

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3632

Vragen van de leden **Van Gerven** en **Leijten** (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de overname van ziekenhuis 't Lange Land (LZZ)* (ingezonden 5 augustus 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 14 september 2011).

Vraag 1

Wat is uw opvatting over de aangekondigde overname van 't Lange Landziekenhuis in Zoetermeer (LLZ) door een coöperatie van het Bronovo Ziekenhuis, Medisch Centrum Haaglanden en het Groene Hart Ziekenhuis?¹

Antwoord 1

't Lange Land Ziekenhuis (LLZ) maakt sinds 2008 deel uit van de genoemde coöperatie. De coöperatie onderzoekt op verzoek van LLZ de mogelijkheden om voor problemen van LLZ een oplossing te vinden binnen de structuur van de coöperatie. Aanleiding hiervoor is het onderzoek van LLZ waaruit is gebleken dat LLZ niet langer in staat is om een algemeen ziekenhuis met de gebruikelijke functies in stand te houden. Ik heb er niets op tegen dat een ziekenhuis op zoek gaat naar oplossingen om zo de financiële problemen het hoofd te bieden en een meer op de toekomst toegespitst zorgaanbod te realiseren. De wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven, valt onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Besluitvorming over de precieze juridische vormgeving heeft overigens nog niet plaatsgevonden.

Vraag 2

Past deze ontwikkeling in uw beleidsdoelstelling van kleinschalige zorg om de hoek? Zo ja, waarom? Zo nee, wat gaat u ondernemen?

Antwoord 2

Mijn beleid is er op gericht zoveel mogelijk basiszorg in de buurt te behouden. Basiszorg die geleverd wordt door bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleegkundigen of deels door ziekenhuizen. Dit beleidsstreven houdt niet automatisch in dat complete ziekenhuizen met het volledige palet aan ziekenhuiszorg onder alle omstandigheden in de buurt behouden moeten blijven. Kwaliteitsnormen of de financiële positie van een ziekenhuis kunnen voor een ziekenhuis aanleiding zijn voor een heroriëntatie op het zorgaanbod. Ik kan

¹ Het Financieele Dagblad, 4 augustus 2011.

me voorstellen dat een ziekenhuis hierbij de keuze maakt voor behoud van bepaalde laagcomplexe zorg met een hoog volume in het ziekenhuis zelf en te stoppen met de complexe zorg waaraan strenge eisen van kwaliteit en veiligheid zijn verbonden. Deze ontwikkeling sluit aan bij mijn beleidsdoelstelling van kleinschalige zorg nabij.

Vraag 3

Wilt u toelichten wat de gevolgen zullen zijn voor de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg in een stad als Zoetermeer met bijna 122 000 inwoners? Bent u van mening dat de bereikbaarheid binnen de, voor de veiligheid en volksgezondheid verantwoorde, normen blijft?

Antwoord 3

Er zijn geen normen voor de bereikbaarheid van de totale ziekenhuiszorg. De bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor de acute zorg is enige norm die hier van belang is. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft onlangs onderzocht welke SEH-locaties kritisch zijn voor deze bereikbaarheidsnorm. Ik heb u deze analyse op 18 juli 2011 toegestuurd. LLZ in Zoetermeer is volgens de berekening van het RIVM geen kritische locatie en er zullen dus met een eventuele sluiting van deze SEH geen inwoners buiten de normtijd van 45 minuten vallen. Dit heeft te maken met de beschikbaarheid en bereikbaarheid van voldoende ziekenhuizen met een SEH in de regio.

Vraag 4

Verwacht u dat het LLZ een volwaardige Spoedeisende Hulp (SEH) met acht basisspecialismen zal behouden? Zo ja, op grond waarvan? Zo nee, wilt u hiervoor als systeemverantwoordelijke garant staan en wilt u dit antwoord toelichten?

Antwoord 4

Vooruitlopend op de definitieve plannen heeft LLZ mij laten weten dat zij in het gewijzigde en afgeslankte profiel 24 uur per dag spoedzorg beschikbaar zal houden in Zoetermeer. Wat deze spoedzorg exact behelst, is op dit moment op basis van de huidige plannen nog niet duidelijk aan te geven.

Vraag 5

Hoeveel banen zijn gemoeid met de aangekondigde reorganisatie van het LLZ? Op welke afdelingen zullen ontslagen vallen?

Antwoord 5

LLZ heeft me hierover de volgende informatie verstrekt. De reductie van het aantal full time eenheden is vooralsnog berekend op 114 fte's (152 banen). De coöperatie beschikt over een zeer recent gezamenlijk met de vakbonden opgesteld concept-sociaal plan dat ondermeer voorziet in het zoveel mogelijk herplaatsen van boventallige medewerkers van LLZ bij de andere ziekenhuizen. Verder bestaat bij LLZ de verwachting dat als gevolg van natuurlijk verloop uiteindelijk een gering aantal personen elders aan een nieuwe baan geholpen moet worden.

Vraag 6

Wilt u de Kamer een overzicht sturen van het risico dat per ziekenhuis in Nederland wordt gelopen op faillissement of overname als gevolg van liquiditeitsproblemen door afwaardering van vastgoed? Welke ziekenhuizen lopen het grootste risico? Zo nee, waarom bent u hiertoe niet bereid?

Antwoord 6

Ik ga hier uit van de eigen verantwoordelijkheid en belangen van de betrokken partijen. Aanbieders en hun belanghebbenden, waaronder zorgverzekeraars/zorgkantoren, banken, cliënten(organisaties) en het personeel, worden zo optimaal gestimuleerd om alles op alles te zetten om een faillissement en daarmee discontinuïteit van zorg te voorkomen. Elk van de genoemde partijen heeft iets te verliezen. Zij hebben daarom belang bij vroegtijdige signalering en een terugvalplan. Ik zorg dat verzekeraars verplicht kunnen worden in hun overeenkomsten met zorgaanbieders afspraken te maken over vroegtijdige signalering van problemen.

Daarnaast krijgen zorgverzekeraars de plicht om te melden wanneer zij (op korte termijn) niet meer aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De NZa zal daar actief op toezien.

LLZ heeft aangegeven dat de herwaardering van vastgoed niet doorslaggevend is bij het optredende liquiditeitsprobleem op korte termijn. De hoofdzaak bij LLZ is dat de opbrengsten uit de zorg structureel niet in balans zijn met het kostenniveau.

Vraag 7

Bent u van mening dat de privatisering van het vastgoed van zorginstellingen mag leiden tot verminderde beschikbaarheid en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg? Zo ja, wat is het volgende ziekenhuis dat zal verdwijnen? Zo nee, op welke wijze gaat u dit voorkomen?

Antwoord 7

Wijzigingen in de eigendomsstructuur van instellingen mogen niet leiden tot het niet beschikbaar zijn van de zogenaamde cruciale zorgfuncties. Het monitoren van de beschikbaarheid van deze functies binnen de daartoe aangegeven normen reken ik tot mijn verantwoordelijkheid. Voor het overige kunnen wijzigingen in de eigendomsstructuur leiden tot veranderingen in het daadwerkelijke aanbod van zorg. De verzekeraar heeft hierbij de regie als het gaat om de invulling van zijn zorgplicht. De raden van bestuur van zorginstellingen zullen onder druk van de veranderende marktordering steeds meer gedwongen worden het aanbod van zorg zodanig in te richten dat het voldoet aan de wensen van de verzekerden. Het eigendom en de beschikbaarheid van het vastgoed zal volgend zijn op deze ontwikkelingen.

Vraag 8

Deelt u de mening dat het niet ingrijpen door de overheid bij een dreigend faillissement van een ziekenhuis gelijk staat aan vernietiging van door de zorgpremie- en belastingbetaler opgebracht kapitaal? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Ik deel die mening niet. Zorgaanbieders hebben zelf de verantwoordelijkheid om hun bedrijfsvoering op orde te houden. Wanneer hen dat niet lukt, gaan ze failliet. Het ontbreken van die prikkel en de ondoelmatigheden die daaruit voortvloeien trekken naar mijn mening een grotere wissel op de premie- en belastingbetaler. De reële dreiging van een faillissement zal de zorgaanbieders, maar ook andere belanghebbenden zoals zorgverzekeraars, banken en personeel juist aansporen om hun uiterste best te doen om een faillissement te voorkomen. De zorgaanbieder kan daartoe zelfs zorgactiviteiten en/of gebouwen verkopen en met de opbrengst daarvan de zorg en financiën weer op orde krijgen.

Wanneer de overheid zou ingrijpen bij een dreigend faillissement, heeft de zorgaanbieder daarentegen geen prikkel meer om verstandig met de premie- en belastingmiddelen om te gaan.

Vraag 9

Waarom heeft, indien de zorg in een ziekenhuis van onvoldoende kwaliteit is of er financiële problemen zijn ontstaan, het simpelweg failliet laten gaan uw voorkeur boven overheidsingrijpen namens de premiebetaler om de zorg op het gewenste niveau te brengen? Heeft dit iets te maken met uw geloof in marktwerking als ordeningsmechanisme voor de gezondheidszorg?

Antwoord 9

Ik ben er van overtuigd dat een reële dreiging van faillissement er voor zal zorgen dat zorgaanbieders en hun belanghebbenden zullen zorgen dat financiële problemen worden voorkomen of, wanneer ze zich toch voordoen, zo snel mogelijk worden opgelost. Indien het de aanbieder niet lukt, wil ik hem niet belonen door hem alsnog te redden. Ik ontnem dan immers de kans voor andere zorgaanbieders om de zorg over te nemen en deze wel rendabel aan te bieden.

Overigens kan en wil ik, via de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), wel ingrijpen als een zorgaanbieder slechte kwaliteit levert. De IGZ heeft daartoe diverse instrumenten zoals een aanwijzing, het plaatsen van een zorgaanbieder onder verscherpt toezicht of het geven van een bevel.

Vraag 10

Is het niet ten principale zo dat de zorgbehoefte leidend moet zijn bij het al dan niet in stand houden van ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen en dat niet andere redenen als financiële problemen, vermeend eigenbelang en strategische afwegingen of het worden weggeconcentreerd door andere ziekenhuizen bij mismanagement, een reden mag zijn voor het verdwijnen van ziekenhuizen of het sluiten van afdelingen? Zo nee, kunt u dit nader motiveren?

Antwoord 10

De zorgverzekeraars moeten aan de zorgplicht tegenover hun verzekerden voldoen. Wanneer de zorgverzekeraar voor het voldoen aan zijn zorgplicht een bepaalde aanbieder niet (meer) nodig heeft, is er geen reden die zorgaanbieder in stand te houden. Alleen wanneer blijkt dat er na een faillissement geen vervangend aanbod voor cruciale zorg kan worden gevonden, garandeert de overheid dat de zorg, niet de zorgaanbieder, in stand worden gehouden.

Vraag 11

Wilt u toelichten waarom het College Sanering Zorginstellingen wordt ondergebracht bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), terwijl deze organisatie nauwelijks toezicht houdt op de financiële situatie van een zorgaanbieder? Vindt u het, gelet op de huidige en te verwachten problemen met het vastgoed, verstandig om deze taken aan de NZa over te dragen? Is het niet veel verstandiger het College Sanering Zorginstellingen vooralsnog in stand te houden gezien de onzekere situatie van vele zorginstellingen?²

Antwoord 11

Het College sanering zorginstellingen (Csz) heeft momenteel niet de wettelijke taak toezicht te houden op de financiële situatie van een zorgaanbieder. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt geen toezicht op de financiële situatie van individuele zorgaanbieders. Dit is dus geen argument om het Csz niet bij de NZa onder te brengen. In de afgelopen jaren heeft het Csz wel in een aantal gevallen, op verzoek van de minister van VWS, onderzoek gedaan naar de financiële situatie van een individuele zorgaanbieder. Het betreft hier echter geen wettelijke taak van het Csz; medewerking door zorgaanbieders aan dergelijk onderzoek van het Csz gebeurde op basis van vrijwilligheid. In mijn brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg» aan uw Kamer van 27 april 2011 heb ik aangegeven wat mijn verantwoordelijkheid is bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Onderzoek op mijn verzoek naar de financiële situatie van een individuele zorgaanbieder past niet meer bij mijn verantwoordelijkheid zoals ik die in deze brief heb weergegeven. Nu niet langer sprake is van saneringsbeslissingen door de minister en ook het bouwregime op grond van de Wtzi inmiddels is afgeschaft, waardoor meer vrijheden voor zorgaanbieders ten aanzien van hun vastgoed ontstaan, ligt het in de rede om de resterende taken van het Csz onder te brengen bij de NZa. Na inwerkingtreding van de Wet cliëntenrechten zorg, de Tijdelijke wet ambulancezorg en de Wet investeren in zorg door uitkeerbare winst medisch specialistische zorg, thans nog wetsvoorstellen, gaat het uitsluitend nog om de saneringsregeling op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Daarnaast heeft het Csz op grond van het wetsvoorstel voor een Tijdelijke wet ambulancezorg nog de taak om saneringsaanvragen af te wikkelen, die op grond van de Wet ambulancevervoer zijn ingediend. In het kader van de overgang naar integrale tarieven in de cure en de care zijn er goede overgangsregimes vastgesteld, om problemen met vastgoed te voorkomen. Bij de uitvoering van deze overgangsregimes speelt het Csz geen rol. De NZa is hier de aangewezen toezichthouder. Besloten is de taken van het Csz met het oog op verdere stroomlijning van de taken van zelfstandige bestuursorganen op het terrein van de zorg te doen overgaan naar de NZa. Daarmee zal het aantal zelfstandige bestuursorganen in de zorg met één worden teruggebracht. Dit draagt bij aan de bestuurlijke vereenvoudiging die de regering voorstaat.

² <http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/Schippers-heft-College-sanering-zorginstellingen-op.htm>