

Vergaderjaar 2017–2018

**34 775 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2018**

**Nr. 11**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 september 2017

Op 12 september jongstleden heb ik u een brief gestuurd over de stand van zaken betreffende het faillissement binnen de CASA-organisatie. Naar aanleiding van diverse berichten in de media over onrechtmatigheden en zorgen over de continuïteit van de abortushulpverlening heeft u mij op 13 september verzocht om een brief. Ik voldoe bij deze aan uw verzoek.

#### **Continuïteit van de abortushulpverlening**

In mijn brief van 12 september (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 148) heb ik aangegeven dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gezien de situatie intensief toezicht houdt op de patiëntveiligheid en kwaliteit van de abortushulpverlening. Gezien het unieke karakter van de abortushulpverlening let de IGZ ook scherp op de toegankelijkheid van de abortushulpverlening. De situatie bij CASA kan immers leiden tot een risico voor de continuïteit.

De IGZ heeft afgelopen week de actuele capaciteit van alle abortusklinieken en de opties voor eventuele opschaling in kaart gebracht. Het beeld dat naar voren komt is dat door de huidige beperkte capaciteit van de CASA-klinieken er een verschuiving plaatsvindt van patiëntenstromen. Andere klinieken laten weten nu al extra behandelingen uit te voeren en daarmee de behandelingen op te vangen die bij CASA op dit moment niet meer worden gedaan. Klinieken geven aan dat dit voor de korte termijn kan worden opgevangen, maar dat voor het inrichten van de abortushulpverlening voor de iets langere termijn ten minste noodzakelijk is dat (financiële) zekerheid wordt geboden, bijvoorbeeld bij de afweging om extra personeel aan te trekken en op te leiden. Ik heb deze week een gesprek gevoerd met de directeurs van de abortusklinieken. In dat gesprek hebben zij dit beeld uit de inventarisatie van de IGZ bevestigd.

In het kader van het intensieve toezicht inspecteert de IGZ de verschillende CASA klinieken onaangekondigd om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De IGZ betreft in haar oordeelsvorming ook de recente signalen van medewerkers over de omstandigheden waaronder zij hun werkzaamheden verrichten. Deze CASA-medewerkers schetsen het beeld dat zij in grote onzekerheid verkeren door het faillissement, de reorganisatie met de daaruit vloeiende consequenties voor medewerkers en vragen de aandacht in politiek en media voor de zorgelijke situatie bij de klinieken waarin ze werkzaam zijn. Het is uiteraard de verantwoordelijkheid van de bestuurder om ervoor te zorgen dat de medewerkers ondanks alles, toch goede en veilige zorg kunnen blijven bieden. Voor zover deze signalen ook mij bereiken, heb ik deze aan de IGZ doorgegeven.

Op basis van de inspectiebezoeken en de signalen, waaronder van de Raad van Toezicht van Casa Klinieken, maakt de IGZ zich ernstige zorgen over de continuïteit. Dit is voor de IGZ aanleiding om nog deze week een gesprek te hebben met de bestuurder en Raad van Toezicht. In dat gesprek komt nadrukkelijk aan de orde hoe en op welk moment het bestuur van de instelling de capaciteit en continuïteit weer op orde heeft, dit ook tegen de achtergrond van de signalen van onder andere personeelsleden. Mochten op grond van de inspectiebezoeken, het bestuursgesprek danwel andere indicaties al dan niet ingrijpende interventies noodzakelijk zijn, dan zal de IGZ niet aarzelen deze op korte termijn in te zetten. De IGZ houdt mij van de actuele ontwikkelingen op de hoogte en informeert mij als knelpunten voor de abortushulpverlening ontstaan.

Mocht de continuïteit in het gedrang komen, dan voel ik mij als Minister van VWS uiteraard verantwoordelijk al het mogelijke te doen dat in mijn vermogen ligt om de continuïteit te garanderen. In het licht van bovenstaande heb ik alle klinieken de ruimte geboden om de zorg die zij extra verlenen aan WLZ-verzekerden de komende periode ten laste van de subsidieregeling te brengen. Mochten er daarenboven nog extra kosten worden gemaakt, dan ben ik bereid daar het gesprek over aan te gaan.

De subsidieregeling is er voor om te zorgen dat er voor WLZ-verzekerden goede, tijdige abortushulpverlening beschikbaar is. Ik heb hier voor in het gesprek dat ik deze week had met de directeuren van de abortusklinieken expliciet aandacht gevraagd. Uiteraard is het goed dat de klinieken ook abortushulpverlening aan niet-ingezetenen verlenen, maar pas als daarvoor ook ruimte is. Als subsidieverlener ben ik verantwoordelijk voor goede en tijdige zorg aan Nederlandse vrouwen. Deze vrouwen moeten dan ook allemaal worden geholpen als er capaciteitsproblemen ontstaan. Van de tweede trimester behandelingen wordt circa 30% verleend aan WLZ-verzekerden en circa 70% aan niet-ingezetenen.

Met de directeuren van de klinieken en vertegenwoordigers van de NGvA heb ik afgesproken samen met hen de komende tijd de subsidievoorwaarden door te lichten op onder andere betere samenwerking tussen de klinieken, garanties voor continuïteit van hulpverlening, gegarandeerde capaciteit voor WLZ-verzekerden, concentratie van complexe behandelingen en adequate financiering. Ik zal daarbij ook de verpleegkundigen en patiënten uitnodigen. Ik acht herziening van de subsidievoorwaarden op korte termijn noodzakelijk en beoog deze zoveel als dat mogelijk is aan te passen per 1 januari 2018.

### **Onderzoeken naar financiële onrechtmatigheden bij CASA**

Naar aanleiding van een melding van de bestuurder van CASA bij de NZa over mogelijke onregelmatigheden die hij heeft geconstateerd bij zijn

aantreden in oktober 2016 is de NZa een onderzoek gestart. Voor de volledigheid zij vermeld dat de huidige bestuurder van CASA begin 2017 aan VWS en de NZa heeft laten weten dat hij een externe forensisch accountant opdracht heeft gegeven onderzoek te doen naar mogelijke onregelmatigheden.

Het onderzoek van de NZa richt zich op de door CASA Medical gedeclareerde medisch-specialistische zorg en op de door CASA Klinieken verleende abortushulp aan niet-WLZ verzekerden over de periode 2013 tot en met 2017. Het onderzoek van de NZa loopt nog. Mochten in het onderzoek onrechtmatigheden worden geconstateerd dan kan de NZa zelf maatregelen treffen en/of het Openbaar Ministerie inschakelen. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om controle in te stellen en bij gebleken fouten over te gaan tot terugvordering.

In januari 2017 heeft de NZa mij, naar aanleiding van de melding door de bestuurder van CASA, op grond van het informatiestatuut VWS-NZa ingelicht over de hen gemelde onregelmatigheden. Deze betroffen immers zowel de zorg vallend onder de Zvw als abortushulpverlening die onder de subsidieregeling van VWS valt. Daarop heeft VWS besloten om zelf ook een onderzoek in te stellen gericht op de in 2015 aan CASA Klinieken verstrekte subsidie. De Kamer is over dit onderzoek geïnformeerd bij het jaarverslag 2016 en de verzamelbrief van 6 juli 2017.<sup>1</sup>

Het onderzoek door VWS is inmiddels afgerond. Belangrijkste conclusie is dat CASA Klinieken over het jaar 2015 te veel subsidie heeft ontvangen door ten onrechte in rekening gebrachte consulten en/of behandelingen. Het bedrag is teruggevorderd. Ik zal van deze bevindingen ook aangifte doen.

Na afronding van het VWS-onderzoek heeft VWS ZiNL geïnformeerd vanwege hun verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de subsidieregeling tot en met 2014. ZiNL heeft aangegeven ook een onderzoek in te stellen naar mogelijke onregelmatigheden in de subsidieverstrekking over de periode tot en met 2014. Het onderzoek zal beperkt blijven in de tijd in verband met de verjaringstermijn van vijf jaar die volgt uit artikel 4:57, vierde lid, Awb.

Gezien de aard van de geconstateerde onrechtmatigheden zal ik ook de subsidieafrekening van andere klinieken op het aspect van ten onrechte in rekening gebrachte consulten en/of behandelingen controleren.

### **Eerdere signalen over mogelijk foutieve declaraties**

Het Ministerie van VWS heeft eerder signalen ontvangen over vermeende onvolkomenheden over en weer tussen klinieken en professionals. Dit betrof meldingen omtrent declaraties samenhangend met sedatie/narcose bij abortus, het declareren onder het destijds vaste tarief voor niet Wlz-verzekerden, een melding omtrent hygiëne, en de verplichting voor klinieken tot het openbaar maken van financiële jaarverslagen. Sommige van deze signalen zijn naar mij gestuurd met afschrift aan de vaste Kamercommissie van VWS en van mijn reacties op deze brieven heb ik u destijds een afschrift gestuurd. De kern van mijn reactie was dat ik de signalen aan de relevante toezichthouders heb doorgeleid.

ZiNL beziet op dit moment wat er destijds met de signalen aan het CVZ is gebeurd. De NZa heeft de meldingen volgens de toen geldende werkwijze

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 725 XVI, nr. 1, p120 en Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 144, p5

beoordeeld en besloten geen nader inhoudelijk onderzoek te doen. De NZa heeft mij dit destijds laten weten.

### **Sedatie bij abortushulpverlening**

De eerdere signalen over vermeende onvolkomenheden betroffen onder andere signalen samenhangend met inhoudelijke eisen aan de procedurele sedatie en analgesie (PSA) bij abortushulpverlening en de daarmee samenhangende declaraties. Dit onderwerp is recent ook in de media naar voren gekomen. Het is goed twee aspecten van elkaar te onderscheiden. Ten eerste wie is bevoegd en bekwaam om welke vorm van sedatie te geven en ten tweede wordt de juiste vorm van sedatie geregistreerd ten behoeve van de financiering. Daarbij is relevant dat voor zwaardere vormen van sedatie een aanvullend tarief geldt.

#### *De totstandkoming van veldnormen en richtlijnen*

Ik hecht er aan om, gezien de discussie over de PSA bij abortushulpverlening te schetsen hoe normontwikkeling in de Nederlandse zorg plaatsvindt. Het Nederlandse zorgstelsel gaat uit van de open norm voor goede zorg. Deze is vastgelegd in de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze open norm wordt ingevuld door middel van veldnormen en richtlijnen. Deze veldnormen worden opgesteld door beroepsverenigingen van medisch professionals. Bovendien moet bij de totstandkoming van richtlijnen gebruik gemaakt worden van de deskundigheid van andere betrokkenen, zoals de patiënt en professionals van andere disciplines. De IGZ baseert haar toezicht op veldnormen en toetst de zorg aan de hand van richtlijnen. Hiervoor is het van belang dat richtlijnen handhaafbaar zijn, dat wil zeggen dat het onderscheid tussen «goede» en «niet-goede» zorg gemaakt kan worden. Indien de IGZ bij de uitoefening van haar toezichthoudende taak risico's constateert op een terrein waarvoor (nog) geen adequate richtlijn bestaat, of dat er wel een generieke richtlijn bestaat maar dat er behoefte is aan sectorspecifieke invulling, zal zij de betreffende beroepsgroep(en) vragen om een richtlijn te ontwikkelen. De IGZ heeft een belangrijke rol als aanjager van richtlijnontwikkeling. Ook andere partijen, zoals de Federatie Medisch Specialisten of patiëntenverenigingen kunnen hierbij een rol spelen. In het uiterste geval kan het Kwaliteitsinstituut gebruik maken van haar doorzettingsmacht. Overigens blijven veldpartijen ook dan primair verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling.

#### *Toetsingskader PSA bij abortushulpverlening*

Over de normen voor PSA bij abortushulpverlening heeft lange tijd onduidelijkheid bestaan. Omdat uitwerking van een richtlijn specifiek voor de abortushulpverlening uitbleef, heeft IGZ in augustus 2016 in een brief aan de sector de meest vergaande eis als vertrekpunt genomen en de aanwezigheid van een anesthesioloog bij een late tweedetrimester behandeling verplicht gesteld. Dit standpunt zou in werking treden per 1 januari 2017. In reactie hierop heeft het

NGvA het initiatief genomen een protocol over PSA bij abortushulpverlening te ontwikkelen. De IGZ heeft de NGvA vervolgens ruimte geboden om dit voor 1 juni 2017 te realiseren. Het protocol is in mei 2017 door de NGvA formeel vastgesteld. Dit protocol stelt de aanwezigheid van een anesthesioloog niet als vereiste. De IGZ hanteert dit protocol als veldnorm.

Zoals ook uit de mediaberichtgeving van de afgelopen tijd blijkt, zijn er echter nog steeds verschillen in interpretatie van de richtlijn. Ik vind dit

uiterst kwalijk en ik heb dan ook deze week hierover met het NGvA en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) gesproken. In dit overleg is afgesproken dat de beroepsgroepen komende weken met elkaar in gesprek gaan over de interpretatie van de bestaande richtlijn en het daarop gebaseerde protocol van het NGvA. De beroepsgroepen hebben te kennen gegeven er de voorkeur aan te geven dat dit onder regie van VWS plaatsvindt. Uiterlijk 1 november zullen zij mij berichten over de uitkomsten van hun overleg.

#### *Normen volgens de subsidieregeling tot 2014*

Ronduit verwarrend is dat tot aan 2014 in de voorwaarden van de Regeling subsidies AWBZ ook een inhoudelijke norm stond voor sedatie/narcose bij zwangerschapsafbrekingen, namelijk dat een opslag voor narcose gedeclareerd mocht worden bij «*een sedatiescore van vier of vijf overeenkomstig de door het centraal begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing vastgelegde consensus «Sedatie en/of analgesie door niet anesthesiologen», indien de begeleiding in handen is van een tweede arts die daartoe bevoegd en bekwaam is*». Destijds is op voor mij onduidelijke gronden voor deze inhoudelijke kwaliteitsnorm gekozen. Dit is opmerkelijk omdat het ongebruikelijk is dat door de overheid in subsidievoorwaarden kwaliteitsnormen worden opgenomen. Bij herziening van de subsidieregeling per 1 januari 2014 is de inhoudelijke norm dan ook geschrapt waarmee werd aangesloten bij de veldnorm (de Richtlijn sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer).

Hiermee bestond dus tot aan 2014 voor het veld een onduidelijke situatie: had men zich te houden aan de veldnormen waar de IGZ haar toezicht op baseerde of aan de subsidielenorm? In de praktijk is gebleken dat instellingen voor abortushulpverlening daar verschillend mee om zijn gegaan. Gezien deze onduidelijke situatie over die periode en de opmerkelijkheid van de inhoudelijke eis die niet strookte met de toezichtsnorm van de IGZ, zou ik het onbehoorlijk bestuur vinden om instellingen alsnog af te rekenen op de («zwaardere») norm die in de subsidieregeling was vastgelegd.

Een andere vraag is uiteraard of er niet ten onrechte een zwaardere vorm sedatie/narcose is geregistreerd ten behoeve van een hogere vergoeding. Zoals gezegd was de uitvoering en het toezicht op de subsidieregeling abortushulpverlening tot en met 2014 belegd bij ZiNL (en daarvoor bij diens rechtsvoorganger het CVZ). Sinds 2015 zijn de uitvoering en het toezicht in handen van het Ministerie van VWS. Dit toezicht door zowel ZiNL als VWS kent zijn beperkingen. Aanvragers van subsidie moeten op grond van de subsidieregeling aan een namens of door de Minister ingesteld onderzoek meewerken, onder andere door het verschaffen van inlichtingen en gegevens die van belang zijn voor het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie. De bevoegdheden van zowel ZiNL en VWS gaan evenwel niet zo ver dat medische dossiers ingezien mogen worden. In een strafrechtelijk onderzoek is -onder stringente voorwaarden- inzagerecht wel mogelijk. Dit betekent dat noch ZiNL noch ik door inzage in het medisch dossier, kan onderzoeken of er een zware vorm van sedatie is gedeclareerd terwijl er een lichte vorm zou zijn toegediend.

Ik vind dit onbevredigend en ik heb intern de opdracht gegeven te komen met een voorstel hoe voor de toekomst in deze leemte in het toezicht kan worden voorzien met behoud van alle zorgvuldigheid rond de privacy van betrokkene. Ik neem dit ook mee in de herziening van de subsidieregeling.

### **Tot slot**

Abortushulpverlening is hulpverlening aan een kwetsbare groep vrouwen. Het is ook een vorm van hulpverlening die in alle opzichten om bijzondere zorgvuldigheid vraagt. Tegen die achtergrond kan de sector zich niet permitteren dat er over cruciale onderdelen van de hulpverlening zoals samenwerking maar ook over de veldnormen rond sedatie, zulke diepe verschillen van mening bestaan. Nodeloos ook om op te merken dat onrechtmatigheden niet getolereerd kunnen en zullen worden. Ik hoop en verwacht met de onderzoeken die thans lopen en deels al zijn afgerond en met de initiatieven die ik heb genomen, samen met de sector de hulpverlening weer robuust te maken voor de toekomst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers