

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Ons kenmerk
CZ/TSZ-2903119

Bijlagen

Uw brief

Datum 17 december 2008
Betreft IJsselmeerziekenhuizen VII

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

1. Inleiding

In verschillende brieven heb ik u sinds oktober op de hoogte gesteld van de ontwikkelingen rond de IJsselmeerziekenhuizen. Laatstelijk -in mijn brief van 9 december (CZ/TSZ- 2899868)- heb ik u geïnformeerd over het feit dat de MC groep conform het advies Lodewick investeert in de IJsselmeerziekenhuizen en de bestuurlijke verantwoordelijkheid over zal nemen. Het ziekenhuis, de MC groep en Achmea hebben na de overeenstemming op 27 november 2008 de technische en juridische uitwerking ter hand genomen, waaronder het uitwerken van het verzoek tot balanssteun aan de NZa (zie mijn brief van 27 november CZ/TSZ-2897451). Ik heb u bericht dat de eerder genoemde overname datum van 8 december vanwege de noodzaak tot zorgvuldige uitwerking is uitgesteld.

Van meet af aan heb ik gesteld, dat mijn betrokkenheid bij de toekomst van dit ziekenhuis voortvloeit uit het borgen van de publieke belangen, kwaliteit en continuïteit van zorg. Beide zijn in het geding. Eerder meldde ik al dat ik daarbij nadrukkelijk onderscheid maak tussen de zorg als zodanig en de zorginstelling. Alleen als de continuïteit van zorg als zodanig in het geding is, is er voor mij reden voor maatregelen. Dat het probleem bij de IJsselmeerziekenhuizen de proporties heeft aangenomen die het nu heeft, acht ik mede te wijten aan het ontbreken van voldoende governance instrumentarium zoals een 'early warning system', de mogelijkheid tot het aanstellen van een bewindvoerder, het verplicht aanwijzen van een lid van de Raad van Toezicht belast met kwaliteit van zorg. Ik ben daar in mijn brief van 27 november op ingegaan en heb in gedachtewisselingen met u vastgesteld dat dit de noodzaak onderstreept de al eerder aangekondigde maatregelen met spoed te realiseren. Deze casus geeft de urgentie daarmee opnieuw aan.

2. Overwegingen ten aanzien van noodzaak ziekenhuisvoorziening

Een interventie mijnerzijds bij dit ziekenhuis heb ik systematisch overwogen. Op het moment dat is geconstateerd dat de IJsselmeerziekenhuizen in de huidige opzet niet meer levensvatbaar waren heb ik mij de vraag gesteld of met het eventueel wegvallen van het ziekenhuis de continuïteit van zorg voldoende gewaarborgd is. Ten aanzien daarvan heb ik kunnen vaststellen dat het in beginsel mogelijk is om door het plaatsen van een ambulancepost in Urk te voldoen aan de wettelijke norm van een maximale aanrijtijd van 45 minuten. Echter, voor een groot aantal inwoners –ca. 20.000 in totaal- zou dat op de rand zijn (43 minuten). Gebleken is dat voor de korte termijn de acute zorg adequaat geregeld kon worden. Ook delen van de electieve zorg kunnen door omliggende ziekenhuizen opgevangen worden, maar uit overleg met partijen is geconcludeerd dat dat structureel in volle omvang niet goed mogelijk is, althans niet zonder uitbreidingsmaatregelen op korte termijn van die omringende ziekenhuizen. In dat geval is de consequentie bovendien dat de reisafstand voor de bewoners aanzienlijk toeneemt met risico's voor de acute zorgverlening in de regio. Gegeven die bijzondere situatie in deze regio moet ik tot de slotsom komen, dat voorbestaan van een ziekenhuis in Lelystad gelet op de specifieke geografische ligging noodzakelijk is, zeker als daarbij ook in aanmerking wordt genomen dat in de regio nog steeds sprake is van groei van de bevolking. Hiermee is –om in bancaire termen te spreken- sprake van een 'systeemziekenhuis'. Alle betrokken partijen zijn dan ook van mening dat sprake moet zijn van een basisziekenhuis in Lelystad en onderschrijven wat de invulling daarvan betreft het rapport Lodewick.

3. Overwegingen ten aanzien van overheidsinterventie

Dit zo zijnde heb ik mij de vraag gesteld op welke wijze zeker gesteld kon worden dat, gegeven het feit dat het ziekenhuis bedrijfseconomisch gezien failliet is, daadwerkelijk een doorstart van een ziekenhuis met een duurzame toekomst in kwalitatief en bedrijfsmatig opzicht conform het rapport Lodewick gerealiseerd wordt. Daarbij moet rekening worden gehouden met de sanering van de kosten van het verleden en met het doen van investeringen voor de toekomst. De kosten die daaraan zijn verbonden kunnen over verschillende partijen worden verdeeld en in de tijd verschillend worden gespreid, maar kunnen niet worden ontlopen.

In de eerste plaats heb ik gekeken naar de in het normale economisch verkeer voor de hand liggende weg die van het faillissement. Daarbij is mij gebleken dat die weg onvoldoende waarborgen bood. Na het uitspreken van het faillissement is de afwikkeling geheel in handen van de curator die de opdracht heeft middels liquidatie zoveel mogelijk de schulden van de schuldeisers te voldoen. Dat zal nooit volledig het geval zijn. Vooral de banken en de handelscrediteuren (leveranciers) zullen dan belangrijke delen van hun vorderingen niet meer kunnen innen. Daarnaast vind ik van belang dat, hoewel het niet ondenkbaar is dat zich bij liquidatie er een overnamekandidaat voor het geheel zal aandienen, hier geen enkele garantie is dat daarmee ook een basisziekenhuis volgens de kwalificaties van het rapport Lodewick zal worden gerealiseerd. In dit scenario is het bovendien niet ondenkbaar dat vanwege de onzekerheid die dat met zich meebrengt het kwalitatief betere personeel wegvloeit, waardoor de continuïteit van zorg alsnog, maar dan om andere redenen, in het geding zou kunnen komen.

Ik ben dan ook tot de conclusie gekomen dat dit geen goed begaanbare weg is, althans niet zonder -mijns inziens te grote- risico's voor de continuïteit van zorg in deze specifieke regio.

Ons kenmerk

In de tweede plaats heb ik gezien of de aan een faillissement voorafgaande fase van surseance van betaling zekerheden kunnen worden ingebouwd om de risico's zoals die zich bij faillissement voordoen te vermijden. Bij surseance blijven de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van het ziekenhuis bevoegd, maar wordt daarnaast een bewindvoerder aangesteld. Een bewindvoerder kan in het vooruitzicht van een waarschijnlijk faillissement in overleg treden met schuldeisers en met partijen die het ziekenhuis willen overnemen. Uit de biedingsprocedure is gebleken, dat er geen partij is die zowel de kosten van het verleden als investeringen in de toekomst volledig voor zijn rekening wil nemen. In de periode van surseance bestaat er geen zekerheid ten aanzien van de vraag of hiermee ook daadwerkelijk een basisziekenhuis gerealiseerd gaat worden. Vooral ten aanzien van de kwaliteitsimpuls voor het ziekenhuis zullen risico's ontstaan omdat de afweging toch primair bedrijfseconomisch zal zijn en eventuele overnamekandidaten weliswaar niet uitsluitend, maar toch vooral in dat perspectief door de bewindvoerder beoordeeld zullen worden. Omdat het geruime tijd kan duren om een surseance af te wikkelen –uitgezonderd de situatie dat linea recta op een faillissement wordt afgestevend- ontstaat ook in deze variant veel onzekerheid voor patiënten en personeel met mogelijk negatieve gevolgen voor een doorstart. Dit acht ik te meer onwenselijk omdat in deze specifieke omstandigheden die zich in deze regio voordoen geen alternatieven voor patiënten voor handen zijn.

Ook de weg van surseance heb ik daarom moeten beoordelen als buitengewoon risicovol voor het bereiken van het maatschappelijke doel: kwalitatief goede en bereikbare zorg voor de bewoners in noord en oost Flevoland.

Daarmee is de weg van een interventie door publieke partijen in dit geval in deze specifieke regio onvermijdelijk geworden.

4. Het financiële arrangement

In de eerste plaats staat in dat geval de weg open naar de NZa beleidsregel 'Steunverlening aan instellingen met financiële problemen'. Een dergelijk steunverzoek moet door het ziekenhuis en de (dominante) verzekeraar in de regio (Achmea) worden ingediend. Aan dat steunverzoek is onder meer de voorwaarde verbonden dat er een sluitende, haalbare 'business case' is. Al in een vroeg stadium was duidelijk dat dat alleen gerealiseerd kan worden onder een nieuwe leiding van het ziekenhuis. Daarvoor heeft het ziekenhuis in november een biedingsprocedure gestart om in ruil voor een kapitaalinjectie het bestuur en de zeggenschap over te dragen aan een andere partij. Daar is uiteindelijk de MC groep uitgekomen. Ik heb u over die procedure eerder geïnformeerd. Met deze partner en met alle andere stakeholders is intensief overleg gevoerd. Zie daarvoor ook mijn brief van 27 november jl. Gebleken is dat er alleen een haalbare opzet mogelijk is als alle partijen een steentje bijdragen. Op 27 november zijn daarover hoofdafspraken gemaakt die nader uitgewerkt zijn.

De te verwachten contractering door de verzekeraar(s) speelt daarbij een cruciale rol. De afgelopen weken is daarover buitengewoon intensief overleg gevoerd tussen Achmea en het ziekenhuis/de MC groep. Van de zijde van Achmea is de positie betrokken dat zij een marktconform contract willen sluiten als het ziekenhuis als 'going concern' kan worden beschouwd, vergelijkbaar met andere

ziekenhuizen en derhalve niet belast met een onoverbrugbare schuld uit het verleden. Achmea wil niet meer risico lopen dan zij ook bij andere ziekenhuizen zou lopen. Bovendien wil Achmea in het basiscontract ten aanzien van de productie van het ziekenhuis voor 2009 van een aanzienlijk lager niveau uitgaan dan in 2008 het geval is. Wel is men bereid om eventuele meerproductie te vergoeden. Daarnaast zijn eisen gesteld aan de kwaliteit. Zowel het door Achmea ingeschatte volume als de kwaliteitseisen impliceren dat afscheid moet worden genomen van een aantal specialisten. Daarmee zijn afvloeiingskosten gemoeid. Die positie, heeft geresulteerd in een opzet waarbij van de kant van de rijksoverheid de nodige investeringen en zekerstellingen noodzakelijk zijn gebleken.

Het arrangement waarover nu overeenstemming bestaat gaat uit van het volgende financiële afspraken:

1. er wordt bij de NZa balanssteun aangevraagd ten bedrage van (netto) € 29,5 miljoen;
2. het Rijk financiert daarvan 9,5 miljoen voor om tijdige beschikbaarheid van middelen te waarborgen. Deze middelen worden uit de balanssteun terugbetaald aan het Rijk;
3. het Rijk neemt vorderingen van Achmea op de IJsselmeerziekenhuizen voor een bedrag van € 13,3 miljoen over en verkrijgt daarmee een vordering op het ziekenhuis van eenzelfde bedrag tegen een marktconform rentetarief. € 7,5 miljoen daarvan wordt terugbetaald uit de drie tranches van de NZa balanssteun, € 5,7 miljoen wordt na 2 jaar afgelost in drie tranches over drie jaar;
4. het Rijk staat garant voor de terugbetaling van een vordering van Achmea op het ziekenhuis uit hoofde van de overdekking 2005/2006 voor een bedrag van ten hoogste 7,5 miljoen;
5. het Rijk verstrekt een achtergestelde lening aan het ziekenhuis van € 4 miljoen;
6. de gemeente Lelystad verstrekt een achtergestelde lening aan het ziekenhuis van € 2 miljoen;
7. de gemeente Lelystad scheldt een achtergestelde lening ten bedrage van € 3,6 miljoen kwijt;
8. de provincie Flevoland verstrekt een achtergestelde lening van € 2 miljoen;
9. de MC groep investeert eigen vermogen van € 5 miljoen in en neemt het ondernemersrisico voor reorganisatiekosten.

Alle afspraken zijn gemaakt onder het voorbehoud van de daadwerkelijke goedkeuring van balanssteun door de NZa. VWS, Achmea, de MCgroep en IJsselmeerziekenhuizen hebben heden een voorovereenkomst getekend waarin zij verklaren dat zij het met de zakelijke inhoud van de concept contracten eens zijn en dat zijn. Er kunnen alleen nog redactionele en/of wijzigingen van technisch juridische aard worden aangebracht. In de voorovereenkomst staat ook dat de aanvraag om balanssteun daags na de voorovereenkomst wordt ingediend.

5. Gevolgen personeel

Het plan zoals dat nu voorligt en dat na goedkeuring door de NZa zal worden uitgevoerd, voorziet er in dat de medische staf zal moeten inkrimpen van 48,9 naar 40 specialistenplaatsen. Er zal direct afscheid worden genomen van die

specialisten die niet goed functioneren. Ook van specialisten die door de inkrimping boventallig zijn geworden, wordt zo spoedig mogelijk afscheid genomen. Ook zal een deel van het personeel afvloeien.

Ons kenmerk

6. Tot slot

Gelet op het feit dat in dit specifieke geval sprake is van, zoals ik het eerder noemde, een systeemziekenhuis dat zorgdraagt voor de continuïteit van zorg in de regio noord en oost Flevoland, zie ik mij genoodzaakt in dit specifieke geval publieke middelen ter beschikking te stellen. In afwachting van een beslissing door de NZa op de aanvraag om balanssteun door de IJsselmeerziekenhuizen en Achmea ligt hier een arrangement dat zorg kan dragen voor de gewenste oplossing in de regio noord en oost Flevoland. Met nadruk wil ik stellen dat ik terug wil komen op de lessen die uit deze specifieke casus in de regio te leren zijn.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink