

Vergaderjaar 2018–2019

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 150

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 november 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 15 november 2018 over antwoorden op aanvullende vragen commissie over de gestuurde brieven en antwoorden inzake het faillissement van ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 146).

De vragen en opmerkingen zijn op 19 november aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 20 november 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

1

De leden van de PVV-fractie lezen in antwoord op hun eerste vraag waarom de Minister de sluiting van de spoedeisende hulp (SEH) in de nacht in Lelystad niet heeft voorkomen dat, de leden citeren: *«er risico's voor de patiëntveiligheid zouden zijn bij het ongewijzigd voortzetten van de zorg binnen de IJsselmeerziekenhuizen. Daarom was het voor de korte termijn niet verantwoord om de SEH 24/7 open te houden, en heeft het ziekenhuis besloten de SEH met ingang van 5 november jl. 's nachts te sluiten in het perspectief van een mogelijk volledige sluiting van de SEH op een later moment.»* Om welke risico's gaat het? Wat waren de alternatieven voor het sluiten van de SEH in de nacht? Waarom heeft de Minister niet alles op alles gezet om de SEH in de nacht open te houden en de risico's voor de patiëntveiligheid op te lossen?

2

In antwoord op de eerste vraag vragen de leden van de PVV-fractie de Minister om precies aan te geven waardoor de patiëntveiligheid bij de IJsselmeerziekenhuizen in gevaar komt indien de SEH wordt voortgezet? Over welke risico's heeft de Minister het? Waarom kunnen die risico's niet met die € 4,4 miljoen beschikbaarheidsbijdrage afgedekt worden?

3

In antwoord op de tweede vraag van de leden van de PVV-fractie, waarom de Minister de benodigde SEH-artsen en verpleegkundigen voor de spoedeisende hulp in Lelystad niet zelf aangenomen heeft op rekening van het ministerie, schrijft de Minister dat hij in zijn, de leden citeren: *«brieven van 2, 7 en 14 november jl. heb ik aangegeven waarom er – voor de korte termijn – overgegaan moest worden tot een afschaling van de SEH en poliklinische zorg in Lelystad. De afschaling was ingegeven om risico's voor de patiëntveiligheid te voorkomen. Goede en veilige zorg voor patiënten staat voor mij voorop.»* Begrijpt de Minister dat genoemde leden hiernaar blijven vragen als het «waarom» van de Minister bestaat uit ambtelijke standaardzinnen zoals «risico's voor de patiëntveiligheid» en «goede en veilige zorg voor patiënten staat voor mij voorop», zonder dat de Minister op de inhoud ingaat en uitlegt waarom de SEH daadwerkelijk in de nacht dicht is?

Antwoord 1, 2 en 3

Zoals ik in het antwoord op de eerdere vraag (1) van de PVV heb aangegeven zijn de risico's voor de patiëntveiligheid van het ongewijzigd voortzetten van de zorg binnen de IJsselmeerziekenhuizen onder meer aangegeven door de medische staf. Deze risico's worden veroorzaakt doordat niet 24/7 kan worden voldaan aan de benodigde bemensing van zowel de SEH als de achterliggende voorzieningen en expertise die een ziekenhuis nodig heeft om een volwaardige SEH 24/7 verantwoord open te houden. Omdat hier op korte termijn geen oplossing voor is, was sluiting gedurende de nacht de meest verantwoorde oplossing vanuit het perspectief van patiëntveiligheid. Juist het open houden van de SEH zou een risico voor de patiëntveiligheid met zich meebrengen. Het tekort aan gekwalificeerde medewerkers is niet op korte termijn met extra geld op te lossen.

4

In antwoord op de derde vraag van de leden van de PVV-fractie, waarom de Minister de inwoners van Flevoland in gevaar gebracht heeft door toe te staan dat de spoedeisende hulp 's nachts gesloten is, schrijft hij, de leden citeren: *«Zie mijn antwoord op vraag 1 van de PVV-fractie.»* Kan de Minister de leden van de PVV-fractie uitleggen op welke wijze het

antwoord van de Minister op de eerste vraag een antwoord is op vraag drie? Kan de Minister alstublieft vraag drie nogmaals beantwoorden en dan ingaan op de vraag die de genoemde leden stelden?

In mijn antwoord heb ik aangegeven dat het om redenen van patiëntveiligheid nodig was de SEH niet langer 's nachts open te houden, het openhouden zou de patiëntveiligheid in gevaar hebben gebracht. Zonder een in de nacht geopende SEH in Lelystad is overigens de bereikbaarheid van SEH-zorg binnen de daarvoor geldende norm van 45 minuten nog steeds gegarandeerd in de ziekenhuizen in de regio (Almere, Sneek, Heerenveen, Zwolle en Harderwijk).

5

In antwoord op vierde en vijfde vraag van de leden van de PVV-fractie over of de Minister de mening deelt dat het maximum van de aanrijtijd voor ambulances van 45 minuten nooit de standaard mag worden, schrijft de Minister, de leden citeren: *«Dit is nadrukkelijk een maximumnorm die toeziet op de spreiding van acute ziekenhuiszorg en geen «standaard» waarop wordt aangestuurd. De 45-minutennorm is geen prestatienorm voor ambulances; voor ambulances geldt de norm dat zij binnen een regio in 95% van de spoedritten (A1) binnen 15 minuten na melding ter plaatste moeten zijn»*. Dit is toch niet waar te maken als in de regio Flevoland maar liefst vier ziekenhuislocaties failliet zijn?

De genoemde prestatienorm van ambulances ziet toe op de maximale aanrijdtijd van de ambulance naar de patiënt. Deze aanrijdtijd is feitelijk onafhankelijk van de aanwezige ziekenhuislocaties in die regio. Wel is relevant dat een patiënt binnen 45 minuten per ambulance bij een SEH of afdeling acute verloskunde moet kunnen zijn. Inwoners van Flevoland die acute zorg nodig hebben en niet in Lelystad kunnen worden geholpen kunnen binnen deze norm, afhankelijk van waar zij precies wonen, bij de SEH's en afdelingen acute verloskunde van de ziekenhuizen in Almere, Sneek, Heerenveen, Zwolle en Harderwijk terecht.

6

Is in het kader van de huidige gebeurtenissen het laten vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage in 2016 voor de IJsselmeerziekenhuizen een juiste beslissing geweest? Moet het rijtijdenmodel en de meting voor de beschikbaarheidsbijdrage niet opnieuw bekeken worden?

Sinds 2013 is de locatie Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen niet meer gevoelig voor de zogenaamde »45 minutennorm«. In 2014 en 2015 ontving het ziekenhuis nog een beschikbaarheidsbijdrage op basis van een overgangsregeling en afbouwregeling, maar dat is sinds 2016 niet meer het geval. Daarom komt het ziekenhuis sinds 2016 niet meer in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en afdeling acute verloskunde. De reden dat het ziekenhuis sinds 2013 niet meer »gevoelig« is, is dat het rijtijdenmodel dat het RIVM hanteert om te bepalen welke ziekenhuizen »gevoelig« zijn, in 2013 is aangepast. In plaats van rijtijden uit een paar regio's zijn voor het model uit 2013 rijtijden uit het hele land gebruikt, waardoor het model de werkelijkheid beter benadert. Het rijtijdenmodel wordt eens in de (tegenwoordig) vier jaar aangepast, de laatste aanpassing heeft begin 2016 plaatsgevonden.

Hoewel het ziekenhuis in Lelystad niet gevoelig is voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten per ambulance, heb ik aangegeven toch financieel (via een beschikbaarheidsbijdrage) te willen bijdragen om vormen van acute zorg (SEH en acute verloskunde) in Lelystad en omgeving te behouden.

7

In antwoord op de zesde vraag van de leden van de PVV-fractie over of de Minister bekend is met de «Verklaring Actiegroep artsen en verloskundigen: toekomst Lelystad zonder acute zorg onverantwoord» waarin deskundigen aangeven dat acute zorg in Lelystad onmisbaar is, vroegen genoemde leden naar de reactie van de Minister op de in de verklaring opgenomen punten. Waarom geeft de Minister geen reactie op de in de verklaring afzonderlijk opgenomen punten? Kan de Minister alstublieft op de inhoud ingaan en dat wel doen?

In de verklaring staat dat acute zorg in Lelystad onmisbaar is en in dat kader wordt een beroep op de zorgverzekeraars en op mij gedaan. Zoals ik de Tweede Kamer eerder heb bericht (Kamerstuk 31 016, nrs. 134 en 140) heb ik met de biedende partijen gesproken over mijn ambitie om ook vormen van acute zorg (SEH en acute verloskunde) in Lelystad en omgeving te behouden. Daarbij heb ik tevens aangegeven bereid te zijn om daar zo nodig ook financieel aan bij te dragen in de vorm van een zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage. Dit ondanks dat de huidige regeling daar niet in voorziet. Dit draagt hopelijk bij aan een perspectief op duurzame en toekomstbestendige zorg voor inwoners van Flevoland. Wat de rol van de zorgverzekeraars betreft: zij zijn ervoor verantwoordelijk dat er voor hun verzekerden tijdig voldoende, kwalitatief goede zorg beschikbaar is, binnen de daarvoor geldende normen. Zoals ik u schreef ziet de NZa daarop toe, en aarzelt de toezichthouder niet om in te grijpen wanneer de NZa van oordeel is dat de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid onvoldoende invullen.

8

Wat verstaat de Minister in het antwoord op de zesde vraag van de leden van de PVV-fractie onder maximaal inspanssen? Waar wordt dat door bepaald en begrensd?

Ik heb mij de afgelopen periode maximaal ingespannen door met alle betrokken partijen in overleg te gaan over de wijze waarop de basiszorg en vormen van acute zorg in Lelystad en omgeving het best behouden kan blijven. Dit betreft overleggen met de curatoren, de medische staf, gemeenten, zorgverzekeraars en met bieders die hebben aangegeven vormen van zorg in de Flevopolder te willen overnemen of voortzetten. Daarbij heb ik ook steeds aangegeven zo nodig financieel bij te willen springen als geld het knelpunt zou zijn om spoedeisende zorg in of nabij Lelystad te behouden. Daarnaast hebben de IGJ en de NZa de afgelopen periode zeer intensief contact onderhouden met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars vanuit hun toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg respectievelijk de wijze waarop de zorgverzekeraars hun zorgplicht vormgeven op korte en op langere termijn. Die continuïteit van kwalitatief goede zorg bepaalt de randvoorwaarden voor mijn handelen. Maar uiteindelijk is de wijze waarop die continuïteit van zorg wordt vormgegeven een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders (op dit moment de curatoren) en zorgverzekeraars.

9

In de brief van 14 november schreef de Minister dat, de leden citeren: «Tot nader order, vooralsnog tot 6 december, blijft de SEH van de IJsselmeer-ziekenhuizen van 8.00 tot 20.00 uur geopend.» Waarom tot 6 december? Wie heeft dat bepaald? Wat is er voor nodig om de SEH langer open te houden?

MC Zuiderzee heeft tijdens een extra ROAZ-overleg op 8 november jl. (dat was belegd om het afschalingsdocument van MC IJsselmeerziekenhuizen te bespreken) aangegeven dat tot nader order, vooralsnog tot 6 december,

de SEH van 8.00 tot 20.00 uur geopend is. Daar is bij vermeld dat dit te maken heeft met onder andere een mogelijke doorstart.

10

Is ook in kaart gebracht (naar aanleiding van de zesde vraag van de leden van de PVV-fractie) wat de gevolgen voor de patiëntveiligheid zijn indien de SEH volledig gesloten wordt? Zo nee, waarom niet? Zo ja kan de Minister daar inzicht in verschaffen?

Voor de bereikbaarheid van spoedeisende hulp hanteren is de wettelijk vastgestelde norm van maximaal 45 minuten van toepassing. Bij een eventuele sluiting van de SEH in Lelystad is de bereikbaarheid van spoedeisende hulp voor inwoners in de regio binnen deze norm nog steeds gewaarborgd.

11

In antwoord op de zevende vraag van de leden van de PVV-fractie, of het bericht in het AD «Sluiten acute zorg kost mensenlevens» klopt en of de Minister zich realiseerde dat hij hiervoor eindverantwoordelijk is en of hij een uitgebreide uiteenzetting wilde geven waarom de in het artikel genoemde internist ongelijk zou hebben en of de Minister zich realiseerde dat hij wederom zijn eigen opvatting plaatst boven die van medisch specialisten, antwoordde de Minister, de leden citeren: *«Zie mijn antwoord op vraag 6 van de PVV-fractie»*. De Minister snapt toch wel dat hij in vraag zes helemaal geen antwoord geeft op de vragen in vraag zeven? Wil de Minister de vragen in vraag zeven alstublieft alsnog beantwoorden? In antwoord op vraag twee schreef de Minister dat hij de mening van de zorgprofessionals uit het ziekenhuis zeer serieus neemt, waarom plaatst de Minister dan zijn eigen opvatting boven die van de in het stuk genoemde medisch specialisten? Kan de Minister alstublieft een uitgebreide inhoudelijke uiteenzetting geven waarom de internist volgens hem ongelijk heeft?

Zoals ik eerder aangegeven heb: goede en veilige zorg voor patiënten staat voor mij voorop. Ik wil aangeven dat ik mijn opvatting geenszins plaats boven die van medisch specialisten. Immers, de medische staf van de IJsselmeerziekenhuizen, de curatoren en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben mij in mijn overleg met hen op 1 november jl. op indringende wijze laten weten dat er risico's voor de patiëntveiligheid zouden zijn bij het ongewijzigd voortzetten van de zorg binnen de IJsselmeerziekenhuizen. Daarom was het voor hen op de korte termijn niet verantwoord om de SEH 24/7 open te houden, en heeft het ziekenhuis besloten de SEH met ingang van 5 november jl. 's nachts te sluiten in het perspectief van een mogelijk volledige sluiting van de SEH op een later moment.

Het is van belang dat er sprake is van goede en veilige zorg en continuïteit van individuele patiëntenzorg, zodat patiënten die zorg nodig hebben, deze zorg ook krijgen en behandelingen die zijn ingezet ook worden doorgezet. Ook na een faillissement blijft de zorgaanbieder (vertegenwoordigd door de curator) verantwoordelijk voor goede en veilige zorg en continuïteit van individuele patiëntenzorg. De IGJ ziet hierop toe. De IGJ zal niet aarzelen in te grijpen wanneer zij van oordeel zijn dat voornoemde partijen hun verantwoordelijkheid onvoldoende invullen.

12

In antwoord op de achtste vraag van de leden van de PVV-fractie over of de Minister specifiek kan ingaan op de vier – in het artikel in het AD «Sluiten acute zorg kost mensenlevens» genoemde – acute zorgvragen, te weten een beroerte, een hartinfarct, een auto-ongeluk en een patiënte verloskunde, en of de Minister de mening deelt dat bij sluiting van de

acute zorg in Lelystad op deze vier acute zorgvragen mensenlevens op het spel staan, schrijft hij, de leden citeren: *«In alle vier de genoemde voorbeelden moeten patiënten kunnen rekenen op tijdig beschikbare, goede en veilige zorg.»* De Minister snapt toch wel dat deze ambtelijke standaardzin geen antwoord is op de vraag die de leden van de PVV-fractie stelden? Kan de Minister alstublieft de vraag inhoudelijk beantwoorden? Staan bij sluiting van de acute zorg in Lelystad op deze vier acute zorgvragen mensenlevens op het spel en zo ja, hoe lost de Minister dit per direct op? Graag ontvangen de leden van de PVV-fractie een inhoudelijk antwoord op elk van de vier acute zorgvragen.

Voor de bereikbaarheid van spoedeisende zorg (SEH en acute verloskunde) is wettelijk een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten vastgelegd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar verschillende zorgvragen. Die bereikbaarheidsnorm komt niet in gevaar bij een eventuele gehele sluiting van de SEH en bij de reeds doorgevoerde sluiting van acute verloskunde in Lelystad. De bereikbaarheid van SEH-zorg en acute verloskunde is binnen de daarvoor geldende norm van 45 minuten nog steeds gegarandeerd in de ziekenhuizen in de regio (Almere, Sneek, Heerenveen, Zwolle en Harderwijk).

13

In antwoord op de achtste vraag van de leden van de PVV-fractie heeft de Minister het bij de IJsselmeerziekenhuizen over sluiting van de SEH 's nachts in het perspectief van een mogelijk volledige sluiting, waarom niet in het perspectief van een mogelijk volledige opening?

De gebruikte passage moet worden gezien in de context van de afschaling van de zorg in het ziekenhuis in Lelystad, waarover ik in mijn brieven van 2, 7 en 14 november jongstleden heb geschreven. Zolang er geen concrete doorstart van (delen van) het ziekenhuis is vastgelegd zullen de curatoren de afbouw van het bestaande ziekenhuis, inclusief de spoedeisende hulp, moeten voorbereiden. Zodra er afspraken zijn gemaakt voor de doorstart van (delen van) zorg in Lelystad en omgeving, zal ook het perspectief op voortzetting van spoedeisende zorg in Lelystad helder zijn. In een separate brief van heden informeer u hier nader over (Kamerstuk 31 016, nr. 149).

14

Waarom verandert de Minister in antwoord de twaalfde vraag van de leden van de PVV-fractie de term «levensgevaarlijke situatie» in «levensbedreigende situatie»?

Ik heb dit niet bewust veranderd, ik ben aangesloten bij de terminologie die MC Slotervaart zelf in het persbericht van 31 oktober gebruikte. Voor mij zijn de termen «levensgevaarlijk» en «levensbedreigend» in deze context niet wezenlijk verschillend.

15

In antwoord op vraag twee schrijft de Minister dat hij de mening van de zorgprofessionals uit het ziekenhuis zeer serieus neemt. Waarom schoffeert de Minister dan in antwoord op de twaalfde vraag van de leden van de PVV-fractie, nadat hij de Kamer al onjuist informeerde tijdens het debat, de bewuste specialist nogmaals, terwijl de specialist vanuit zijn professie alle recht had te stellen dat twee patiënten als gevolg van de abrupte sluiting in een levensgevaarlijke situatie waren gebracht, door als antwoord te geven dat het MC Slotervaart deze conclusie heeft getrokken?

Ik baseer mij op de informatie die MC Slotervaart mij heeft verstrekt. Het is niet mijn bedoeling daarmee iemand te schofferen.

16

In antwoord op de veertiende vraag van de leden van de PVV-fractie over de chaotische situatie rondom patiënten MC Slotervaart met betrekking tot de overdracht van grofweg 20.000 (!) patiënten naar andere ziekenhuizen, schuift de Minister de verantwoordelijkheid af op de zorgaanbieder, maar waar is de systeemverantwoordelijkheid van de Minister als hij verantwoordelijk is voor een systeem waarin een verzekeraar zomaar een ziekenhuis kan omduwen en patiënten letterlijk op straat komen te staan? De Minister kan die chaos toch niet geheel afschuiven op de zorgaanbieder?

In mijn antwoord van 15 november (Kamerstuk 31 016, nr. 146) heb ik aangegeven dat een zorgaanbieder ook in geval van een faillissement verantwoordelijk is voor een goede en veilige overdracht van patiënten, dat dit proces in de eerste periode na het faillissement van MC Slotervaart onvoldoende gestructureerd was en dat de IGJ de curatoren daarop heeft aangesproken. In reactie hierop heb ik afspraken gemaakt met de curatoren van het ziekenhuis, Zilveren Kruis, de gemeente Amsterdam, de IGJ en de NZa over een meer gecontroleerde overdracht van patiënten naar andere ziekenhuizen. Om de bestuurders en medische staf van het MC Slotervaart daarbij te ondersteunen heb ik externe bestuurlijke en inhoudelijke experts ingehuurd. In mijn brief van 13 november (Kamerstuk 31 016, nr. 143) heb ik geschetst welke afspraken ik met de bovengenoemde partijen heb gemaakt over de afbouw van de patiëntenzorg in de komende weken. De essentie van die afspraken is dat de activiteiten van MC Slotervaart worden voortgezet totdat de zorg volledig is overgedragen. Daarbij is de ambitie om deze periode zo kort mogelijk te houden, maar ten minste totdat de laatste patiënt zijn definitieve onderkomen heeft gevonden.

Ook op mijn systeemverantwoordelijkheid ben ik in mijn beantwoording van 15 november ingegaan (Kamerstuk 31 016, nr. 146), om precies te zijn in het antwoord op vraag 20 van de PVV-fractie. Daarbij heb ik tevens aangegeven dat het huidige beleid rond continuïteit van zorg in 2011 is neergelegd in de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg».¹ Dit beleid kon destijds rekenen op brede parlementaire steun. Nu doet de vraag zich voor of het beleid nog passend is. Die vraag neem ik mee in het onderzoek waarover ik u eind november nader informeer.

17

In antwoord op de veertiende vraag van de leden van de PVV-fractie schrijft de Minister dat er in de eerste periode na het faillissement inderdaad sprake geweest van een onvoldoende gestructureerd overdrachtsproces. Bedoelt de Minister dat er geen chaotische situatie meer is en dat de overdracht van 20.000 patiënten goed is verlopen? Kan hij een inhoudelijk antwoord geven op de vraag waarop hij dat baseert?

Inmiddels hebben de curatoren in samenspraak met de zorgverzekeraars, medische staf en omliggende ziekenhuizen afspraken gemaakt over de overdracht van patiënten en patiëntendossiers en de wijze waarop dat proces wordt ingericht. De IGJ is dagelijks in de ziekenhuizen aanwezig en spreekt daarbij met de betrokkenen over de uitvoering van die afspraken. De overdracht van patiënten is nog niet afgerond. Zie ook mijn separate brief van heden (Kamerstuk 31 016, nr. 149).

18

In antwoord op de zestiende vraag van de leden van de PVV-fractie, of de Minister bekend is met de e-mails van bariatrische patiënten waarin zij

¹ Kamerstuk 32 620, nr. 10

aangeven dat zij zich maar moesten melden bij het OLVG, maar dat het OLVG deze patiënten weigert omdat zij niet bij hen in het voortraject geweest zijn en dat bariatrische patiënten van buiten Amsterdam sowieso in het OLVG geweigerd worden, schrijft de Minister, de leden citeren: *«Hierover is noch mij, noch de NZa, noch de IGJ iets bekend, maar ik roep patiënten die hiermee geconfronteerd worden op om zich te melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg (088-1205020).»* De Minister snapt toch wel dat dit nog geen begin van een inhoudelijk antwoord is? Waar moeten bariatrische patiënten naartoe? Waarom worden ze geweigerd door het OLVG als ze daar niet in voortraject geweest zijn?

19

In antwoord op de zeventiende vraag van de leden van de PVV-fractie over of de Minister zich realiseert dat bariatrische patiënten uit Dronten te maken hebben met sluiting van Lelystad en Slotervaart, vervolgens geweigerd worden bij het OLVG en daardoor naar Maastricht moeten afreizen en over wat ze moeten doen als zij een darmhernia krijgen, schrijft de Minister, de leden citeren: *«Bij acute klachten moeten patiënten zich melden bij de dichtstbijzijnde SEH. Bij niet-acute klachten kunnen zij het beste contact opnemen met de behandelend arts of de huisarts voor overleg.»* Waarom heeft de Minister nog geen begin gemaakt met het geven van een inhoudelijk antwoord op de vraag die bariatrische patiënten uit Flevoland nogal zorgen baart, namelijk waarom moeten ze helemaal naar Maastricht? De Minister snapt toch ook wel dat deze mensen nogal bezorgd zijn?

Antwoord 18 en 19

Natuurlijk begrijp ik dat mensen bezorgd zijn. De curator van MC Slotervaart is bezig om afspraken te maken met omringende ziekenhuizen over de overname van afdelingen en de curator van MC IJsselmeerziekenhuizen is met partijen in gesprek over een doorstart. Daarmee moet er op korte termijn duidelijkheid komen waar deze patiënten terecht kunnen. In de tussentijd mag het niet zo zijn dat patiënten worden geweigerd door andere ziekenhuizen. Ik roep patiënten die hiermee geconfronteerd worden nogmaals op om zich te melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg.

20

In antwoord op de twintigste vraag van de leden van de PVV-fractie, waar de Minister schrijft over zijn wettelijke vangnetconstructie, was dit niet het moment geweest om wel gebruik te maken van de wettelijke vangnetconstructie? Zo nee, wanneer treedt die constructie dan wel in werking?

De vangnetconstructie waarnaar de leden van de PVV verwijzen vindt zijn wettelijke basis in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en geldt alleen in situaties waarin de zorgverzekeraar zijn zorgplicht aangaande cruciale zorg (in dit geval spoedeisende hulp en acute verloskunde in «gevoelige» ziekenhuizen) niet meer kan waarmaken. In de situatie van beide faillissementen is om twee redenen geen sprake van een dergelijke situatie. Allereerst omdat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht in zijn algemeenheid en ten aanzien van cruciale zorg in het bijzonder kan nakomen. Ten tweede omdat beide ziekenhuizen weliswaar een SEH hadden, maar dat deze SEH's niet gevoelig waren voor de 45-minutennorm en derhalve niet onder de gegeven definitie van «cruciale zorg» vielen. Dat gold tevens voor de acute verloskunde in MC IJsselmeerziekenhuizen.

21

In antwoord op de twintigste vraag van de leden van de PVV-fractie over of de Minister uiteen kan zetten wat volgens de Minister precies zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in de casus van deze

faillissementen en of de Minister uiteen kan zetten wat volgens hem precies zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in het huidige systeem van ziekenhuiszorg, komt de Minister in zijn antwoord met uitleg over de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en dat de rijksoverheid aanvullende regels heeft gesteld voor het waarborgen van cruciale zorg; maar nergens gaat de Minister in op zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid. Is de Minister niet heel erg geschrokken dat hij zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid niet onder woorden kan brengen? Is dit niet een ernstig geval van «De Nieuwe Kleren van de Keizer»?

Het geschetste antwoord is precies wat de ministeriële systeemverantwoordelijkheid inhoudt en hoe deze is verwoord in de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg» (Kamerstuk 32 620, nr. 10). Daarmee heeft de Tweede Kamer in 2011 ingestemd. De ministeriële systeemverantwoordelijkheid strekt zich uit tot continuïteit van zorg en niet per se van zorgaanbieders. De NZa en IGJ – beide vallend onder mijn verantwoordelijkheid – zien toe of respectievelijk de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hun wettelijke verplichtingen nakomen. De vraag die zich naar aanleiding van beide faillissementen opdringt is of de invulling van het huidige continuïteitsbeleid niet toe is aan revisie. Het beantwoorden van deze vraag wil ik graag doen op basis van een grondig onafhankelijk onderzoek.

22

Wanneer kunnen de leden van de PVV-fractie de uiteenzetting verwachten van de Minister van wat precies zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in de casus van deze faillissementen en wat volgens de Minister precies zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in het huidige systeem van ziekenhuiszorg?

Zie mijn antwoord op vraag 21 van de PVV-fractie.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

1

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de antwoorden op de eerder gestelde aanvullende vragen over de gestuurde brieven en antwoorden inzake het faillissement van ziekenhuizen. Deze leden hebben hierover een enkele vraag. Herinnert de Minister zich dat hij in antwoord op vraag dertien van de leden van de CDA-fractie heeft aangegeven alle notities, mails etc. over de faillissementen wel beschikbaar te stellen aan de onderzoekers, maar niet aan de Kamer? Is de Minister bekend met artikel 68 van de Grondwet en de informatieplicht van de regering? Kan de Minister de Kamer alsnog uiterlijk morgenavond alle relevante documenten (mails, memo's, nota's, brieven en elke andere vorm van documentatie) over de financiële problemen en de faillissementen van de twee ziekenhuizen toesturen die van het afgelopen jaar (sinds 1 januari) beschikbaar zijn bij het ministerie, de inspectie, het waarborgfonds, de NZa en elders binnen de rijksoverheid?

Dit overzicht wordt voorbereid en beschikbaar gesteld aan de door mij in te stellen onafhankelijke onderzoekscommissie. Mede gezien het grote aantal documenten en de benodigde procedurele zorgvuldigheid, zoals hiervoor aangegeven, is het feitelijk niet mogelijk uw Kamer binnen de genoemde termijn de gevraagde documenten te verschaffen. Wanneer ik documenten beschikbaar stel aan de onderzoekscommissie dan zal ik deze tegelijkertijd uiteraard vertrouwelijk ter inzage leggen voor Uw kamer.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

1

Heeft het Zilveren Kruis naar de mening van de Minister op tijd vermeld aan de NZa dat zij op afzienbare termijn niet aan hun zorgplicht zouden kunnen voldoen?

Ik zal deze vraag betrekken bij het onderzoek waarover ik u eind november informeer.

2

Heeft het Zilveren Kruis na 13 juli nog signalen afgegeven aan de NZa of de IGJ over de levensvatbaarheid van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen?

Het eerste signaal van Zilveren Kruis aan de NZa dat de levensvatbaarheid in het geding was, is op 18 oktober 2018 geweest. Daarvoor kwamen er weliswaar berichten over de slechte financiële situatie, maar deze waren volgens de zorgverzekeraar niet van dien aard dat er aanleiding was dat het op korte termijn tot een faillissement zou leiden. In het contact tussen Zilveren Kruis en de NZa is vervolgens gesproken over de vraag hoe de continuïteit van zorg geborgd is en welke acties Zilveren Kruis onderneemt in het geval het zou leiden tot een surseance van betaling of faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis.

3

Zijn er standaarden waaraan een continuïteitsplan dient te voldoen en is dit gecheckt door de IGJ?

De continuïteitsplannen zoals door de IGJ dienen zijn bedoeld om prospectief maatregelen te treffen om in geval van plotselinge afbouw van zorg, continuïteit van individuele patiëntenzorg te garanderen. Er bestaat geen standaard waaraan een continuïteitsplan moet voldoen.

De IGJ heeft de raden van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart opdracht gegeven om continuïteitsplannen op te stellen. De IGJ heeft op 4 oktober 2018 de eerste versies van de continuïteitsplannen besproken met de raden van bestuur en daarbij aangegeven dat de plannen verder uitgewerkt dienden te worden. Omdat al heel snel daarna surseance van betaling en daarna faillissement werd aangevraagd zijn de continuïteitsplannen niet verder uitgewerkt.

4

Hoe kan het dat in de door de IGJ opgevraagde continuïteitsplannen van 27 en 28 augustus bij het MC IJsselmeerziekenhuis wordt uitgegaan van een snelle beëindiging van de zorgactiviteiten terwijl het bestuur van dit ziekenhuis in deze periode in gesprekken met de IGJ blijft uitstralen positief te zijn over de levensvatbaarheid van beide organisaties op de lange termijn?

De IGJ heeft de raden van bestuur opdracht gegeven om continuïteitsplannen op te stellen voor het geval dat er onverhoopt sprake zou zijn van plotselinge afbouw van zorg. Dit was dus een opdracht van de IGJ. In alle communicatie met de IGJ zijn de beide raden van bestuur tot en met 12 oktober optimistisch geweest over de financiële situatie en de gesprekken met de zorgverzekeraars.

5

Uit het gesprek van 4 oktober tussen de IGJ en de bestuurders van beide ziekenhuizen zou niet zijn gebleken dat er sprake was van een acute

faillissementsdreiging. Was deze conclusie alleen gebaseerd op de signalen die de IGJ ontving van deze bestuurders of zijn er andere partijen die deze conclusie op enig moment voor 18 oktober hebben onderschreven?

Deze conclusie was gebaseerd op de informatie die de IGJ van de raden van bestuur ontving. De IGJ heeft van de NZa, het WFZ of anderen geen informatie ontvangen dat er sprake was van een acute faillissementsdreiging.

6

Hebben de NZa en/of de IGJ naar aanleiding van de opgestelde continuïteitsplannen van beide ziekenhuizen direct contact gehad met het Zilveren Kruis voor 18 oktober?

De IGJ heeft de raden van bestuur tijdens het gesprek op 4 oktober gewezen op hun verantwoordelijkheid om de continuïteitsplannen tijdig te bespreken met betrokkenen, zoals de zorgverzekeraars. Op 18 oktober 2018 heeft de NZa telefonisch contact met Zilveren Kruis gehad. Daarin is gevraagd aan Zilveren Kruis hoe de continuïteit van zorg geborgd was en welke acties Zilveren Kruis ondernam in het geval het zou leiden tot een surseance van betaling of faillissement. Eerder was er geen sprake van een acute faillissementsdreiging die voor de IGJ of de NZa aanleiding vormde om direct met de zorgverzekeraars contact op te nemen.

7

Klopt het dat er geen direct contact is geweest over de levensvatbaarheid van de ziekenhuizen tussen het ministerie VWS en het Zilveren Kruis na 13 juli (het moment dat Zilveren Kruis nog contact heeft gehad met de NZa) en voor 19 oktober? Zo nee, wanneer en waarover is er nog contact geweest?

Het klopt dat er tussen 13 juli en 19 oktober geen direct contact is geweest tussen het Ministerie van VWS en Zilveren Kruis over de levensvatbaarheid van beide ziekenhuizen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

1

Kan precies worden weergegeven wat de gevolgen zijn qua reistijden naar een ziekenhuis voor de verschillende dorpen en steden in Flevoland bij sluiting van de IJsselmeerziekenhuizen? Kan daarbij specifiek worden ingegaan op de afdelingen klinische verloskunde en de spoedeisende hulp?

Ik beschik niet over die informatie. Wat voor mij leidend is, is de 45 minuten norm voor de spreiding van SEH's en afdelingen voor acute verloskunde. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) brengt jaarlijks op mijn verzoek een zogenaamde «gevoelige ziekenhuizenanalyse» uit. Daarin staat welke SEH's en afdelingen voor acute verloskunde niet mogen sluiten, omdat er daardoor meer mensen zouden zijn die niet binnen 45 minuten na een spoedoproep bij een SEH dan wel afdeling acute verloskunde zouden kunnen zijn. Het gaat daarbij om een modelmatige berekening, niet alleen van de reistijd van de plaats waar een patiënt zich bevindt naar een ziekenhuis, maar van de tijd vanaf het moment dat iemand 112 belt totdat hij in het ziekenhuis zou kunnen zijn. Uit de analyse van 2018 (bijlage bij Kamerstuk 29 247, nr. 260) blijkt dat de locatie Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen niet «gevoelig» is voor de 45 minuten norm. Dat betekent dat de inwoners uit Flevoland ook bij het sluiten van de SEH en afdeling acute verloskunde in Lelystad nog steeds

binnen de normen bij een SEH of afdeling acute verloskunde kunnen komen. Voor Urk heb ik, vanwege de geluiden uit die regio, een nadere analyse laten doen. Daaruit blijkt dat inwoners van Urk, afhankelijk van het postcodegebied waarin zij wonen, binnen 45 minuten in vijf dan wel zes ziekenhuizen zouden kunnen zijn. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Heerenveen is binnen 39 respectievelijk 41 minuten na de melding per ambulance te bereiken.

2

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie alle documenten met betrekking tot de overnamebiedingen, oftewel alle ontvangen voorstellen ter overname van de IJsselmeerziekenhuizen en de beoordelingen van die voorstellen.

Het betreft hier vertrouwelijke stukken die onderdeel uitmaken van het proces rond de mogelijke doorstart van het ziekenhuis in Lelystad en de locaties in de Noordoostpolder. Het openbaar maken van deze stukken zou niet zonder instemming van de biedende partijen en de curator kunnen. Daarbij ben ik van mening dat het ten principale aan de curator is om de biedingen op hun merites te beoordelen. Het zou de kans op een succesvolle overname geen goed doen als de overnamebesprekingen niet meer in vertrouwelijkheid zouden kunnen plaatsvinden.

3

Kan de Minister aangeven waarom het voorstel van het St. Jansdal als beste voorstel is beoordeeld? Wat maakte dit voorstel beter dan de andere ontvangen voorstellen?

Op het moment van het schrijven van dit antwoord is nog niet bekend of de besprekingen met St. Jansdal uiteindelijk succesvol worden afgerond. Voor mij is van belang dat een overnamekandidaat voldoende solide is en de mogelijkheid biedt tot behoud van een zo breed mogelijk zorgaanbod in de regio. Die overwegingen heb ik ook aan de curator overgebracht. Ik acht het niet in het belang van het overnameproces om uitspraken te doen over de kwaliteit van de verschillende biedingen. Dat is primair aan de curator.

4

Hebben de wensen van de patiëntenorganisaties en/of de regionale bestuurders invloed gehad op de keuze voor een van de ingediende voorstellen? Zo ja op welke wijze?

Gezien de snelheid waarmee in een overnameproces als dit moet worden gehandeld, hebben de curatoren van IJsselmeerziekenhuizen weinig tijd om uitgebreid te spreken met patiëntenorganisaties en regionale bestuurders. De biedingen zijn door de curator op hun merites beoordeeld, waarbij meespeelt hoe robuust, realistisch en levensvatbaar een bod is. Ik vind het belangrijk dat de definitieve overnamepartij de patiëntenorganisaties en regionale bestuurders na de doorstart meeneemt in het door ontwikkelen van het regionale zorgaanbod. Ik zal mij daar als Minister sterk voor maken. In mijn beantwoording van 15 november (Kamerstuk 31 016, nr. 146) heb ik toegezegd met de patiëntenorganisaties in gesprek te zullen gaan over een vernieuwend integraal zorgplan voor de regio.

5

Tijdens het debat van 31 oktober heeft de Minister gezegd: *«Dat klinkt mij nogal abstract in de oren maar die curator gaat er keuzes in maken en ik zorg dat ik bij die keuzes betrokken blijf, want zorg in Lelystad moet blijven, niet alleen de basiszorg maar ook de spoedeisende hulp en de*

acute verloskunde. Daar is de actie op gericht van mijn kant, tot het eind aan toe.» Deelt de Minister de mening dat dit iets anders is en verder gaat dan «dat ik mij maximaal zal inzetten voor het behoud van basiszorg en vormen van acute zorg in Lelystad en omgeving»?

Ik heb tijdens het debat van 31 oktober (Handelingen II 2018/19, nr. 17, Debat over het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en Slotervaartziekenhuis) aangegeven dat ik me sterk maak voor behoud van een zo breed mogelijk zorgaanbod in de provincie Flevoland. Het liefst met behoud van spoedeisende hulp en acute verloskunde. In mijn brief van 14 november jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 145) heb ik u geïnformeerd over mijn bereidheid om daar zo nodig ook financieel aan bij te dragen in de vorm van een zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage en deze voor dit doeleinde ook te verruimen. Deze bereidheid wordt door de curator betrokken bij de besprekingen ten behoeve van een doorstart. Het is aan de curator om in overleg met de overnemende partij te bezien of en in welke vorm spoedeisende hulp en acute verloskunde realiseerbaar zijn. Door veelvuldig met partijen te spreken en met mijn bereidheid om de beschikbaarheidsbijdrage te verruimen zet ik mij maximaal in.

6

Kan de Minister een overzicht sturen van de aan het Waarborgfonds voor de Zorgsector deelnemende ziekenhuizen en kan daarbij aangegeven worden welke ziekenhuizen niet meedoen? Wat zijn de redenen voor ziekenhuizen om niet mee te doen aan het Waarborgfonds?

In bijlage 1 treft u een overzicht van de 61 ziekenhuizen die lid zijn van het WFZ. Het WFZ houdt geen overzicht bij van de ziekenhuizen die niet lid zijn. Ik heb geen inzicht in de motieven waarom deze ziekenhuizen geen lid zijn.

7

Wat hield de *stand still* in die was afgesproken met zorgverzekeraar Zilveren Kruis?

De stand still hield in dat zorgverzekeraars de ziekenhuizen aanvullend bevoorschotten en openstaande vorderingen niet verrekenden. Aan deze standstill hadden zorgverzekeraars, aandeelhouders en banken voorwaarden verbonden. Ik zal dit onderwerp verder betrekken bij het onderzoek waarover ik u eind november nader informeer.

8

Waarom bleef de bestuurder in gesprekken met de IGJ positief, terwijl in continuïteitsplannen acute sluiting al het meest waarschijnlijke scenario leek?

Zie mijn antwoord op vraag 4 van de GroenLinks-fractie.

9

Waarom verwierp Zilveren Kruis het herstelplan op 22 oktober 2018?

Van Zilveren Kruis heb ik vernomen dat de zorgverzekeraars de schetsen en ideeën van het plan hebben verworpen omdat deze onvoldoende concreet en toekomstbestendig waren. Daarbij muteerde de liquiditeitsprognose volgens hen meerdere malen per week.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

1

Wat is het oordeel van de Minister, of dat van de NZa, over hoe de zorgplicht door de verzekeraar en overheid is nagekomen rond het faillissement (zie het antwoord op vraag zes van de leden van de PVV-fractie)?

Zie mijn antwoord op vraag 1 van de GroenLinks-fractie.

2

Hoe ziet de Minister erop toe dat bestuurders van zorginstellingen bij besluitvorming hun maatschappelijke doelstelling voorop stellen? En hoe verhoudt zich dat volgens de Minister tot de situatie rond het faillissement van de ziekenhuizen (zie de antwoorden op vraag dertien van de leden van de PVV-fractie)?

Op 13 januari 2016 heeft de toenmalige Minister van VWS het beleidskader «Goede zorg vraagt om goed bestuur» aan uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 32 012, nr. 35). Hierin staat wat de samenleving mag verwachten van bestuurders van zorginstellingen als het gaat om het behartigen van de publieke en private belangen van een zorginstelling. De IGJ en de NZa hebben dit beleidskader uitgewerkt in het kader Toezicht op goed bestuur. Goed bestuur is in toenemende mate een aandachtspunt in het toezicht van de IGJ en de NZa op zorginstellingen. Ik vind het nog te vroeg om conclusies te formuleren over het handelen van de bestuurders van de ziekenhuizen.

3

Wat was de rol van de Raad van Commissarissen van de IJsselmeerziekenhuizen rond het faillissement van de ziekenhuizen (zie de antwoorden op de vragen vier, acht en negen van de leden van de CDA-fractie)?

Dit zal moeten blijken uit het onderzoek van de curatoren.

4

Heeft de Minister na 18 oktober veelvuldig persoonlijk overleg gehad? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke momenten en met wie (zie de antwoorden op de vragen vier, acht en negen van de leden van de CDA-fractie)?

Ja, vanaf 18 oktober heb ik veelvuldig overleg gevoerd met betrokken partijen. Vanaf die datum heb ik zeer frequent overleg met de curatoren en bestuurders van beide ziekenhuizen, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit, de colleges van Amsterdam, Lelystad, Dronten, Emmeloord/Noordoostpolder en Urk en de commissaris van de Koning in Flevoland. Tevens ben ik op bezoek in Urk, bij MC IJsselmeerziekenhuizen en bij MC Slotervaart.

5

In verschillende media (waaronder De Stentor op 26 september 2018) wordt eind september al in het openbaar gesproken door de IGJ over dat de kwaliteit en veiligheid van zorg in gevaar zou komen door de bestuurlijke en organisatorische onrust. Wat heeft de inspectie in de periode van het verscherpte toezicht concreet gedaan om dit te voorkomen?

De IGJ heeft verscherpt toezicht ingesteld bij MC IJsselmeerziekenhuizen om te voorkomen dat goede zorg, met name de voortgang op noodzakelijke verbetermaatregelen, in het geding zou komen door de bestuurlijke onrust in het ziekenhuis. In de aanloop naar het instellen van verscherpt

toezicht heeft de IGJ diverse gesprekken gevoerd met de raad van bestuur en raad van commissarissen over de ontstane situatie en de wijze waarop de raad van bestuur haar verantwoordelijkheid voor goede zorg invulde. De IGJ heeft zich schriftelijk laten informeren over de voortgang ten aanzien van het eigen transitieplan van het ziekenhuis en de financiële situatie. Daarnaast heeft de IGJ op 15 augustus en 23 september 2018 inspectiebezoeken uitgevoerd en gesprekken gevoerd met medisch specialisten en andere medewerkers van het ziekenhuis.

6

Vindt de Minister het normaal dat de IGJ een aanwijzing geeft en pas maanden later bekijkt of er sprake van verbetering is? Hoe lang kan een voor patiënten onveilige situatie voortduren in een ziekenhuis in Nederland (zie het antwoord op vraag vijftien van de leden van de PvdA-fractie)?

De wijze waarop de IGJ toezicht houdt op het opvolgen van een aanwijzing volgt uit het doel van de maatregel zoals in de wet is opgenomen. Een aanwijzing op grond van de Wkkgz houdt de verplichting om binnen een bepaalde termijn te voldoen aan door de IGJ gestelde voorwaarden. De zorginstelling moet dus een bepaalde periode voldoende resultaten boeken. Dat de IGJ een aanwijzing oplegt en deze na een half jaar opheft, wil niet zeggen dat zij in de tussenliggende periode niet toetst of eraan is voldaan. De inspectie toetst tussendoor meermaals de voortgang van verbetermaatregelen. Mocht deze achterblijven en mocht er sprake zijn van een acuut onveilige situatie, dan grijpt de IGJ in met bijvoorbeeld een bevel of een last of dwangsom.

Wanneer het treffen van maatregelen geen uitstel verdraagt omdat de veiligheid van patiënten in het geding is, geeft de IGJ geen aanwijzing maar een bevel. Een bevel houdt in dat de onveilige situatie direct moet worden weggenomen.

7

Is bij de Minister bekend waarom verzekeraar Zilveren Kruis pas op 22 oktober 2018 heeft laten weten het plan over financiering van de ziekenhuizen te verwerpen?

De Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben per medio september een transitieteam aangesteld voor de uitwerking van een toekomstbestendige strategie per ziekenhuis. Zilveren Kruis heeft mij laten weten dat zij en de andere zorgverzekeraars de plannen niet hebben kunnen accommoderen, omdat deze onvoldoende concreet en toekomstbestendig waren. Ik zal uw vraag verder betrekken bij het onderzoek waarover ik u eind november nader informeer.

8

Is er op enig moment sprake geweest van de mogelijkheid van een gecontroleerd faillissement met financiële bijdrage van de overheid en Zilveren Kruis? Zo ja, op welke momenten en waarom is daar niet voor gekozen? Zo nee, waarom niet?

Een financiële bijdrage vanuit de overheid is in aanloop naar het faillissement niet aan de orde geweest. Steun vanuit de overheid is op basis van de huidige regels alleen mogelijk als zorgverzekeraars hun zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg uit overmacht niet kunnen nakomen. Daar is gedurende het proces geen sprake van geweest. Zie ook mijn beantwoording van 15 november (Kamerstuk 31 016, nr. 146). Dit beleid is in 2011 neergelegd in de brief «Waarborgen voor continuïteit van

zorg» (Kamerstuk 32 620, nr. 10). De gang van zaken rond de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen roept de vraag op of dit beleid nog passend is. Die vraag neem ik mee in het onderzoek waarover ik u eind november nader informeer. In dat onderzoek neem ik ook de vraag mee hoe de zorgverzekeraar zijn rol heeft opgepakt.

9

Waarom is er gebruik gemaakt van borg van het WFZ bij de IJsselmeerziekenhuizen?

Een garantie van het WFZ resulteert in lagere rentes op bancaire leningen. Over het algemeen is dat de belangrijkste reden voor ziekenhuizen om deel te nemen aan het WFZ. Of dit specifiek voor MC IJsselmeerziekenhuizen indertijd ook de reden was voor het aanvragen van een WFZ-garantie weet ik niet. Ieder ziekenhuis maakt daarin een eigenstandige afweging.

10

Op 11 juli 2018 valt voor het eerst het woord faillissement al, waarom is destijds nog niet opgeschaald en zijn scenario's gemaakt op het ministerie (zie het antwoord op de vierde vraag van de leden van de PvdA-fractie)?

11

Op 11 juli 2018 wordt voor het eerst al gesproken over een mogelijk faillissement, waarom heeft de Minister toen niet direct de regie genomen (zie het antwoord op de vierde vraag van de leden van de PvdA-fractie)?

Antwoord 10 en 11

Het klopt dat er al langer zorgen waren rondom de financiële situatie van beide ziekenhuizen. Zie ook mijn beantwoording van 15 november (Kamerstuk 31 016, nr. 146). Tegelijkertijd bleef er altijd perspectief op een oplossing. De IGJ, NZa en het WFZ hadden alle de indruk dat een acuut en ongecontroleerd faillissement voorkomen zou kunnen worden. Dat beeld werd ook gevoed door de bank die meer tijd gaf voor het terugbetaling van een lening en de verzekeraars die lucht gaven door het opschorten van terugbetaling van voorschotten. De snelheid tussen het besluit van Zilveren Kruis om niet mee te werken aan een herstel- dan wel afbouwplannen, de aanvraag van surseance én het daadwerkelijk faillissement, heeft mij verrast. Ik had de overtuiging dat er meer tijd zou zijn voor de ziekenhuizen, verzekeraars en de bewindvoerder om te komen tot een gefaseerde en zorgvuldige afwikkeling of eventueel een snelle doorstart van de ziekenhuiszorg. Om die reden heb ik uw Kamer eerder toegezegd dat ik een extern en onafhankelijk onderzoek zal starten naar de gang van zaken in aanloop naar de faillissementen en daarna. Daaruit zal moeten blijken hoe we in de toekomst beter voorbereid kunnen zijn op een dreigend faillissement en eerder maatregelen kunnen treffen voor een zorgvuldig overdracht van patiënten en personeel.

12

Onder wiens verantwoordelijkheid valt de naleving van de governancecode en waarom is deze niet nageleefd (zie het antwoord op vraag 32 van de leden van de PvdA-fractie)?

Naleving van de governancecode zorg is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en de raad van toezicht. Indien deze interne verantwoordelijkheid niet wordt genomen, dan kan een belanghebbende (bijvoorbeeld de ondernemingsraad of de cliëntenraad) dit voorleggen aan de Governancecommissie Gezondheidszorg. Een uitspraak van de Governancecommissie dat de code niet goed is

toegepast, kan er in het uiterste geval toe leiden dat de zorgorganisatie wordt geroyeerd als lid van haar brancheorganisatie.

De IGJ en NZa gebruiken de bepalingen uit de governancecode daarnaast als veldnorm bij hun toezicht op goed bestuur in de zorg. Dat betekent dat de code wordt gebruikt als onderbouwing bij de handhaving op overtredingen van de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Of de code in deze specifieke situatie correct is nageleefd zal moeten blijken uit het onderzoek van de curator naar de oorzaken achter het faillissement en het onderzoek van de IGJ en NZa naar de financiële constructies die rond beide ziekenhuizen zijn gebruikt.

13

Is de Minister bereid bij het onderzoek de vraag te betrekken in hoeverre zijn eigen rol van invloed is geweest op de afloop van de zwakke financiële situatie van de ziekenhuizen? Had eerder ingrijpen van de Minister faillissement kunnen voorkomen; had eerder ingrijpen van de Minister kunnen zorgen voor een meer geleidelijke afbouw die voor patiënten en personeel beter was geweest? Wat had de Minister, theoretisch, eerder kunnen doen?

Ja, dit wordt onderdeel van het onderzoek.

14

Waarom stelt de Minister in antwoord op de derde en vierde vraag van de leden van de PvdA-fractie dat het niet klopt dat de Minister al vóór 30 augustus op de hoogte was dat een faillissement van de ziekenhuizen mogelijk was, terwijl hij in antwoord op de negende vraag van de leden van de CDA-fractie, waarnaar hij telkens verwijst, schrijft: *«De IGJ informeert mij op 31 juli over haar voornemen om MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht te stellen. Aanleiding hiervoor waren zorgen bij de IGJ over a) de wijze waarop de raad van bestuur stuurt op het functioneren van professionals, b) de besturing van de organisatie na majeure wisselingen in de raad van bestuur en raad van commissarissen en c) signalen uit de media en van de raad van commissarissen dat de financiële situatie van het ziekenhuis dusdanig verzwakt is, dat er aanvullende maatregelen van de raad van bestuur nodig zijn. Op 7 augustus laat de IGJ mij weten dat het verscherpt toezicht op MC IJsselmeerziekenhuizen wordt doorgezet.»* De Minister beschikte dan toch vóór 30 augustus over signalen dat de financiële situatie dusdanig verzwakt was dat er maatregelen nodig waren? Wat heeft de Minister naar aanleiding van deze informatie die hij op 31 juli ontving precies gedaan? Is de Minister er op dat moment vanuit gegaan dat hij niets hoefde te doen omdat de raad van bestuur, die het zover had laten komen, het wel zou oplossen? Zo ja, vindt de Minister dat achteraf gezien een juiste houding?

De zorgelijke situatie bij beide ziekenhuizen was al langer bekend. Zoals blijkt uit de bovengenoemde passage was dat ook één van de redenen voor de IGJ om de MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht te stellen. Dat een (gecontroleerd) faillissement tot de mogelijkheden behoorde werd mij voor het eerst gemeld in de VWS-nota van 30 augustus na een signaal van het WFZ. Ook in de periode hierna bleef er perspectief op een oplossing. Zie ook mijn antwoord op de vragen 10 & 11 van de PvdA-fractie. Ik stel wel vast dat ik met de uitkomst van de ontwikkelingen niet tevreden ben en dat ik het met de kennis van nu anders had gedaan.

15

Waarom kan de Minister niet garanderen dat een eventuele overnemende partij geen zorg of diensten inkoopt via constructies waarbij de voormalige eigenaren van het Slotervaartziekenhuis of de IJsselmeerziekenhuizen betrokken zijn (zie het antwoord op vraag 37 van de leden van de PvdA-fractie)?

Een ziekenhuis kan afspraken maken om zorgen of diensten in te kopen bij derde partijen. Het gaat daarbij om privaatrechtelijke afspraken, waarin ik geen partij ben. Ik kan niet garanderen dat een overnemende partij op geen enkel moment in de toekomst zaken zal doen met een partij waarbij de voormalige eigenaren van MC Slotervaart of MC IJsselmeerziekenhuizen betrokken zijn.

16

Is de Minister bereid deze vragen te beantwoorden voor aanvang van het Algemeen Overleg Medische Zorg van 21 november 2018?

Ja, daartoe ben ik bereid.

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

1

Wat is de huidige stand van zaken van de geriatrische afdeling en andere gespecialiseerde afdelingen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen?

De curator van MC Slotervaart is bezig om afspraken te maken met omringende ziekenhuizen over de overname van de gespecialiseerde afdelingen. Van de geriatrische afdeling is inmiddels bekend dat deze overgaat naar het Onze Lieve Gasthuis (OLVG). De curator van MC IJsselmeerziekenhuizen is met partijen in gesprek over een doorstart. Wat dit betekent voor de gespecialiseerde afdelingen van het ziekenhuis zal de komende periode blijken.

2

Wanneer kan de Kamer resultaten verwachten van het aangekondigde onafhankelijk onderzoek? Heeft de Kamer inspraak bij de samenstelling van het team?

Ik informeer uw Kamer hier eind november nader over.

3

Mogen de leden van de 50PLUS-fractie in het onafhankelijk onderzoek rekenen op een heldere paragraaf over de rol van het aantal ingehuurd personeel?

Ja, daar mogen de leden van de 50PLUS-fractie op rekenen.

4

De Minister zegt niet te beschikken over een overzicht van personeelskosten (per beroepsgroep). Kan de Minister een dergelijk overzicht alsnog aanleveren of opnemen in zijn onderzoek? Zo nee, kan de Minister toelichten waarom niet?

Dit is bedrijfsinformatie van de ziekenhuizen, waarover ik niet beschik. Zoals ik ook in antwoord op vraag 3 van de 50PLUS-fractie heb aangegeven, zal ik in het onafhankelijke onderzoek de vraag betrekken welke rol het aandeel extern ingehuurd personeel heeft gespeeld bij de faillissementen.

5

Bij hoeveel ziekenhuizen in Nederland is er sprake van het te laat indienen van de jaarrekening, gedurende de laatste vijf jaar? Hoe wordt hier tegen opgetreden? Op welke wijze kan de Minister ziekenhuizen verplichten de jaarrekening op tijd in te leveren en dit ook handhaven?

Alle WTZi-toegelaten instellingen, waaronder ziekenhuizen, zijn verplicht voor 1 juni de Jaarverantwoording Zorg aan te leveren over het voorgaande jaar. Na 1 juni controleert de IGJ wie nog niet voldaan hebben. Indien een jaarrekening niet tijdig wordt gedeponeerd kan de IGJ een last onder dwangsom opleggen. Voor de rapportagejaren 2015, 2016 en 2017 was sprake van een handhavingstraject tegen respectievelijk drie, zes en zeven ziekenhuizen. Een antwoord dat ook betrekking heeft op eerdere rapportagejaren kan ik u helaas niet verstrekken.

6

Vindt de Minister de huidige regelgeving en beschikbare sancties inzake de handhaving van het tijdig aanleveren van jaarrekeningen voldoende (zie het antwoord op vraag 29 van de leden van de PvdA-fractie)?

Onder de Wet toelating Zorginstellingen heeft de IGJ uitsluitend de mogelijkheid om een last onder bestuursdwang/dwangsom op te leggen. Een last onder dwangsom is een herstelsanctie die bewerkstelligt dat de instelling alsnog aan de plicht voldoet. Met het wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders, dat bij uw Kamer ligt (Kamerstuk 34 768), worden enkele financieel getinte toezichtstaken van de IGJ, waaronder het toezicht op de jaarverantwoording overgeheveld naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Daarmee worden de toezichttaken meer in lijn gebracht met de kernexpertises van beide toezichthouders. Na inwerkingtreding van de AWtza kan de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, naast een last onder bestuursdwang/dwangsom, ook een aanwijzing geven en een boete opleggen.

Stichting Rivas Zorggroep
Stichting Máxima Medisch Centrum
Stichting Amphia
Stichting Tergooi
Stichting Kempenhaeghe
Stichting BovenIJ Ziekenhuis
Stichting Treant Zorggroep
Stichting Bravis ziekenhuis
Stichting HagaZiekenhuis
Stichting Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Stichting Saxenburgh Groep
Stichting Sint Maartenskliniek
Stichting Flevoziekenhuis
Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep
Stichting ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen
Stichting Oogziekenhuis Rotterdam
Stichting Reinier de Graaf Groep
Stichting Ziekenhuizen West-Friesland en Waterland
Stichting Algemeen Christelijk Ziekenhuis Groningen
Stichting Elkerliek Ziekenhuis
Stichting Nijmeegs Interconfessioneel ziekenhuis Canisius-Wilhelmina
Stichting Haaglanden Medisch Centrum
Stichting Zorgpartners Friesland
Tjongerschans B.V.
Stichting Gelre Ziekenhuizen
Stichting Medisch Spectrum Twente
Stichting Isala Klinieken
Stichting Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis
Stichting Viecuri, Medisch Centrum voor Noord-Limburg
Bernhoven B.V.
Stichting Spaarne Gasthuis
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis B.V.
Stichting Deventer Ziekenhuis
Stichting Alrijne Zorggroep
Stichting Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek
Stichting Zuyderland Medisch Centrum
Stichting Het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek
Ziekenhuis
Rode Kruis Ziekenhuis B.V.
Stichting Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikaia
Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep
Stichting Groene Hart Ziekenhuis
Stichting Sint Antonius Ziekenhuis
Stichting Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe
Stichting Antonius Ziekenhuis
Stichting IJsselland Ziekenhuis
Stichting Slingeland Ziekenhuis
Stichting Epilepsie Instellingen Nederland
Stichting Ziekenhuis «Nij Smellinghe»
Stichting Catharina Ziekenhuis
Stichting St. Anna Zorggroep
Stichting Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
Stichting Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland
Stichting Rijnstate
Stichting Meander Medisch Centrum
Stichting Zaans Medisch Centrum
Ommelander Ziekenhuis Groningen B.V.

Stichting Ziekenhuis Amstelland
Stichting OLVG
Academisch Ziekenhuis Leiden
Stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond