

Vergaderjaar 2010–2011

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 147**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 26 mei 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 maart 2011 inzake de stand van zaken met betrekking tot de ziekenhuiszorg in Zeeland (29 247, nr. 141).

De op 1 april 2011 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 25 mei 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, .E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).  
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	8

**I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de stand van zaken brief met betrekking tot de ziekenhuiszorg in Zeeland. Zij hebben echter één vraag. Kan de minister de Kamer informeren hoeveel Zeeuwen zich laten behandelen in het Universitair Ziekenhuis Gent, het Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaars en het Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn te Gent?

**Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van stand van zakenbrief met betrekking tot de Zeeuwse ziekenhuiszorg. Voor deze leden is de continuïteit van (cruciale) zorg in Zeeland van het grootste belang. De onduidelijkheid over zorgvoorzieningen in de regio blijft te lang in de lucht hangen. Genoemde leden hebben naar aanleiding van de brief enkele aanvullende vragen en opmerkingen voor de minister. Ten eerste hebben zij vragen over de financiële positie van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). Klopt het gerucht dat het budgettaire tekort van het ziekenhuis de afgelopen maanden is opgelopen en zo ja, hoe komt dit? Is het waar dat er gedwongen ontslagen, 100 in totaal, bij het ADRZ zullen vallen? Het ADRZ heeft het voornemen nieuwbouw in Walcheren neer te zetten, maar TNO concludeert echter dat haar bouwscenario's niet sluitend zijn. De minister legt de verantwoordelijkheid nu bij het ADRZ om in overleg met potentiële financiers, verzekeraars en lokale partijen met een alternatief investeringsplan te komen. Wordt hierbij aan alternatieve financieringsvormen gedacht? In hoeverre beïnvloedt de vertraging in de nieuwe locatie de verdere uitwerking van de fusie? De raad van bestuur heeft zelf gezegd dat de nieuwbouw een fusievoorwaarde was. Overweegt de minister of de provincie garant te staan voor de bouw van een nieuw ziekenhuis, in ruil voor zeggenschap?

De concentratie tot het ADRZ in Zeeland heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) slechts onder bepaalde voorwaarden goedgekeurd. Belangrijke voorwaarde was dat de prijzen op hetzelfde niveau als voor de fusie gehandhaafd moeten blijven. Hoe verhoudt deze voorwaarde zich tot het voornemen van de minister het B-segment naar 70% uit te breiden? Het ADRZ mag dan immers vrij onderhandelen over prijs en volume? Genoemde leden vragen hoe de ziekenhuiszorgfuncties over Zeeland worden verspreid. De raad van bestuur van het ADRZ heeft kenbaar gemaakt een gedeelte van het zorgaanbod naar Goes te verplaatsen en andere behandelingen in Walcheren uit te voeren. Als het gaat over het verdelen van functies over beide locaties, kan de minister uiteenzetten wat de stand van zaken is? Kan de minister expliciet toelichten welke functies waar worden uitgevoerd of in welk tempo de verdeling tot stand zal komen?

Doelstelling van de fusie tot het ADRZ was verbetering van de zorgkwaliteit en de bereikbaarheid van acute zorg. Dit was voor de NMa doorslaggevend om goedkeuring te verlenen aan de concentratie. Deze leden lezen in de brief van de minister dat er een IC-level 1 in Goes komt te staan. Dit komt niet overeen met de eerdere communicatie door het ADRZ dat er een IC-level 2 zou worden georganiseerd. Klopt deze bewering van de

minister? Wat zou een IC-level 1 in plaats van een IC-level 2 betekenen voor de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg in de Zeeuwse regio? In Vlissingen wordt momenteel in plaats van een IC-level 1 een IC-faciliteit neergezet. Wat valt er precies onder deze IC-faciliteit en heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de kwaliteit van de opvang- en stabilisatie-instrumenten gecontroleerd? Kan men met de totstandkoming van deze IC-faciliteit daadwerkelijk zeggen dat de zorgkwaliteit en bereikbaarheid verbetert? De directie van het ADRZ heeft duidelijk aangegeven dat er door de introductie van de IC-faciliteit geen kwaliteitsverlaging zou optreden, enkel zou het aantal bedden worden gereduceerd. Hoe komt het dat de minister nu aangeeft dat er wel sprake is van kwaliteitsverlies? In hoeverre is de IC-faciliteit een toevoeging op de opvang- en stabilisatieapparatuur die ook in een ambulance aanwezig is? Weet de minister zeker dat de IC-faciliteit in Vlissingen blijft bestaan, of is er reden te veronderstellen dat deze later zal moeten worden opgeheven omdat deze niet aan de richtlijnen kan voldoen? Zal de IGZ in de toekomst de IC-faciliteit blijven controleren of zij wel aan de richtlijnen blijft voldoen? Als de IC-faciliteit in Vlissingen wordt opgeheven, wordt dan de 45 minutengrens tot de spoedeisende hulp gehaald?

Ten slotte hebben de leden van de PvdA-fractie vragen over de verdeling van specialistische functies waarover Goes en Terneuzen samenwerkingsafspraken zouden maken. Wat is de stand van zaken? Leidt de samenwerking momenteel tot een verdeling van de functies, dit in verband met het concentratiebeleid van de minister? Is de minister van oordeel dat beide ziekenhuizen in de dezelfde mate worden aangesproken inzake de beoogde samenwerking? Hoe wil de minister die samenwerking afdwingen? De minister heeft besloten dat het ADRZ met Terneuzen moet samenwerken op het gebied van PCI-behandelingen. Hoeveel percutane coronaire interventies (PCI's) worden er op dit moment in Terneuzen uitgevoerd? Zijn er wachtlijsten voor PCI-behandelingen in Terneuzen? Worden er al behandelingen in het gebied aan het ADRZ toegewezen? Wat is de rol van de grootste regionale zorgverzekeraar CZ en de provincie bij het verdelen van de specialistische functies?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling de brief van de minister gelezen over het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). Zij hebben de volgende vragen. Het ADRZ is er nog niet in geslaagd om een alternatief financieringsplan op te stellen. Waar zitten hier de knelpunten? De minister geeft aan dat het nu aan het ADZR is om in overleg met potentiële financiers, verzekeraars en lokale partijen tot een alternatief investeringsplan te komen, mogelijk aan de hand van een bredere toekomstschets van hoe de ziekenhuiszorg in Zeeland op termijn moet worden georganiseerd. Wie moet hiervoor het initiatief nemen? Kan de minister toelichten op welke termijn de uiteindelijk verbouw/vernieuwing gerealiseerd moet zijn? Wat zijn de consequenties voor de continuïteit van zorg wanneer de realisatie van de bouwplannen op zich laat wachten? De minister is van mening dat er voortvarendheid geboden is om tot investeringsplannen te komen. Kan de minister dit nader preciseren? Heeft zij een termijn voor ogen en hoe houdt zij de vinger aan de pols? De minister heeft het ADRZ op de hoogte gesteld dat ze de voorkeur geeft aan samenwerking met ZorgSaam in Terneuzen in plaats van een tweede vergunning aan het ADRZ. Zijn er al stappen gezet tot deze samenwerking?

Het zorgaanbod in Zeeland moet zo worden georganiseerd dat de kwaliteit en bereikbaarheid gegarandeerd is in samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraar. Wie neemt hier het initiatief en wanneer zijn er resultaten te verwachten?

## **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie volgen met grote zorgen de ontwikkelingen bij het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). De financiële situatie is slecht. Onder de bevolking is en wordt het draagvlak van de concentratieplannen van het ziekenhuis, waardoor de zorg op Walcheren steeds verder achteruitgaat, minder en minder. De overheid die de fusie van de ziekenhuizen heeft toegestaan draagt grote verantwoordelijkheid om de ziekenhuiszorg kwalitatief goed, toegankelijk en bereikbaar te houden. De fusie was niet noodzakelijk en onwenselijk. En nu zitten we met de gebakken peren.

Hoe gaat de minister de negatieve spiraal doorbreken en verdere afbraak van de zorg voorkomen? De leden van de SP-fractie wijzen op de individuele schriftelijke vragen van het lid Van Gerven die op 24 maart jongstleden zijn ingediend over de penibele situatie van het ziekenhuis en waarop wij snel een antwoord van de minister verwachten.

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot de verloskunde op Walcheren en het ziekenhuis in Vlissingen? Hebben zich de laatste tijd nog incidenten voorgedaan waarbij de kwaliteit van de verloskundige zorg in het geding is geweest?

Wat is het oordeel van de minister over de samenwerking tussen het ADRZ en de MC groep? Staat zij negatief ten opzichte van een overname door de MC groep en hoe groot acht zij de kans dat dit gaat gebeuren? Bent u bereid ondersteuning te bieden om tot oplossingen te komen die gedragen worden door de Zeeuwse samenleving en recht doen aan het recht op goede ziekenhuiszorg ook op Walcheren? Hoe garandeert de minister de continuïteit van het ADRZ? Wanneer acht u het moment gekomen om in te grijpen?

## **Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de stand van zakenbrief inzake de ziekenhuiszorg in de provincie Zeeland. Voor deze leden staat net als voor de minister voorop dat kwalitatief goede zorg dichtbij geboden moet worden. Daarom blijven genoemde leden zich inzetten voor behoud van een ziekenhuis op Walcheren, op goede afstemming van de zorg in de regio Zeeland en op samenwerking en vernieuwende vormen van zorg om deze zo dicht mogelijk in de buurt te kunnen blijven regelen. Hoewel de leden van de GroenLinks-fractie de visie van de minister op het gebied van zorg dichtbij steunt, maken zij zich wel zorgen over de beschikbaarheid van noodzakelijke zorg in de regio. Zij vragen de minister dan ook stevig de vinger aan de pols te houden, zelf ook verantwoordelijkheid te nemen en tijdig te anticiperen op ontwikkelingen in de regio.

De financiële situatie van het ADRZ en het uitblijven van een sluitende businesscase voor de bouwscenario's baart deze leden zorgen. Zij kunnen zich vinden in de lijn van de minister dat het aan het ADRZ is om in overleg met potentiële financiers, verzekeraars en lokale partijen tot een investeringsplan te komen. Voorts zijn zij van mening dat een bredere toekomstschets van de regionale visie op de (ziekenhuis)zorg in Zeeland daaraan ten grondslag moet liggen. Daarbij dient voorop te staan dat ook in een dunbevolkte regio als Zeeland en de specifieke situatie op Walcheren, zorg altijd goed bereikbaar moet zijn. De huidige financiële problemen mogen wat deze leden betreft niet betekenen dat de zorg voor inwoners van Walcheren verder onder druk komt te staan of wordt uitgekleed. Wie is de regievoerder bij de totstandkoming van een bredere toekomstschets en welke rol heeft de minister daarbij voor zichzelf en haar ministerie in gedachte? Op welke wijze is zij betrokken bij de inrichting van de zorg in dunbevolkte regio's als Zeeland en specifiek Walcheren? Deelt de minister de mening dat hierbij het regionale belang

voorop moet staan en niet de zakelijke en commerciële belangen van zorgaanbieders in de regio? Het indienen van een vergunningaanvraag voor PCI's in deze regio, terwijl elders al een vergunning verleend was, is voor genoemde leden tekenend voor de wijze waarop het zakelijk belang boven het regionale belang geplaatst dreigt te worden. De fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen was vooral ingegeven door financiële situatie. Deze situatie is nu nog nijpender, mede door de generieke korting op ziekenhuisbudgetten naar aanleiding van overschrijdingen op het budgettaire kader zorg (BKZ). Genoemde leden maken zich mede daarom zorgen over de signalen dat bij voorjaarsnota weer een fikse overschrijding van het BKZ gerapporteerd zal worden en over de maatregelen die mogelijk naar aanleiding daarvan genomen zullen worden. Verwacht de minister dat ook naar aanleiding van deze overschrijding op ziekenhuisbudgetten gekort gaat worden? Deelt zij de zorgen voor de continuïteit van zorg en garandeert zij dat deze niet in het geding zal komen?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben lange tijd aangedrongen op besluitvorming over de vergunningaanvraag voor het verrichten van percutane coronaire interventies (PCI) door het ADRZ te Goes. Daarbij heeft voor genoemde leden altijd voorop gestaan dat de bereikbaarheid en kwaliteit van deze zorg in een regio als Zeeland niet gebaat is bij concurrentie, maar juist bij samenwerking. Zij kunnen dan ook instemmen met het besluit zoals dat nu genomen is en hopen dat de samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen goed tot stand zal komen op een wijze die de beschikbaarheid, bereikbaarheid en goede kwaliteit van deze zorg voor inwoners van de regio garandeert. Op welke wijze houdt de minister nog een vinger aan de pols of deze samenwerking ook goed tot stand komt?

Genoemde leden delen de mening dat het voor de regio noodzakelijk is dat de samenwerking niet alleen op het gebied van PCI's gestalte dient te krijgen. De minister ziet daarin een belangrijke rol voor het ADRZ. Kan de minister toelichten of en welke stappen in de regio al genomen worden op het gebied van samenwerking? Heeft zij er vertrouwen in dat deze samenwerking ook voldoende van de grond zal komen?

In de brief stelt de minister dat wanneer IC-zorg in Vlissingen niet volgens de geldende normen kan worden aangeboden, dit op die locatie ook niet meer moet gebeuren. Voor deze leden staat uiteraard voorop dat de geboden zorg kwalitatief goed moet zijn, maar er moet wel alles op alles gezet worden om er toch voor te zorgen dat kwalitatief goede zorg ook beschikbaar en bereikbaar blijft. De minister geeft ook aan dat zij zal blijven aandringen op het verkennen en aanbieden van vervangende vormen van zorg, zodat er voldoende alternatieven voor de mensen beschikbaar blijven. De leden van de GroenLinks-fractie willen de minister graag steunen in dit voornemen en zien graag een nadere uitleg hoe de minister dit voor ogen heeft. Daarnaast vragen zij de minister op welke wijze de motie Van der Vlies c.s.<sup>1</sup>, waarin gepleit wordt voor het behoud van een klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren, wordt meegenomen in dit voornemen. Wat is voor haar de betekenis van deze motie en welke voornemens verbindt zij hieraan? In hoeverre klopt de constatering dat de minister zich neerlegt bij de concentratie van de ziekenhuiszorg in Goes en in hoeverre beschouwt de minister de fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen als een gegeven? Wat is de insteek van de minister met betrekking tot haar voorkeur voor het behoud van een volwaardig ziekenhuis op Walcheren? Kan de minister uiteenzetten welke stappen zij wil en kan nemen om die voorkeur ook te handhaven? Wat kan en is zij voornemens te doen als de financiering voor nieuw- of verbouw van een ziekenhuis op Walcheren onverhoopt niet van de grond komt? De financiële situatie van de betrokken ziekenhuizen is op dit moment al zorgwekkend, er is geen geld om te investeren en er wordt personeel ontslagen. Blijft de minister ook toezicht houden op de kwaliteit van de zorg en of de kwaliteit van de

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 140.

zorg in de regio inderdaad gebaat is geweest bij de fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen?

Het besluit van deze minister om de ambulancestandplaats op de kop van Walcheren structureel te financieren kan op steun van deze leden rekenen. Wel willen zij duidelijk maken dat het plaatsen van deze ambulance wat hen betreft een lapmiddel is om problemen als gevolg van de ziekenhuisfusie en het steeds slechter bereikbaar worden van noodzakelijke zorg voor bewoners van Walcheren te verminderen. Zij vragen de minister dan ook om blijvend een vinger aan de pols te houden voor wat betreft de bereikbaarheid van de noodzakelijke zorg voor bewoners van de gehele regio en vragen tijdig maatregelen te treffen in het geval de beschikbaarheid, bereikbaarheid en de continuïteit van cruciale zorg in het geding is of komt.

De minister geeft aan dat wat haar betreft enige voortvarendheid geboden is aan de kant van het ADRZ om in overleg met potentiële financiers, verzekeraars en lokale partijen met nieuwe investeringsplannen te komen, zodat de kwaliteit van de zorg en de financiële gezondheid van het ADRZ voor de langere termijn wordt geborgd. Genoemde leden delen het standpunt van de minister dat de verantwoordelijkheid hiervoor in eerste instantie bij het ADRZ zelf ligt. Echter, zij maken zich zorgen over de mogelijke gevolgen wanneer dit te lang duurt en de resultaten uitblijven. Daarom vragen zij aan de minister bij wie de regie en de eindverantwoordelijkheid dient te liggen. Wie grijpt er in wanneer de situatie te lang duurt en de beschikbaarheid van zorg en uitzicht op verbetering van de situatie in het geding komt? Op welke wijze garandeert de minister dat hiermee de beloften rondom een ziekenhuis op Walcheren niet geschonden worden? Het betreffende ziekenhuis moet op dit moment al flink bezuinigen en voelt zich gedwongen personeel te laten gaan. Het bestuur van het ADRZ geeft zelf al aan dat de personele maatregelen op veel plekken in de organisatie tot hoge werkdruk leiden. Wat is de reactie daarop van de minister?

### **Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie**

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister, waarin zij de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg in de provincie Zeeland beschrijft. Deze leden constateren dat het vijf voor twaalf is als het gaat om de toekomst van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). Zij hebben er daarom dringend behoefte aan de minister een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen.

Genoemde leden maken zich ernstige zorgen over de financiële positie van het ADRZ. Kan de minister uiteenzetten hoe groot het tekort van het ziekenhuis exact is en hoe dat tekort is opgebouwd? Hoe pakt de generieke budgetkorting uit voor het ADRZ? De raad van bestuur houdt volgens de nieuwsbrief van dinsdag 22 maart 2011 rekening met een overheidskorting van € 6 miljoen<sup>1</sup>. Op basis van een inschatting van de vereniging van ziekenhuizen (NVZ) die genoemde leden onder ogen kwam, bedraagt de meest recente korting (macro € 314 miljoen) echter circa € 3,3 miljoen. Als je daar de vorige korting uit 2008 bij optelt (macro € 150 miljoen), zou je verwachten in totaal niet boven de € 5 miljoen euro voor het ADRZ uit te komen. Welk bedrag is volgens de minister juist? Hoe is het bedrag van € 6 miljoen uit de nieuwsbrief opgebouwd? Heeft het ADRZ bijgedragen aan de overschrijding die aan deze korting(en) ten grondslag ligt? In hoeverre is de liquiditeitspositie van het ziekenhuis in gevaar door het tekort?

Genoemde leden betwijfelen of het een reële opgave is om de budgetkorting en de erfenis uit het verleden samen op korte termijn weg te werken. Vanwege de omvang van het tekort ziet de raad van bestuur van het ziekenhuis zich nu genoodzaakt twee maatregelen tegelijkertijd te nemen: het standaardiseren van processen en het af laten vloeien van

<sup>1</sup> De Ruyters Journaal, Extra editie nummer 12.

personeel. Deze leden menen dat het af laten vloeien van personeel zonder dat de processen gestandaardiseerd zijn, een negatief effect zal hebben op de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en daarmee ook op kwaliteit van de zorg en de toch al hoge werkdruk voor het personeel. Daarom pleiten zij ervoor om het ziekenhuis in de gelegenheid te stellen eerst de standaardisatie van de processen goed op orde te laten brengen, alvorens personeel af te laten vloeien. Dat kan volgens deze leden met het temporiseren van de budgetkorting in drie gelijke delen, plus een opslag voor de tijdelijk gederfde overheidsinkomsten. Graag reactie van de minister op dit voorstel.

Afgezien van het tekort wordt 2012 een spannend jaar voor veel ziekenhuizen. Dat komt vooral door een aantal grote systeemwijzigingen, zoals de verantwoordelijkheid voor het honorarium van medisch specialisten, het DOT-systeem en de uitbreiding van het B-segment. Voor het succesvol implementeren van die wijzigingen is eerder meer dan minder personeel nodig. Ook moeten daarvoor extra investeringen gedaan worden, bijvoorbeeld in de ICT. Komt het ADRZ door deze veranderingen niet nog verder in de problemen?

De minister geeft aan dat het ADRZ er nog niet in is geslaagd een sluitende business case te presenteren voor de nieuwbouw. Volgens de minister is het aan het ADRZ om tot een alternatief investeringsplan te komen. Hoe groot schat de minister de kans in dat er een geloofwaardig alternatief investeringsplan komt, gezien de volgende moeilijke financiële situatie? Het ziekenhuis heeft op dit moment een laag eigen vermogen. Hoe realistisch is het dat banken een lening verstrekken met het huidige eigen vermogen? Daarnaast heeft de NMa een absoluut prijsplafond ingesteld voor het B-segment van het ADRZ. Daarmee beoogt de NMa een te dominante positie van het ziekenhuis na de fusie te voorkomen. Als gevolg daarvan is het echter ook onmogelijk geworden voor verzekeraars om een opslag te geven om daarmee het bouwdoosje mogelijk te maken. Blijft het absolute prijsplafond ook gehandhaafd als het B-segment per 2012 wordt uitgebreid? Zo ja, welke alternatieve mogelijkheden ziet de minister in dat geval voor verzekeraars om bij te dragen aan financieringsmogelijkheden voor de nieuwbouw? Ook lijkt de productie-ontwikkeling van het ADRZ achter te blijven ten opzichte van de landelijke productie-ontwikkelingen. Neemt het aantal patiënten van het ADRZ inderdaad structureel af? Zo ja, waardoor komt dat? Gaan patiënten bijvoorbeeld steeds meer naar de omliggende ziekenhuizen in Terneuzen, Dirksland, Bergen op Zoom of België?

Indien het ziekenhuis niet in staat blijkt een sluitende alternatieve business case voor de gewenste nieuwbouw te overleggen, welke gevolgen heeft dat volgens de minister dan voor de ziekenhuiszorg op Walcheren? Voelt de minister zich, gezien het lange fusieproces en de interventies van ambtsvoorgangers, medeverantwoordelijk om tot een adequate oplossing van het bouwdoosje te komen? Wat zijn de mogelijkheden in dat geval om het bestaande ziekenhuis op Walcheren zo te verbouwen dat het beter op de toekomst is voorbereid?

De minister wijst erop dat het initiatief ligt bij het ADRZ «om het zorgaanbod in Zeeland zo te organiseren dat de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg goed is». In de brief over de vergunning rond het PCI-centrum wordt die vraag ook aan ZorgSaam ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen voorgelegd. Is de stelling zoals verwoord in de brief van de Gedeputeerde Staten van Zeeland<sup>1</sup> juist dat de ziekenhuizen dit samen moeten doen? Waar ligt het primaat? Hoe worden de andere Zeeuwse zorgaanbieders daarbij betrokken? Wordt de minister geïnformeerd over de vorderingen rond de samenwerking in Zeeland tussen de ziekenhuizen en de overige zorgaanbieders?

De minister schrijft daarnaast dat er behoefte is aan een plan dat in samenwerking met de zorgverzekeraars zijn beslag moet krijgen. Hoe ziet de minister dat? Hoe kijkt de minister aan tegen de afdwingbaarheid van

---

<sup>1</sup> Brief Gedeputeerde Staten Zeeland aan minister Schippers, verzonden 15 maart 2011

een dergelijk plan in relatie tot onderlinge samenwerking, en hoe wordt dan omgegaan met «van buitenaf komende zorgaanbieders»? De NMa zal hier zeker ook een mening over hebben. Heeft de minister hierover contact gehad met de NMa?

De minister vermeldt het standpunt van de IGZ, namelijk dat het ziekenhuis zelf de afweging moet maken of er verantwoorde IC-level 1 zorg geleverd kan worden in Vlissingen. Zoals bekend heeft de Kamer de regering bij motie-Van der Vlies c.s.<sup>1</sup> verzocht zich sterk te maken voor een klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren voor de acute zorg en de basiszorg, waaronder een afdeling verloskunde. Die motie kwam tot stand na een uitspraak van de toenmalige interim-directeur in een interview. Hij stelde dat er mogelijkheden zijn voor een tweedeling in de intensive care zorg: een high care level intensive care in Goes en een level 1 intensive care op Walcheren. Op dit moment geeft het ADRZ aan dat zij in de toekomst een IC-faciliteit op de locatie Vlissingen beschikbaar wil houden. Kan de minister uiteenzetten welke inspanningen zij en haar voorganger hebben verricht om de motie-Van der Vlies c.s. onder de aandacht van het bestuur van het ADRZ te brengen? Wat is er veranderd sinds de voormalige interim-directeur de uitspraak deed dat hij mogelijkheden zag voor een IC-level 1 op Walcheren? Zet deze brief nu een streep onder het Zeeuwse ziekenhuisdossier in die zin, dat de motie Van der Vlies c.s. helemaal uit beeld is?

Daarnaast willen de leden van de SGP-fractie van de minister weten wat er precies onder een IC-faciliteit valt. Betreft het dan een volledige afdeling in het ziekenhuis, of betreft het slechts een aantal hulpmiddelen die ingezet kunnen worden bij een patiënt die tijdens een behandeling spoedeisende zorg nodig heeft? Kan de kwaliteit van de IC-faciliteit wel gegarandeerd worden?

De minister schrijft dat de bereikbaarheid en de kwaliteit van acute zorg niet in gevaar zijn met het aanbod van een IC-level 1 in Goes. Genoemde leden hopen dat de minister hier een typefout heeft gemaakt, waarbij per ongeluk de toets is ingedrukt die het dichtst bij de 2 lag. Tot nu toe is toch immers steeds gecommuniceerd dat er in Goes een IC-level 2 zou komen? Als de minister geen typefoutje heeft gemaakt, dan horen deze leden dat graag, inclusief de reden van deze ingrijpende wijziging.

De leden van de SGP-fractie hebben verheugd kennisgenomen van de structurele financiering van de ambulance op de kop van Walcheren. Daarmee is uitvoering gegeven aan motie-Van der Vlies<sup>2</sup>. Deze leden menen ook namens de bewoners op de kop van Walcheren te kunnen spreken als zij de minister hiervoor hartelijk willen bedanken.

Er wordt al lang gesproken over een extra af- en oprit van de A58 bij Goes-zuid. Er is wel een ambulancebaan, maar die is niet helemaal veilig. Wat is de stand van zaken op dit dossier? Is de minister bereid het belang van deze zaak nog eens in warme bewoordingen onder de aandacht van haar collega minister van Infrastructuur en Milieu te brengen?

## **II. Reactie van de minister**

Bij brief van 5 april 2011 heb ik het verslag ontvangen van het Schriftelijk Overleg naar aanleiding van mijn brief van 2 maart 2011 inzake de stand van zaken met betrekking tot de ziekenhuiszorg in Zeeland. Hierbij geef ik u mijn reactie op de vragen die vanuit de fracties tijdens het Schriftelijk Overleg zijn gesteld.

Gelet op de gelijksoortige vragen die vanuit de fracties zijn gesteld, heb ik ervoor gekozen per onderwerp een reactie te geven.

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 140.

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 21.



### *Financiële positie ADRZ*

Op de financiële positie van het ADRZ en het punt van de gedwongen ontslagen ben ik reeds in de antwoorden op Kamervragen van het SP-lid Van Gerven ingegaan (8 april 2011, MC-U-3058785). Hieronder treft u hieruit de passages aan die antwoord geven op de door de leden van de diverse fracties gestelde vragen.

Het ADRZ heeft in haar berichtgeving gemeld dat het gaat om maatregelen op de begroting 2011 ter grootte van € 8 miljoen. Zonder deze maatregelen zou het ADRZ eind 2011 met een tekort van € 8 miljoen eindigen. Volgens het ADRZ is het in de pers genoemde tekort van € 14 miljoen onjuist. Het ADRZ heeft in haar berichtgeving een korting van overheidswege van structureel € 6 miljoen gemeld en aanvullende bezuinigingen van € 2 miljoen, tezamen dus € 8 miljoen. Er is volgens het ADRZ pas een liquiditeitstekort indien het ADRZ de aangekondigde bezuinigingen op de begroting 2011 niet zou realiseren. Het ADRZ heeft mij eind april nog gemeld dat de liquiditeitspositie op dit moment niet in gevaar is. Het ADRZ heeft op 22 maart jl. haar plannen gepubliceerd om de € 8 miljoen bezuinigingen concreet in te vullen.

Voor zover er sprake zou zijn van ontslagen is dat voor de individuele werknemers die het betreft natuurlijk een erg vervelende situatie. De gunstige arbeidsmarktsituatie in de zorg kan hen echter mogelijk weer nieuwe kansen bieden. Het is nu aan het ADRZ zelf om de maatregelen te nemen die zij nodig acht. Ik heb daar geen oordeel over, zolang de kwaliteit en bereikbaarheid van de cruciale zorg niet in het geding komen. De IGZ houdt daar toezicht op. Het ADRZ bericht zelf over de maatregelen die zij neemt, onder meer in haar nieuwsbrief voor stakeholders. In haar nieuwsbrief van 22 maart 2011 geeft ADRZ aan dat de formatie met 134,5 fte verminderd moet worden ten behoeve van een sluitende begroting 2011. Het ADRZ meldt dat het «Doorlopend Sociaal Plan» van toepassing is en sluit hierbij gedwongen ontslagen in de toekomst niet uit.

### *Alternatief bouw/investeringsplan*

In mijn brief aan uw Kamer van 2 maart 2011 heb ik aangegeven dat het ADRZ er nog niet in is geslaagd een sluitende business case te presenteren voor één van de voorliggende bouwscenario's. Dat betekent dat in elk scenario de kosten hoger zijn dan de inkomsten. In dezelfde brief van 2 maart 2011 heb ik verder aangegeven dat het aan het ADRZ is om in overleg met potentiële financiers, verzekeraars en lokale partijen tot een alternatief investeringsplan te komen, mogelijk aan de hand van een bredere toekomstschets van hoe de (ziekenhuis)zorg in Zeeland op termijn moet worden georganiseerd.

Een dergelijk alternatief investeringsplan is nodig om een negatieve spiraal te voorkomen. Ik zie daarbij ook een rol voor andere zorgaanbieders.

De termijn waarop de verbouw/vernieuwing gereed moet zijn is afhankelijk van het definitieve investeringsplan. Daaruit moet blijken hoeveel en welke locaties van het ADRZ nodig zijn. Van de huidige locaties van het ADRZ is grootschalig onderhoud/vernieuwing van de locatie Koudekerkseweg te Vlissingen het meest urgent (uiterlijk na een aantal jaar). Het ADRZ moet op zoek naar een alternatief investeringsplan in plaats van de huidige door het ADRZ gewenste bouwplannen, omdat de bestaande bouwplannen van het ADRZ (waaronder verbouw van de locatie Koudekerkseweg te Vlissingen) geen sluitende business case opleveren. Het ADRZ heeft mij gemeld dat zij thans andere opties onderzoekt om het

gewenste bouwprogramma te kunnen realiseren. Tot die tijd zal het ADRZ in haar bestaande huisvesting de continuïteit van zorg moeten garanderen.

De lokale partijen doen er verstandig aan om nog dit jaar tot een definitief alternatief investeringsplan te komen. Het ADRZ is direct belanghebbende en zal naar mijn verwachting daartoe het initiatief nemen. Ook zou bijvoorbeeld de zorgverzekeraar in mijn ogen het initiatief kunnen nemen. Uit de informatie die tot mijn beschikking staat, kan ik niet opmaken wanneer een dergelijk initiatief tot resultaten zou kunnen leiden. Als de situatie te lang duurt en de continuïteit van zorg in het gedrang zou kunnen komen, zie ik allereerst een rol voor de betrokken zorgverzekeraars gezien hun zorgplicht. Ondersteuning van mijn kant acht ik niet aan de orde; lokale partijen moeten dat echt zelf doen. Ik heb wel een verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder de bereikbaarheid van spoedeisende zorg binnen 45 minuten. Hierover heb ik u bij brief van 27 april 2011 uitgebreid geïnformeerd. Of er zich bij het opstellen van een alternatief investeringsplan knelpunten zullen voordoen, moet nog blijken. Lokale partijen kijken daarbij wellicht ook naar alternatieve financieringsvormen.

Ik heb er vertrouwen in dat lokale partijen komen tot een geloofwaardig alternatief investeringsplan. Banken en andere mogelijke financiers zullen niet alleen kijken naar de omvang van het eigen vermogen maar ook naar andere zaken zoals de kwaliteit van het investeringsplan en de baten en lasten in de komende periode. Verzekeraars hebben diverse mogelijkheden om bij te dragen aan financieringsmogelijkheden voor nieuwbouw, als de verzekeraar dat in het kader van zijn zorgplicht van belang acht. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om een lening of een garantstelling. Over de samenwerking met de MC-groep heb ik van het ADRZ vernomen dat zij verwachten hiermee te kunnen besparen op de inkoop van materiaal. Het ADRZ heeft aangegeven dat een overname door de MC-groep niet aan de orde is. Ik vind het belangrijk dat er met het oog op de continuïteit van zorg een alternatief investeringsplan komt. Ik heb daarbij geen oordeel over de mogelijke financiers van dat alternatief investeringsplan.

#### *Kortingsmaatregel*

Over de maatregelen naar aanleiding van overschrijdingen van het BKZ wordt u geïnformeerd bij Voorjaarsnota. Van belang hierbij zijn de mogelijke bestuurlijke afspraken met ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In mijn brief van 4 april (kenmerk CZ/IPZ-3059601) heb ik aangegeven dat het daarbij onder andere gaat om afspraken over beheerste macro volumeontwikkeling. Zoals toegezegd wordt u over de stand van zaken rond deze afspraken op korte termijn geïnformeerd.

Op 25 november 2010 heb ik aan de NZa een aanwijzing gegeven om de ziekenhuisbudgetten generiek te korten voor een totaalbedrag van € 314 miljoen, in verband met een overschrijding van dezelfde omvang. Daarnaast zijn de ziekenhuizen in 2011 generiek aangeslagen voor € 150 miljoen, de laatste tranche van de doelmatigheidskorting 2008–2011. Voor welk bedrag het ADRZ precies is gekort, kan ik niet bevestigen. Deze informatie staat in de beschikkingen van de NZA die elk ziekenhuis zelf ontvangt en wordt omwille van de bescherming van de belangen van instellingen niet op individueel niveau bekend gemaakt.

Hoe een ziekenhuis de aankomende ontwikkelingen, zoals de kortingsmaatregel en de invoering van prestatiebekostiging aanpakt, is afhankelijk van de individuele situatie van elk ziekenhuis. Voor alle ziekenhuizen

zullen de toekomstige veranderingen een uitdaging zijn. Ik kan echter niet beoordelen in hoeverre een individueel ziekenhuis, in dit geval het ADRZ, in meer of mindere mate (financieel) in staat is met deze ontwikkelingen om te gaan.

#### *NMa/fusie*

De fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen was niet ingegeven door de financiële situatie. De NMa heeft in haar fusiebesluit juist aangegeven dat zij akkoord is gegaan met de fusie om zo *de kwaliteit* van de noodzakelijke basisziekenhuiszorg in Zeeland voor de toekomst te waarborgen. Het ADRZ meldt mij hierover dat zij dankzij de fusie en concentratie van klinische zorg over Goes en Vlissingen meer mogelijkheden hebben om de kwaliteit van zorg te behouden en verder uit te bouwen, onder meer door verdergaande specialisatie. Hierdoor is het ADRZ ook beter in staat om te voldoen aan (nieuwe) minimum (volume)normen die door de wetenschappelijke verenigingen worden vastgesteld. Het ADRZ meldt daarnaast dat ten gevolge van de fusie is gebleken dat vacatures van medisch specialisten beter invulbaar zijn gebleken.

De Mededingingswet bepaalt dat de NMa beslist over fusievoornemens tussen ziekenhuizen. De NMa heeft over de fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen een besluit genomen. Dat NMa-besluit is voor mij een gegeven. Dit NMa-besluit zegt overigens niets over de locaties waar ziekenhuiszorg zou moeten worden aangeboden. Het ADRZ maakt die afweging zelf.

De NMa heeft als voorwaarde een prijsplafond voor het B-segment gesteld. Dit prijsplafond is gebaseerd op een landelijk gemiddeld prijsniveau. Als het landelijk gemiddeld prijsniveau stijgt, kunnen de B-segment tarieven van het ADRZ dus ook stijgen. Het prijsplafond geeft een bovengrens aan voor de vrije onderhandelingen tussen het ADRZ en verzekeraars over de B-segment tarieven en wordt door de uitbreiding van het B-segment naar 70% als zodanig niet beïnvloed. Ik heb van de NMa begrepen dat het prijsplafond gehandhaafd blijft als het B-segment per 2012 wordt uitgebreid. Uitbreiding van het B-segment betekent dat het prijsplafond ook voor de aan het B-segment toegevoegde dbc's gaat gelden.

Ik heb in mijn brief van 2 maart 2011 melding gemaakt van een mogelijke bredere toekomstschets van hoe de (ziekenhuis)zorg in Zeeland op termijn moet worden georganiseerd. In een dergelijke toekomstschets moet ook rekening gehouden worden met nieuwe toetreders op de markt. Ik zie daar bij uitstek een rol voor de betrokken zorgverzekeraars in het ver-lengde van hun zorgplicht, maar wil ook niet uitsluiten dat een andere partij hiertoe het initiatief neemt. Een dergelijke toekomstschets is niet afdwingbaar.

Wel is afdwingbaar dat zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. De NMa houdt toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Dit houdt onder meer in dat de NMa erop toeziet dat er geen marktverdelingsafspraken tussen zorgaanbieders worden gemaakt die de marktwerking belemmeren. Wat wel binnen de Mededingingswet valt is een zorgverzekeraar die vanwege prijs- en kwaliteitsoverwegingen besluit om bepaalde vormen van zorg voortaan niet meer bij de ene partij in te kopen maar wel bij de andere partij.

Per 1 februari 2011 heeft het ADRZ de herverdeling van klinische bedden doorgevoerd. De locatie Vlissingen heeft het profiel van planbare klinische zorg, de locatie Goes van acute en complexe zorg. Beide locaties beschikken over een SEH. Echter, in Vlissingen kan men alleen terecht voor de eenvoudige SEH-voorzieningen. Voor de complexe acute zorg moeten

patiënten zich melden in Goes (inclusief de verloskundige zorg). De locatie in Goes heeft de beschikking over een Intensive Care en op de locatie Vlissingen is er een IC-faciliteit beschikbaar. Het ADRZ geeft voorts aan op beide locaties te beschikken over poliklinieken voor alle specialismen, OK-complexen en diagnostische faciliteiten.

Er is volgens het ADRZ nog geen definitieve conclusie te trekken als het gaat om de ontwikkeling van de patiëntenstroom van het ADRZ. Het ADRZ heeft mij laten weten dat er in 2010 ten opzichte van 2009 een groei van de productie heeft plaatsgevonden. Pas in het najaar van 2011, als de nadere gegevens hierover bekend zijn, kan pas worden vastgesteld of en in welke mate de marktaandelen veranderd zijn.

#### *Intensive Care (IC)*

De voormalige interim-directeur van het ADRZ zag destijds mogelijkheden voor een Intensive Care level 1 op Walcheren. Het ADRZ heeft dit bevestigd en geeft aan dat de richtlijnen voor de levels van de Intensive Care zijn aangescherpt. De Intensive Care-voorziening op Walcheren mag volgens de richtlijnen niet meer worden aangeduid als een Intensive Care level 1. Om die reden heeft het ADRZ gekozen voor een Intensive Care-faciliteit om het zo toch mogelijk te maken in kritische situaties een patiënt te kunnen stabiliseren en vervolgens te vervoeren naar de IC-level 1 in Goes. Vanuit deze situatie gaat het ADRZ de opbouw naar een level 2 IC in Goes vorm en inhoud geven. Van het ADRZ heb ik vernomen dat zij uiterlijk 1 april 2012 dit level in Goes bereikt willen hebben.

Een IC-faciliteit is geen bij wet of door richtlijnen en normen omschreven (verplichte) voorziening. Zelfs het beschikken van een IC op level 1 is geen verplichting voor een ziekenhuis, mits dit vertaald wordt in een hierop aangepast zorgbeleidsplan. Een ziekenhuis zonder IC dient wel over voorzieningen te beschikken om patiënten, die onverwacht IC-zorg behoeftig worden, te kunnen opvangen en stabiliseren ter voorbereiding op overplaatsing naar een ziekenhuis met een IC. Om dergelijke patiënten te kunnen opvangen is adequaat medisch en verpleegkundig personeel nodig om onder andere een patiënt te kunnen intuberen en kortdurend te kunnen beademen. Tevens dient het ziekenhuis zonder IC goede afspraken voor consultatie en overplaatsing gemaakt te hebben met een ziekenhuis met IC. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis zelf om de voorzieningen ten behoeve van de eerste opvang en stabilisatie van patiënten, die onverwacht IC-behoeftig worden, te garanderen. Zoals gebruikelijk zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ingeval van calamiteiten en incidenten conform de Leidraad Meldingen onderzoeken of de zorgverlening conform de vigerende wetgeving, richtlijnen en (veld)normen heeft plaatsgevonden.

Met een IC-faciliteit die voorziet in adequate voorzieningen om patiënten te kunnen opvangen en stabiliseren, is de eerste opvang en stabilisatie van onverwacht IC-behoeftige patiënten gegarandeerd. Overigens zijn de mogelijkheden in een ziekenhuis, ook zonder IC, groter dan in een rijdende ambulance.

Door de concentratie van de acute en complexe klinische zorg in Goes is een geconcentreerde level 1 IC ontstaan. Een ziekenhuis met een IC-level 2 kan een breder palet aan medisch-specialistische zorg aanbieden dan een ziekenhuis met IC-level 1 omdat een ziekenhuis met een IC-level 1 over minder diagnostische en therapeutische modaliteiten beschikt dan een ziekenhuis met een IC-level 2. Dit betekent dat patiënten in het adherentiegebied van een ziekenhuis met een IC-level 1, waarbij vóór opname te verwachten is of tijdens de opname duidelijk wordt dat IC-level 2 zorg

geïndiceerd is, vóór of tijdens hun opname voor (vervolg)behandeling moeten uitwijken/overgeplaatst worden naar een ziekenhuis met een IC-level 2. Zeeuwse patiënten moeten in een dergelijke situatie dus in de huidige situatie uitwijken naar een ziekenhuis buiten de Zeeuwse regio omdat er in de Zeeuwse regio geen ziekenhuis met een IC-level 2 voorziening is.

De normtijd van 45 minuten heeft geen betrekking op de bereikbaarheid van de Intensive Care, maar op de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp. Met de concentratie van de complexe spoedeisende hulp in Goes is het voor 4 100 inwoners op Walcheren niet mogelijk de spoedeisende hulp binnen de normtijd van 45 minuten te bereiken. Voor het opvangen van dit bereikbaarheidsverlies heeft mijn voorganger een extra ambulance geplaatst op de Kop van Walcheren. Ik heb onlangs het besluit genomen tot structurele financiering van deze extra ambulance. Hierover heb ik u reeds bij brief van 2 maart jl. geïnformeerd.

#### *Verloskundige zorg*

Er zijn bij de IGZ geen recente incidenten bekend met betrekking tot de verloskunde op Walcheren en het ziekenhuis in Vlissingen waarbij de verloskundige zorg in het geding is geweest.

#### *Extra op- en afrit van de A58 bij Goes-Zuid.*

Er zijn ook vragen gesteld over een extra op- en afrit bij Goes-Zuid. De Gemeenten Goes en Borsele, Rijkswaterstaat Zeeland, Provincie Zeeland en het Waterschap Scheldestromen werken gezamenlijk aan de verkeerskundige en civieltechnische planvoorbereiding, waarbij de directe aansluiting op de A58 een onderdeel is van een totaalpakket van aanpassingen aan de lokale en regionale infrastructuur. Ik heb begrepen dat de planvoorbereiding binnenkort zal worden afgerond, waarna de definitieve besluitvorming kan plaatsvinden.

De betrokken partijen schatten de totale kosten op circa € 30 tot € 40 miljoen, afhankelijk van de variant die gekozen wordt. Verreweg het grootste deel van de totale kosten zal door de regio worden gedragen, waarover reeds afspraken zijn gemaakt. Aan de minister van Infrastructuur en Milieu (IenM) is een bijdrage in de kosten gevraagd van circa € 9 miljoen.

Inmiddels is deze kwestie al enkele malen onderwerp van gesprek geweest in het Bestuurlijk Overleg over het MIRT (Meerjarenprogramma Infrastructuur, Ruimte en Transport), dat het provinciaal bestuur structureel heeft met de minister van IenM. In het voorjaarsoverleg van mei 2011 zal dit mogelijk opnieuw aan de orde komen.

#### *Behandelingen ZorgSaam Terneuzen*

Over de behandeling van het aantal patiënten in de Vlaamse ziekenhuizen heeft ZorgSaam mij de volgende informatie over 2010 verstrekt. Het gaat hier om zowel opname als dagverpleging, topklinische/academische zorg en de gewone algemene ziekenhuiszorg. Voorts gaat het hier om meer ziekenhuizen dan alleen de genoemde drie Vlaamse ziekenhuizen.

UZ Gent:	14 433 (2008: 12 148)
UZ Antwerpen:	2 477 (2008: 1 703);
ZHS Knokke (*):	982 (2008: 1 383);
AZ St Jan Brugge:	913 (2008: 1 281);
MM Gent:	594 (2008: 612),
w.v. 375 dotters uit	

Zeeuws-Vlaanderen; Ov. Vlaamse zh'en: St Jan Palfijn Gent:	150 (138); nihil.
---	----------------------

De opnamen voor dotterbehandelingen in MM Gent zijn met de start van het cardiologisch interventiecentrum in Terneuzen in 2010 komen te vervallen. De cardiochirurgische opnamen blijven over en zijn iets toegenomen.

ZorgSaam heeft aangegeven sinds de start in april 2010 tot en met maart 2011 575 PCI's uitgevoerd te hebben. Hiervan waren er 177 spoedgevallen vanuit heel Zeeland en 398 electief (voornamelijk uit Zeeuws-Vlaanderen). Het aantal electieve PCI's in Zeeuws-Vlaanderen ontwikkelt zich conform het plan van aanpak van ZorgSaam. Ook de acute PCI's komen sinds juli 2010 (start 7x24 acute gevallen) vanuit heel Zeeland naar ZorgSaam toe wanneer als dit het dichtstbijzijnde PCI-centrum is. De enige subdoelgroep die nog achterblijft bij de verwachting van ZorgSaam is de groep van electieve PCI's vanuit Walcheren en de Bevelanden. Over de volumeontwikkeling wordt door ZorgSaam elk half jaar gerapporteerd aan IGZ. De wachtlijsten voor de PCI-behandelingen zijn electief niet langer dan 2 weken. Voor de spoedbehandelingen zijn er geen wachtlijsten.

#### *Samenwerking Goes en Terneuzen*

De Raden van Bestuur en stafbesturen van de ziekenhuizen zijn zowel bilateraal als gezamenlijk gesprekken gestart over de samenwerking. Als eerste stap wordt toegewerkt naar een «samenwerkingsagenda» om zo afspraken te maken over welke ziekenhuisfuncties zich lenen voor afspraken en welke niet, alsmede op welke wijze de ziekenhuizen vervolgens tot afspraken komen (procedures). Daarbij wordt ook rekening gehouden met bestaande samenwerkingsrelaties, met name met omliggende ziekenhuizen op allerlei niveaus. Er zijn diverse functies die nu al op de ene of de andere plek plaatsvinden, zoals radiotherapie, IVF, bariatrische chirurgie, vitreoretinale chirurgie, refractieve chirurgie. Er zijn ook diverse functies die nu al gezamenlijk worden uitgeoefend op meerdere locaties: reumatologie, plastische chirurgie, ziekenhuisfarmacie, oogheekunde. Over nieuwe functies en afspraken, waaronder ook het doorverwijzen van patiënten, wordt nog overleg gevoerd.

#### *Motie Van der Vlies*

Tijdens het VAO Zeeuwse ziekenhuizen op 2 april 2009 is de motie van het lid Van der Vlies (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009, 27 295 nr. 140) over het behoud van een klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren voor de acute zorg, de basiszorg en de verloskundige zorg ingediend en aangenomen.

Er is een aantal zaken van belang bij de uitvoering van deze motie. Allereerst ligt er sinds 2009 een fusiebesluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) dat heeft ingestemd met de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen. Dit fusiebesluit is, naast overwegingen van continuïteit, overwegend op grond van kwalitatieve overwegingen genomen. Ik vind het van belang de grondslag van het fusiebesluit te benadrukken omdat dit beperkingen stelt aan de mogelijkheden die verbonden zijn aan de uitvoering van de motie. Zo heeft de NMa, op advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), geoordeeld dat de kwaliteit van de zorg in de regio Noord en Midden Zeeland zonder de concentratie op één locatie onder de maat komt en daarmee niet meer verantwoord is. Aan deze constatering kan ik bij de uitvoering van de motie niet voorbijgaan.

Mijn ambtsvoorganger heeft in reactie op de motie eerder aan uw kamer aangegeven dat zijn voorkeur uitgaat naar het behoud van twee volwaardige ziekenhuizen in zowel Vlissingen als Goes. Zorg op beide locaties vergroot immers de keuzevrijheid van patiënten en houdt de zorg dicht in de buurt van de mensen. Ik sluit me hier volledig bij aan. Echter, de zorg die geboden wordt, moet wel van goede kwaliteit zijn en de continuïteit ervan moet gegarandeerd zijn. Ik ben een grote voorstander van zorg op niet al te lange afstand van de mensen, maar ik kan en wil geen onverantwoorde zorg afdwingen.

Het ziekenhuis heeft zich sinds het fusiebesluit gericht op de herverdeling van de functies op de locatie Vlissingen en Goes. Het ziekenhuis is hierbij, binnen de bestaande mogelijkheden, uitgegaan van het zoveel mogelijk behouden van zorg op beide locaties zonder dat hiermee moet worden ingeboet op de kwaliteit van de zorg. Dit heeft geresulteerd in een herindeling van de klinische functies.

De spoedeisende hulp (SEH) in Vlissingen is vanaf 28 februari 2011 alleen nog open voor eenvoudige SEH-verrichtingen op verwijzing door de huisarts. Alle overige acute patiënten die zijn verwezen door huisartsen en/of binnengebracht door de ambulance gaan naar Goes. Er geldt een uitzondering voor de patiënten Geriatrie en Psychiatrie. Deze kunnen afhankelijk van de bijkomende problemen eventueel terecht op de SEH in Vlissingen. Ik heb u al uitgebreid geïnformeerd over de Intensive Care faciliteit die beschikbaar blijft in Vlissingen.

De tweedelijns verloskundige zorg wordt sinds 2009 alleen in Goes aangeboden en dit zal ook in de toekomst zo blijven.

De kwaliteitseisen die gesteld worden aan de SEH, de verloskundige zorg en de Intensive Care maken het niet mogelijk volledige uitvoering te geven aan de motie van het lid Van der Vlies c.s. zoals die destijds is ingediend. Binnen de (kwaliteits) mogelijkheden die er zijn, heeft het ziekenhuis zo goed mogelijk invulling gegeven aan deze nieuwe, toekomstbestendige indeling van de functies.

Ik wil u nogmaals wijzen op de extra ambulancestandplaats in de Kop van Walcheren. Ik heb mij in het bijzonder ingespannen deze extra ambulance permanent op die locatie te behouden door structurele financiering daarvoor beschikbaar te stellen om zo het bereikbaarheidsverlies dat optreedt, op te vangen. Naast deze maatregel zal ik mij ook blijven inspannen en de lokale partijen blijven aanspreken op het verkennen en aanbieden van vervangende vormen van zorg zodat de mensen op Walcheren kunnen blijven beschikken over voldoende alternatieven.

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd en ik beschouw de motie Van der Vlies c.s. hiermee afgedaan.

#### *Continuïteit van zorg*

In mijn brief van 27 april 2011 aan uw Kamer heb ik gemeld dat ik verantwoordelijk ben voor het waarborgen van bepaalde vormen van zorg, zoals in deze brief omschreven. Ik zal daarom geen steun verlenen om een faillissement te voorkomen, maar als *ultimum remedium* zorgen dat een tijdelijke vangnetstichting cruciale zorg kan doorleveren. Hierdoor worden alle partijen optimaal geprikkeld om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en zorg ik ervoor dat burgers (via premie- of belastingmiddelen) niet opdraaien voor slecht (financieel) management van zorgaanbieders. De IGZ heeft mij gemeld dat de kwaliteit van zorg zoals verleend door het ADRZ op dit moment niet in het geding is. Het overleg van het ADRZ met andere partijen, waaraan ik hierboven refereerde, moet een schets opleveren van de (ziekenhuis)zorg in Zeeland op termijn,

inclusief Walcheren. Op dit moment zie ik geen enkele aanleiding om in te grijpen.

Ik ben niet direct betrokken bij de inrichting van zorg in dunbevolkte regio's. Wel heb ik daarbij een verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder de bereikbaarheid van spoedeisende zorg binnen 45 minuten, en streef ik naar zorg dicht bij mensen in de buurt. Ik vind dat het belang van de patiënt/cliënt altijd voorop moet staan; ik zie daarbij niet bij voorbaat strijdigheid met zakelijke en commerciële belangen.

#### *Vervangende vormen van zorg dicht in de buurt*

Op de vraag hoe ik denk te komen tot vervangende vormen van zorg in de buurt van mensen kan ik u het volgende melden. Ik ben nu bezig met de voorbereiding van de brief aan uw Kamer over zorg in de buurt. In deze brief ga ik onder andere in op de doelstellingen en de aanpak die ik voor ogen heb als het gaat om het stimuleren van zorg in de buurt. Voor het antwoord op uw vraag verwijs ik naar deze brief. Ik verwacht deze brief in de zomer gereed te hebben en u te kunnen toesturen.