat dit geleid zou hebben tot een andere NZa-besluitvorming betreffende het OZR-verzoek in 2011?

Dat is mij niet bekend en of het geleid zou hebben tot andere NZa besluitvorming is speculeren.

49

Waarom vond VWS het noodzakelijk om de NZa te informeren over de meest recente stand van zaken omtrent het OZR? Is de Minister niet van mening dat een onafhankelijke toezichthouder zelf in staat moet worden geacht om de benodigde informatie te vergaren? Wat zegt het over het vertrouwen van VWS in het functioneren van de NZa als VWS erop stond om zelf de benodigde informatie aan te leveren over het OZR?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

50

Is de NZa ondanks het negatieve advies (zie mail aan Arthur Gotlieb van vrijdag 13 januari 2012) toch een informeel overleg aangegaan met het OZR, terwijl geen sprake was van een in primo fout van de NZa? Zo ja, wat is daarover het oordeel van de Minister?

Ja, er heeft informeel overleg plaatsgevonden met het OZR. Dit is vooral gebeurd als ondersteuning van het proces. De NZa heeft het OZR geïnformeerd over de te doorlopen procedure. Hiermee is geprobeerd te voorkomen onnodige vertraging op te lopen. Gedurende het gehele proces is de NZa helder gebleven richting het OZR dat de bewijslast bij het OZR ligt en dat de toets c.q. beoordeling door de NZa strikt zal zijn. Er

zijn op geen enkel moment garanties aan het OZR gegeven voor wat betreft de uitkomst.

Ik ben van mening dat het goed is dat de NZa informeel in overleg treedt met de sector, zolang duidelijk uiteen wordt gezet welke rollen de betrokken partijen spelen. De NZa kan niet goed functioneren zonder te overleggen met de sector, omdat op deze manier uitleg kan plaatsvinden. Hiermee wordt tevens juridisering vaak voorkomen.

51

Het OZR heeft zich in november en begin december 2011 gemeld bij het Ministerie van VWS om het probleem in de bekostiging tijdens de transitieperiode voor te leggen. Waarom heeft de Minister pas nadat het OZR zich heeft gemeld overwogen om een besluit te nemen om het OZR toegang te verlenen tot de academische component?

Het OZR ontvangt geen academische component en heeft deze nooit ontvangen. Het is de bevoegdheid van de Minister van VWS om een besluit te nemen over de toegang tot beschikbaarheidsbijdragen. De Minister van VWS heeft zich hier pas eind 2011 over gebogen omdat het OZR zich pas eind november bij het Ministerie van VWS heeft gemeld met dit verzoek.

Later is gebleken dat niet een beschikbaarheidsbijdrage aangewezen was, maar een mogelijke toekenning door de NZa van extra financiële ruimte in het (schaduw-)budget. Voor alle partijen was al snel duidelijk dat de NZa de aangewezen partij was om een dergelijk besluit te nemen.

52

Is het gebruikelijk dat individuele instellingen zich direct bij het Ministerie van VWS melden met het voorleggen van een probleem rond bekostiging? Hoe vaak is dit de afgelopen vijf jaar voorgekomen? Hoe vaak is een gesprek vervolgens op ambtelijk niveau ook toegezegd? Hoe vaak heeft een dergelijk gesprek geleid tot een oplossing? Hoe vaak is er op deze wijze afgeweken van een eerder besluit van de NZa?

Zie de beantwoording van vraag 16

53

Is tijdens het gesprek van 12 januari 2012 de voorwaarde gesteld dat men na het bieden van een tijdelijke oplossing voor 2012 en 2013 definitief van het issue af moest zijn? Is hierbij tijdens dat gesprek ook de voorwaarde gesteld dat het OZR in het vervolg echt niet meer bij het ministerie terecht kan voor aanvullingen (dus ook niet voor zorgzwaarte en/of innovatie)?

Door medewerkers van VWS is in het genoemde overleg van 12 januari 2012 geconstateerd dat, met het afschaffen van de functionele budgettering en de invoering van prestatiebekostiging, het specifieke probleem van onderfinanciering bij het OZR structureel (dat wil zeggen: na afloop van het transitieproces) zou moeten kunnen worden ondervangen in de inkooponderhandelingen tussen OZR en zorgverzekeraars over prijzen, kwaliteit en volumes.

54

Is tijdens het gesprek van 12 januari 2012 afgesproken dat er een overleg met VWS, de NZa en het OZR zou komen waarbij bij voorbaat al gezegd is dat dit een concluderend karakter zou moeten hebben?

In het overleg van 12 januari 2012 is in eerste instantie afgesproken om een tripartiet vervolgoverleg (VWS, NZa en OZR) te houden om te bewerkstelligen dat alle beschikbare informatie door de partijen gedeeld zou kunnen worden. Na het gesprek hebben VWS en NZa evenwel

gezamenlijk geconcludeerd dat het vanuit de verschillende rollen en verantwoordelijkheden logischer zou zijn dat de NZa het overleg met OZR alleen zou vervolgen. Het OZR is daar vervolgens van op de hoogte gesteld.

55

Is het gebruikelijk dat wanneer ziekenhuizen of instellingen er in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars over het B-segment niet uitkomen, ze bij de overheid om additionele bekostiging van het A-segment vragen? Wordt dit vaker toegekend? Zo ja, kan hiervan een overzicht komen?

De door u geschetste situatie komt niet voor. Daarbij zou het uniek en ongewenst zijn wanneer dit wel het geval zou zijn, aangezien het een vorm van ongewenste kruissubsidiëring zou opleveren. Het gevraagde overzicht bestaat dan ook niet en kan derhalve niet worden verstrekt.

56

Wat is de normale procedure wanneer een instelling het niet eens is met een besluit van de NZa? Bij welke instantie kan een klacht worden ingediend of beroep worden aangetekend? Is deze procedure gevolgd?

In het geval een instelling het niet eens is met een besluit van de NZa kan men de route van bezwaar en beroep doorlopen. Deze weg is ook bewandeld door OZR. Het OZR heeft parallel ook VWS benaderd. Met het zicht op een oplossing en gegeven het feit dat men voor een verzoek voor een beschikbaarheidsbijdrage aan het verkeerde adres was, is het bezwaar ingetrokken door het OZR.

57

Welke informatie hebben medewerkers van VWS van de NZa ontvangen in de aanloop naar het gesprek van het OZR met de directeur Curatieve Zorg van donderdag 12 januari 2012?

Voor het beantwoorden van deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie hier op.

58

Kan aangegeven worden bij hoeveel instellingen er in de afgelopen vijf jaar sprake van was dat de NZa en VWS samen met de instelling om de tafel gingen om te kijken hoe een verzoek om meer budget de grootste kans van slagen zou hebben? Om welke instellingen naast het OZR gaat het?

Zie de beantwoording van vraag 16.

59

Welk deel van het bedrag van € 30 miljoen is bestemd voor het OZR? Komt dit bedrag bovenop de al eerdere € 2 miljoen en € 1,25 miljoen?

Het bedrag dat het OZR ontvangt in het kader van het experiment Topzorg is € 6,7 miljoen over 4 jaar verdeeld. Dit bedrag komt niet bovenop de andere bedragen, aangezien deze bedragen tijdelijk waren en in 2014 niet meer van toepassing zijn (de eerdere € 2 miljoen en € 1,25 miljoen zijn toegezegd onder FB en vervallen bij prestatiebekostiging).

Daarnaast dient het bedrag dat gemoeid is met het experiment een ander doel. De eerdere aanpassing van het functiebudget was bedoeld voor regulier zorgaanbod van het OZR. De € 6,7 miljoen wordt verstrekt in het kader van een experiment.

60

In hoeverre acht de Minister het wenselijk dat VWS de NZa op de hoogte stelt van de recente stand van zaken omtrent het OZR als de NZa geacht wordt om een onafhankelijk oordeel te vellen over de situatie?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

61

Welke zorgverzekeraars die een contract hebben met het OZR hebben niet meegetekend in het formele verzoek van het OZR aan de NZa van 12 april 2012? Hoe oordeelt de Minister over het draagvlak van het verzoek?

Zie de beantwoording van vraag 25.

62

Wanneer is er bij instellingen sprake van «bijzondere» omstandigheden? Is dit puur ter oordeel van de NZa of heeft VWS inspraak? Vallen alle bijzondere zelfstandige ziekenhuizen onder «bijzondere» omstandigheden?

Het begrip «bijzondere omstandigheden» is niet gedefinieerd. Het betreft omstandigheden die niet bij het tot stand komen van het beleid zijn meegewogen. Waar het individuele gevallen betreft, is de uitleg van het begrip «bijzondere omstandigheden» ter beoordeling van de NZa als zelfstandig bestuursorgaan, aangezien het dan om haar beleid gaat. Individueel kan er worden afgeweken van beleid als de bijzondere omstandigheid tot onevenredig nadeel leidt. Als blijkt dat het beleid knelt kan dat overigens tot aanpassingen daarvan leiden.

Bijzondere ziekenhuizen bestaan als begrip niet. Mocht men topklinische ziekenhuizen onder bijzondere ziekenhuizen scharen dan geldt in elk geval niet dat dit als zodanig een bijzondere omstandigheid is. Dit is afhankelijk van de kwestie waarover een eventueel verzoek gaat.

63

In hoeverre vindt de Minister dat de argumentatie van de NZa om het OZR additioneel budget toe te kennen zeer vernieuwde argumenten bevat? Of is de Minister van mening dat al lang bij de NZa bekend had moeten zijn dat het OZR een grote groep chronische patiënten kent die meerdere malen de polikliniek bezoeken, veel diagnostiek behoeven en een complexere pathologie hebben? In hoeverre was deze conclusie nieuw voor de NZa en in hoeverre zijn dit nieuwe argumenten die additioneel budget mogelijk maken?

Wat in deze casus in elk geval een belangrijke rol speelde is de introductie van het zogenaamde transitie-model voor de overgang naar prestatiebekostiging. Dat transitie-model bracht voor het OZR een tijdelijk exploitatievraagstuk met zich mee, aanvullend op de algemene omstandigheden van het OZR die ten grondslag lagen aan de toekenning in 2009 van structurele additionele financiële middelen. Zie tevens de beantwoording van vraag 7.

64

Kan de Minister een overzicht geven van de resultaten en de RAK-positie (Reserve Aanvaardbare Kosten) van het OZR over de jaren 2008–2013? Hoe was de jaarlijkse reservepositie in die jaren in procentuele zin vergeleken met de jaaromzet? Hoe verhouden deze resultaten zich tot het besluit het OZR in 2012 € 1,25 miljoen extra middelen te verschaffen?

Waren de extra middelen incidenteel of structureel? Hoe verhoudt zich dit tot het verwachte tijdelijke negatieve resultaat en de positieve RAK?

Het is niet aan mij om de bedrijfsresultaten van individuele instellingen te verstrekken.

65

Speelde bij het besluit van de NZa het voorkomen van negatieve publiciteit een rol? Wil de Minister haar mening daarover nader toelichten?

De NZa heeft mij daarover het volgende aangegeven: Financiële problematiek bij zorginstellingen heeft doorgaans enige publiciteit tot gevolg. Dat is een gegeven dat geen doorslaggevende factor in de besluitvorming kan zijn. Waar het om gaat zijn de volgende feitelijke vragen die in dergelijke gevallen, en ook in het geval van het OZR, een antwoord behoeven: wat is de oorzaak van de financiële problematiek en, in het verlengde daarvan, heeft de NZa een rol cq. verantwoordelijkheid om bij te dragen aan het oplossen van die problematiek?

66

Is het standaardprocedure dat instellingen verzoeken eerst informeel indienen, waarna de NZa deze van opmerkingen voorziet die vervolgens door de instelling verwerkt worden in de formele aanvraag? Is dit een route die voor andere instellingen ook openstaat? Bij hoeveel verzoeken en bij hoeveel instellingen is deze procedure de afgelopen vijf jaar gevolgd?

Zoals bij vraag 50 reeds opgemerkt, kan het voorkomen dat er op een bepaald moment toelichting nodig is over de procedure om op deze manier bijvoorbeeld vertraging in het besluitvormingsproces te voorkomen. Toelichting op de procedure wil niet zeggen dat daarmee een verzoek gehonoreerd zal worden. Deze toelichting wordt gegeven in een informeel gesprek tussen de instelling en de NZa. De NZa kan niet goed functioneren zonder te overleggen met de sector, omdat op deze manier uitleg kan plaatsvinden van regulerings- en toezichtbeleid. Er wordt geen overzicht bijgehouden van alle informele overleggen die de NZa met de sector heeft.

67

Is met het intrekken van het bezwaar op 27 maart 2012 door het OZR het besluit van de NZa van 30 november 2011 tot afwijzing komen te vervallen? Wat is na het intrekken van het bezwaar door het OZR de formele status van het primaire besluit van de NZa?

Het besluit is niet vervallen aangezien het bezwaar is ingetrokken. Het besluit is dus definitief. Dit betekent dat het OZR geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt.

68

Als het primaire besluit na intrekken van het bezwaarschrift is blijven bestaan, heeft het daarmee formele rechtskracht gekregen en is het daarmee dus rechtens onaantastbaar geworden?

Ja, met het intrekken van het bezwaar is het besluit onaantastbaar geworden. Het OZR ontvangt geen beschikbaarheidsbijdrage.

69

Klopt het dat de NZa op 12 april 2012 heeft gemeld dat zij gebruikmaakt van de inherente afwijkingsbevoegdheid op basis van het feit dat het

onverkort toepassen van het beleid zou leiden tot onevenredige gevolgen? Op basis van welke wijzigingen in financiële omstandigheden van het OZR is vastgesteld dat er sprake was van onevenredig nadeel?

Door de veranderde opstelling van de zorgverzekeraars daalden de prijzen in het oude B-segment. Het verhogen van de prijzen in het nieuwe B-segment leidde tot een financieel knelpunt, omdat deze prijzen vanwege de werking van het transitie-model zouden worden «afgeroomd». Het gevolg hiervan was dat het OZR de begroting niet sluitend kreeg. De NZa heeft suppletie beperkt tot break even begroting waarmee het onevenredig nadeel niet meer bestaat. De vergoeding van de NZa heeft derhalve niet geleid tot een geprognosticeerde winst in de begroting 2012.

70

Heeft bij de afweging voorafgaande aan het besluit om het verzoek van het OZR te honoreren meegespeeld dat het OZR naar de media en/of politiek zou kunnen stappen? Heeft het OZR een dergelijk dreigement in een of meerdere van de gesprekken met de NZa of VWS gedaan?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

71

Wanneer is er in de periode van november 2011 tot en met april 2012 contact met de Minister over het Oogziekenhuis Rotterdam geweest? Met wie is dat contact geweest? Wanneer zijn die contacten geweest?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

72

Wat houdt de inherente afwijkingsbevoegdheid in en op basis van welke wet- en regelgeving heeft de NZa deze bevoegdheid?

Op basis van artikel 4.84 Algemene Wet Bestuursrecht heeft de NZa inherente afwijkingsbevoegdheid. Dit houdt in dat het bestuursorgaan handelt overeenkomstig de beleidsregel, tenzij dat voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.

73

Kunnen de subsidiebesluiten van 30 november 2011 en 10 april 2012 aan de Kamer gestuurd worden?

Ja, deze treft u bijgaand aan³.

74

Behoort het tot de taak van de toezichthouder NZa om een instelling met advies bij te staan hoe het beste een verzoek om aanvullende financiering ingediend kan worden om de slagingskans te verhogen?

Nee, en hier is ook geen sprake van geweest. Zoals in eerdere antwoorden al gesteld is, is het aan het OZR zelf om met een goede onderbouwing te komen. De NZa heeft procedureel ondersteuning geleverd en aangegeven op welke aspecten het OZR het verzoek verder diende te onderbouwen. Dat komt in feite neer op het toelichten van de toetsingscriteria die de NZa

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

hanteert. Het uiteindelijk ingediende verzoek van het OZR is door de NZa getoetst en beoordeeld als elk ander verzoek.

75

Kan de interne memo van 22 maart 2012 waarin de overwegingen van de NZa staan om positief te beslissen over de aanvullende financiering van het OZR openbaar gemaakt worden?

Hierbij ontvangt u het betreffende memo⁴. Dit betreft de redeneerlijn van de voorbereidende ambtenaar. Dit is niet perse dezelfde lijn als van degene die besluit.

76

Wat heeft VWS precies teruggekoppeld aan de NZa over het gesprek dat zij had met het OZR op 12 januari 2012?

In het feitenrelaas is ingegaan op de terugkoppeling die VWS-medewerkers aan de NZa hebben gegeven over het gesprek van 12 januari 2012. Zie ook het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daar op.

77

Hoe vaak heeft het Ministerie van VWS sinds 2010 instellingen ontvangen om te spreken over extra financiële ruimte?

Zie de beantwoording van vraag 16.

78

Is een van de uitgangspunten van de NZa dat de NZa nooit informeel overlegt?

Nee, er vindt geregeld informeel overleg plaats.

79

Wordt bilateraal overleg uitgesloten door de wet waarin verplicht wordt alle belanghebbenden in elkaars aanwezigheid te horen?

In de Wmg is geregeld dat de NZa, alvorens zij een besluit neemt op een aanvraag tot vaststelling van een tarief als in de casus OZR, zij de naar haar oordeel betrokken zorgaanbieder en betrokken ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid stelt te worden gehoord, indien dezen of een van hen daarom hebben verzocht. Die verplichting laat onverlet dat bilateraal overleg kan worden gevoerd.

80

Kan het informatiestatuut NZa – VWS uit 2006 aan de Kamer worden gestuurd?

Het Informatiestatuut uit 2006 is gepubliceerd in de Staatscourant van 13 oktober 2006, nr. 200. Ik heb het voor u nogmaals bijgevoegd⁵.

81

Welke instanties die topreferente zorg leveren buiten de umc's om, hebben de afgelopen jaren eveneens aanvullende financiering gekregen?

Als u een bijdrage bedoelt voor het leveren van topreferente zorg dan hebben de UMC's en het NKI-AVL een beschikbaarheidsbijdrage acade-

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

mische zorg ontvangen en ontvangt het Nkl een instellingssubsidie. Verder wordt met het experiment Topzorg, dat in 2014 is gestart, een combinatie van zeer specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek gesubsidieerd in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en het OZR. Dit experiment loopt 4 jaar. Tot slot hecht ik er aan te vermelden dat er ook op andere terreinen beschikbaarheidsbijdragen zijn zoals die voor gespecialiseerde brandwondenzorg en gespecialiseerde psychotraumazorg.

82

Houdt de subsidiëring of het experiment openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg voor niet-umc's in, dat deze niet-umc's ook worden uitgesloten van winstuitkering zoals bedoeld in wetsvoorstel met Kamerstuk 33 168?

Academische ziekenhuizen zijn ziekenhuizen als bedoeld in artikel 1.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en daarmee publiekrechtelijke organisaties. Als zodanig zijn zij uitgesloten van het uitkeren van een vergoeding voor risicodragend kapitaal. Andere ziekenhuizen zijn niet uitgesloten van het betalen van rendement aan private investeerders. Overigens, deze mogelijke uitbreiding is voorlopig nog niet aan de orde. In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gedurende deze kabinetsperiode niet wordt opengesteld aan andere zorgaanbieders dan de huidige academische ziekenhuizen. Wel bestaan er dus op dit moment enkele experimenten ten aanzien van deze zorg. Het doel van de huidige experimenten 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. Het ontvangen van een beschikbaarheidsbijdrage staat het uitkeren van rendement aan private investeerders in beginsel niet in de weg. Dat geldt dus ook voor de vier ziekenhuizen die meedoen aan het experiment Topzorg.

83

Wat is de doorlooptijd van het experiment dat erin voorziet de combinatie van zeer specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek te subsidiëren in drie niet-academische ziekenhuizen?

Na een proces van indienen van de programmavoorstellen en beoordeling daarvan zal de uitvoering van het experiment een doorlooptijd hebben van 4 jaar, eindigend in de tweede helft van 2018.

84

Kan de Minister aangeven welke procedures bestaan voor het aanvragen van aanvullende financiering en hoe vaak volgens die procedure een herzien verzoek kan worden ingediend?

Er bestaan geen vaste procedures of vaste moment voor het aanvragen van aanvullende financiering. Wel gelden er beslistermijnen waar de NZa zich aan moet houden. Ten tijde van de budgettering werd vaak gelijktijdig met de nacalculatie aanvullende financiering aangevraagd, omdat op dat moment kan blijken dat er een financieel probleem is en de aanvullende financiering nodig is.

Na budgettering is er geen mogelijkheid meer om aanvullende financiering aan te vragen. Aanvullende financiering bestaat alleen in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage. Individuele verzoeken worden per brief aangevraagd door een instelling. Hetzij tweezijdig (met handtekening

zorgverzekeraars) hetzij eenzijdig. De NZa beoordeelt de verzoeken en beslist binnen 6 weken. Tegen het besluit van de NZa kan in bezwaar worden gegaan bij de NZa zelf, waarna een beslissing op bezwaar volgt. Tegen de beslissing op bezwaar kan men in beroep bij het CBB.

85

Wie zaten er ten tijde van de betrokkenheid van de Minister in de Raad van Toezicht van het OZR? Is bekend of zij lid waren van een bepaalde partij? Zo ja, van welke partij waren zij lid?

Ik beroep mij op de informatie uit het openbaar Jaardocument 2011 van Stichting OZR. Uit dit document blijkt dat de volgende leden per 31 december 2011 in de Raad van Toezicht van het OZR zaten:

Dhr. mr. F.A.H. Vigeveno
Dr. Mr. R.P. Kröner
Mw. drs. H.C.F. Bausch
Dhr. Prof. Mr. E. Verhulp
Dhr. Drs. S.J. van der Goot
Mw. mr. I. Dezentjé Hamming
Dhr. J. van Breda Vriesman

Het lidmaatschap van een politieke partij is geen openbare informatie.

86

Kan de Minister aangeven of er persoonlijk contact is geweest tussen (leden van) de Raad van Bestuur en/of de Raad van Toezicht of andere personen direct betrokken bij het OZR? Zo ja, wie waren dat dan en wat is er met elkaar uitgewisseld?

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar het rapport van de commissie Borstlap en mijn reactie daarop.

87

Kan de Minister aangeven waarom het ministerie wel betrokken was bij de financiële ondersteuning van het OZR maar haar handen heeft afgetrokken van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, terwijl het Ruwaard van Putten Ziekenhuis als basisziekenhuis een cruciale rol vervulde op het eiland Voorne-Putten? Waarom is in de ene situatie een andere afweging gemaakt dan in de andere?

Zoals eerder aangegeven heeft VWS in de contacten met het OZR steeds gewezen op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS, NZa en OZR. Besluitvorming heeft steeds bij de NZa gelegen. Wat dat betreft verschilt de gang van zaken niet van die van het Ruwaard van Putten ziekenhuis; ook daar heeft VWS contact gehad met betrokken partijen om geïnformeerd te blijven over de gang van zaken, zonder dat VWS een actieve rol had in de besluitvorming.