

Vergaderjaar 2018–2019

**31 016**

**Ziekenhuiszorg**

**Nr. 174**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2018

In deze brief ga ik in op de actuele stand van zaken bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Daarnaast schets ik, zoals toegezegd in mijn brief van 7 november jl., (Kamerstuk 31 016, nr. 139) de contouren van een early warning systeem en ga ik in op twee concrete vragen die uw Kamer in het AO medisch-specialistische zorg van 21 november jl. heeft gesteld over de eerste versie van het afschalingsplan van MC IJsselmeerziekenhuizen en de medische aansprakelijkheidsverzekering.

### **Stand van zaken MC Slotervaart**

Op 20 november jl. heb ik u voor het laatst geïnformeerd over de stand van zaken rond MC Slotervaart (Kamerstuk 31 016, nr. 149). Afgelopen dinsdag 27 november heb ik wederom overlegd met de curatoren, het bestuur van het ziekenhuis, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de gemeente Amsterdam, de IGJ, de NZa en de voorzitter van de raad van bestuur van het OLVG te Amsterdam (tevens bestuurslid van SIGRA, het samenwerkingsverband van werkgevers voor zorg en welzijn in Amsterdam). Tijdens dit overleg zijn nadere afspraken gemaakt om een patiëntveilige en beheerste overdracht van de zorgverlening en medische dossiers te realiseren. Die overdracht van dossiers heeft de aandacht, duidelijkheid voor de patiënt is van belang – dat vraagt om snelheid – maar vooral moet het ook zorgvuldig gebeuren waarbij uiteraard niet in de laatste plaats ook de privacy voldoende moet zijn geborgd.

Zoals ik in het AO van 21 november heb gemeld, is inmiddels bekend welke specialismen naar welk ziekenhuis gaan. Voor sommige (groepen) patiënten is de overdracht inmiddels daadwerkelijk geregeld. Voor de andere (groepen) patiënten is afgesproken op welke momenten patiënten nadere informatie ontvangen. Deze week is een brief verzonden waarin wordt verwezen naar de verdeling van de specialismen over andere ziekenhuizen in de omgeving en waarin een telefoonnummer is opgenomen waar patiënten desgewenst nadere informatie in kunnen winnen. Ook wordt in deze brief aangegeven dat patiënten uiterlijk rond

de jaarwisseling een tweede brief ontvangen met aanvullende, nog meer op hun specifieke situatie toegesneden informatie. Voor een aantal patiënten(groepen) is voor deze informatievoorziening in twee delen gekozen omdat het praktisch gezien op deze termijn niet mogelijk bleek, en ook niet patiëntveilig was, om alles in een keer te communiceren. Het kan bijvoorbeeld in een individuele situatie wel duidelijk zijn dat een patiënt op de afdeling urologie werd behandeld, maar het zou kunnen zijn dat vanwege het ziektebeeld deze patiënt toch beter verwezen kan worden naar het ziekenhuis waar de oncologie landt. Bij brief van 27 november 2018 zijn de patiënten van de afdeling geriatrie geïnformeerd over de verhuizing van de afdeling naar OLVG West. In de brief is aangegeven dat de patiënten vanaf 1 december 2018 terecht kunnen bij OLVG West en is ook een telefoonnummer van de poli geriatrie van OLVG West in de brief opgenomen. De patiënten is de keuze gelaten aan te geven dat men de behandeling door een ander ziekenhuis wenst te laten voortzetten.

Het traject rond de afbouw van het ziekenhuis en de overdracht van patiënten en dossiers naar andere zorgverleners is een buitengewoon ingewikkelde en zeer veel omvattende operatie zonder precedent in deze omvang waar veel verschillende partijen ieder een rol hebben en hard aan werken. Tijdens het overleg is mij onder meer gebleken dat er meer regie op de overdracht van patiënten en patiëntgegevens nodig is om het in goede banen te leiden. Tegen deze achtergrond hebben de IGJ en NZa aangeboden, met behoud van ieders verantwoordelijkheden, de regie op dit proces te versterken. Woensdagavond hebben de IGJ en NZa alle relevante partijen bij elkaar geroepen. In dit overleg zijn concrete afspraken gemaakt over de vervolgstappen die de komende tijd gezet worden om de zorg aan patiënten van MC Slotervaartziekenhuis over te dragen aan andere ziekenhuizen in de omgeving. Komende dinsdag zullen deze partijen weer bij elkaar komen. Waar dat nuttig en nodig mocht blijken zullen de toezichthouders niet aarzelen ook hun bevoegdheden in te zetten om zaken voor elkaar te krijgen.

Ik laat mij zeer frequent van de gang van zaken op de hoogte houden. Op 11 december heb ik bovengenoemd gezelschap weer aan tafel om gezamenlijk over voortgang te spreken.

### **Stand van zaken MC IJsselmeerziekenhuizen**

In mijn brief van 22 november jl. over de doorstart van de MC IJsselmeerziekenhuizen<sup>1</sup>, heb ik aangegeven dat ik op zeer korte termijn om tafel ga met direct betrokkenen om het gesprek te voeren over de verschillende aandachtspunten die in de debatten met uw Kamer op 21 en 22 november jl. ter sprake zijn gekomen. Op woensdag 28 november heb ik in Lelystad gesproken met de curatoren, het bestuur van St Jansdal, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, het medisch stafbestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen, een delegatie van het personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen, de Patiëntenfederatie Flevoland, huisartsen(post), verloskundigen, de burgemeesters van de gemeenten Lelystad, Dronten en Urk en met de gedeputeerde van de provincie Flevoland. De gesprekken heb ik gevoerd aan de hand van de drie fasen waar de MC IJsselmeerziekenhuizen sinds het faillissement in zitten: de transitiefase (tot 1 maart), waar de curatoren als tijdelijke bestuurders van het ziekenhuis, zorgen voor duidelijkheid over de huidige zorg aan personeel en patiënten, de stabilisatiefase (van 1 maart tot circa eind 2019) waarin St Jansdal in Lelystad een stabiele situatie wil creëren om de basiszorg in Lelystad stabiel neer te zetten en de toekomstfase waarin op basis van een toekomstvisie op de zorg in de regio wordt gekeken hoe de zorg verder kan worden uitgebouwd. Dit in

<sup>1</sup> Kamerstuk 31 016 nr. 173.

lijn met de door uw Kamer aangenomen moties (motie van het lid Ellemeest c.s. over een gezamenlijke inspanningsverplichting tot heroprichting van de afdeling acute verloskunde in Lelystad (Kamerstuk 31 016, nr. 167) en motie van het lid Dik-Faber c.s. over onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor een SEH met OK en zonder IC in Lelystad (Kamerstuk 31 016, nr. 168)).

#### *Transitiefase*

In de gesprekken lag de nadruk op het belang om op hele korte termijn vooral eerst duidelijkheid te geven aan patiënten en personeel. Daarbij is tevens de vraag waar huisartsen en verloskundigen heen kunnen verwijzen voor welke zorg. Ook voor het personeel is snelle duidelijkheid onontbeerlijk, omdat ze goed voor hun patiënten willen zorgen en omdat ze moeten weten wat het perspectief is voor hun eigen dienstverband. Ook zijn in de gesprekken wensen geuit om na de doorstart van St Jansdal kortdurende opname mogelijk te maken (observatiebedden) en om op een later moment weer een volwaardige SEH en acute verloskunde terug te brengen in het ziekenhuis.

Door de curatoren is aangegeven dat zij begrip hebben voor alle wensen van de gesprekspartners voor een breder aanbod van zorg op de heel korte termijn. Zij kunnen echter niet ingaan op alle wensen. Zij hebben in de transitiefase tot 1 maart vooral een stabiele situatie nodig, om veilige zorg te kunnen bieden en om duidelijkheid te kunnen geven aan het personeel en patiënten. Zij willen rust brengen door zich te baseren op de zorg die *op dit moment* in het ziekenhuis geleverd kan worden. Een verdere afschaling van zorg is niet hun intentie. Tot aan 1 maart willen de curatoren al zoveel mogelijk patiëntenzorg verrichten, die St Jansdal in de stabilisatiefase zal gaan uitvoeren (zie hieronder). Vanzelfsprekend kan dat alleen als er sprake is van een stabiele en veilige situatie in het ziekenhuis. Volgende week kunnen de curatoren concreet duidelijkheid bieden over welke zorg tot 1 maart aan welke (nieuwe) patiënten geleverd kan worden in het ziekenhuis in Lelystad en welke zorg niet. Er kunnen dan ook concrete afspraken met huisartsen en verloskundigen gemaakt worden over verwijzingen. Na 1 maart zal het bestuur van het ziekenhuis overgedragen worden aan St Jansdal.

#### *Stabilisatiefase*

Door de Raad van Bestuur van St Jansdal is aangegeven dat zij vanaf nu tot circa eind 2019 alle energie nodig zullen hebben om eerst een stabiele situatie te creëren om op te bouwen wat men in Lelystad neer wil zetten:

- een ziekenhuis dat voorziet in alle poliklinische zorg die al werd geleverd in Lelystad.
- diagnostiek (bloedafname, trombosedienst, röntgen, CT, MRI, echo).
- laagcomplexere operatieve ingrepen (bijv. liesbreuk, galblaas, fracturen), waarna de patiënt nog dezelfde dag naar huis kan.
- spoedpoli die zeven dagen per week, overdag en 's avonds, is geopend voor laag complexere spoedeisende zorg (bijvoorbeeld snij- en schaafwonden, hechtingen, eenvoudige fracturen, gipsen, sportletsels en het maken van röntgenfoto's).

Vanuit die stabiele situatie die komend jaar wordt opgebouwd, wil St Jansdal bekijken of er verdere uitbouw van zorg in het ziekenhuis mogelijk is (bijvoorbeeld kortdurende opname, uitbouw spoedpoli). In de stabilisatiefase zal St Jansdal bekijken welke mogelijkheden er zijn voor zorgaanbieders voor (uitbreiding van) het eerstelijnsverblijf en de oprichting van een eerstelijns geboortecentrum in Lelystad en omgeving.

St Jansdal heeft opnieuw aangegeven op dit moment geen mogelijkheden te zien voor een volwaardige SEH en acute verloskunde in het ziekenhuis in Lelystad. Gezien de omvang van de patiëntenpopulatie ziet St Jansdal geen realistisch scenario om een volwaardige SEH in stand te houden, inclusief een 24/7 operationele operatiekamer en intensive care afdeling. Financieel is dat op langere termijn geen levensvatbaar scenario, ook niet met een beschikbaarheidsbijdrage zoals ik die heb aangeboden en beschikbaar blijf stellen. Voor de acute verloskunde speelt het tekort aan kinderartsen (in de regio) een belangrijke rol, naast de voorwaarde om ook dan een 24/7 operatiekamer beschikbaar te hebben. St Jansdal gaf aan geen uitspraken te kunnen doen over de verdere toekomst, maar dat eventuele arbeidsmarkt- en bedrijfseconomische ontwikkelingen mogelijk perspectief kunnen bieden.

#### *Toekomstfase*

Zoals aangegeven blijf ik mij inzetten om te zorgen dat de zorg in Lelystad en omgeving door St Jansdal en andere zorgaanbieders «toekomst vast» kan worden ingericht. Om die reden heb ik met de gesprekspartners (conform de moties Van den Berg/Segers over het per regio in kaart brengen van de zorgbeelden (Kamerstuk 31 016, nr. 133) en Van den Berg c.s. over het bespreken van de optie van een onafhankelijk toekomstverkenner (Kamerstuk 31 016, nr. 156)) afgesproken om uiterlijk eind 2018 een toekomstverkenner de opdracht te geven om uiterlijk rond de zomer een toekomstvisie op de zorg in de regio Lelystad vanaf 2020 te presenteren. Hierin gaat het niet alleen om de (optioneel verdere uitbouw van) ziekenhuiszorg in Lelystad, maar ook om ontwikkeling van de zorg in de eerste lijn (huisartsen/ verloskundigen), de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg sector en maatschappelijke ondersteuning door de gemeente.

Deze verkenner krijgt nadrukkelijk de opdracht om een reële en haalbare visie neer te zetten, rekening houdend met feitelijke informatie als de bevolkingssamenstelling en zorgvolumes, de arbeidsmarktsituatie, de betaalbaarheid en ieders huidige verantwoordelijkheden in het zorgstelsel. Hij/zij zal in elk geval alle bovengenoemde gesprekspartners consulteren bij het maken van de toekomstvisie en zal de doorstartplannen van St Jansdal als basis nemen. Ik wil dat deze toekomstvisie een helder beeld creëert voor wat er nodig en mogelijk is én perspectief biedt aan alle mensen die zorg nodig hebben of betrokken zijn bij de zorg en iedereen die met hart en ziel in de zorg werken. Hierdoor kunnen we gezamenlijk vooruit kijken.

Als startpunt zal de verkenner kijken naar de uitgangspositie zoals die door St Jansdal is neergelegd. Daar is van belang dat alle betrokkenen een gelijke informatiepositie krijgen. Er zijn nu nog verschillende geluiden over precieze cijfers en percentages, over het al dan niet schaars zijn in de regio van bepaalde zorgverleners (zoals kinderartsen) etc. Verschillende betrokkenen hebben verschillende informatieposities en het is van belang dat de verkenner daar klaarheid in schept, omdat dit in belangrijke mate ook bepalend is voor de mogelijkheden. Zodra er helderheid is over een gedeeld beeld, zal ik uw Kamer hierover informeren in reactie op uw vraag hoeveel van de ziekenhuisbezoeken van vóór het faillissement deel uitmaken van het bod van St Jansdal. Tot slot nog twee opmerkingen.

Zodra de onderhandelingen tussen de curatoren en de Antonius Zorggroep zijn afgerond, zal ik in gesprek gaan met de nauw betrokkenen over de zorg in de Noordoostpolder en op Urk.

Voorts heb ik op 27 november jl. de Regionale Ambulance Voorziening Flevoland en verzekeraar Zilveren Kruis een brief gestuurd waarin ik heb verzocht (conform de motie van de leden Dik-Faber en Van den Berg (Kamerstuk 31 016, nr. 169)) er samen op de kortst mogelijke termijn zorg voor te dragen dat er 24/7 een ambulance paraat is op standplaats Urk. Dat betekent dat er tevens een extra ambulance op achterwacht paraat moet zijn, mocht de 24/7 parate ambulance van standplaats Urk uitrukken voor een inzet. Dit teneinde *continue* 24/7 paraatheid op standplaats Urk te realiseren, in de motie aangeduid als hoofdpост.

De RAV Flevoland en verzekeraar Zilveren Kruis laten in antwoord op mijn brief weten dat de beschikbaarheid van ambulances al uitgebreid is met twee 24/7 ambulances, gestationeerd in Lelystad en in Emmeloord en een 8/5 zorgambulance, gestationeerd in Lelystad. Zilveren Kruis en RAV Flevoland zullen aan de hand van doorberekeningen op een later moment de extra ingezette beschikbaarheid evalueren. Vooralsnog zijn Zilveren Kruis en RAV van mening dat de beschikbaarheid voor de regio in voldoende mate is aangepast aan de ontstane situatie.

RAV Flevoland en verzekeraar Zilveren Kruis hebben mij – naar aanleiding van mijn verzoek – in deze brief ook laten weten dat het mogelijk is om vanaf 2 januari aanstaande zorg te dragen voor een *continu parate* ambulance op Urk, als gevolg van de aangenomen motie (in de motie aangeduid als hoofdpост). Deze ambulance wordt exclusief voor Urk ingezet, noodsituaties daargelaten (zijnde grootschalige incidenten en spoedmeldingen binnen een beperkte schaal van Urk, waarvoor geen alternatieve ambulances beschikbaar zijn). Over de continuering van deze beschikbaarheid zal met evaluatiemomenten op basis van inzetcijfers en ontwikkelingen in het zorgaanbod worden besloten.

### **Contouren van een early warning systeem**

Een van de belangrijke lessen die ik heb geleerd uit de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen is dat het Ministerie van VWS eerder op hoogte moet zijn van instellingen die in de problemen raken en dreigen om te vallen. Dit om zo mogelijk te helpen faillissementen te voorkomen en daar waar dat niet voorkomen kan worden, het faillissement en een mogelijke doorstart meer beheerst te laten verlopen. Zoals ik u heb gemeld heb ik een onafhankelijke commissie gevraagd om te onderzoeken wat geleerd kan worden van beide faillissementen. Onderdeel van dat onderzoek zal ook zijn hoe de informatiepositie vanuit de overheid kan worden verbeterd om uiteindelijk een actievere rol bij het afbouwen of doorstarten van zorg te kunnen faciliteren: een early warning systeem.

Doel van een systeem van vroegsignalering is dat de overheid eerder en actiever geïnformeerd wordt en indien nodig kan optreden bij dreigende discontinuïteit van een zorginstelling. De huidige praktijk, zoals vastgelegd in de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg» uit 2011<sup>2</sup> is dat de overheid op afstand blijft als zich financiële problemen voordoen en dat alle partijen hun rol moeten vervullen. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, de instelling moet de kwaliteit op peil houden en de IGJ en NZa letten op dat partijen hun verantwoordelijkheid ook nemen en daar waar het cruciale zorg (ambulancezorg, crisisopvang GGZ, Wlz-zorg, spoedeisende hulp en acute verloskunde) betreft heeft de overheid nog een bijzondere rol om de continuïteit te verzekeren. Op dat laatste is het in die brief genoemde early warning systeem ook gericht. In de recente faillissementen is gebleken dat dit niet genoeg is. Partijen pakken hun

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 10.

rollen wel, alle puzzelstukjes zijn aanwezig, maar er is iets extra's nodig om de hele puzzel te leggen, om de synergie te bereiken die nodig is om deze moeilijke situaties het hoofd te bieden.

In die situaties die zich daar door hun aard of omvang voor lenen, wil ik de regie nemen. Dat zal ik doen door partijen tijdig bij mij aan tafel te roepen. In dat gesprek kan worden gezien wat de (omvang van de) problemen precies zijn en wie er wat kan doen om een faillissement te voorkomen. Mocht een faillissement niet te voorkomen zijn, dan moeten afspraken worden gemaakt hoe dit op een beheerste wijze met het oog op patiëntveiligheid kan verlopen. Dat wil niet zeggen dat de overheid als «automatisme» (bijvoorbeeld bij «gevoelige» afdelingen van ziekenhuizen) de taken en verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars of de toezichthouders gaat overnemen. Zorgverzekeraars zijn en blijven – in overleg met zorgaanbieders – verantwoordelijk voor het vormgeven en invullen van hun wettelijke zorgplicht. Onderdeel van die zorgplicht is ook dat er voldoende tijd en ruimte is voor een verantwoorde overplaatsing van patiënten, mocht een zorgaanbieder zijn zorgactiviteiten moeten afbouwen. Dat vraagt een actieve samenwerking van ketenpartners waarbij de overheid een bemiddelende rol kan spelen en waar nodig regie neemt.

Wil dit alles kunnen werken, dan moet er uiteraard wel tijdig zicht zijn dat zich continuïteitsproblemen aandienen. Daar is een systeem van vroegsignalering voor nodig. Onderdeel van zo'n systeem is dat de toezichthouders NZa en IGJ gezamenlijk op basis van risicogestuurd toezicht zicht hebben op de financiële gezondheid van zorginstellingen. Het begrip «risicogestuurd» is hier van belang omdat het toezicht proportioneel moet zijn en zich moet richten op de impact die ontstaat bij eventuele discontinuïteit. Een faillissement – hoe vervelend ook – van een kleine kliniek die vooral planbare zorg levert heeft minder impact dan de sluiting van een groot ziekenhuis waar ook acute zorg wordt geleverd. Dat zal moeten worden meegewogen in het risicogestuurd toezicht.

Tevens zal een systeem van vroegsignalering een zekere opschaling in zich moeten hebben. Naar mate de risico's groter worden, is – met behoud van ieders verantwoordelijkheid – een actievere inzet of regie vanuit de overheid wenselijk. In het proces van opschaling zal steeds een afweging moeten zijn of en in welke mate wanneer het is aangewezen dat het ministerie vanuit zijn verantwoordelijkheid regie neemt bij de realisatie van continuïteit van zorg in het belang van de patiënt. Op basis van deze uitgangspunten zal ik de komende tijd in overleg met de NZa, de IGJ en, waar relevant, de verzekeraars verder werken aan een early warning systeem. Daarbij zal ik, wanneer deze beschikbaar zijn, ook de resultaten van het onafhankelijke externe onderzoek betrekken. Ik wil de genoemde uitgangspunten al zo veel mogelijk nu hanteren mocht een ziekenhuis onverhoeds in financiële problemen komen. Ik ga daarom met de IGJ en de NZa in gesprek hoe het toezichtbeleid al zoveel mogelijk langs deze lijnen kan worden ingevuld. De afspraak dat ik onverwijld zal worden geïnformeerd als een instelling in zodanige problemen raakt dat de continuïteit in het geding kan raken, heb ik al gemaakt met de NZa.

### **Eerste versie afschalingsplan MC IJsselmeerziekenhuizen**

In het AO van 21 november heb ik uw Kamer toegezegd om de eerste versie van het afschalingsplan van MC IJsselmeerziekenhuizen bij de curatoren op te vragen en aan u toe te zenden. Dit document vindt u in de

bijlage<sup>3</sup> bij deze brief. Het is opgesteld door het medische stafbestuur, de centrummanagers en curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen en besproken in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) op 5 november. In dat overleg is geconstateerd dat deze versie van het plan als onvoldoende werd gekwalificeerd. Hierop is het document aangepast naar de versie 2.0 (die ik u op 19 november jl. heb toegezonden).

### **Medische aansprakelijkheidsverzekering**

In het AO van 21 november heb ik ook toegezegd uw Kamer te informeren over op de wijze waarop de medische aansprakelijkheidsverzekering na faillissement is vormgegeven. De medische aansprakelijkheidsverzekering van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen loopt door totdat de zorg in beide ziekenhuizen definitief is overgedragen. Lopende schadeclaims worden volgens de gebruikelijk procedures afgewikkeld. Hoofregel daarbij is dat de verzekeraar van de medische aansprakelijkheidsverzekering mede namens het ziekenhuis de schadeclaims behandelt en onderzoekt om vervolgens met de benadeelde tot een overeenkomst te komen. Een schadevergoeding kan hier onderdeel kan zijn. Het Ministerie van VWS staat daarbij zoals ik u eerder berichtte garant voor het eigen risico van beide ziekenhuizen. Voor schadeclaims die pas worden ingediend nadat de zorg definitief is overgedragen moeten de curatoren aparte uitloopdekking afsluiten. Hiermee worden ook claims gedekt die pas in een later stadium aan het licht komen of gemeld worden. De curatoren hebben mij laten weten zij hierover in overleg zijn met de schadeverzekeraar. Ze houden mij op de hoogte van de voortgang.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).