

De aangekondigde ondergang

*Onderzoek naar de faillissementen van het
MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*

Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen

maart 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Inleiding	5
1.1 Twee ziekenhuizen gaan failliet	5
1.2 Aanleiding voor het onderzoek	6
1.3 Onderzoeksvragen	6
1.4 Doelstelling en focus	6
1.5 Aanpak van het onderzoek	7
1.6 Barrières bij de dataverzameling	8
2. Feitenreconstructie	11
2.1 Inleiding	11
2.2 De MC IJsselmeerziekenhuizen - Periode na overname door de MC Groep (2008 – juni 2018)	12
2.3 Het MC Slotervaart - Periode na overname door de MC Groep (februari 2014 - juni 2018)	23
2.4 Periode in de aanloop tot surseance van betaling (juli - 22 oktober 2018)	33
2.5 Periode van surseance van betaling tot uitspreken faillissement (23-25 oktober 2018)	52
2.6 De MC IJsselmeerziekenhuizen - Periode na faillissement (26 oktober – 22 november 2018)	58
2.7 Het MC Slotervaart - Periode na faillissement (26 oktober - december 2018)	65
3. Een samenloop van patronen	75
3.1 Inleiding	75
3.2 Een neerwaartse spiraal	75
3.3 Toenemende eenzijdige afhankelijkheid	79
3.4 Gebrekkig intern draagvlak ondermijnt bestuurlijke executiekracht	81
3.5 Gebrekkige informatievoorziening leidt tot wantrouwen	85

3.6	Volharding in de visie wekt in toenemende mate weerstand op	88
3.7	Voortdurend houvast zoeken in de papieren werkelijkheid van plannen	90
3.8	Bijzondere omstandigheden steeds gekwalificeerd als business as usual	91
3.9	Rigide rolopvatting	93
3.10	Vlucht naar voren leidt tot abrupt einde: terugvaloptie ontbreekt	96
3.11	Patronen grijpen in elkaar en versterken elkaar	99
4.	Een analyse op systeemniveau	101
4.1	Inleiding	101
4.2	Het stelsel van gereguleerde marktwerking	101
4.3	Werking van de zorgmarkt	102
4.4	Governance van ziekenhuizen	106
4.5	Extern toezicht op de financiële huishouding van zorginstellingen	108
4.6	Botsing van wetten	110
4.7	Conclusie	114
5.	Conclusies en lessen	117
	Lijst van afkortingen	125
	Begrippenlijst	127
	Bijlage A. Onderzoeksverantwoording	131
	Bijlage B. Aanvullende vragen van de Tweede Kamer	139
	Bijlage C. Balans en P&L MC ziekenhuizen	149
	Bijlage D. Personele bezetting AVA, RvB en RvC	153

Voorwoord

Faillissementen gaan gepaard met schade en verdriet. Mensen verliezen hun baan. Anderen verliezen geld. Gedupeerden zijn er eigenlijk altijd. Werkverhoudingen houden op te bestaan en tegengestelde belangen tussen betrokkenen leiden tot vervelende toestanden. Vertrouwde producten en diensten worden niet meer geleverd. Er zijn faillissementen waarbij de schade beperkt is en de pijn min of meer eerlijk wordt verdeeld. Maar pijn is er eigenlijk altijd wel.

In 2018 gingen op één dag twee ziekenhuizen failliet. Ook dat ging gepaard met pijn, schade en verdriet. Deze faillissementen onderscheidden zich doordat patiënten, van klinisch tot poliklinisch, ervan de dupe werden. Dat het onaanvaardbaar is dat zieke mensen zo benadeeld worden door het faillissement van een ziekenhuis behoeft eigenlijk geen betoog. De maatschappelijke onrust die door deze faillissementen is ontstaan, is begrijpelijk en terecht. De conclusie is duidelijk: deze gebeurtenissen mogen zich niet herhalen.

Onze commissie heeft zich ingespannen te begrijpen hoe deze faillissementen konden ontstaan en zo dramatisch konden verlopen. Het hoofddoel daarbij was lessen trekken, waarmee al diegenen die zijn betrokken bij beleidsvorming en besluitvorming van ziekenhuizen, hun voordeel kunnen doen. Ons onderzoek heeft geresulteerd in een feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen. Door analyse van deze gebeurtenissen hebben wij patronen in het handelen van de diverse partijen kunnen onderscheiden. Deze patronen en de samenhang daartussen, hebben we benut om een aantal lessen te formuleren. Ik ben van oordeel dat het voor bestuurders en toezichthouders in de wereld van de zorg en zorgverzekeringen, en ook voor beleidmakers en de politiek zinvol is kennis te nemen van de door ons in kaart gebrachte patronen. Wellicht helpt het om in voorkomende gevallen bewust te zijn van het optreden van patronen in eigen gedrag en van de ongewenste effecten daarvan.

Voor het onderzoek hadden wij hulp nodig van vele direct en indirect betrokkenen. Deze hulp hebben wij in de meeste gevallen ook gekregen. Wij ontvingen documenten en voerden diepgaande gesprekken, waarbij soms pijnlijke herinneringen en moeilijke beslissingen met wijsheid achteraf onder de loep werden genomen. Bijna alle betrokkenen hebben gedaan wat zij konden om ons te helpen bij ons onderzoek, veelal in de wetenschap dat zij zich daarbij kwetsbaar maakten. Ze waren zich ook bewust van hun plichten in de zin van geheimhouding en privacy en hebben met ons gezocht naar manieren om de door hen gevoelde morele plicht tot meewerken te combineren met hun andere verplichtingen. De commissie is deze mensen veel dank verschuldigd.

De commissie heeft samengewerkt met een secretaris en een team van onderzoekers. Deze mensen dank ik namens de commissie voor hun grote inzet en zorgvuldigheid. De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft het werk van de commissie op diverse punten gefaciliteerd. Ook aan de Raad zijn wij dank verschuldigd. Ten slotte dank ik namens de commissie de minister voor Medische Zorg en Sport voor het in ons gestelde vertrouwen.

Jaap van Manen

Voorzitter Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen



1. Inleiding

1.1 Twee ziekenhuizen gaan failliet

Op 25 oktober 2018 verklaart de Rechtbank Amsterdam het MC Slotervaart in staat van faillissement. Dit Amsterdamse ziekenhuis, dat vijf jaar daarvoor nog aan een faillissement ontsnapte, heeft dan al moeten besluiten alle in haar ziekenhuis opgenomen patiënten over te dragen aan andere ziekenhuizen. De ogen van de media en politiek zijn de eerste dagen na het faillissement dan ook vooral gericht op dit ziekenhuis, dat in rap tempo wordt ontdaan van patiënten en personeel.

Hoewel al eerder ziekenhuizen zijn gefailleerd, is het abrupte karakter en de daarmee samenhangende acute patiëntoverdracht vanuit het MC Slotervaart in Nederland ongekend, en voor velen tot die dag in oktober ook een ondenkbaar scenario. Wat de maatschappelijke en politieke beroering nog groter maakt, is dat op 25 oktober 2018 eveneens het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt uitgesproken. Zo gaan op één dag twee ziekenhuizen failliet. Omdat de patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen, anders dan in Amsterdam, niet direct worden overgeplaatst, richten de landelijke media en politiek hun aandacht aanvankelijk vooral op de situatie in Amsterdam. Berichten begin november 2018 over plannen voor sluiting van de afdeling spoedeisende hulp, in combinatie met het feit dat de afdeling acute verloskunde al eerder abrupt is gesloten, doen deze aandacht langzaam maar zeker steeds meer ook naar de MC IJsselmeerziekenhuizen verschuiven.

Dit ziekenhuis in de Flevopolder, dat bestaat uit het ziekenhuis in Lelystad en poliklinieken in Dronten, Emmeloord en Urk, kent evenals het MC Slotervaart een roerige geschiedenis die gekenmerkt wordt door een fusie, een overname in 2009 om een faillissement af te wenden, periodes van verscherpt toezicht en bestuurlijke onrust. Beide ziekenhuizen zijn, in tegenstelling tot de meeste andere ziekenhuizen in Nederland, in particulier eigendom, met dezelfde aandeelhouder.¹ Ten tijde van de overname door deze aandeelhouder bevinden ze zich in financiële nood. De eigenaren hebben bij de overname van de MC IJsselmeerziekenhuizen in 2009, en het MC Slotervaart eind 2013 als visie het zorglandschap in Nederland op te schudden, en 'ziekenhuizen van de toekomst' te bouwen met nieuwe concepten zoals een shop-in-shop model. Ook hebben deze ziekenhuizen, in tegenstelling tot de meeste andere ziekenhuizen, de artsen in loondienst. Een andere gemene deler betreft het feit dat zorgverzekeraar Zilveren Kruis in beide ziekenhuizen marktleider is, met een marktaandeel van 55-60% in Flevoland en 60% in Amsterdam.² Daarnaast zijn er personele verbindingen. Zo staan twee van de drie aandeelhouders in beide ziekenhuizen langere tijd als bestuurder aan het roer. Ook op andere vlakken is sprake van verwevenheid tussen de twee ziekenhuizen, en tot begin 2018 zijn er bovendien vergaande plannen voor een fusie tussen de ziekenhuizen.

Ondanks de vele overeenkomsten tussen de beide casussen, heeft de commissie er in haar onderzoek voor gekozen om de beide faillissementen, de aanloop ernaartoe alsook de afwikkeling ervan, als twee aparte casussen te onderzoeken. Daar waar uit het onderzoek is gebleken dat sprake is van sterke overlap, worden de casussen als één casus besproken, zonder overigens daarmee uit het oog te verliezen dat er behalve overeenkomsten ook verschillen zijn tussen beide faillissementen.

¹ Er is bij beide ziekenhuizen sprake van twee afzonderlijke holdings als aandeelhouder met beide dezelfde drie aandeelhouders als ultimate beneficial owners.

² Op basis van een vergelijking tussen overeenkomsten tussen de ziekenhuizen en Zilveren Kruis en omzetcijfers uit de jaarrekeningen.

1.2 Aanleiding voor het onderzoek

Voor de meeste patiënten, personeelsleden en omwonenden komen de beide faillissementen, en de daarmee gepaard gaande afbouw van zorg, als donderslag bij heldere hemel. Van de een op de andere dag is het voor veel patiënten onduidelijk waar en bij wie zij voor het vervolg van hun behandeling terecht kunnen, of geplande afspraken nog wel doorgaan, en of zij hun vertrouwde arts wel kunnen behouden. Dit leidt tot veel spanning en emotie bij patiënten van de beide ziekenhuizen. De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft in zijn onderzoek bovendien vastgesteld dat zich in de fase na de faillissementen verschillende risico's voor patiëntveiligheid hebben gemanifesteerd.³ Ook artsen, verpleegkundigen en ander personeel worden door de faillissementen hard geraakt. 'Hun' ziekenhuis en de teams van collega's met wie jarenlang hard is gewerkt om goede zorg te verlenen, vallen met de faillissementen snel uiteen. Ook bij omwonenden van de ziekenhuizen bestaan zorgen: is met het wegvallen van het ziekenhuis de zorg nog wel voldoende bereikbaar? In het bijzonder onder zwangere vrouwen in Urk leven zorgen over waar zij terecht kunnen in het geval van complicaties tijdens een bevalling; kunnen zij nog wel tijdig een ziekenhuis bereiken?

Naast alle begrijpelijke spanningen en emoties, roept het abrupte karakter van de gelijktijdig uitgesproken ziekenhuisfaillissementen ook veel vragen op over de oorzaak van de faillissementen, de verantwoordelijkheden van verschillende actoren, en de te leren lessen. Op verzoek van de Tweede Kamer deelt de minister voor Medische Zorg en Sport op 7 november 2018 het voornemen tot het instellen van een onderzoekscommissie.⁴ De commissie, bestaande uit prof. dr. J.A. van Manen (voorzitter), prof. dr. P.L. Meurs, en prof. dr. M.J.W. van Twist, gaat formeel van start op 1 januari 2019.⁵ De commissie krijgt tot taak om onafhankelijk onderzoek te verrichten naar de gang van zaken rond de faillissementen van de beide ziekenhuizen, te onderzoeken welke signalen er waren en welke acties daarop zijn genomen, en daarover aanbevelingen te doen.⁶ In dit rapport brengen wij onze bevindingen over het voetlicht, en verantwoorden wij ons over de werkwijze.

1.3 Onderzoeksvragen

Wij hebben drie hoofdvragen geformuleerd, die zijn gebaseerd op de vragen die de minister voor Medische Zorg en Sport in zijn opdrachtbrief aan de commissie heeft gesteld⁷:

1. Hoe is het proces rondom de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen verlopen?
2. Hoe is het handelen van betrokken partijen te begrijpen?
3. Welke lessen trekt de commissie uit deze faillissementen?

1.4 Doelstelling en focus

Het onderzoek heeft verschillende doelen. Allereerst wordt beoogd voor elk ziekenhuis inzichtelijk te maken hoe het proces rondom de faillissementen is verlopen, waarbij aandacht is voor de

³ Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019), Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Risico's voor patiëntveiligheid, december 2019.

⁴ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 139.

⁵ Besluit van de Minister voor Medische Zorg van 19 februari 2019, Stcrt. 10956. Regeling van de Minister voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 19 februari 2019, Stcrt. 10955.

⁶ Artikel 2 lid 2 van de Instellingsregeling, Stcrt. 10955.

⁷ De vragen van de minister zijn te vinden in artikel 2 lid 3 van de Instellingsregeling. De minister heeft tevens vragen van Kamerleden aan de commissie doorgestuurd. Deze vragen komen aan bod in Bijlage B, waarin per vraag wordt aangegeven waar het antwoord te vinden is in het rapport.

handelwijze van de verschillende betrokken instanties en gremia. Teneinde het handelen van partijen te kunnen plaatsen binnen de juiste context, gaat de reconstructie verder terug in de tijd. Startpunt voor de reconstructie is het moment dat elk ziekenhuis wordt overgenomen door de MC Groep. De nadruk ligt op de periode vanaf eind 2017, wanneer de financiële problemen substantieel worden. De reconstructie is opgenomen in hoofdstuk 2 van dit rapport.

De feitenreconstructie biedt inzicht in de gebeurtenissen voorafgaand aan, tijdens, en na beëindiging van de actieve fase van de faillissementen. Daaruit volgt nog geen antwoord op de vraag hoe het handelen van partijen begrepen kan worden. Teneinde hier inzicht in te krijgen, beschrijft hoofdstuk 3 patronen waar vanuit het handelen van de betrokken partijen begrepen kan worden. Daarbij hebben wij nadrukkelijk niet gezocht naar 'schuldigen', maar hebben wij ons, naast het in beeld brengen van samenlopende omstandigheden, gericht op (gedrags)patronen waarin met name de interactie tussen partijen centraal staat.

De patronen in de bestudeerde casussen konden zich manifesteren binnen een bepaalde context. Deze context wordt gevormd door onder meer de volgende vier aspecten: 1) het stelsel van geregleerde marktwerking en de zorgmarkt, 2) de inrichting van de interne governance in de ziekenhuizen, 3) het externe toezicht, en 4) de interactie tussen verschillende wetten. In hoofdstuk 4 worden deze aspecten verder uitgewerkt, teneinde de patronen die zich in de onderzochte casussen hebben gemanifesteerd in de juiste context te kunnen plaatsen. Wij achten in het bijzonder de genoemde vier aspecten en de dynamiek ertussen relevant om de gebeurtenissen in deze casus te kunnen begrijpen.

Hoofdstuk 5 bestaat uit een samenvatting en eindconclusies, gevolgd door de door ons geformuleerde lessen.

1.5 Aanpak van het onderzoek

Wij hebben allereerst een contextuele vergelijking gemaakt van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart enerzijds, met gefailleerde en bijna gefailleerde ziekenhuizen anderzijds. Hiertoe betrokken wij de volgende casussen in onze analyse: het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, het Havenziekenhuis, en De Sionsberg. Dit betreffen alle casussen die speelden vóór de faillissementen van de beide MC ziekenhuizen. De vergelijking, waarvoor openbare bronnen zijn gebruikt, werd toegespitst op zes dimensies. Dit betroffen: 1) bestuurlijke dimensie, 2) financieel-economische dimensie, 3) sociaal-maatschappelijke dimensie, 4) politiek-bestuurlijke dimensie, 5) dimensie van mediabeeldvorming en 6) dimensie van professionele dienstverlening. Het doel van de contextuele vergelijking was tweeledig. Enerzijds legde de vergelijking verschillen tussen de casussen bloot, waarmee deze bijdroeg aan het bepalen van de focus van het onderzoek. Daarnaast wilden wij voorkomen dat wij zouden toewerken naar een gevalsspecifieke doelredenering. De vergelijking met eerdere ziekenhuisfaillissementen legde de basis voor een brede vergelijking waaruit lessen voor de toekomst kunnen worden getrokken.

Nadat wij de eerste documenten hadden ontvangen, zijn wij gestart met het maken van een gedetailleerde en uitgebreide feitenreconstructie. De belangrijkste onderzoeksmethode voor de feitenreconstructie betrof dossieronderzoek. Hiertoe hebben wij in januari en februari 2019 bij betrokken partijen een brede uitvraag gedaan naar documenten. De vele duizenden documenten die wij in de loop van het onderzoek ontvingen, zijn per ziekenhuis bestudeerd en verwerkt in een uitgebreide chronologische reconstructie. Daarnaast hebben wij ons aan de hand van een juridisch kader georiënteerd op de rechten en plichten van verschillende betrokken partijen in geval van een (dreigend) ziekenhuisfaillissement.

Naast de documentstudie hebben wij half-gestructureerde interviews gehouden met ruim honderd betrokkenen. Een aantal betrokkenen is meerdere keren geïnterviewd, in sommige gevallen omdat zij meerdere rollen en functies vervulden in een of beide ziekenhuizen. Deze interviews vonden plaats in de periode maart tot en met oktober 2019. Voorafgaand aan de interviews hebben wij tevens met een aantal betrokkenen een oriënterend gesprek gevoerd. In de zomer zijn daarnaast enkele rondetafelgesprekken georganiseerd met patiënten en huisartsen. Zowel van de interviews als van de rondetafelgesprekken zijn conform het Onderzoeksprotocol van de commissie geluidsopnamen gemaakt. Van elke opname is vervolgens een uitgebreide samenvatting gemaakt, die na accordering van de geïnterviewde is opgenomen in het onderzoeksdossier. De interviewverslagen zijn waar relevant gebruikt ter onderbouwing van de bevindingen in het onderzoeksrapport. Om de vertrouwelijkheid van de gesprekken te garanderen, wordt in dit rapport niet verwezen naar specifieke interviews.

Om onze analyses te toetsen, hebben wij met een aantal experts gesproken, en hebben wij het conceptrapport integraal laten beoordelen door een onafhankelijk expert. Daarnaast zijn diverse analyse- en tegendenssessies gehouden om de bevindingen te toetsen en te bespreken. De onderzoeksverantwoording is opgenomen in bijlage A.

1.6 Barrières bij de dataverzameling

Om een betrouwbaar en zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het handelen van alle betrokken partijen, hebben wij hen gevraagd documenten te verstrekken. Dit betrof in de meeste gevallen een brede informatievraag, die onder meer zag op alle vormen van correspondentie over en met de ziekenhuizen, contracten, agenda's, notulen, presentaties en rapporten. De tijdsperiode waarop de informatieverzoeken betrekking hadden, besloeg in een aantal gevallen de periode van vlak voor de overname van het ziekenhuis tot ruim na beëindiging van de actieve fase van de faillissementen. In andere gevallen had het informatieverzoek uitsluitend betrekking op de periode 2017-2018.

Conform de Instellingsregeling is de commissie bevoegd om documentatie op te vragen. Er bestaat echter geen wettelijke grondslag waarmee wij partijen kunnen verplichten documenten te verstrekken of anderszins mee te werken aan het onderzoek; een dergelijke verplichting geldt uitsluitend voor ambtenaren van het ministerie van VWS.

In de praktijk is gebleken dat het ontbreken van een wettelijke grondslag, die door sommige partijen als voorwaarde werd gezien om medewerking te verlenen, tot moeilijkheden bij de dataverzameling heeft geleid. Hierdoor is het onderzoeksdossier niet compleet geworden. Daarnaast bleken er ook praktische obstakels aanwezig te zijn, die het verstrekken van informatie belemmerden. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat wij veel tijd verloren hebben, en minder efficiënt konden werken.

In het navolgende zetten we kort uiteen wat de voornaamste oorzaken zijn van de knelpunten bij het verstrekken van informatie aan de commissie.

Toegankelijkheid van informatie

Het ontsluiten van de gevraagde informatie bleek voor de meeste organisaties die wij hebben benaderd tijdrovend. Dit werd onder meer veroorzaakt doordat mailboxen van meerdere medewerkers moesten worden doorzocht, documenten in verschillende, soms niet langer gebruikte systemen waren opgeslagen, en een deel van de informatie alleen beschikbaar bleek in papieren archieven. Het zoeken en ontsluiten van de gevraagde informatie nam daardoor veel tijd in beslag.

De aandeelhouder, Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen van beide ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij na de faillissementsdatum niet over de administratie en alle informatie van de

ziekenhuizen konden beschikken. Na het faillissement valt de administratie onder verantwoordelijkheid van de curator. Het is voor deze gremia hierdoor niet mogelijk gebleken de door de commissie gewenste documenten aan te leveren. Wel hebben de gremia middels een samen opgestelde 'verhaallijn' de commissie over hun perspectief geïnformeerd en hebben zij daarnaast enkele documenten met de commissie gedeeld.

Juridische belemmeringen

Het ontbreken van een juridische grondslag waarmee andere dan overheidspartijen verplicht zijn de commissie informatie te verstrekken, leidde ertoe dat de curatoren van beide ziekenhuizen, alsmede de grootste zorgverzekeraar (aanvankelijk) terughoudend waren in het verstrekken van de gevraagde documenten. Drie belemmeringen van juridische aard speelden hierbij een rol: 1) het feit dat het onderzoeksdossier van de commissie na afronding van het onderzoek – conform de Archiefwet – wordt overgedragen aan het ministerie van VWS, 2) het vraagstuk in hoeverre het overdragen van documenten aan de commissie in lijn is met de Algemene Verordening Gegevensbescherming, en 3) de vraag of het verstrekken van documenten anderen zou kunnen schaden en dientengevolge tot aansprakelijkheidsstellingen zou kunnen leiden.

Medewerking Zilveren Kruis en curatoren MC Slotervaart

Dankzij intensief overleg met en een constructieve opstelling van zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de curatoren van het MC Slotervaart, zijn wij met hen tot een werkwijze gekomen waarin een groot deel van de gevraagde documenten aan ons is verstrekt.

Omdat ons informatieverzoek aan Zilveren Kruis zeer omvangrijk was, heeft Zilveren Kruis in eerste instantie een selectie gemaakt van de volgens hem relevante stukken. Na bestudering van deze documenten hebben wij vervolgens nog aanvullende, specifieke informatieverzoeken gedaan aan Zilveren Kruis. De in deze verzoeken gevraagde documenten zijn, voor zover deze beschikbaar waren, door Zilveren Kruis verstrekt.

De curatoren van het MC Slotervaart hebben uiteindelijk niet alle door ons opgevraagde documenten kunnen verstrekken. Dit had twee oorzaken. Allereerst is een deel van de gevraagde informatie niet aangetroffen door de curatoren. De curatoren hebben zich, mede door voormalig medewerkers van het ziekenhuis in te schakelen, ingespannen om de betreffende documenten te vinden, maar in een aantal gevallen is dit niet gelukt.

Een tweede reden waarom de curatoren bepaalde documenten niet aan ons konden verstrekken, is dat de curatoren hiervoor geen toestemming kregen van enkele van de betrokkenen. Dit betroffen enerzijds documenten van de laatste accountant van het ziekenhuis, te weten Verstegen Accountants. Met een beroep op de geheimhoudingsplicht heeft dit kantoor geen toestemming gegeven aan de curatoren om de gevraagde documenten aan de commissie te verstrekken. Daarnaast heeft dit kantoor ook anderszins geen medewerking willen verlenen aan het onderzoek.

Anderzijds bleek dat sommige van de bij de curatoren van het MC Slotervaart opgevraagde documenten ook informatie over de MC IJsselmeerziekenhuizen bevatten. Deze documenten konden door de curatoren van het MC Slotervaart niet aan ons ter beschikking worden gesteld, omdat de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen hiervoor geen toestemming gaven. Een van de rapporten die wij hierdoor, zelfs na bemiddeling door het ministerie van VWS, niet hebben kunnen bemachtigen, betreft een *corporate review* van adviesbureau PwC. Deze review vormde in de zomer van 2018 een belangrijke basis voor het verzoek van beide ziekenhuizen om een stand still. In paragraaf 2.4 wordt kort aandacht besteed aan dit rapport, waarbij wij ons uitsluitend hebben kunnen baseren op hetgeen de gremia van beide ziekenhuizen hierover hebben opgenomen in hun na afloop van de faillissementen opgestelde verhaallijn.

Curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen

Omdat alle interne ziekenhuisdocumenten vanaf de datum van het faillissement onder beheer van de curator staan, hebben wij ons in ons informatieverzoek ten aanzien van die documenten tot de betreffende curatoren gericht. Waar de curatoren van het MC Slotervaart na een intensief traject met ons tot overeenstemming zijn gekomen over de voorwaarden waaronder de gevraagde documenten konden worden verstrekt, zijn de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen zich op het standpunt blijven stellen dat het ontbreken van een wettelijke grondslag hen belet om documenten aan ons te kunnen verstrekken ten behoeve van het onderzoek. Pogingen om aan de opgeworpen bezwaren van de curatoren tegemoet te komen, alsook een bemiddelingspoging door het ministerie van VWS, hebben niet geleid tot een andere uitkomst.

Gevolgen voor het onderzoek

De vele inspanningen ten spijt, hebben wij als gevolg van een weigering van sommige partijen om mee te werken aan het onderzoek, waarbij deze partijen zich beroepen op het ontbreken van een wettelijke grondslag, niet alle documenten die wij hebben opgevraagd ook ontvangen. Waar het onderzoeksdossier voor zover het informatie van overheidspartijen betreft wel compleet is, geldt dat in mindere mate voor de informatie van private partijen. Hierdoor hebben wij ons onderzoek niet over de volle breedte kunnen uitvoeren. Wij hebben ons waar het onder meer de interne besluitvorming binnen de MC IJsselmeerziekenhuizen, alsmede financiële informatie en accountantsinformatie betreft, immers uitsluitend kunnen baseren op hetgeen daarover in interviews is gezegd, en op documenten die door andere betrokkenen uit eigen beweging aan ons ter beschikking zijn gesteld. Deze informatie is echter gefragmenteerd, waardoor het ons ontbreekt aan een volledig zicht op alle feitelijke informatie.

Als gevolg van de in het voorgaande beschreven beperkingen, is het mogelijk dat relevante informatie ontbreekt in de feitenreconstructie in hoofdstuk 2. Wij hebben diverse maatregelen getroffen om dergelijke omissies te voorkomen, voor zover dat in onze macht ligt. Allereerst hebben wij een grote groep betrokkenen geïnterviewd. Wij hebben iedereen die wij wilden spreken kunnen interviewen, met uitzondering van de laatste accountant van de beide ziekenhuizen. Daar waar informatie in het onderzoeksdossier ontbrak, hebben deze interviews, waarbij in een aantal gevallen vervolgens nog schriftelijke documentatie ter onderbouwing werd nagezonden door de geïnterviewde, geholpen bij het completeren van het beeld over de gebeurtenissen.

Daarnaast hebben wij onze verzoeken om correspondentie te verstrekken zowel gericht aan de verzendende als aan de ontvangende partij. Wanneer een van deze partijen de gevraagde informatie niet kon of wilde verstrekken, is deze in veel gevallen toch via de andere partij in ons bezit gekomen.

In enkele gevallen hebben betrokkenen of derden spontaan relevante informatie met ons gedeeld, ook wanneer dit documentatie van anderen betrof.

Het conceptrapport is ter feitelijke verificatie voorgelegd aan betrokken partijen. Hiermee hebben deze betrokkenen de gelegenheid gehad ons te wijzen op feitelijke onjuistheden en het ontbreken van relevante feitelijke informatie.

2. Feitenreconstructie

2.1 Inleiding

Om meer inzicht te verkrijgen in hoe het proces rondom de twee faillissementen is verlopen, reconstrueren wij in dit hoofdstuk, op basis van documentstudie, het verloop van de gebeurtenissen bij beide ziekenhuizen in aanloop naar de faillissementen, en vervolgens de afwikkeling ervan. Hoewel het faillissement van de twee ziekenhuizen gezamenlijk aanleiding gaf tot het instellen van een commissie, gaat het formeel om twee faillissementen, van twee verschillende BV's. Beide ziekenhuizen zijn echter nauw met elkaar verbonden, omdat de twee ziekenhuizen eigendom zijn van dezelfde aandeelhouders. Met name de gebeurtenissen in aanloop naar het aanvragen van surseance van betaling en het uitspreken van het faillissement, laten zien hoe de twee ziekenhuizen met elkaar verweven zijn. In dit hoofdstuk verbinden wij de twee casusbeschrijvingen daarom ook steeds met elkaar op momenten waarop dit in de praktijk ook gebeurde. Eerst beschrijven we voor elk ziekenhuis afzonderlijk de historie en de periode na de overname door de MC Groep. In de paragraaf over de periode in aanloop naar het aanvragen van surseance van betaling tot het uitspreken van faillissement behandelen we de twee ziekenhuizen gezamenlijk, omdat de ziekenhuizen hier nauw samen optrekken en ook externe partijen zich veelal op de twee ziekenhuizen gezamenlijk richten. In de afwikkeling van de faillissementen lopen de casusbeschrijvingen vervolgens weer uit elkaar.

Bestuur en eigendomssituatie

De IJsselmeerziekenhuizen worden als Stichting IJsselmeerziekenhuizen opgericht in 1999. Vanaf 2009 is de Stichting IJsselmeerziekenhuizen 100% eigendom van de MC IJsselmeerziekenhuizen Holding BV. In 2015 wordt de rechtsvorm van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen gewijzigd naar een BV en gaat het ziekenhuis verder onder de naam MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Hiertoe behoren het ziekenhuis in Lelystad (MC Zuiderzee) en poliklinieken in Emmeloord, Dronten en Urk. De MC IJsselmeerziekenhuizen BV heeft onder andere twee 100% dochtervennootschappen, te weten de MC Groep Facilitair bedrijf BV en Cardiologie Kliniek Flevoland BV, en heeft overheersende zeggenschap in Stichting MC Transmuraal. MC Groep Facilitaire Diensten BV is een 100% dochter van MC Groep Facilitair Bedrijf BV.⁸

Het Slotervaartziekenhuis wordt in 1975 gesticht door de gemeente Amsterdam, en wordt in 1997 geprivatiseerd. Op 31 december 2013 neemt de MC Groep het Slotervaartziekenhuis BV over. De aandelen in het Slotervaartziekenhuis BV (100%) worden ondergebracht in een aparte holding, MC Slotervaartziekenhuis Holding BV. De eigenaren (aandeelhouders) van de MC IJsselmeerziekenhuizen BV zijn vanaf dat moment tevens eigenaar van MC Slotervaartziekenhuis BV. MC Slotervaartziekenhuis BV heeft twee 100% dochtervennootschappen: ISM BV Nederland – die facilitaire diensten zoals schoonmaak aan het MC Slotervaartziekenhuis levert - en MC Tandheelkunde BV.⁹

In dit rapport verwijzen wij naar de ziekenhuizen als de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart. Met de 'MC Groep' wordt de overkoepelende groep bedoeld waar het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen gezamenlijk onder zouden vallen, zoals de ambitie was van de aandeelhouder. Formeel zijn de ziekenhuizen zelfstandige organisaties, elk onderdeel van een aparte holding. De MC IJsselmeerziekenhuizen Holding BV en MC Slotervaartziekenhuis Holding BV zijn eigendom van dezelfde aandeelhouders, die daarmee via hun eigen BV de eigenaren zijn van beide

⁸ Schee, van der & Nowee (2018). Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen BV en haar gefailleerde dochtervennootschappen. Nummer 1, 23 november 2018.

⁹ Zanten, van & Groot, de (2019). Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis BV en I.S.M. – Nederland BV nr. 1, 9 januari 2019.



ziekenhuizen. Als we spreken over de aandeelhouder, bedoelen we daarmee de holding van het betreffende ziekenhuis.

In de feitenreconstructie worden alle betrokkenen bij functie genoemd, behalve wanneer het voor de begrijpelijkheid nodig is om de persoonsnamen te noemen. In de betreffende periode hebben meerdere wisselingen plaatsgevonden in de Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen¹⁰ van beide ziekenhuizen. Voor het begrip van het verloop van de gebeurtenissen, is het nuttig om inzicht te hebben in deze wisselingen. In Bijlage D is een overzicht opgenomen van de samenstellingen van de algemene vergadering van aandeelhouders, Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen vanaf de periode van overname van het betreffende ziekenhuis door de MC Groep.

Visie MC Groep

De MC Groep heeft de ambitie om een keten van ziekenhuizen in Nederland te realiseren. De MC Groep heeft daarbij het concept van de 'medical mall' of 'shop-in-shop' voor ogen, een medisch centrum waar verschillende gespecialiseerde aanbieders van medische en ondersteunende diensten samenkomen als aparte 'winkeltjes' onder één dak. Het model van de 'medical mall' zoals de aandeelhouder, het bestuur en de Raad van Commissarissen dat voor ogen hebben, wordt door dhr. Winter al in 2011 beschreven in zijn oratie en berust op vier pijlers: de systeemfuncties, een reeks 'shops', transmurale zorg en ondersteunende diensten.¹¹ Vanuit deze visie heeft de MC Groep bij de overname de ambitie om de twee ziekenhuizen een voorbeeld te laten zijn voor ondernemende ziekenhuizen, waarin dienstverlening centraal staat en patiënten een herkenbaar en verantwoord niveau van kwaliteit en service ervaren.¹²

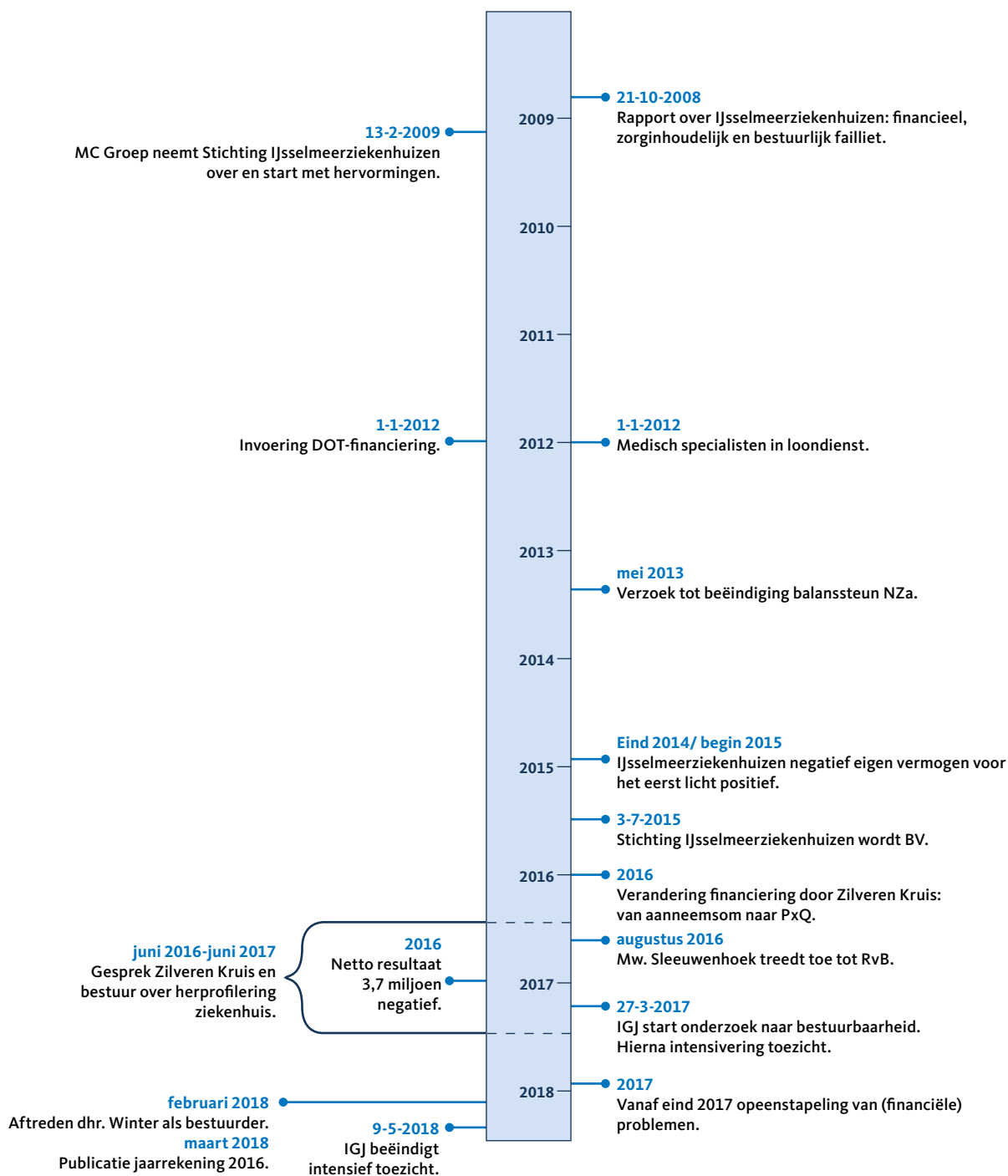
2.2 De MC IJsselmeerziekenhuizen - Periode na overname door de MC Groep (2008 – juni 2018)

Na overname door de MC Groep in 2009 ondergaat de MC IJsselmeerziekenhuizen een grote transitie. Zo wordt de formatie teruggebracht en verdwijnen er twee managementlagen. Ook wordt gewerkt aan de kwaliteit en veiligheid door aanpak van de OK-complexen en door het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders. Specialististen komen vanaf 2012 in loondienst. Het ziekenhuis ontwikkelt zich naar een ondernemend ziekenhuis, waarin hard gewerkt wordt aan verbetering van de financiële situatie. Medio 2018 moet het ziekenhuis door het uitblijven van groei, stijgende kosten, financiële tegenvallers, problemen bij vakgroepen, en een moeizame discussie met de grootste zorgverzekeraar over het gewenste profiel, opnieuw drastische keuzes maken om te kunnen voortbestaan.

¹⁰ Tot aan de omzetting naar een BV in 2015 was bij de IJsselmeerziekenhuizen sprake van een Raad van Toezicht.

¹¹ L.H.L. Winter (2011). Zorgondernemerschap als therapie. Van medisch paternalisme naar consumentisme. Van patiënt naar klant. Inaugurale rede, uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van hoogleraar Healthcare Entrepreneurship aan de Nyenrode Business Universiteit op 11 oktober 2011.

¹² MC Slotervaart (2016). Jaarverslag 2015, mei 2016. | MC Slotervaart (2015). Ondernemingsplan 2016, 27 november 2015.



Figuur 2.1 Tijdenlijn MC IJsselmeerziekenhuizen 2008 tot juni 2018

2.2.1 ‘Systeemziekenhuis’ gered door de MC Groep en kapitaalinjectie overheid

De Stichting IJsselmeerziekenhuizen ontstaat in 1990, na een fusie van het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad met het Dokter J.H. Jansenziekenhuis in Emmeloord. In de jaren die volgen kent de stichting roerige tijden, waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)¹³ meermaals problemen constateert met de kwaliteit van zorg, en diverse commissies worden ingesteld en externe adviseurs

¹³ Op 1 oktober 2017 zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Inspectie Jeugdzorg gefuseerd, waarna de organisatie verder gaat onder de naam Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In dit rapport verwijzen wij naar de IGJ, ook voor de periode voorafgaande aan de fusie toen de betreffende inspectie nog de IGZ was.

worden aangesteld om problemen te onderzoeken of verbetering te realiseren. Van 2002 tot 2005 staat het ziekenhuis onder verscherpt toezicht van de inspectie.

In september 2008 komt de Stichting IJsselmeerziekenhuizen opnieuw onder verscherpt toezicht te staan, als de inspectie constateert dat de operatiekamers van zowel de locatie in Lelystad als die in Emmeloord niet voldoen aan de voorwaarden, en de operatiecomplexen buiten gebruik moeten worden gesteld.¹⁴ Er is daarnaast sprake van ernstige financiële problemen: een faillissement van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen dreigt. Een extern adviseur concludeert in oktober 2008 dat de Stichting IJsselmeerziekenhuizen niet alleen financieel, maar ook zorginhoudelijk en bestuurlijk failliet is. Alleen indien er een publieke of private partij bereid is financieel en bestuurlijk te participeren in de Stichting, is er volgens hem nog perspectief voor een gezond ziekenhuis in de regio. Hij stelt dat er 'een laatste kans' is voor de IJsselmeerziekenhuizen: *“met inzet van alle betrokkenen kan er een bloeiend basisziekenhuis in Lelystad ontstaan. In de Noordoostpolder zal met de inzet van het Antonius Ziekenhuis Sneek en mogelijk Lelystad op de achtergrond ook een nieuwe toekomst met goede ziekenhuiszorg zijn te creëren. Als er een derde adviesronde nodig is – na commissie Kraaijeveld in 2002 en Lodewick in 2008, zal die alleen nog kunnen gaan over de ontmanteling van het ziekenhuis in Lelystad.”*¹⁵

In de weken die volgen wordt een overname voorbereid. Er is geen partij die meteen een sluitende oplossing kan bieden voor zowel de financiële problemen als de toekomstplannen, maar er liggen wel kansrijke biedingen op tafel van twee partijen: de MC Groep, en het St. Jansdal ziekenhuis in Harderwijk.¹⁶ Hoewel zorgverzekeraar Achmea¹⁷ de plannen van het St. Jansdal ambitieuzer en concreter vindt, en ook op het gebied van omgang met specialisten en vakgroepen, implementatie, efficiëntie en financiën meer vertrouwen heeft in het St. Jansdal, kiest een selectiecommissie van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen uiteindelijk voor de MC Groep.¹⁸ In november 2008 wordt een akkoord bereikt. Naast een lening van de MC Groep van €5 miljoen euro, draagt de overheid middels (achtergestelde) leningen en balanssteun bij.¹⁹ De minister schrijft in een brief aan de Tweede Kamer van 17 december 2008 deze overheidsinterventie – de overheidssteun – ‘systematisch’ te hebben overwogen. Hij is tot de slotsom gekomen dat het voortbestaan van het ziekenhuis in Lelystad, gelet op de specifieke geografische ligging en groei van de bevolking noodzakelijk is. Hij stelt in bancaire termen dat er sprake is van een “systeemziekenhuis”, wat een overheidsinterventie in deze situatie rechtvaardigt.²⁰ Bij overname bestaat het financiële arrangement naast een achtergestelde lening van €5 miljoen van de MC Groep en €18 miljoen balanssteun van de NZa (drie tranches van €6 miljoen) uit enkele (achtergestelde) leningen van het Rijk, de provincie Flevoland, betrokken gemeenten en ING Bank.²¹

De NZa stelt diverse voorwaarden aan de balanssteun, zoals het in stand houden van een 24/7 SEH. Ook kunnen tranches verminderd worden als er een (verwacht) positief eigen vermogen is.²² De balanssteun van de NZa wordt uiteindelijk niet volledig uitbetaald. Omdat de financiën van het ziekenhuis zich positief ontwikkelen, komt het niet meer in aanmerking voor de derde tranche. Naar aanleiding van een verzoek van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen en zorgverzekeraar Achmea om af te zien van uitbetaling van de derde tranche, besluit de NZa in juni 2013 om het balanssteundossier te sluiten. De Stichting IJsselmeerziekenhuizen heeft dan €12 miljoen (in plaats van €18 miljoen)

¹⁴ Kamerstukken II, 2008/09, 32 012, nr. 2, 25 augustus 2009.

¹⁵ Lodewick (2008). Ziekenhuiszorg in de polders: een herontwerp, 28 oktober 2008.

¹⁶ Kamerstukken II, 2008/09, 27 295, nr. 105, 3 november 2008.

¹⁷ Zilveren Kruis is onderdeel van de moedermaatschappij Achmea. Tussen 2001 en 2015 werd het bedrijf officieel Zilveren Kruis Achmea genoemd. Vanaf 1 juni 2015 wordt als naam enkel ‘Zilveren Kruis’ gebruikt.

¹⁸ E-mailcorrespondentie Achmea - ministerie van VWS, 18 november 2008.

¹⁹ Kamerstukken II, 2008/09, 27 295, nr. 109, 27 november 2008.

²⁰ Kamerstukken II, 2008/09, 27 295, nr. 111, 9 december 2008.

²¹ Kamerstukken II, 2008/09, 27 295, nr. 126, 3 februari 2009.

²² NZa (2019). Papertrail NZa Faillissement ziekenhuizen MC Groep, 19 februari 2019.

aan balanssteun ontvangen.²³ De achtergestelde leningen van in totaal €6 miljoen van het Rijk, gemeente Lelystad en provincie Flevoland worden kwijtgescholden, omdat er sprake is van een solvabiliteitsratio van minder dan 15 procent.²⁴ Een lening van €12,5 miljoen van het Rijk wordt in de loop der jaren volledig terugbetaald.^{25, 26}

2.2.2 Ontwikkeling naar een ondernemend ziekenhuis

Vanaf 13 februari 2009 neemt de MC Groep definitief de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de Stichting IJsselmeerziekenhuizen over. De Raad van Bestuur wordt gevormd door twee van de aandeelhouders: dhr. Winter (voorzitter) en dhr. De Boer (bestuurslid).

De jaren na overname staan in het teken van een omvangrijke reorganisatie, met een daling van de personele formatie, het verhogen van de kwaliteit en veiligheid van zorg en afbetaling van schulden om ook financieel weer een stabiel ziekenhuis te worden. Zo verdwijnen kort na overname twee managementlagen om tot een plattere organisatie te komen, wordt de problematiek met de OK-complexen aangepakt en gaat het ziekenhuis verschillende samenwerkingsverbanden aan met andere zorgaanbieders. Het bestuur stelt zich te willen ontwikkelen naar een ziekenhuis van de toekomst, dat steeds meer een netwerkorganisatie is, en zich richt op vier taken: het verzorgen van systeemfuncties, planbare zorg in de vorm van samenwerkingsverbanden (het zogenoemde 'shop in shop model'), ketenzorg (met goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg), en het aanbieden van ondersteunende diensten, zoals bedrijfsvoering, apotheek en diagnostiek.²⁷ Vanaf 2012 komen alle medisch specialisten in loondienst. Dit past binnen de visie van het bestuur en draagt bij aan kostenbeheersing en het betaalbaar houden van de zorg, zo schrijft het bestuur in het jaarverslag van 2012.²⁸

Een volgende stap in de verdere uitwerking van het ondernemersperspectief is de omzetting van de Stichting naar een BV, na beëindiging van de balanssteun van de NZa en conform de afspraken die daarover zijn gemaakt bij overname. Deze omzetting wordt na goedkeuring van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) op 3 juli 2015 definitief, waarna de naam van het ziekenhuis wordt gewijzigd in MC IJsselmeerziekenhuizen BV.²⁹ De aandeelhouder (MC IJsselmeerziekenhuizen Holding BV) houdt na omzetting 100% van de aandelen in de MC IJsselmeerziekenhuizen BV, waarbij er drie (indirect) aandeelhouders als ultimate beneficial owners (uiteindelijke belanghebbenden) zijn.³⁰

Vanaf 2016 wordt een bestuurlijke en juridische fusie tussen de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart (in 2014 overgenomen door de MC Groep) en juridische herstructurering voorbereid. Vanuit de gedachte dat het voor kleine ziekenhuizen in Nederland steeds moeilijker wordt om zelfstandig te blijven bestaan, is het voornemen om samen te werken in een holdingstructuur, om zo meer marktmacht te verkrijgen, schaalvoordelen te realiseren en werkprocessen te standaardiseren en verbeteren. Tevens is aan de bestuurlijke en juridische fusie het idee gekoppeld om zorg, vastgoed en bedrijfsvoering te splitsen en onder te brengen in drie aparte BV's. In maart 2017 geeft het WFZ goedkeuring onder voorwaarden voor de juridische herstructurering en bestuurlijke fusie. Deze goedkeuringsverklaring heeft een geldigheidstermijn van één jaar.³¹ De Ondernemingsraad, Cliëntenraad en het Bestuur Medische Staf (BMS) van de ziekenhuizen zijn positief over een fusie,

²³ VWS (2019). Factsheet mondelinge vragen IJsselmeerziekenhuizen, 22 oktober 2018.

²⁴ Interne e-mail VWS, 20 maart 2014.

²⁵ MC Groep (2018). Jaarverslag MC Groep 2017, 1 oktober 2018.

²⁶ Interne e-mailcorrespondentie VWS, 30 juli 2018.

²⁷ Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2011). Jaarverantwoording zorginstellingen 2010, 1 juni 2011.

²⁸ Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2013). Jaarverslag MC Groep 2012, 31 mei 2013.

²⁹ WFZ (2015) Beoordelingscommissie, 23 februari 2015.

³⁰ Schee, van der & Nowee (2018). Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen BV en haar gefailleerde dochtervennootschappen. Nummer 1, 23 november 2018.

³¹ WFZ (2017). Brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen BV, 2 maart 2017.

maar staan negatief tegenover de splitsing in BV's. Na consultatie van een onafhankelijk expert³² oordelen beide ondernemingsraden negatief over de voorgenomen splitsing van zorg, vastgoed en bedrijfsvoering, aangezien men vreest dat de positie van de zorg(-BV) ondermijnd zal worden bij een dergelijke splitsing in drie BV's.³³ Het fusietraject speelt van 2016 tot en met 2018, maar wordt in maart 2018 on hold gezet omdat in het plan van de aandeelhouder de fusie en splitsing van BV's aan elkaar verbonden zijn en de financiële situatie eerst alle aandacht vraagt, waardoor de herstructurering op dat moment geen prioriteit heeft.³⁴

2.2.3 Ontwikkelingen in financiën en productie

In de jaren na overname van het ziekenhuis daalt het aantal patiënten, onder meer door (tijdelijke) sluiting en renovatie van operatiekamers en concurrentie van nieuw geopende buitenpoli's van de Antoniuszorggroep en het St. Jansdal in Emmeloord en Dronten. Op verschillende afdelingen is ook sprake van een daling van het marktaandeel in deze plaatsen. Ook zorginhoudelijke ontwikkelingen, zoals een verkorting van de ligduur (waardoor het aantal verpleegdagen daalt met 15%), dragen bij aan lagere volumes.³⁵

De dalende aantallen patiënten zetten de financiën van het ziekenhuis onder druk, omdat deze direct doorwerken in de omzet. De kosten van het ziekenhuis daarentegen hebben voor meer dan 80% een min of meer vast karakter, mede omdat de medisch specialisten sinds 2012 in loondienst zijn. Daarnaast kost ook het beschikbaar houden van de acute zorg – SEH, IC en acute verloskunde – het ziekenhuis relatief veel geld, afgezet tegen de kleine schaal van het ziekenhuis en de dalende patiëntenaantallen. Bovendien worden de kwaliteitsrichtlijnen op dit domein aangescherpt³⁶, wat hogere personeelskosten tot gevolg heeft. Het behoud van de SEH is echter belangrijk voor het ziekenhuis omdat deze 21% van de omzet genereert.³⁷ Door reorganisaties en doordat facilitair personeel in 2010 in dienst treedt van MC Groep Facilitair Bedrijf BV, is het personeelsbestand afgenomen met 18%, van 925 fte eind 2008 naar 760 fte eind 2017. Het ziekenhuis moet echter steeds meer een beroep doen op een relatief dure flexibele schil. De kosten van personeel-niet-in-loondienst (PNIL) afgezet tegen de omzet nemen toe van 4% in 2014 naar 7,4% in 2017.³⁸ Behalve de personeelskosten vormen ook de rente en aflossingen van schulden een forse kostenpost voor het ziekenhuis. Van 2009 tot en met 2017 lost het ziekenhuis ruim €18 miljoen af aan banken en €12,5 miljoen aan het ministerie van VWS.³⁹

Ondanks dalende patiëntenaantallen boekt het ziekenhuis in de jaren 2009 tot en met 2015 wel een positief financieel resultaat.⁴⁰ In 2014 is het eigen vermogen, dat bij overname nog €27,6 miljoen negatief was, voor het eerst weer (licht) positief.⁴¹ Door een stabiele omzet in combinatie met licht stijgende kosten slaat het netto resultaat in 2016 om naar een verlies van - €3,7 miljoen, waardoor ook het eigen vermogen van het ziekenhuis eind 2016 weer negatief is.⁴² Het jaarverslag inclusief de jaarrekening van 2016 worden met ruime vertraging uiteindelijk eind maart 2018 gepubliceerd.⁴³

32 Voortgangsrapport aan OR inzake bevindingen voorgenomen besluit fusie en splitsing IJZ-SLV, 18 april 2017.

33 Brief OR MC Slotervaart aan Raad van Bestuur MC Slotervaart, 25 september 2018.

34 WFZ, Gespreksverslag, 17 augustus 2018.

35 Gupta Strategists (2016). Inzichten per organisatieonderdeel MC Groep, 8 juli 2016.

36 Zorginstituut Nederland (2016). Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care, juli 2016.

37 MC Groep (2016). Scenario's voor de toekomst, 23 september 2016.

38 MC Groep Jaarverslagen 2014 tot en met 2017.

39 MC Groep (2018). Jaarverslag 2017, 1 oktober 2018.

40 Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2011) Jaarverantwoording zorginstellingen 2010, 1 juni 2011.

41 MC Groep (2015). Jaarverslag 2014, april 2015.

42 MC Groep (2018). Jaarverslag 2016, maart 2018 | EY (2018). Accountantsverslag 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen. 6 april 2018.

43 MC Groep (2018). Jaarverslag 2016, maart 2018 | EY (2018). Accountantsverslag 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen. 6 april 2018.

Het verlies over 2016 heeft gedeeltelijk te maken met een voorziening van €3 miljoen die het ziekenhuis moet opnemen in verband met een onzekere vordering. De achtergrond van deze vordering is een procedure die tussen 2014 en 2016 speelt tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraars en de NZa, in verband met een wijziging in de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen in 2012, namelijk de invoering van de prestatiebekostiging (DOT-financiering). Op basis van de 'Regeling transitie bekostigingsstructuur' stelt de NZa de transitiefinanciering vast waarmee de financiële gevolgen van deze systeemwijziging voor ziekenhuizen worden gemitigeerd. Ziekenhuizen die door deze systeemwijziging financieel nadeel ondervinden krijgen compensatie en omgekeerd. Het transitiebedrag dat ziekenhuizen ontvangen of moeten betalen is het verschil tussen de omzet onder de prestatiebekostiging en de omzet die behaald zou zijn onder de oude budgetteringssystematiek (het schaduwbudget). De MC IJsselmeerziekenhuizen dient samen met verzekeraars Zilveren Kruis en VGZ het formulier voor de transitiefinanciering in bij de NZa. Doordat het ziekenhuis met de zorgverzekeraars een hoger schaduwbudget heeft afgesproken dan volgens het beleid van de NZa is toegestaan ontstaat echter een probleem. Het ziekenhuis is met de zorgverzekeraars contractueel overeengekomen om de medisch specialisten in 2012 in loondienst te nemen waarbij zij tevens een prestatiebonus ontvangen.⁴⁴ Deze prestatiebonus kan echter niet worden opgenomen in het door de NZa vastgestelde schaduwbudget omdat dit strijdig is met het beleid. In mei 2016 komt de NZa tot een definitief besluit, waarna een betalingsverplichting voor de MC IJsselmeerziekenhuizen resteert van €95.813.⁴⁵

Het bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen wendt zich hierna tot Zilveren Kruis met een vordering van ruim €4 miljoen. Volgens het ziekenhuis was het in loondienst nemen van de artsen en de honorariumafspraken onderdeel van de afgesproken aanneemsom over 2012.⁴⁶ Zilveren Kruis geeft echter aan geen validatie van die vordering te kunnen vinden (noch in eigen documentatie noch in de door het ziekenhuis aangeleverde documenten) en wijst de vordering af.⁴⁷ Gezien de onzekerheid van deze vordering, moet het ziekenhuis van de accountant een voorziening van €3 miljoen op de jaarrekening 2016 opnemen.⁴⁸

De liquiditeit en financiële positie van het ziekenhuis komt door deze ontwikkelingen steeds meer onder druk te staan. In de opeenvolgende jaarverslagen wijst het bestuur op de krappe liquiditeit, en daarmee de afhankelijkheid van tijdige betaling van voorschotten en declaraties door zorgverzekeraars en van andere debiteuren. De managementletter 2016 vermeldt dat de kredietlimiet – de kredietfaciliteit van €11 miljoen op de rekening courant - medio 2017 dicht wordt genaderd.⁴⁹

2.2.4 Onderhandelingen tussen Zilveren Kruis en de MC IJsselmeerziekenhuizen

Zilveren Kruis (onderdeel van Achmea) is voor de MC IJsselmeerziekenhuizen de grootste en belangrijkste zorgverzekeraar met een marktaandeel van 55-60%. Tot en met 2015 is er tussen Zilveren Kruis en de MC IJsselmeerziekenhuizen een overeenkomst op basis van een aanneemsom: een vast totaalbedrag waarvoor alle verzekerden van de verzekeraar in het ziekenhuis worden behandeld. Vanaf 2016 worden er jaarlijkse 'P*Q'-afspraken⁵⁰ gemaakt met een omzetplafond, waarbij het ziekenhuis geleverde zorg kan declareren tegen vooraf afgesproken prijzen tot een maximumbedrag. Zilveren Kruis geeft voor 2017 aan dat hij bij de MC IJsselmeerziekenhuizen het prijsniveau van de 25% goedkoopste ziekenhuizen wil handhaven.⁵¹

⁴⁴ Memo Nysingh advocaten aan Zilveren Kruis, 7 december 2016.

⁴⁵ NZa (2016). Herziene beslissing op bezwaar 73471, 4 mei 2016.

⁴⁶ Memo Nysingh advocaten aan Zilveren Kruis, 7 december 2016.

⁴⁷ E-mail Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 14 november 2016. | E-mail van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 17 mei 2017.

⁴⁸ EY (2018). Accountantsverslag 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen, 6 april 2018.

⁴⁹ EY (2017). Managementletter 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen, 6 februari 2017.

⁵⁰ Zorguitgaven = Prijs x Volume, er wordt alleen betaald voor de diensten die daadwerkelijk zijn verricht.

⁵¹ Zilveren Kruis (2016) Accountplan MC Groep, 1 juni 2016.



De onderhandelingen voor 2016 verlopen moeizaam. Het ziekenhuis vraagt Zilveren Kruis om een 'beschikbaarheidsbijdrage', om de SEH, verloskunde en intensive care in de lucht te houden. In een e-mail geeft Zilveren Kruis aan dat hij bereid is, bovenop de P*Q-afspraken met een plafond, een toeslag voor de beschikbaarheid te betalen. Het betreft een éénmalige toekenning, uitsluitend voor 2016, waaraan Zilveren Kruis de afspraak wil koppelen dat zo snel mogelijk gestart wordt met een onderzoek waarbij de vraag aan de orde wordt gesteld "of er, en zo ja wat, een realistische toekomst is voor de 24x7 voorziening in Lelystad".⁵² Bij de contractering over 2016 wordt zodoende afgesproken dat Zilveren Kruis additioneel €2,2 miljoen lumpsum toezegt, onder voorwaarde dat het ziekenhuis met een (financieel) onderbouwd herprofilingsplan voor de toekomst komt. Zilveren Kruis huurt een onafhankelijk adviesbureau in om de MC IJsselmeerziekenhuizen hierbij te ondersteunen en een zorginhoudelijke en financiële kwantitatieve feitenbasis te bieden.⁵³ Daar bovenop betaalt Zilveren Kruis een 'beschikbaarheidsbijdrage' van €1,16 miljoen voor de acute as, in de vorm van een prijsopslag.⁵⁴ Gezien het moeizame verloop van de onderhandelingen wordt tevens gestart met een begeleidingstraject, zo wordt in het verslag opgetekend.⁵⁵

Het rapport van het adviesbureau, waarin nadere inzichten worden gegeven over de ontwikkelingen bij verschillende organisatieonderdelen, verschijnt op 8 juli 2016.⁵⁶ Het herprofilingsplan van de MC IJsselmeerziekenhuizen volgt in september 2016. In dit plan stelt het bestuur dat men sinds de overname in 2009 ingrijpende bezuinigingen heeft gerealiseerd die hebben geleid tot een positief resultaat in de afgelopen jaren, maar dat er nu een einde is gekomen aan mogelijkheden om verder te bezuinigen. Deze constatering, in combinatie met de dalende zorgvraag, leidt ertoe dat het operationele resultaat onder druk staat. In het herprofilingsplan werkt het bestuur daarom een aantal 'impactvolle besluiten' uit. Met betrekking tot het zorgprofiel komt het bestuur tot de volgende conclusies. Zo is het bestuur voornemens om de OK/CSA/dagopname in Emmeloord te sluiten, en moeten de specialismen cardiologie en orthopedie worden verzelfstandigd. De bariatrische zorg wil het bestuur onderbrengen in een expertisecentrum (gezamenlijk met het MC Slotervaart). De SEH-functie moet behouden blijven: gezien de financiële impact van nachtsluiting en de gevolgen voor kwaliteit en bereikbaarheid heeft het de voorkeur van het bestuur om de SEH in zijn huidige vorm te handhaven en 24/7 open te blijven. In de rapportage schrijft het bestuur dat de gewenste additionele vergoeding van €2,24 miljoen (men noemt dit een 'beschikbaarheidsbijdrage') van Zilveren Kruis is te onderbouwen met de huidige verliezen bij de gerapporteerde specialismen, waarin de kosten van onvoldoende benutting van de OK en SEH zijn verdisconteerd. Dit komt in 2015 uit op een negatief resultaat van €2,4 miljoen. Het bestuur schrijft: "Het realiseren van de gekozen scenario's is naar verwachting een traject van minimaal 3 jaar. Daarom vragen wij aan het Zilveren Kruis een additionele vergoeding voor de komende jaren". De verwachting van het bestuur is dat men na die periode in staat zal zijn om met de huidige tariefstelling een financieel gezond ziekenhuis te zijn. Een bijgevoegde tabel in de rapportage laat zien dat de MC IJsselmeerziekenhuizen voor de jaren 2017 tot en met 2020 eenzelfde 'beschikbaarheidsbijdrage' vraagt, namelijk €2,24 miljoen.⁵⁷

Een beoordeling van het profielrapport van de MC IJsselmeerziekenhuizen door Zilveren Kruis is opgesteld op 10 oktober 2016, en is op die datum teruggekoppeld in een bestuurlijk overleg aan de MC IJsselmeerziekenhuizen. Zilveren Kruis geeft in dit document aan dat het plan onvoldoende informatie bevat om het als geheel te beoordelen. Opgemerkt wordt dat het doel van het rapport onder andere is om tot een rendabel ziekenhuis te komen tegen marktconforme tarieven. Volgens Zilveren Kruis is dat niet meegenomen in het rapport. Een tweede doel is dat de business case

⁵² E-mail van Zilveren Kruis aan MC Groep en MC Slotervaart, 15 februari 2016.

⁵³ Opdrachtbeschrijving van Zilveren Kruis aan adviesbureau, 5 mei 2016.

⁵⁴ Antwoord van Zilveren Kruis op vragen van de commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 21 oktober 2019.

⁵⁵ Gespreksverslag begeleidingstraject MC Groep – Zilveren Kruis, 13 april 2017.

⁵⁶ Gupta Strategists (2016). Inzichten per organisatieonderdeel MC Groep, 8 juli 2016.

⁵⁷ MC Groep (2016). Scenario's voor de toekomst, 23 september 2016.

binnen drie jaar neutraal is, maar er is geen business case opgesteld. Ten derde noteert Zilveren Kruis onvoldoende zicht te hebben op de productieontwikkeling van de MC IJsselmeerziekenhuizen en dat onduidelijk is hoe de productieontwikkeling zich verhoudt tot de toekomstige zorgvraag. In een nadere uitwerking geeft Zilveren Kruis een reactie op het profielrapport vanuit financieel perspectief en vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg. Zilveren Kruis constateert dat er een periode van drie jaar van aanvullende investeringen vanuit verzekeraars nodig zou zijn, boven marktconforme tarieven om noodzakelijke hervormingen door te voeren, en de volgens Zilveren Kruis aanhoudende dalende zorgvraag is daarbij nog buiten beschouwing gelaten. Ook maakt Zilveren Kruis zich zorgen over het effect van het uitplaatsen van poortspecialismen.⁵⁸ In april 2017 wordt het herprofileringplan besproken tussen de MC IJsselmeerziekenhuizen en Zilveren Kruis. In dit overleg maakt Zilveren Kruis duidelijk zich zorgen te maken over de kwetsbaarheid van de vakgroepen en kritisch te zijn over het model van een romp- of systeemziekenhuis waarbij winstgevend onderdelen worden verkocht. Op basis van het rapport van het adviesbureau constateert Zilveren Kruis dat het marktaandeel op sommige poortspecialismen erg laag is, en noemt dat zorgelijk. Zilveren Kruis geeft aan ervoor te vrezen dat de zorgonderdelen die nodig zijn om vaste lasten te dekken wegvallen en dat verlieslijdende zorgonderdelen achterblijven in de 'romp'. Zilveren Kruis ziet hierin geen positief businessmodel. De MC IJsselmeerziekenhuizen ziet dit anders en wijst erop dat zorgonderdelen alleen verkocht worden onder de voorwaarde dat de zorg binnen de muren van de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt geleverd tegen een kostendekkend tarief. Zilveren Kruis benadrukt in het overleg dat voor hem het uitgangspunt is dat er sprake is van hoogwaardige kwaliteit van zorg tegen een marktconform tarief en met goede toegankelijkheid. Zilveren Kruis ziet daarbij drie mogelijke scenario's voor de MC IJsselmeerziekenhuizen: 1) de 'systeemfunctie' van het ziekenhuis verdwijnt (dat betekent sluiting van de SEH), 2) behoud van de systeemfunctie, maar mogelijk met nachtsluiting van de SEH; 3) een focuskliniek met focus op winstgevend onderdelen van het ziekenhuis. Scenario 1 en 3 zijn voor de MC IJsselmeerziekenhuizen echter niet acceptabel, zo geeft het bestuur aan. Het bestuur wijst erop dat het verdwijnen van de systeemfunctie niet op draagvlak kan rekenen onder de bevolking. Ook zou het bij deze scenario's niet mogelijk zijn om specialisten aan te trekken. Het bestuur wijst erop dat het zorgsysteem in de regio verstopt zal raken bij het wegvallen van de SEH-functie.⁵⁹

In augustus en september 2017 worden de gesprekken over de herprofilering en toekomst van het ziekenhuis voortgezet. Het bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen geeft hierbij aan dat het voor strategische keuzes staat en hiervoor wil kunnen terugvallen op een meerjarencontract met Zilveren Kruis. De zorgverzekeraar ziet daar echter moeilijkheden in, gezien de diverse 'uitzonderingsposities' van de MC IJsselmeerziekenhuizen en enkele lopende 'issues'. Het ziekenhuis levert bijvoorbeeld gegevens over het onderhanden werk⁶⁰ aan in een spreadsheet in plaats van een geaccrediteerde applicatie (Grouper), en er is achterstand in de declaraties. Zilveren Kruis wil eerst de inkooprelatie normaliseren voordat er sprake kan zijn van een meerjarencontract.⁶¹ Samen met het bestuur van het MC Slotervaart, dat dezelfde uitzonderingsposities kent, geeft de Raad van Bestuur aan deze opvatting niet volledig te delen en stelt dat hij op sommige van de aangegeven punten geen uitzondering is ten opzichte van andere ziekenhuizen. Zo is men inmiddels gestart met het aanleveren van de onderhanden werk gegevens via de Grouper, maar zijn door een systeemfout de uitkomsten nog niet correct. De late declaraties worden veroorzaakt doordat de ziekenhuizen bezig zijn met het aanbrenge van een verbetering in de registraties, waardoor er intern meer uitval is van declaraties die vervolgens gecorrigeerd moeten worden. Verder geven de beide Raden van Bestuur aan dat Zilveren Kruis voor hen een uitzonderingspositie inneemt vanwege de late eindafrekening van schadejaren en de lage tarieven ten opzichte van andere zorgverzekeraars. De ziekenhuizen betreuren het dat in de vele overleggen sommige punten onvoldoende zijn besproken of afgerond en nu onderdeel zijn van

⁵⁸ Zilveren Kruis (2016) Profielrapport. MC IJsselmeerziekenhuizen, 10 oktober 2016.

⁵⁹ Gespreksverslag begeleidingstraject MC Groep – Zilveren Kruis, 13 april 2017.

⁶⁰ Tot het onderhanden werk worden zorgtrajecten gerekend die nog niet zijn afgesloten.

⁶¹ Brief van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, 16 augustus 2017.



een discussie over een uitzonderingspositie. Zij geven aan de afgelopen jaren niets anders gedaan te hebben dan het opvolgen van advies, opdrachten of aanbiedingen van Zilveren Kruis.⁶²

Een door Zilveren Kruis en het ziekenhuis ingehuurd adviesbureau concludeert op basis van een analyse dat een toekomstbestendige IC mogelijk is, en dat dit financieel het meest gunstig is door samenwerking met het MC Slotervaart of met een tele-IC. Nachtsluiting van de SEH leidt tot omzetverlies voor het ziekenhuis, en leidt voor zorgverzekeraars tot licht hogere kosten omdat patiënten dan moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen, aldus het advies van 1 september 2017.⁶³ In diezelfde maand presenteert Zilveren Kruis in gesprek met de MC IJsselmeerziekenhuizen zijn regiovisie en inkoopbeleid voor 2018. Zilveren Kruis geeft hierin aan een voorkeur te hebben voor een basisziekenhuis, met een klinische ziekenhuisvoorziening, goede kwaliteit en nauwe samenwerking met de eerste lijn.⁶⁴ Tevens geeft Zilveren Kruis in een e-mail naar aanleiding van de bespreking opnieuw aan twijfels te hebben bij de ideeën van het bestuur omtrent een 'rompziekenhuis', in verband met de financiering van dure beschikbaarheidsfuncties en cohesie tussen specialismen. De verantwoordelijkheid voor de keuze met betrekking tot de profilering ligt echter bij de Raad van Bestuur, zo schrijft Zilveren Kruis in een e-mail aan het bestuur.⁶⁵

In het vervolg en bij de onderhandelingen voor contractering voor 2018 blijkt dat Zilveren Kruis en de MC IJsselmeerziekenhuizen ieder een andere conclusie hebben getrokken uit de gesprekken over herprofilering. De MC IJsselmeerziekenhuizen schrijft in zijn offerte voor 2018 aan Zilveren Kruis dat hij met het profileringsplan heeft voldaan aan de voorwaarde voor de beschikbaarheidsbijdrage van €2,24 miljoen voor 2016, en dat is afgesproken dat deze structureel zou worden toegekend als beide partijen het eens zijn over het profiel. Men is hierover nog in gesprek. Omdat de beschikbaarheidsbijdrage over 2017 niet is ontvangen en het ziekenhuis afstevent op een negatief resultaat, doet het ziekenhuis alsnog het verzoek om deze te verlenen.⁶⁶ Zilveren Kruis stelt in een brief aan het bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen zich niet te herkennen in die afspraak. Zilveren Kruis stelt alleen in 2016 €2,24 miljoen te hebben toegevoegd aan de afspraak (onder de voorwaarde dat er een herprofileringsplan zou worden opgesteld) en dat in 2017 afspraken zijn gemaakt over een vergoeding van beschikbaarheidsfuncties in de vorm van een hoger prijsniveau, maar dat Zilveren Kruis inhoudelijk nooit akkoord is gegaan met het herprofileringsplan (en daar meerdere malen zijn twijfels over heeft geuit).⁶⁷ De MC IJsselmeerziekenhuizen stelt daarentegen dat de gesprekken over het profiel van het ziekenhuis in september 2017 zijn afgerond en dat overeenstemming was bereikt over het continueren van de IC-functie in Lelystad en het beschikbaar blijven van de 24x7 SEH-functie. Het bestuur stelt de zinsnede dat Zilveren Kruis nooit akkoord is gegaan met het herprofileringsplan niet te begrijpen. De MC IJsselmeerziekenhuizen is in de veronderstelling dat Zilveren Kruis in de sessie in september 2017 akkoord is gegaan ("*U was akkoord.*"), en geeft te kennen graag in gesprek te willen om te begrijpen waar Zilveren Kruis dan niet mee akkoord is.⁶⁸

In de onderhandelingen speelt tevens een rol dat het marktaandeel van Zilveren Kruis bij de MC IJsselmeerziekenhuizen daalt (en toeneemt bij andere verzekeraars).⁶⁹ De partijen sluiten ondanks het verschil van mening over herprofilering wel een overeenkomst voor 2018, waarbij het contract in twee delen is gesplitst. Voor de acute as (circa 30% van de omzet) wordt een aanneemsom afgesproken en voor de overige zorg een P*Q-afspraak met een omzetplafond (totaal €52,4 miljoen).⁷⁰

62 Reactie MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart op uitzonderingsposities, augustus 2017.

63 Gupta Strategists. 'Impact van aanpassing van de IC en sluiting van de SEH in de nacht', 1 september 2017

64 Zilveren Kruis, 'MC IJsselmeerziekenhuizen - Zilveren Kruis regiovisie en inkoopbeleid 2018', 27 september 2017.

65 E-mailcorrespondentie van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 29 september 2017.

66 Brief MC IJsselmeerziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 4 oktober 2017.

67 Brief van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 6 oktober 2017.

68 Brief van MC IJsselmeerziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 16 oktober 2017.

69 E-mail van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 16 november 2017. | MC Groep (2018) Management informatie juni 2018, 9 juli 2018.

70 Zilveren Kruis, Overeenkomst De Zorgverzekeraar - MC IJsselmeerziekenhuizen, 16 maart 2018.

Het prijsniveau van het ziekenhuis is dat jaar gelijk aan de door Zilveren Kruis gehanteerde basisprijs, en ligt onder dat van omliggende ziekenhuizen.⁷¹

De gesprekken over herprofilering van het ziekenhuis worden medio 2018 voortgezet. Zilveren Kruis schetst hier een tweetal scenario's. Het eerste scenario betreft een transitie van de locatie in Lelystad. Het betreft een herinrichting van processen, waarbij het volledige ziekenhuis in stand blijft, met een 'compacte acute as'. Binnen dit scenario zou geëxperimenteerd kunnen worden met een nieuw ziekenhuismodel, op basis van een transitieafspraken waarbij een realistische Q en P worden vastgesteld. Het tweede scenario betreft een structureel samenwerkingsverband tussen de MC IJsselmeerziekenhuizen en het St. Jansdal te Harderwijk.⁷²

2.2.5 Zorgen bij de Inspectie over de bestuurbaarheid

In de jaren na overname spelen er diverse problemen bij vakgroepen in het ziekenhuis. In het najaar van 2017 start de IGJ in het kader van het intensieve toezicht een onderzoek naar de bestuurbaarheid van de MC IJsselmeerziekenhuizen. De inspectie constateert dat er in een periode van vier jaar tijd bij vijf vakgroepen problemen zijn opgekomen, en geeft in een bestuursgesprek aan onvoldoende geïnformeerd te worden over belangrijke kwesties. De Raad van Bestuur wijst erop dat er stevig wordt ingezet op een cultuuromslag in het ziekenhuis, waardoor nu de nodige zaken boven tafel komen. Daardoor kan het beeld ontstaan dat er veel aan de hand is, maar het bestuur trekt samen met andere gremia juist actief op om verbeteringen te realiseren, zo stelt het. Het heeft grotendeels te maken met de situatie toen het ziekenhuis werd overgenomen. Toen was niet alleen de financiële situatie "*desastreus*", zo stelt het bestuur in gesprek met de inspectie, maar was ook de kwaliteit onder de maat. De noodzakelijke cultuuromslag kost tijd, stelt het bestuur. Om problemen onder de medische staf aan te pakken, wordt onder meer gestart met het programma Medisch Leiderschap en een breder cultuurprogramma Continu Verbeteren.⁷³ Het verbeteren van de relatie met de medische staf is ook een aandachtspunt in de tussentijdse toets voor het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Ondanks het ingezette programma wordt in april 2018 de heraccreditatie van het NIAZ niet behaald, met als belangrijk verbeterpunt het medisch leiderschap.⁷⁴

Naar aanleiding van het onderzoek naar de bestuurlijke problematiek in het ziekenhuis, is de inspectie begin 2018 voornemens om de MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht te stellen. De inspectie is kritisch over de bestuurscultuur en de positie van de interne toezichthouder (Raad van Commissarissen), aangezien de Raad van Bestuur en Algemene Vergadering van Aandeelhouders (AVA) deels uit dezelfde personen bestaan. Hoewel deze structuur al bestaat sinds de overname, leidt het signaal dat in december 2017 werd afgegeven door de Raad van Commissarissen nu tot bezorgdheid bij de inspectie.⁷⁵ De Raad van Commissarissen heeft bij de IGJ kenbaar gemaakt al zo'n negen maanden in gesprek te zijn met de AVA over het functioneren van dhr. Winter als lid van de Raad van Bestuur en een mogelijke andere rol. Deze bestuurder zou onvoldoende acteren als bestuurder, waardoor te veel taken op het bord van de overige bestuurders terecht komen. De Raad van Commissarissen heeft er bij de aandeelhouder op aangedrongen een vacature voor de positie van dhr. Winter open te stellen, omdat een driehoofdige Raad van Bestuur wel noodzakelijk zou zijn.⁷⁶ In december 2017 komen de partijen overeen dat dhr. Winter zal terugtreden uit de Raad van Bestuur.⁷⁷ Maar voor de IGJ zijn daarmee de zorgen nog niet weggenomen, en zij uit in haar rapport

71 Zilveren Kruis. Schriftelijke antwoorden op vragen van de Commissie. november 2019.

72 Presentatie Zilveren Kruis Bestuurlijk overleg MC Groep – Zilveren Kruis, 24 april 2018.

73 IGJ, Gespreksverslag met MC Zuiderzee, 17 oktober 2017 | Brief van MC IJsselmeerziekenhuizen aan IGJ, 23 november 2017.

74 MC IJsselmeerziekenhuizen (2019) Verhaallijn MC IJsselmeerziekenhuizen 2009-2018, 14 juni 2019.

75 IGJ (2018) Rapport Bestuurbaarheid in het geding in de MC Groep, Februari 2018. | Brief van IGJ aan MC Groep, 24 januari 2018.

76 IGJ, Gespreksverslag van IGJ - RvC MC Groep op 4 december 2017, 6 december 2017.

77 E-mail van RvC MC IJsselmeerziekenhuizen aan IGJ, 20 december 2017.

zorgen over de bestuurbaarheid, de rol van de interne toezichthouder en problemen bij meerdere vakgroepen.⁷⁸

In een gesprek tussen de inspectie, Raad van Bestuur, Raad van Commissarissen en medische staf worden de uitkomsten van het onderzoek besproken. Hoewel de eigendomsstructuur wel conform de Governancecode Zorg en Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is, heeft de aandeelhouder besloten dat dhr. Winter terugtreedt uit de Raad van Bestuur, en directeur wordt van de MC IJsselmeerziekenhuizen holding BV (aandeelhouder). Dhr. De Boer blijft aan als voorzitter van de Raad van Bestuur, en legt zijn functie als bestuurder van de holding neer. Hiermee komt de aandeelhouder tegemoet aan een wens van de Raad van Commissarissen. De Raad van Bestuur bestaat vanaf 1 februari 2018 uit dhr. De Boer en mw. Sleuwenhoek (locatiedirecteur sinds augustus 2016).⁷⁹

Gezien de wijzigingen in het bestuur, de constatering dat aan de Governancecode en wet- en regelgeving wordt voldaan en gewerkt wordt aan de cultuurproblemen binnen het ziekenhuis, ziet de inspectie begin 2018 af van het instellen van verscherpt toezicht. Wel wordt het geïntensiverde toezicht gecontinueerd, en dient het ziekenhuis een plan van aanpak op te stellen waaraan alle gremia zich conformeren.⁸⁰ In april 2018 stelt de inspectie in een vervolggelsgesprek tevreden te zijn over de genomen stappen en opzet van de verbeterprogramma's, en geeft zij aan voornemens te zijn het intensieve toezicht in de komende maanden te beëindigen. De Raad van Bestuur stelt in dit gesprek dat er langzaamaan een dialoog en cultuurverandering op gang komt.⁸¹

2.2.6 2018 - Financiële zorgen bij de MC IJsselmeerziekenhuizen nemen toe

Aan het einde van 2017 en begin 2018 nemen de financiële problemen van de MC IJsselmeerziekenhuizen toe. Eind 2017 is de kredietlimiet bijna genaderd, en begin 2018 kondigt Zilveren Kruis een terugvordering aan van €7,1 miljoen aan teveel betaalde voorschotten voor onderhanden werk, op basis van de opnieuw vastgestelde waarde van het onderhanden werk. Gebruikelijk is dat zorgverzekeraars ziekenhuizen bevoorschotten door het onderhanden werk te financieren. Met Zilveren Kruis bestaat de afspraak dat deze op maandbasis 90% van de waarde van het onderhanden werk financiert.⁸² De vordering is ontstaan door een daling van de waarde van het onderhanden werk, die volgens het ziekenhuis het gevolg is van lagere overeengekomen tarieven voor verzekerden van Zilveren Kruis vergeleken met 2015 en 2016, en door een afname van het aantal patiënten verzekerd bij Zilveren Kruis, terwijl de bevoorschotting door zorgverzekeraars is bepaald op gegevens van 2015. Omdat het ziekenhuis dit teveel ontvangen bedrag niet meteen kan terugbetalen, stelt de MC IJsselmeerziekenhuizen voor om het bedrag in maximaal twaalf maanden terug te betalen, met een mogelijkheid van verpanding van een aantal eigendommen. Zilveren Kruis wil echter geen nieuwe uitzonderingspositie voor de MC IJsselmeerziekenhuizen creëren en stelt voor een betalingsregeling te treffen, waarbij het geld binnen acht maanden, dus nog in 2018, wordt terugbetaald.⁸³

⁷⁸ IGJ (2018) Rapport Bestuurbaarheid in het geding in de MC Groep, Februari 2018. | Brief van IGJ aan MC Groep, 24 januari 2018.

⁷⁹ IGJ, Verslag gesprek tussen IGJ en MC Groep, 1 februari 2018.

⁸⁰ IGJ, Notulen V2001679, 12 februari 2018. | IGJ, Telefoonnotitie IGJ –RvB MC Groep, 12 februari 2018.

⁸¹ IGJ, Concept gespreksverslag tussen IGJ en Raad van Bestuur MC Groep, 18 april 2018.

⁸² Overeenkomst Zilveren Kruis – MC IJsselmeerziekenhuizen 2018, 16 maart 2018.

⁸³ Zilveren Kruis, Presentatie & samenvatting bestuurlijk overleg MC Groep – Zilveren Kruis, 30 april 2018.

	2014	2015	2016	2017
Totale opbrengsten	99,8	100,5	99,8	104,5
Onderhanden werk	15,1	14,9	15,4	11,3
Ontvangen voorschotten	15,1	14,9	16,6	16,6
Saldo	0	0	-1,2	-5,3

Tabel 2.1 Overzicht omzet, onderhanden werk en ontvangen voorschotten per eind 2014-2017, MC IJsselmeerziekenhuizen (miljoen euro)

Bron: jaarrekeningen 2014-2017.

De controle van de jaarrekening 2016 loopt ondertussen ernstige vertraging op. In maart 2018 verschijnt de definitieve jaarrekening, met een 'controleverklaring met beperking' van de accountant. Dit in verband met onder meer de onzekerheid over de waardering van het onderhandenwerk, die doorwerkt in de omzet en omzetgerelateerde balansposten. Bij de controle hanteert de accountant strengere eisen als gevolg van gewijzigde regelgeving. Het ziekenhuis kan de onderhanden werk informatie niet aanleveren conform de geaccrediteerde Grouper van Vektis die in de sector wordt gebruikt om de waarde van het onderhanden werk af te leiden.⁸⁴ Hierdoor moet de accountant meer gegevensgerichte controles doen. De accountant geeft in het accountantsverslag aan dat de onzekerheid te maken heeft met afwijkingen en onzekerheden die steekproefsgewijs zijn aangetroffen in DBC's.⁸⁵ De accountant geeft bij publicatie van de jaarrekening over 2016 aan, zoals eerder per brief is aangegeven, niet beschikbaar te zijn voor controle van de jaarrekening van 2017.⁸⁶

De financiële problemen, in combinatie met de problemen binnen diverse vakgroepen zijn voor de Raad van Bestuur in de eerste helft van 2018 reden om diverse maatregelen te treffen om de resultaten en de cultuur te verbeteren. Er worden herstelacties geformuleerd en er wordt gewerkt aan versterking van het financieel besturingsmodel, verzelfstandiging van vakgroepen en een stevigere inzet op cultuurverandering. Een taskforce moet aan de slag om meer nieuwe patiënten aan te trekken, de verwijzingen vanuit huisartsen te verhogen en samenwerking met huisartsen en processen te verbeteren. Tevens gaat de aandeelhouder op zoek naar een duurzame strategische partner, om de ambitie van een keten van ziekenhuizen te kunnen realiseren, en komt de optie om onderdelen van MC IJsselmeerziekenhuizen te verkopen concreet op tafel te liggen.^{87,88}

2.3 Het MC Slotervaart - Periode na overname door de MC Groep (februari 2014 - juni 2018)

Na overname van het Slotervaartziekenhuis in 2014 staat het bestuur voor de uitdaging het ziekenhuis weer tot een gezond ziekenhuis te maken. Door een forse reorganisatie en door actief in te zetten op enkele speerpunten, weet het bestuur in de jaren na de overname positieve financiële resultaten te behalen. De liquiditeitspositie blijft echter een voortdurend zorgpunt. Een opeenstapeling van problemen en teruglopende aantallen patiënten leiden ertoe dat het ziekenhuis vanaf 2017 weer verlies lijdt. De financiële zorgen, grote afhankelijkheid van bevoorschotting van de verzekeraars en disputen en vorderingen over en weer brengen begin 2018 een acuut liquiditeitstekort teweeg. Beperkt intern draagvlak vanuit de medische staf richting het ziekenhuisbestuur om maatregelen door te voeren, doet de zorgen vanaf medio 2018 sterk toenemen.

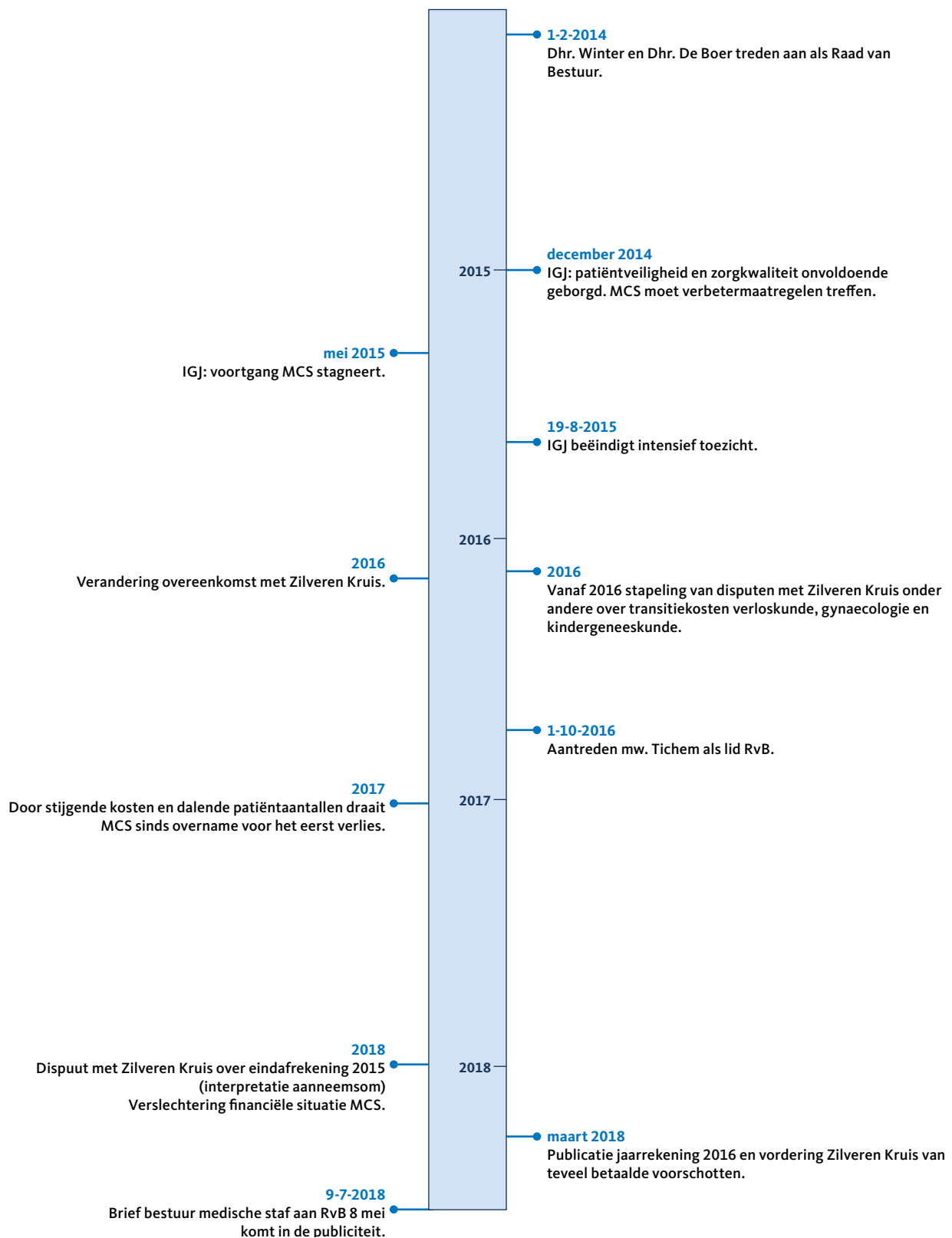
⁸⁴ EY (2018) Accountantsverslag 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen, 6 april 2018.

⁸⁵ EY (2018) Controleverklaring bij jaarverslag 2016 MC IJsselmeerziekenhuizen BV., 26 maart 2018.

⁸⁶ EY (2018) MC IJsselmeerziekenhuizen BV Accountantsverslag 2016. 6 april 2018.

⁸⁷ MC IJsselmeerziekenhuizen (2019) Verhaallijn MC IJsselmeerziekenhuizen 2009-2018, 14 juni 2019.

⁸⁸ Slotervaartziekenhuis BV /MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van aanpak, 19 juli 2018.



Figuur 2.2 Tijdlijn MC Slotervaart februari 2014 tot juni 2018

2.3.1 Slotervaartziekenhuis overgenomen door de MC Groep

Een ziekenhuis met bijzondere aandacht voor chronisch zieken, ouderen en minder draagkrachtigen. Dat is de ambitie voor het Slotervaartziekenhuis dat als eerste gemeentelijk ziekenhuis door koningin

Juliana in juni 1976 wordt geopend.⁸⁹ Het ziekenhuis is dan al een half jaar in gebruik (sinds 30 december 1975). Vanaf 1997 tot 2006 komt het ziekenhuis terecht in een privatiseringsproces, dat leidt tot de overname door Meromi Holding BV op 31 augustus 2006. Na het overlijden van één van de aandeelhouders ontstaat een heftige strijd om het eigenaarschap van het ziekenhuis. Uiteindelijk worden op oudjaarsavond 2013 alle aandelen in het Slotervaartziekenhuis overgedragen aan de MC Groep, en ondergebracht in de MC Slotervaartziekenhuis Holding BV.⁹⁰

Ten tijde van de overname door de MC Groep is het overheidsbeleid gericht op de continuïteit van zorg, en niet op de continuïteit van zorgaanbieders. De toenmalige minister van VWS geeft daarbij aan dat het risico bestaat dat zorgaanbieders failliet kunnen gaan. Volgens haar is het vooral te danken aan private investeerders dat het Slotervaartziekenhuis nog steeds bestaat. Het Slotervaartziekenhuis is volgens de minister een praktijkvoorbeeld dat het voordeel van een aandeelhouderconstructie in de zorg aantoont. Zij stelt dat aandeelhouders kunnen bijdragen aan de gezondheidszorg in Nederland. Hun investeringen dragen bij aan de doelmatigheid van een zorgaanbieder en maken innovatie en kwaliteitsverbetering mogelijk. Bovendien komen investeringen van aandeelhouders de solvabiliteit en continuïteit van de instelling ten goede. Private investeerders hebben er volgens de minister immers belang bij dat hun zorgaanbieder uitblinkt, zodat het geïnvesteerde kapitaal de waarde behoudt.⁹¹ Zorgondernemerschap wordt dan ook gestimuleerd door de overheid. Het is in deze tijdgeest dat het Slotervaartziekenhuis, onder de naam MC Slotervaart, een nieuwe fase ingaat met de MC Groep.

2.3.2 De ambitie van de MC Groep: het opschudden van het Amsterdamse zorglandschap

Op 1 februari 2014 treden dhr. Winter en dhr. De Boer aan als Raad van Bestuur van het Slotervaartziekenhuis.⁹² Kort daarna treden nog twee personen toe tot de Raad van Bestuur. Het Slotervaartziekenhuis heeft dan een roerige tijd achter de rug. Het ziekenhuis heeft jarenlang verlieslijdend geopereerd, en gezien de aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen in de regio Amsterdam is met regelmaat de vraag gesteld of er nog wel een toekomst is voor het Slotervaartziekenhuis. Tevens kende het ziekenhuis veel bestuurlijke onrust, met diverse interne en juridische conflicten.⁹³ Tegelijkertijd staat het ziekenhuis voor de buurtbewoners en patiënten ook vooral bekend om de prettige, persoonlijke sfeer en 'anarchistische' cultuur.⁹⁴

In deze context stapt de MC Groep in 2014 het Slotervaartziekenhuis in. Het bestuur heeft voorafgaand aan de overname geen inzicht in de koop kunnen verkrijgen, zo geeft zij aan in gesprek met de inspectie. De eerste maanden na overname staan dan ook in het teken van inventarisatie en het goed in beeld krijgen van het ziekenhuis. Prioriteit wordt gelegd bij de financiën, personele reductie en het verkrijgen van de NIAZ-accreditatie (waarbij ook patiëntveiligheid en kwaliteit worden meegenomen). Een half jaar na de overname stelt het bestuur in gesprek met de inspectie dat zij nog maar een klein deel (geschat wordt 25%) van het Slotervaartziekenhuis in beeld heeft. De ervaring van de MC IJsselmeerziekenhuizen leert echter dat er enige jaren nodig zijn om een ziekenhuis goed te leren kennen. Tegelijkertijd stelt het bestuur dat het de grote lijn inzake kwaliteit en veiligheid goed in beeld heeft, en dat er geen verontrustende zaken boven tafel zijn gekomen. Het bestuur spreekt over een intrinsiek goed bedrijf met goede kwaliteit van zorg, dat vooral problemen kende op het

⁸⁹ Zanten, van & Groot, de (2019) Faillissementsverslag. Slotervaartziekenhuis BV en I.S.M. – Nederland BV. Nr. 1, 9 januari 2019.

⁹⁰ Brief van MC Slotervaart aan de IGJ, 2 januari 2014.

⁹¹ Tweede Kamer, Handelingen II, 2013/14, nr. 99, item 12, 26 juni 2014.

⁹² Brief van MC Slotervaart aan IGJ, 24 januari 2014.

⁹³ IGJ, Verslag Gesprek IGJ met directie Slotervaartziekenhuis, Utrecht, 22 oktober 2014.

⁹⁴ NRC (2018) 'Het geld lekte aan alle kanten weg', 22 december 2018.

bestuurlijke niveau en aandeelhoudersniveau. Het vergt volgens het bestuur een meerjarentraject om de organisatie weer gezond te maken. Zo is er sprake van achterstallig onderhoud en moet er een kwaliteitssysteem worden opgebouwd. Daarnaast werkt men aan een wijziging van de statuten. Daarbij wordt de zeggenschap van de aandeelhouder beperkt en wordt de rol en positie van de Raad van Commissarissen als interne toezichthouder versterkt, aldus het bestuur. Ook wordt gewerkt aan een nieuwe positionering van het ziekenhuis. In gesprek met de inspectie geeft het bestuur verder aan de ambitie te hebben om het Amsterdamse zorglandschap op te schudden. Het ziekenhuis wil zich op een aantal zorgdomeinen zoals bariatric en geriatrie, duidelijk in de regio onderscheiden. Hoewel nauwe samenwerking met de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt nagestreefd (onder meer door samenvoeging van bedrijfsondersteunende diensten en kennisuitwisseling) blijven de ziekenhuizen wel twee zelfstandige, autonome ziekenhuizen, ook in financieel en juridisch opzicht, zo tekent de inspectie op uit het gesprek.⁹⁵

2.3.3 Ontwikkelingen in financiën en productie

Ten tijde van de overname van het Slotervaartziekenhuis door de MC Groep staat het ziekenhuis er zowel bestuurlijk als financieel slecht voor. Er is sprake van verliezen en het ziekenhuis heeft markt-aandeel verloren aan andere ziekenhuizen. Ook is er sprake van achterstallig onderhoud in gebouwen, de medische infrastructuur en administratieve organisatie. Wel is het eigen vermogen positief (€16,5 miljoen; solvabiliteit 18,3% eind 2013) en is de langlopende schuldenlast beperkt (€10,5 miljoen eind 2013).⁹⁶

In de jaren na overname kent het MC Slotervaart een stijging van de patiëntenaantallen op bariatric, slaap-waak, geriatrie en transgenderzorg – de speerpunten waar het ziekenhuis zich landelijk op profileert. Samen met neurochirurgie zijn deze speerpunten verantwoordelijk voor 15% van het aantal patiënten en voor ongeveer 30% van de omzet. Daar staat tegenover dat in de basiszorg het aantal patiënten daalt. Ook op de polikliniek en spoedeisende hulp is sprake van een daling van het aantal patiënten. Hierdoor daalt per saldo het aantal opnamen en verpleegdagen.⁹⁷

Ondanks de daling van het aantal patiënten op verschillende onderdelen, kent het MC Slotervaart wel een stijging van de omzet in 2015 en 2016, als gevolg van een verschuiving van zorg naar de speerpunten. In 2016 wordt een netto resultaat van €3,5 miljoen behaald. Het eigen vermogen komt daarmee uit op €17,3 miljoen.⁹⁸ In 2017 en 2018 is echter sprake van een dalende omzet, zo blijkt uit het concept jaarverslag over 2017. Redenen hiervoor zijn volgens het bestuur onder meer een verbouwing aan de operatiekamers in 2017⁹⁹, een achterblijvende productie van bariatric en kostenstijgingen. De personeelsomvang en –kosten houden geen gelijke tred met de dalende patiëntenaantallen en omzet. Hierdoor daalt de gemiddelde productiviteit per werknemer die ten opzichte van het landelijk gemiddelde al lager was. Het aandeel PNIL loopt vanaf 2013 fors op. Ook zijn de patiëntgebonden kosten en de algemene kosten – onder meer door extern advies – hoger dan begroot. Door deze ontwikkelingen slaat de ingezette stijgende lijn in het bedrijfsresultaat, waarmee het ziekenhuis uit de rode cijfers kwam, vanaf 2017 weer om in een verlies.¹⁰⁰

⁹⁵ IGJ, Verslag Gesprek IGJ met directie Slotervaartziekenhuis, Utrecht, 22 oktober 2014.

⁹⁶ MC Slotervaart (2015). Jaarrekening 2014, november 2015.

⁹⁷ MC Slotervaart. De laatste jaren van MC Slotervaart. Verhaallijn, 17 mei 2019.

⁹⁸ De solvabiliteit of het weerstandsvermogen (eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de bedrijfsopbrengsten) van het Slotervaart is eind 2016 14%. Gemiddeld is dit 22% bij algemene ziekenhuizen (NVZ, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018). Ook is er overwaarde op het gebouw.

⁹⁹ MC Slotervaart, Conceptverslag vergadering RvC en Directie, 3 juli 2017.

¹⁰⁰ MC Slotervaart, Concept jaarverslaggeving 2017, 17 augustus 2018.

De liquiditeitspositie van het ziekenhuis is dan al jarenlang krap. Het eigen vermogen zit voornamelijk in het gebouw. Het bestuur vermeldt in het jaarverslag 2016 dat er vanwege de krappe liquiditeit controle is op uitgaande betalingen, en dat het ziekenhuis afhankelijk is van tijdige betaling door zorgverzekeraars en afspraken met financiers.¹⁰¹ Het ziekenhuis heeft, net als de MC IJsselmeerziekenhuizen, het werkkapitaalbeheer vanaf 2016 uitbesteed aan CashCure. De registratie en declaratie van zorg moet hiermee worden verbeterd, waardoor onder meer de achterstand in nog te factureren afgesloten zorgtrajecten moet worden ingelopen.¹⁰² In februari 2017 presenteert de NZa de bevindingen van haar onderzoek naar onder andere de zorgadministratie en zorgregistratie. Naar het oordeel van de NZa bevindt de organisatie zich in een precaire situatie: het nieuwe systeem is nog niet geïmplementeerd, veel kennis is door het vertrek van mensen van het zorgadministratieteam verdwenen, of voor een belangrijk deel in handen van externen (CashCure).¹⁰³

De controle van de jaarrekening over 2016 loopt forse vertraging op, mede doordat de accountant niet eerder dan in april 2017 een team beschikbaar heeft¹⁰⁴, en als gevolg van nieuwe richtlijnen.¹⁰⁵ De nieuwe richtlijnen leiden tot nieuwe informatie-uitvragen van de accountant aan het ziekenhuis ten opzichte van de vorige controle. Tussen het ziekenhuis en de accountant ontstaan ook discussies over de omzetverantwoording, toetsing van de bestuurderssalariissen aan de WNT, over op te nemen voorzieningen, over de toepassing van contracten met zorgverzekeraars en over gelieerde rechtspersonen.¹⁰⁶ Omdat beide MC ziekenhuizen met dezelfde accountant werken, leiden de issues die spelen bij de controle bij de MC IJsselmeerziekenhuizen ook tot vertraging bij de controle bij het MC Slotervaart.¹⁰⁷ De accountant geeft in gesprek met het ziekenhuis aan druk te ervaren op het controleproces, en vindt de interne kwaliteit van de (financiële) organisatie onvoldoende. De accountant vindt hierdoor het ziekenhuis een te risicovolle klant, waardoor hij ook de eigen interne kwaliteitsafdelingen moet consulteren.¹⁰⁸ De accountant geeft daarom aan dat hij niet meer beschikbaar is voor de controle van volgende jaarrekeningen.¹⁰⁹

2.3.4 Van intensief naar regulier inspectietoezicht

Het toezicht van de inspectie op het MC Slotervaart wordt in de jaren na overname langzaam afgebouwd van intensief naar regulier toezicht. In december 2014, een jaar na overname, constateert de inspectie dat de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg niet voldoende systematisch zijn geborgd in het MC Slotervaart. Op onderzochte kritische processen zijn nog veel verbeteringen noodzakelijk. Tevens constateert de inspectie dat er nog onvoldoende sprake is van een cultuur gericht op leren en verbeteren, en dat de kwaliteit van stuurinformatie (door onvolkomenheden in verschillende registraties) te wensen over laat. De ingrijpende reorganisatie met vele personele verschuivingen en vertrek van personeel heeft volgens de inspectie negatieve effecten gehad op de voortgang van lopende verbeterprocessen. Wel concludeert de inspectie vooralsnog vertrouwen te hebben in het bestuurlijk handelen en het vermogen van het bestuur om de noodzakelijke verbeteringen te realiseren.¹¹⁰

¹⁰¹ MC Slotervaart (2018) Jaarverslag 2016, maart 2018.

¹⁰² EY, Managementletter 2016 aan MC Slotervaart BV, 24 maart 2017.

¹⁰³ Brief van NZa aan MC Slotervaart, 3 februari 2017.

¹⁰⁴ E-mail van EY aan MC Slotervaart, 28 november 2016.

¹⁰⁵ MC Slotervaart, Notitie gesprek RvC en EY, 29 oktober 2017.

¹⁰⁶ MC Slotervaart, Memo 'mogelijke versnelling afronding jaarrekening 2016 MCS', 13 november 2017.

¹⁰⁷ MC Slotervaart, Memo 'mogelijke versnelling afronding jaarrekening 2016 MCS', 13 november 2017.

¹⁰⁸ MC Slotervaart, Notitie gesprek RvC en EY, 19 oktober 2017.

¹⁰⁹ Brief van EY aan MC Slotervaart, 13 september 2017.

¹¹⁰ IGJ (2014) Rapport: 'Slotervaartziekenhuis december 2014: Voortvarendheid bij realiseren verbeteringen op het gebied van kwaliteit en veiligheid noodzakelijk', 17 december 2014.

In april 2015 oordeelt de inspectie nog dat er sprake is van stagnerende voortgang op de verbetermaatregelen,¹¹¹ maar in augustus datzelfde jaar ziet de inspectie voldoende verbeteringen om het intensieve toezicht af te schalen naar het reguliere, risicogestuurde toezicht. De inspectie constateert dat de grote inspanningen van het bestuur en de medewerkers van het MC Slotervaart om de kwaliteit van de patiëntenzorg weer op peil te brengen tot een goed resultaat hebben geleid, waarop de organisatie trots mag zijn.¹¹² De informatievoorziening blijft echter een aandachtspunt. In het jaargesprek van december 2015 geeft de inspectie aan dat de gevraagde informatie vaak te laat, na rappels en bovendien onvolledig wordt verstrekt. Dit getuigt naar het oordeel van de inspectie niet van een volwassen organisatie. Ook merkt de inspectie op dat de spontane informatievoorziening naar de inspectie achterblijft bij wat in andere ziekenhuizen gebruikelijk is. Het punt heeft ook de aandacht, omdat het MC Slotervaart, en zijn rechtsvoorgangers, herhaaldelijk in de publieke en politieke belangstelling heeft gestaan, waarbij in ieder geval duidelijk is dat een door politiek en/of samenleving ervaren gebrek aan transparantie het vertrouwen ondermijnt, zo stelt de inspectie.¹¹³

Er vinden in de periode 2015-2016 tevens enkele bestuurswisselingen plaats. Dhr. De Boer neemt in augustus 2016 het voorzitterschap over van dhr. Winter, en mw. Tichem treedt op 1 oktober 2016 aan als locatiedirecteur. Het bestuur bestaat vanaf dan uit dhr. De Boer (voorzitter), dhr. Winter en mw. Tichem.¹¹⁴

2.3.5 Onderhandelingen tussen Zilveren Kruis en het MC Slotervaart

Evenals bij de MC IJsselmeerziekenhuizen is ook voor het MC Slotervaart Zilveren Kruis met een marktaandeel van circa 60% de grootste en daarmee belangrijkste zorgverzekeraar. Als marktleider heeft Zilveren Kruis ten opzichte van andere verzekeraars de laagste tarieven bij het MC Slotervaart.¹¹⁵ Tot en met 2015 heeft het ziekenhuis contracten op basis van een aanneemsom. Vanaf 2016 wordt overgestapt op P*Q-afspraken met een omzetplafond. In 2016 krijgt het ziekenhuis 1,6% meer volume gecontracteerd dan het voorgaande jaar, en tegen een gemiddeld prijsniveau van 4% onder de door Zilveren Kruis gehanteerde basisprijs. Vanaf 2016 ligt het prijsniveau van het ziekenhuis onder dat van omliggende ziekenhuizen.¹¹⁶ De onderhandelingen voor 2017 verlopen vervolgens moeizaam, en er dreigt zelfs een situatie te ontstaan waarbij de ziekenhuizen niet gecontracteerd zullen worden.¹¹⁷ Zilveren Kruis is daarbij van mening dat het MC Slotervaart in de afgelopen jaren onvoldoende inzicht heeft gegeven in de productie. Het ziekenhuis kampt met diverse administratieve problemen. Dit heeft geleid tot veel klachten bij Zilveren Kruis, omdat verzekeren bijvoorbeeld drie jaar na datum nog een verrekening van het eigen risico kunnen krijgen.¹¹⁸ Uiteindelijk komen de twee partijen toch tot overeenstemming. Voor 2017 wordt voor een maximum van €56,1 miljoen aan zorg gecontracteerd¹¹⁹, met een lager volume dan in 2016 en tegen een prijsniveau gelijk aan de basisprijs van Zilveren Kruis.¹²⁰ In 2018 is het omzetplafond €57,4 miljoen¹²¹, waarbij beide partijen een volumegroei van 1,2% op de speerpunten afspreken en een prijsniveau van 2,7% boven de basisprijs.¹²²

¹¹¹ IGJ, Verslag gesprek Slotervaart Ziekenhuis – Inspectie voor de Gezondheidszorg, 21 april 2015.

¹¹² IGJ (2015). Definitief rapport intensief toezicht MC Slotervaart, november 2015.

¹¹³ IGJ, Definitief verslag jaargesprek 2015 van IGJ met het bestuur van het MC Slotervaart Amsterdam, 17 december 2015.

¹¹⁴ MC Slotervaart, 'De laatste jaren van MC Slotervaart. Verhaallijn', 17 mei 2019.

¹¹⁵ Zilveren Kruis, Verslag Voortgangsoverleg tussen Zilveren Kruis en MC Groep, 27 november 2017.

¹¹⁶ Zilveren Kruis. Schriftelijke antwoorden op vragen van de Commissie, November 2019.

¹¹⁷ Q&A document van Zilveren Kruis over MC Slotervaart, 17 november 2016.

¹¹⁸ Q&A document van Zilveren Kruis over MC Slotervaart, 17 november 2016.

¹¹⁹ Onderhandelakkoord 2017 MC Slotervaart – Zilveren Kruis, 25 november 2016.

¹²⁰ Zilveren Kruis. Schriftelijke antwoorden op vragen van de Commissie, november 2019.

¹²¹ Onderhandelakkoord 2018 MC SLV – Zilveren Kruis, 8 november 2017.

¹²² Zilveren Kruis. Schriftelijke antwoorden op vragen van de Commissie, november 2019.

Parallel aan de onderhandelingen over de zorgcontractering is sprake van enkele disputen tussen Zilveren Kruis en het MC Slotervaart. Eén betreft de overgang van de verloskunde, gynaecologie en kindergeneeskunde ('Moeder & Kind') naar het VUmc in 2015 en 2016, conform een afspraak die met het bestuur van voor de overname is gemaakt. Voor de frictiekosten (transitiekosten) die met deze overgang gepaard gaan – zoals personeelskosten en verminderde dekking van vaste lasten – vraagt het ziekenhuis een compensatie van de zorgverzekeraars naar rato van hun marktaandeel. Voor Zilveren Kruis gaat dit om 60% (een bedrag van €2,8 miljoen).¹²³ Zilveren Kruis is echter van mening dat dit bedrag onjuist is, en wenst bevestiging te zien dat ook andere verzekeraars bijdragen conform hun aandeel.¹²⁴ Om dit dispuut op te lossen, wordt door een onafhankelijke partij een onderzoek ingesteld naar de hoogte van de frictiekosten. Zowel het MC Slotervaart als Zilveren Kruis zeggen toe zich te committeren aan de uitkomst van het onderzoek.¹²⁵

Een tweede dispuut betreft de eindafrekening van 2015. Begin 2018 blijkt dat het MC Slotervaart en Zilveren Kruis van mening verschillen over de interpretatie van de aanneemsom-afspraken in geval van een onderschrijding van de productie – wat in 2015 het geval was. Beide partijen zijn voor 2015 een aanneemsom overeengekomen van €69,5 miljoen met een bandbreedte van €2,5 miljoen. De aanneemsom is gekoppeld aan een afspraak, op aangeven van het ziekenhuis, dat het MC Slotervaart een overloopziekenhuis is. Dit betekent dat als Zilveren Kruis bij omliggende ziekenhuizen niet of niet volledig contracteert en patiënten hier dus niet terecht kunnen, zij door de zorgverzekeraar worden verwezen naar het MC Slotervaart. Het ziekenhuis heeft hiertoe aangeboden aan Zilveren Kruis lage tarieven te rekenen, namelijk op p25-niveau.¹²⁶ De afgesproken bandbreedte van €2,5 miljoen betekent dat bij een volumedaling pas na €2,5 miljoen beneden de vaste opbrengst de aanneemsom naar beneden wordt bijgesteld. Het ziekenhuis interpreteert dit als het spiegelbeeld van de doorleverplicht waardoor het ziekenhuis dus een maximaal risico van €2,5 miljoen loopt. Deze interpretatie is volgens het bestuur ook gevolgd in de jaarrekening van 2015/2016, welke is goedgekeurd door de accountant. Het ziekenhuis zegt na toepassing van enkele correcties aanspraak te maken op €63,3 miljoen.¹²⁷

In de voorlopige afrekening van 2015 in juli 2017 gaat Zilveren Kruis akkoord met deze interpretatie.¹²⁸ Begin 2018 is de verzekeraar daarentegen van mening dat de afspraak anders moet worden geïnterpreteerd, namelijk dat bij een volume tot onder de aanneemsom minus bandbreedte er een P*Q-afspraken geldt. De verzekeraar stelt dat bij overschrijding de eerste €2,5 miljoen voor risico komt van het MC Slotervaart, en bij onderschrijding, zoals nu het geval is, komt de eerste €2,5 miljoen voor risico van Zilveren Kruis. Dit betekent dat niet €63,3 miljoen, maar €59,5 miljoen moet worden verrekend: de gerealiseerde productie van €57,0 miljoen plus een bedrag van €2,5 miljoen.¹²⁹ Het ziekenhuis maakt bezwaar tegen deze interpretatie omdat een P*Q-afspraken als terugvaloptie niet voor de hand ligt gelet op de oorspronkelijke bedoeling dat de aanneemsom het ziekenhuis zekerheid moest bieden.¹³⁰

Over beide disputen tussen het MC Slotervaart en Zilveren Kruis is medio 2018 nog geen overeenstemming bereikt.

¹²³ Memo van MC Slotervaart aan Zilveren Kruis, 13 december 2016.

¹²⁴ E-mail van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 21 april 2017.

¹²⁵ Zilveren Kruis, Status document over ontstane financiële situatie MC Slotervaart, 12 juli 2018.

¹²⁶ Tarieven in het onderste kwartiel van de tarieven van alle ziekenhuizen.

¹²⁷ Memo van MC Slotervaart aan Zilveren Kruis, 'Eindafrekening 2015 MC Slotervaart', 26 april 2018.

¹²⁸ E-mail van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 7 juli 2017.

¹²⁹ Brief van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 31 mei 2018.

¹³⁰ Brief van MC Slotervaart aan Zilveren Kruis, 2 juli 2018.

2.3.6 Toenemende financiële problemen veroorzaken onrust binnen het MC Slotervaart

Net als bij de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt ook het MC Slotervaart geconfronteerd met teruglopende financiële resultaten. Na enkele jaren van stijging van het netto resultaat, is vanaf 2017 sprake van verlies. In een overleg op 5 februari 2018 tussen het bestuur en de Raad van Commissarissen komt in een presentatie van het bestuur naar voren dat er sprake is van een tekort van €4 tot 5 miljoen (verwachte negatieve resultaat over 2017). De bestuurders constateren dat er een verandering in de houding van de medische staf nodig is en willen gezamenlijk met het Bestuur Medische Staf een manifest opstellen. Geconstateerd wordt dat meer daadkracht nodig is om zaken te veranderen. Uit het verslag blijkt dat de Raad van Commissarissen zich zorgen maakt over de continuïteit van het ziekenhuis: 'de pijn zit op veel elementen', zowel in processen als in de kostenkant.¹³¹ In een aansluitend overleg waaraan ook het Bestuur Medische Staf deelneemt, geeft de voorzitter van de Raad van Commissarissen aan zich ernstige zorgen te maken over de continuïteit van het ziekenhuis. Om het financiële tekort op te lossen, moeten bestuur en staf gezamenlijk optrekken. De Raad van Commissarissen zal dit monitoren en noodzakelijke, moeilijke beslissingen die genomen moeten worden ondersteunen. De voorzitter van de Raad van Commissarissen geeft aan dat het geen zin heeft om eindeloze analyses te doen en elkaar de zwarte piet toe te spelen. Er is nu gezamenlijke verantwoordelijkheid en eigenaarschap nodig in de driehoek van aandeelhouder, Raad van Bestuur en medische staf. De aandeelhouder, dhr. Winter, die inmiddels is teruggetreden uit de Raad van Bestuur en bestuurder van MC Slotervaartziekenhuis Holding BV is geworden, geeft in het overleg aan dat er een positieve exploitatie nodig is voordat de aandeelhouders bereid zijn te investeren. Het Bestuur Medische Staf stelt dat de financiële dreiging wordt gezien in het ziekenhuis. Het uit zich onder meer in het vertrek van jonge specialisten en goede verpleegkundigen en balie-assistenten, waardoor personeelstekorten ontstaan. Het Bestuur Medische Staf geeft verder aan dat de perceptie is dat de aandeelhouders in de Raad van Bestuur zitten om geld te verdienen. Door de voorgenomen splitsing in BV's (zie paragraaf 2.2.2) zoals de aandeelhouders en het bestuur voorstaan, kan winst worden uitgekeerd binnen de vastgoed BV wat ten koste van de zorg kan gaan, zo vreest de medische staf.¹³²

Op 13 maart 2018 heeft het MC Slotervaart een overleg met Zilveren Kruis. Het ziekenhuis laat weten een negatief resultaat over 2017 van €4 miljoen te verwachten. Een deel hiervan is volgens het ziekenhuis terug te voeren op (mogelijk terug te betalen) overschrijdingen van de plafondafspraken met andere zorgverzekeraars door verzekerdenmutaties. Het ziekenhuis geeft in een presentatie ten behoeve van het overleg met Zilveren Kruis aan een positieve netto positie te hebben op de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis verzoekt Zilveren Kruis om samen in gesprek te gaan met andere zorgverzekeraars over het terugbetalen van overproductie en de verzekerdenmutaties die hieraan ten grondslag liggen, en over het feit dat de andere zorgverzekeraars volgens het ziekenhuis samen €2 miljoen minder bevoorschotten dan de norm. Ook vraagt het ziekenhuis om tijd om de achterstand in declaraties in te lopen en het dispuut over de frictiekosten rondom Moeder & Kind af te ronden.¹³³

Naast de disputen die nog lopen omtrent de onderproductie uit 2015 en de frictiekosten voor het Moeder & Kind centrum, heeft Zilveren Kruis begin 2018 een vordering van €6,2 miljoen op het MC Slotervaart aan teveel betaalde voorschotten voor onderhanden werk.¹³⁴ Deze vordering van

¹³¹ MC Slotervaart, Verslag RvC, 5 februari 2018.

¹³² MC Slotervaart, Samenvatting overleg RvC, RvB en BMS MC Slotervaart, 5 februari 2018.

¹³³ MC Slotervaart, Presentatie aan Zilveren Kruis, 13 maart 2018.

¹³⁴ Presentatie Zilveren Kruis voor Bestuurlijk overleg MC Groep – Zilveren Kruis, 24 april 2018.

Zilveren Kruis is ontstaan door een daling van de waarde van het onderhanden werk, terwijl de bevoorschotting hier niet op is aangepast.¹³⁵

Jaar	2014	2015	2016	2017
Totale opbrengsten	116,2	122,8 (a)	122,3	117,7
Onderhanden werk	18,5	20,1 (b)	12,8	11,9 (c)
Ontvangen voorschotten	16,0	20,4	20,2	17,0
Saldo	2,6	-0,3	-7,4	-5,1

Tabel 2.2 Overzicht onderhanden werk en ontvangen voorschotten per eind 2014-2017, MC Slotervaart (miljoen euro)

- (a) In jaarrekening 2016 gecorrigeerd van 125,7 naar 122,8 miljoen in verband met een correctie op een zorgverzekeraarscontract (-2,2 miljoen) en door een herrubricering in de jaarrekening van de deelneming in ISM BV (schoonmaakbedrijf; 0,7 miljoen). Deze correctie werkt door in de waarde van het onderhanden werk (-2,2 miljoen).
- (b) Onderhanden werk *minus* 0,4 miljoen voorzieningen onderhanden werk. In de concept jaarrekening 2017 gecorrigeerd van 11,4 naar 12,8 miljoen.
- (c) Onderhanden werk *minus* 1,0 miljoen voorzieningen onderhanden werk.

Bron: Jaarrekeningen 2014-2016, MC Slotervaart; Concept jaarrekening 2017, MC Slotervaart, 17 augustus 2018

Op 26 maart 2018 vindt wederom een overleg plaats tussen de Raad van Bestuur, Raad van Commissarissen en de aandeelhouder, waarin het verwachte verlies over 2017 (€3 à 5 miljoen) ter sprake komt. Geconstateerd wordt dat op alle fronten sprake is van een dalende lijn. Hoewel men bezig is geweest met het verhogen van de arbeidsproductiviteit, wordt gesteld dat 'oogluikend' toch sprake is van een toename met 50 fte zonder dat de productie is toegenomen. Het bestuur geeft aan dat is gebleken dat, zonder dat het bestuur hiervan weet, ANIOS'en (artsen niet in opleiding tot specialist) worden aangenomen die twee dagen per week onderzoek mogen doen op kosten van het ziekenhuis. Dit is het gevolg van afspraken die in het verleden zijn gemaakt, zo staat in het verslag. Vanuit de disciplines wordt de productiviteit gerechtvaardigd door te wijzen op het belang van opleiding en wetenschap. Het bestuur laat weten dat het is gestart met een benchmark, om aan te kunnen tonen dat er minder productie is dan in andere ziekenhuizen, zodat hierover een objectief gesprek kan worden gevoerd. Verder blijkt dat ook het aandeel PNIL is toegenomen, ondanks het bestaan van een interne commissie die als doel heeft de inhuur van externen te beperken (PNIL-commissie). Het bestuur geeft aan dat hieraan wordt gewerkt, maar ook hier geldt dat artsen personeel kunnen inhuren zonder dat de Raad van Bestuur ervan weet. Over de financiële situatie wordt in het overleg opgemerkt dat er sprake is van een verlies van een half miljoen euro per maand. Als dit zo door zou gaan, is het MC Slotervaart in augustus failliet, zo wordt geconstateerd. Tevens geeft de aandeelhouder aan dat de AVA heeft besloten de fusie (met MC IJsselmeerziekenhuizen) voorlopig niet te implementeren. Dit omdat het eerst nodig is 'het huis intern op orde te hebben', en ook vanwege de zoektocht naar een (internationale) strategische partner, zo wordt vermeld in het verslag.¹³⁶

Het jaarverslag en de jaarrekening over 2016 worden, na ruime vertraging, in maart 2018 vastgesteld. Het jaarverslag is afgesloten met een controleverklaring van de accountant met een 'oordeel met beperking'. De accountant licht toe dat hij onvoldoende en geen geschikte controle-informatie heeft kunnen krijgen om de juistheid van de waardering van het onderhanden werk vast te kunnen stellen. Aangezien de waardering van het onderhanden werk mede bepalend is voor de opbrengstverantwoording van het ziekenhuis, betekent dit dat de onzekerheid ook betrekking heeft op de

¹³⁵ MC Slotervaart (2018) Jaarrekening 2016, 30 maart 2018.

¹³⁶ MC Slotervaart, Verslag RvC overleg, 26 maart 2018.

opbrengsten van het ziekenhuis en andere omzetgerelateerde balansposten en daarmee ook de juiste toerekening van opbrengsten aan de boekjaren 2016/2017.¹³⁷

De resultaten over 2016 vergroten de al bestaande zorgen van het medisch personeel van het MC Slotervaart over de financiële situatie. Op 7 mei 2018 delen enkele centrummanagers een door hen opgestelde notitie (genaamd notitie 'Stormbal') met een crisisteam dat sinds enkele weken van kracht is en zich moet bezighouden met de disbalans tussen uitgaven en inkomsten. Met deze notitie willen de centrummanagers input geven aan de discussies over oplossingsrichtingen voor de financiële situatie van het MC Slotervaart en de hoge inzet van personeel niet in loondienst (PNIL). Men noemt hier percentages van inzet PNIL van 40%, 35% en 55% voor respectievelijk de SEH, OK en IC. Zij geven aan dat het vertrouwen vanuit de staf in de Raad van Bestuur niet optimaal is. In de notitie reflecteren zij op de problematiek en te nemen maatregelen, en benadrukken zij dat de huidige situatie niet houdbaar is. Om het tij te kunnen keren, is volgens hen een andere discussie noodzakelijk dan enkel een discussie over kostenreductie en toename van de productie. Zij wijzen erop dat harde keuzes en een wijziging van de strategie noodzakelijk zijn.¹³⁸ Een dag later, op 8 mei 2018, stuurt het Bestuur Medische Staf (BMS) een brief naar de Raad van Bestuur, waarin duidelijk wordt dat het Bestuur Medische Staf zich ernstige zorgen maakt over de aanpak van de crisissituatie door het bestuur. Er dient ingegrepen te worden om de zorgwekkende liquiditeitspositie van het ziekenhuis niet verder te verslechteren, aldus het Bestuur Medische Staf. Het Bestuur Medische Staf schrijft dat het bestuur voor de vergroting van de inkomsten afhankelijk is van de productie van de medisch specialisten. De Raad van Bestuur heeft aangegeven dat in twee tot drie maanden een productiegroei van 10-20% gerealiseerd moet worden. Als dat niet lukt, dan kan het ziekenhuis in de huidige vorm niet gehandhaafd blijven. Het Bestuur Medische Staf geeft echter aan dat de Raad van Bestuur zeer weinig tijd besteedt aan hoe de noodzakelijke productietoename gerealiseerd kan worden. Om grip te krijgen op de crisis zijn er veel commissies opgericht waar BMS-leden op verzoek van het bestuur aan deelnemen. Voor de BMS-leden is het frustrerend om te moeten constateren dat het deze commissies ontbreekt aan efficiëntie, doortastendheid en resultaat, zo meldt het Bestuur Medische Staf. Verder merkt het Bestuur Medische Staf op dat afdelingen die volledig onder de verantwoordelijkheid en directe aansturing van de Raad van Bestuur vallen, gegevens niet aanleveren om de commissies slagvaardig en efficiënt te maken. In de ogen van het Bestuur Medische Staf lijkt de Raad van Bestuur hiertegen geen vuist te kunnen maken. Het Bestuur Medische Staf maakt zich dan ook ernstige zorgen en schrijft dat het denkt dat de huidige aanpak van de Raad van Bestuur zal leiden tot een faillissement. Het Bestuur Medische Staf heeft geen vertrouwen in de manier waarop de Raad van Bestuur de huidige situatie managet, en stelt het vertrouwen te hebben verloren in de intenties van de aandeelhouders.¹³⁹ In een gesprek tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf blijkt dat de vertrouwenskwestie met name betrekking heeft op de aandeelhouder. De kwestie is tweeledig, zo wordt opgenomen in een gespreksverslag: "1. *Het vertrouwen in de aanpak van de crisis is geschaad en om dat op te lossen is de Raad van Bestuur nodig, en 2. Waar wil de aandeelhouder met het ziekenhuis naartoe? Heeft de aandeelhouder andere plannen met het ziekenhuis?*".¹⁴⁰

Op 9 mei 2018 worden in een vergadering van de Raad van Commissarissen de productiecijfers uit de benchmark besproken. Hieruit komt naar voren dat de productie van artsen in het MC Slotervaart een stuk lager ligt (tussen 60% en 85%) dan bij de MC IJsselmeerziekenhuizen (tussen 78% en 100%). In het verslag staat dat dit besproken is met het Bestuur Medische Staf, waar verbaasd werd gereageerd en gesteld werd dat de cijfers niet kloppen. Tevens komt in dit overleg een kwestie tussen het bestuur en de bariatrische chirurgen aan de orde ten aanzien van een bonus. Tussen de

¹³⁷ MC Slotervaart (2018). Jaarverslag 2016. 30 maart 2018.

¹³⁸ Notitie van Centrummanagers MC Slotervaart aan crisisteam, 7 mei 2018.

¹³⁹ Brief Vereniging Medische Staf aan Raad van Bestuur MC Slotervaart, 8 mei 2018.

¹⁴⁰ MC Slotervaart, Verslag gesprek tussen BMS en RvB, 14 mei 2018.

bariatrische chirurgen en het bestuur van voor de overname, was een afspraak gemaakt over een jaarlijkse bonus bovenop het salaris. Het huidige bestuur heeft aangegeven die regeling tot en met 2017 te behouden, maar dat er vanaf 2018 andere richtlijnen zijn. Hierover is veel discussie tussen bestuur en de chirurgen. In het verslag wordt opgetekend dat het MC Slotervaart weliswaar grote afhankelijkheid heeft van de bariatric (verantwoordelijk voor een productie van €10 miljoen), maar dat de Raad van Commissarissen van mening is dat de regeling “*niet langer acceptabel is en de Raad van Bestuur zich niet langer moet laten manipuleren en chanteren door de bariatrische chirurgen*”, zo blijkt uit het vergaderverslag. Er wordt verder uitgebreid gesproken over de oplossingsrichtingen om weer in de zwarte cijfers te komen, waar in zogenoemde ‘doorbraaksessies’ aan wordt gewerkt.¹⁴¹

Er volgen diverse gesprekken tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf. Onder de medische staf in het ziekenhuis ontstaat intussen het beeld dat het vertrouwen in de Raad van Bestuur zou zijn opgezegd door het Bestuur Medische Staf. In een gezamenlijke brief van het ziekenhuisbestuur en het Bestuur Medische Staf op 25 mei 2018 schrijven beide partijen dat dit niet het geval is. De Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf geven in de brief aan dat er voldoende draagvlak is om constructief met elkaar te werken aan een oplossing voor de huidige uitdagingen waar het ziekenhuis voor staat.¹⁴² Ook in een gesprek met de inspectie geeft de Raad van Bestuur aan dat zij de medische staf overtuigd heeft dat een faillissement of verkoop van het ziekenhuis niet aan de orde is.¹⁴³

Twee maanden later blijkt de brief van het Bestuur Medische Staf van 8 mei 2018 in handen te zijn van media, waardoor zowel binnen als buiten het ziekenhuis onrust ontstaat.¹⁴⁴

2.4 Periode in de aanloop tot surseance van betaling (juli - 22 oktober 2018)

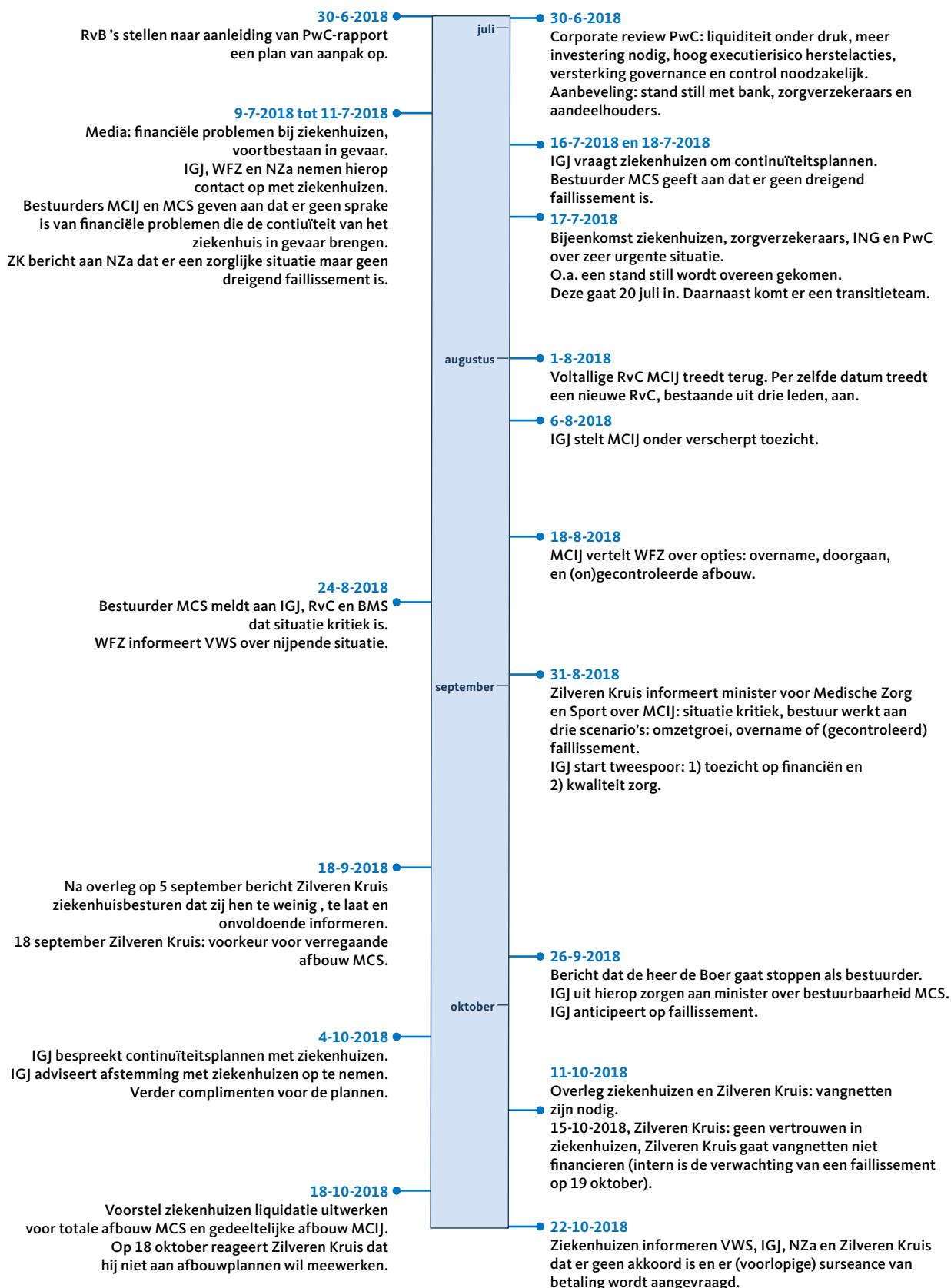
In de zomer van 2018 komen de financiële problemen van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart in de publiciteit. Een stand still, waarin de zorgverzekeraars vorderingen en declaraties niet verrekenen, en waarbij de bank en de aandeelhouders de aflossing van leningen opschorten, moet rust en ruimte geven om de stabiliteit terug te brengen. Een transitiecomité wordt ingesteld en er worden vele gesprekken gevoerd over een mogelijk toekomstig profiel voor beide ziekenhuizen. Tegelijkertijd neemt de crediteurendruk toe, blijft het liquiditeitstekort nijpend en houden toezichthouders en zorgverzekeraars de ziekenhuizen nauw in de gaten. Verschillende toekomstscenario's voor beide ziekenhuizen passeren in de zomer de revue. Echter, voordat men met elkaar overeenstemming heeft kunnen bereiken over het te kiezen scenario, worden de betrokken partijen ingehaald door de tijd en dwingt een liquiditeitstekort tot een onmiddellijk besluit. Het vertrouwen in een goede afloop lijkt daarbij te zijn verloren. Een financieel vangnet om wederom meer tijd te winnen, wordt door de verzekeraars afgewezen, waarna alleen surseance van betaling voor de ziekenhuizen als scenario overblijft.

¹⁴¹ MC Slotervaart, Verslag RvC overleg, 9 mei 2018.

¹⁴² MC Slotervaart, Brief van Raad van Bestuur/BMS MC Slotervaart aan de medische staf (in loondienst), 24 mei 2018.

¹⁴³ IGJ, Interne nota aan minister voor MZS, 16 november 2018.

¹⁴⁴ IGJ, Conceptverslag bestuursgesprek met MC Slotervaart, 23 augustus 2018.



Figuur 2.3 Tijdlijn van aanloop naar surseance van betaling, juli tot 22 oktober 2018

2.4.1 Onderzoek naar de financiële problemen

Omdat zowel de MC IJsselmeerziekenhuizen als het MC Slotervaartziekenhuis bij de ING onder toezicht staan van de afdeling bijzonder beheer en beide ziekenhuizen kampen met financiële problemen, vraagt ING de beide ziekenhuizen begin 2018 om een Corporate Review. De MC IJsselmeerziekenhuizen moet in augustus 2018 een bulletlening van €6 miljoen aflossen, maar de liquide middelen schieten hiervoor tekort. De bank wenst meer inzicht te krijgen in de financiële situatie en de maatregelen die worden genomen om de financiële resultaten te verbeteren. De Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen geven daarom in maart 2018 opdracht aan adviesbureau PwC om een corporate review te verrichten. Het gaat om een onderzoek naar de financiële positie, de strategie en het bestaansrecht van zowel de MC IJsselmeerziekenhuizen als het MC Slotervaart.

Op 26 juni 2018 wordt de corporate review opgeleverd. De (voormalige) Raad van Bestuur, de (voormalige) Raad van Commissarissen en aandeelhouder van beide ziekenhuizen geven in een na het faillissement opgestelde verhaallijn aan welke bevindingen uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.¹⁴⁵ Zij schrijven dat uit het onderzoek naar voren kwam dat bij zowel de MC IJsselmeerziekenhuizen als het MC Slotervaart de liquiditeitspositie al lange tijd onder druk staat. Zonder maatregelen is een liquiditeitstekort onafwendbaar. In de review wordt echter ook geconstateerd dat de geformuleerde strategieën voor 2017-2022 onderscheidend zijn, en kansen bieden om te vernieuwen, kwaliteit te verbeteren en complexiteit en kosten te reduceren, zo schrijven de gremia van de ziekenhuizen in hun eigen analyse. Een concrete 'routekaart' voor implementatie van deze strategie ontbreekt echter nog, zo concludeert PwC. Ten aanzien van de staat van het vastgoed wordt in de corporate review opgemerkt dat de noodzakelijke investeringen fors hoger zijn dan het huidige investeringsniveau. Verder wordt in de review aangegeven dat een extern adviesbureau reeds heeft geconstateerd dat er in de komende tien jaar gemiddeld €3,3 miljoen per jaar nodig is voor herstel en onderhoud in het MC Slotervaart, en voor de komende vijf jaar gemiddeld €1,4 miljoen per jaar voor de MC IJsselmeerziekenhuizen. Er zijn wel herstelacties geformuleerd om verbeteringen te realiseren, maar volgens PwC is het executierisico ervan hoog, en ontbreekt een koppeling tussen de acties en begroting. Ook zijn de randvoorwaarden voor uitvoering van herstelacties nog niet goed ingevuld en is versterking in de governance en control noodzakelijk. De belangrijkste aanbeveling uit de corporate review is volgens de gremia van de ziekenhuizen om een stand still met de bank, zorgverzekeraars en de aandeelhouder af te spreken, om zo een stabiele situatie te creëren waarin gewerkt kan worden aan verbeteringen en oplossingen. Op basis van het PwC-rapport stellen de Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen eind juni 2018 een gezamenlijk plan van aanpak op.¹⁴⁶

2.4.2 Mediaberichten over financiële problemen

Waar de financiële problemen van de ziekenhuizen vooralsnog voornamelijk intern en in contacten met de bank en zorgverzekeraar aan de orde komen, verandert dit in de zomer van 2018 nadat diverse media aandacht besteden aan de recent gepubliceerde jaarrekeningen over 2016 van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen. Op 9 juli 2018 schrijft het Financieele Dagblad (FD) dat de twee ziekenhuizen in financiële problemen verkeren. Er wordt vermeld dat de ziekenhuizen niet meer voldoen aan afspraken met huisbankier ING. Het FD heeft de recentelijk tien maanden te laat gepubliceerde jaarrekeningen over 2016 bestudeerd. Hieruit blijkt volgens het FD dat de accountant en het bestuur schrijven dat het voortbestaan van beide zorginstellingen in gevaar is. De belangrijkste oorzaak van de problemen bij het MC Slotervaart is volgens de krant het grote aantal

¹⁴⁵ Aangezien wij niet beschikken over de corporate review, kunnen wij de hier weergegeven stellingen niet verifiëren.

¹⁴⁶ MC IJsselmeerziekenhuizen (2019) 'Verhaallijn MC IJsselmeerziekenhuizen 2009-2018', 14 juni 2019 | MC Slotervaart (2019) 'De laatste jaren van MC Slotervaart', 17 mei 2019.

concurrerende ziekenhuizen in de regio. De MC IJsselmeerziekenhuizen is juist gevestigd in een gebied met relatief weinig patiënten. Dat maakt het voor beide ziekenhuizen moeilijk om voldoende behandelingen uit te voeren en daardoor staan de resultaten onder druk. Bovendien hebben de ziekenhuizen weinig liquide middelen om financiële tegenvallers op te vangen, zo schrijft het FD.¹⁴⁷

Ook andere media schenken aandacht aan de situatie in de ziekenhuizen. Zo schrijft het NRC over het MC Slotervaart als een *'ziekenhuis in verval'*. Na jaren van problemen en interne ruzies moest overname redding brengen, maar volgens de krant is het ziekenhuis er niet van opgeknapt. Zo zou het ziekenhuis recent alle zeven operatiekamers en de spoedeisende hulp voor vier dagen hebben gesloten, en liet dat volgens het NRC niet weten aan patiënten, de verzekeraar en de inspectie. Ook staat in het artikel dat uit onderzoek van het NRC blijkt dat er sprake zou zijn van opdrachten aan bevriende partijen, achterstallig onderhoud, ruzies tussen directie en staf en schimmige leningen. Het personeel vreest volgens het NRC opnieuw een bankroet.¹⁴⁸

Naar aanleiding van de mediaberichten zoeken de IGJ, de NZa en het WFZ contact met de ziekenhuizen. De bestuurders geven desgevraagd aan dat de financiële situatie niet acuut is, en dat er geen risico bestaat op discontinuïteit van zorg.¹⁴⁹ De financiële situatie is volgens de bestuurders niet zo slecht als in de mediaberichten wordt geschetst, zo constateert de IGJ na een telefoongesprek.¹⁵⁰ De NZa zoekt contact met Zilveren Kruis om te vragen welke acties de zorgverzekeraar onderneemt, mochten de ziekenhuizen omvallen. Zilveren Kruis geeft aan dat de financiële situatie van beide instellingen zorgelijk is, maar stelt in gesprek te zijn met beide instellingen: er is een plan van aanpak besproken, dat de situatie moet stabiliseren om zo tot een toekomstbestendig perspectief te komen.¹⁵¹

Ook het ministerie van VWS vraagt naar aanleiding van de berichtgeving informatie op. Zij vraagt het WFZ om zijn taxatie. Het ministerie van VWS tekent naar aanleiding van het telefoongesprek met het WFZ op dat het WFZ de situatie bij de MC IJsselmeerziekenhuizen zorgelijk, maar niet kritiek noemt. Over het MC Slotervaart heeft het WFZ geen informatie, omdat dit ziekenhuis geen deelnemer is van het waarborgfonds.¹⁵² Over de MC IJsselmeerziekenhuizen constateert het WFZ dat er sprake is van een steeds verdere verslechtering van de financiële situatie, en dat de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis te wensen overlaat.¹⁵³ Het WFZ stuurt daarom op 12 juli 2018 een brief naar de Raad van Bestuur waarin het bestuur wordt gewezen op de verplichting om het WFZ te informeren over ontwikkelingen in de (zorgwekkende) financiële situatie.¹⁵⁴ Het ministerie van VWS constateert op basis van de verkregen informatie dat de situatie nog niet acuut is, en dat er wordt gewerkt aan herstelplannen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft al laten weten dat de bereikbaarheid van acute zorg niet in gevaar komt, ook niet wanneer de ziekenhuizen omvallen. De cruciale zorg (45-minutennorm) is niet in het geding, waarmee de rol van het ministerie van VWS formeel beperkt is, zo wordt op ambtelijk niveau geconstateerd.¹⁵⁵

De IGJ wijst naar aanleiding van de mediaberichten de besturen van beide ziekenhuizen op hun verantwoordelijkheid voor goede zorg. Tevens geeft de IGJ opdracht om prospectief maatregelen te nemen om de continuïteit van individuele patiëntenzorg te garanderen als de financiële situatie toch verder zou verslechteren. Op 16 en 18 juli 2018 draagt de IGJ de ziekenhuizen op om

¹⁴⁷ Het Financieele Dagblad (2018) 'Geldproblemen bij Slotervaartziekenhuis en MC Groep in Flevoland', 9 juli 2018.

¹⁴⁸ NRC Handelsblad (2018) 'Een ziekenhuis in verval', 10 juli 2018.

¹⁴⁹ NZa, 'Papertrail faillissement ziekenhuizen MC Groep', 19 februari 2019. | Interne e-mailcorrespondentie NZa, 10 juli 2018.

¹⁵⁰ Telefoonnotitie IGJ, 9 juli 2018.

¹⁵¹ E-mailcorrespondentie tussen NZa en Zilveren Kruis, 13 juli 2018.

¹⁵² Ministerie van VWS, 'Tijdelijk faillissementen', periode 9 juli tot 22 oktober 2018.

¹⁵³ WFZ, Verslag Beoordelingscommissie, 9 juli 2018.

¹⁵⁴ Brief van WFZ aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 12 juli 2018.

¹⁵⁵ Interne e-mail VWS aan Minister voor MZS, 11 juli 2018.

continuïteitsplannen op te stellen. In deze continuïteitsplannen moet uiteen worden gezet welke maatregelen genomen worden wanneer het ziekenhuis onverhoopt zijn financiële verplichtingen niet meer kan nakomen.¹⁵⁶ In reactie op deze opdracht bevestigt de bestuurder van het MC Slotervaart op 23 en 24 juli 2018 dat er geen sprake is van een dreigend faillissement, in tegenstelling tot de suggesties in de media. De deadline voor indienen van het continuïteitsplan wordt hierbij in overleg met de IGJ verschoven naar 24 augustus 2018, in plaats van 30 juli 2018. De bestuurder zegt toe dat het ziekenhuis een continuïteitsplan zal opstellen en tot 24 augustus 2018 wekelijks een update aan de IGJ stuurt over de financiële situatie van het MC Slotervaart.¹⁵⁷ Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt de deadline op 26 juli 2018 verschoven van 30 juli 2018 naar 20 augustus 2018. Ook voor de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt afgesproken dat wekelijks een financiële update met de IGJ wordt gedeeld.¹⁵⁸

2.4.3 Besprekingen met zorgverzekeraar Zilveren Kruis over de ontstane financiële situatie

De financiële situatie van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart is onderwerp van gesprek in een bestuurlijk overleg tussen de ziekenhuizen en Zilveren Kruis op 12 juli 2018, waar het door de besturen opgestelde plan van aanpak wordt besproken. In dit plan staat dat de huidige financiële situatie kritiek is, en dat om surseance bij beide ziekenhuizen te voorkomen een stand still noodzakelijk is. Met het plan van aanpak willen de ziekenhuizen de situatie stabiliseren, om gezamenlijk met de stakeholders te werken aan een oplossing. Voor het MC Slotervaart ziet men een duidelijke kans om het profiel van het ziekenhuis te vereenvoudigen. Met een eenvoudiger en electief profiel ziet het bestuur bestaansrecht voor het MC Slotervaart. Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen formuleert het bestuur drie mogelijke scenario's: samengaan met een ander ziekenhuis, zelfstandig doorgaan met hogere tarieven of volledige afbouw van activiteiten. Gesteld wordt dat een periode van vier maanden nodig is om een lange termijn plan op te stellen. Van de verzekeraars wordt hierbij steun gevraagd. De Raden van Bestuur zullen daarvoor een bijeenkomst met verzekeraars beleggen.¹⁵⁹

Zilveren Kruis stelt voor beide ziekenhuizen een 'statusdocument' op, daterend van 12 juli 2018, waarin de lopende dossiers, een samenvatting van het bestuurlijk overleg van 12 juli 2018, het verzoek van de ziekenhuizen aan Zilveren Kruis en mogelijke scenario's beknopt worden weergegeven. In het statusdocument van de MC IJsselmeerziekenhuizen worden de lopende discussies met de MC IJsselmeerziekenhuizen weergegeven. Het betreft de terugbetaling van onderhanden werk bevoorschotting, gesprekken over herprofilering van het ziekenhuis, declaratie van medicijnen van een Duitse farmaceut (Zytoservice), de bevoorschotting voor 2018 en het niet verlengen van de NIAZ-accreditatie. Verder komt naar voren dat zowel het bestuur als de aandeelhouder ondanks de huidige financiële situatie bestaansrecht zien voor de MC IJsselmeerziekenhuizen en bereid zijn vergaande maatregelen te nemen. In het laatste bestuurlijk overleg van april 2018 had Zilveren Kruis twee scenario's voor de MC IJsselmeerziekenhuizen gepresenteerd, te weten ofwel een transitie van het ziekenhuis (waarbij een volledig ziekenhuis, met compacte acute as, in stand blijft) ofwel een structureel samenwerkingsverband met het St. Jansdal. Afgesproken is dat Zilveren Kruis deze scenario's verder zou verdiepen, zo staat vermeld in het statusdocument. De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft ondertussen de bestuurders van het Flevoziekenhuis (Almere), St. Jansdal (Harderwijk) en Isala (Zwolle) benaderd met de vraag of zij interesse zouden hebben om de MC IJsselmeerziekenhuizen over te nemen. Zilveren Kruis schrijft nog niet goed te weten waarom deze stap is genomen.

¹⁵⁶ E-mail van IGJ aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 16 juli 2018 | Brief van IGJ aan MC Slotervaart, 18 juli 2018.

¹⁵⁷ Brief van MC Slotervaart aan IGJ, 27 juli 2018.

¹⁵⁸ E-mail van IGJ aan MC Groep, 26 juli 2018.

¹⁵⁹ MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV/ MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 12 juli 2018.

De bestuurders van de betreffende ziekenhuizen hebben Zilveren Kruis gevraagd om een reactie op de mogelijke verkoop van de MC IJsselmeerziekenhuizen. In het statusdocument vermeldt Zilveren Kruis dat op 19 juli 2018 een bestuurlijk overleg gepland staat met het St. Jansdal om de regionale ontwikkelingen in het adherentiegebied Lelystad te bespreken. Zilveren Kruis ziet in het St. Jansdal de meest aannemelijke overnamekandidaat. Het Flevoziekenhuis en Isala zijn vanwege een hoger prijsniveau geen aannemelijke kandidaat.¹⁶⁰

Het statusdocument betreffende het MC Slotervaart gaat eveneens in op de lopende kwesties, of 'disputen', die Zilveren Kruis heeft met het MC Slotervaart. Lopende kwesties hebben betrekking op de terugbetaling van onderhanden werk bevoorschotting, de eindafrekening over 2015, frictiekosten van het Moeder & Kind centrum en de herprofilering van het ziekenhuis. Het bestuur van het ziekenhuis wil de situatie stabiliseren en samen met stakeholders aan een oplossing werken. Uit het statusrapport van Zilveren Kruis blijkt dat de zorgverzekeraar op 12 juli 2018 tevens een bestuurlijk overleg heeft gehad met het bestuur van het OLVG, waarin over het bestaansrecht van het MC Slotervaart is gesproken. Hierin is aan de orde gesteld dat het OLVG van mening is dat het profiel van het MC Slotervaart structureel zou moeten wijzigen om bestaansrecht te hebben. Er is nu sprake van 'momentum' om voor een significant ander profiel te kiezen. Zilveren Kruis tekent op dat het OLVG bereid is te kijken naar een constructie van een alliantie, maar wil in dat geval niet de slechte risico's overnemen en het huidige bestuur zou plaats moeten maken voor een ander bestuur. Een andere optie is het saneren van het MC Slotervaart, waarbij de onderdelen over andere Amsterdamse ziekenhuizen worden verdeeld, zo blijkt uit het statusdocument van Zilveren Kruis.¹⁶¹

2.4.4 Een stand still voor de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart

Een belangrijk onderdeel van het plan van aanpak van de ziekenhuizen om de financiële situatie te verbeteren, is het onder controle krijgen van de liquiditeit om rust te creëren voor verdere uitwerking van de plannen, en het samen met zorgverzekeraars uitwerken van een duurzame strategie. Daarom organiseren de beide ziekenhuizen gezamenlijk op 17 juli 2018 een bijeenkomst, waarbij de zorgverzekeraars, aandeelhouder, de ING en PwC aanwezig zijn. Tijdens de bijeenkomst wordt de actuele situatie rondom beide ziekenhuizen besproken. De bestuurder van zowel het MC Slotervaart als de MC IJsselmeerziekenhuizen verzorgt een presentatie over de stand van zaken. In de presentatie wordt vermeld dat de negatieve berichtgeving in de media grote impact heeft op de bedrijfsvoering en medewerkers. De ziekenhuizen verkeren al geruime tijd in een moeilijke situatie, die wordt versterkt door de negatieve berichtgeving. Er wordt gesproken over een *“zeer urgente situatie, gezien de afhankelijkheid om de komende periode door te komen”*. Er is sprake van een krappe liquiditeitspositie, mede door de sterk toegenomen crediteurendruk; men heeft moeite met de executie van maatregelen (deels door het ontbreken van intern draagvlak/vertrouwen) en er is veel 'oud zeer', zoals opgelopen crediteuren en vorderingen van verzekeraars. De ziekenhuizen hebben wel een duidelijke strategische visie, maar deze is nog onvoldoende uitgewerkt en geconcretiseerd in een meerjarenplan, zo blijkt uit de presentatie. De besturen van beide ziekenhuizen geven in de presentatie aan dat men de aanbevelingen van PwC om tot een volledig gefinancierd meerjarenplan te komen wil opvolgen, en de stakeholders graag meeneemt in een plan van aanpak. Daarbij wordt aangetekend dat de besturen en aandeelhouder bereid zijn vergaande maatregelen te nemen. Het plan bestaat uit vier fasen: 1) het onder controle krijgen van de liquiditeit om zodoende rust te creëren voor het uitwerken van een levensvatbaar meerjarenplan (een stand still), 2) het samen met zorgverzekeraars uitwerken van een duurzame strategie en bijhorend meerjarenplan, 3) het maken van lange termijn afspraken met zorgverzekeraars, en 4) uitvoering en monitoring. Benadrukt wordt dat de benodigde transitie tijd,

¹⁶⁰ Zilveren Kruis, Status-document over ontstane financiële situatie MC IJsselmeerziekenhuizen, 12 juli 2018.

¹⁶¹ Zilveren Kruis, Status document over ontstane financiële situatie MC Slotervaart, 12 juli 2018.

geld en ruimte kost, personele consequenties zal hebben en tot onzekerheid en negatieve pers zal leiden. Geschreven wordt dat steun van verzekeraars nodig is om daar doorheen te komen.¹⁶²

De ziekenhuizen geven een geanoniseerd overzicht van hun netto positie ten opzichte van alle zorgverzekeraars. Deze is voor MC Slotervaart €20,5 miljoen en voor MC IJsselmeerziekenhuizen €7 miljoen positief. Hierin zijn overschrijdingen van plafondafspraken met andere zorgverzekeraars dan Zilveren Kruis over 2014-2017 meegerekend.¹⁶³ In de bijeenkomst vragen de Raden van Bestuur de stakeholders om, naast bereidheid om mee te denken over de vormgeving van de toekomst, in te stemmen met een stand still. Aan verzekeraars vraagt men reguliere betalingen te continueren (zonder verrekening van openstaande vorderingen), bevoorschotting voor de productie van 2018 (waar van toepassing), en bevoorschotting voor reeds geleverde productie om op korte termijn de liquiditeit te stabiliseren: €5 miljoen voor de MC IJsselmeerziekenhuizen en €7 miljoen voor het MC Slotervaart. Omdat de netto positie van de ziekenhuizen per zorgverzekeraar verschilt – sommige bevoorschotten meer dan andere - wordt van elke zorgverzekeraar een zodanige bijdrage gevraagd dat de netto positie per zorgverzekeraar hetzelfde is, evenredig aan het marktaandeel. ING wordt verzocht om voor de MC IJsselmeerziekenhuizen de aflossing van een bulletlening van €6 miljoen op te schorten, en voor het MC Slotervaart opschorting van reguliere aflossingen. Tevens wordt de bank verzocht om een 'stand by faciliteit' voor het opvangen van zeer tijdelijke tekorten. Aan de Belastingdienst vragen de Raden van Bestuur om uitstel van terugbetaling van loonbelasting. De aandeelhouder schort rente en aflossing op achtergestelde leningen op.¹⁶⁴

Uit een nadere toelichting van de situatie bij beide ziekenhuizen in de presentatie blijkt dat het bestuur voor de MC IJsselmeerziekenhuizen drie scenario's ziet: samengaan met een ander ziekenhuis (scenario A), zelfstandig doorgaan (scenario B) of volledige afbouw (scenario C). Men ziet oplossingsrichtingen in verkoop van het pand in Emmeloord en verkoop van enkele deelnemingen. Voor het MC Slotervaart ziet het bestuur als denkrichting een ziekenhuis met een eenvoudiger profiel. Men wil actief afbouwen, electieve zorg leveren tegen relatief goedkope tarieven, het concept van het 'shop-in-shop model' uitvoeren, en daarbij kiezen voor een zorgaanbod waar de regio en zorgverzekeraars nu en in de toekomst behoefte aan hebben. Het bestuur geeft aan graag met verzekeraars in gesprek te willen om tot een nieuwe positionering te komen. Ook wenst het bestuur 'eenmalige issues' met zorgverzekeraars op te lossen. De overwaarde van een mogelijke verkoop van het pand van het MC Slotervaart zou mogelijk gebruikt kunnen worden om de dekking van financiers te materialiseren en noodzakelijke vastgoedinvesteringen te kunnen uitvoeren.¹⁶⁵

Op 19 juli 2018 geven de beide MC ziekenhuizen aan Zilveren Kruis nadere details over hun netto positie ten opzichte van de verzekeraar.¹⁶⁶ Deze is voor het MC Slotervaart €9,3 miljoen positief – waaronder €6,9 miljoen aan nog te factureren afgesloten zorgtrajecten en de vordering vanwege de eindafrekening over 2015 - en voor de MC IJsselmeerziekenhuizen €0,2 miljoen positief. Dit laatste bedrag is onder meer het saldo van €3,4 miljoen aan nog te factureren afgesloten zorgtrajecten boven wat hiervoor al aan voorschotten is ontvangen, €1,8 miljoen aan nog te ontvangen bedragen

¹⁶² MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV / MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

¹⁶³ Deze overschrijdingen zijn ontstaan door het overstappen van verzekerden van Zilveren Kruis naar andere zorgverzekeraars. MC IJsselmeerziekenhuizen heeft €5,2 miljoen aan plafondoverschrijdingen in de jaarrekening 2017 expliciet gemaakt (€2,8 miljoen in 2014-2016, €2,4 miljoen in 2017). Omdat de accountant (Verstegen) geen voldoende en geschikte controle-informatie heeft kunnen verkrijgen omtrent het bestaan van deze vordering geeft hij over de jaarrekening 2017 een 'oordeel met beperking'. Uit gesprekken die wij hebben gevoerd, is gebleken dat deze overschrijdingen kunnen ontstaan als plafondafspraken onvoldoende worden gecorrigeerd met gegevens uit het verzekerdenmutatiemodel van Vektis. Honorering van deze overschrijdingen is vervolgens afhankelijk van onderhandelingen met de betreffende zorgverzekeraars.

¹⁶⁴ MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV / MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

¹⁶⁵ MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV / MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

¹⁶⁶ Bijlage netto positie bij e-mail van MC Ziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 19 juli 2018.

minus €4,6 miljoen aan ontvangen voorschotten voor onderhanden werk boven de waarde hiervan. Deze netto positie wordt door Zilveren Kruis als correct bevonden.¹⁶⁷

Zilveren Kruis laat op 20 juli 2018 per brief aan de bestuurders weten zich op basis van de gepresenteerde cijfers ernstige zorgen te maken over het voortbestaan van beide ziekenhuizen, en schrijft zeer verbaasd te zijn over de slechte financiële prestaties van beide ziekenhuizen. Zilveren Kruis betreurt het dat de ziekenhuizen dit niet eerder hebben gedeeld. Onder voorwaarden is Zilveren Kruis bereid in te stemmen met het verzoek van de ziekenhuizen. Voorwaarde is onder meer dat ook andere zorgverzekeraars instemmen met een bevoorschottingsverzoek en zich committeren aan de gezamenlijke afspraak om niet te verrekenen, dat niet vergoede overproductie van andere zorgverzekeraars wordt onderkend en vergoed waar van toepassing, en dat de netto positie van de ziekenhuizen te allen tijde positief blijft. Als de netto positie onder €1 miljoen zakt wordt er een excassoblokkade geplaatst op de uitgaande betalingen.¹⁶⁸

Dezelfde dag stuurt de MC Groep namens beide ziekenhuizen een e-mail naar alle zorgverzekeraars, waarin wordt bevestigd dat alle verzekeraars bereid zijn extra bevoorschotting te verstrekken en dat een stand still wordt ingesteld, voorlopig tot 3 september 2018. De toegezegde bedragen voor bevoorschotting zijn wel lager dan aangevraagd, zo wordt in de e-mail aangegeven.¹⁶⁹ Tevens wordt afgesproken dat de aandeelhouder opeisbare leningen niet zal opeisen en dat er geen rente wordt betaald, en dat ING een bulletlening van €6 miljoen bij de MC IJsselmeerziekenhuizen niet zal opeisen.¹⁷⁰

2.4.5 Bestuurlijke veranderingen en inzet transitiecomité

De financiële problematiek leidt binnen de ziekenhuizen tot het besef dat er op korte termijn echt veranderingen moeten worden doorgevoerd. Om de noodzakelijke veranderingen te realiseren en versnelling te kunnen aanbrengen, wordt een 'transitiecomité' gevormd, bestaande uit een brede vertegenwoordiging vanuit beide ziekenhuizen, dat versneld uitvoering moet geven aan gezamenlijke strategische thema's en herstelplannen.¹⁷¹

De instelling van het transitiecomité kan echter niet overal op steun rekenen. In een gesprek met de IGJ op 16 juli 2018 verklaart de voorzitter van de Raad van Commissarissen van de MC IJsselmeerziekenhuizen dat er een aantal bestuurlijke wijzigingen zal plaatsvinden. De voorzitter stelt dat de Raad van Commissarissen al langer aandringt op het terugtreden van dhr. De Boer als voorzitter (waarbij hij aanblijft als bestuurslid belast met financiële zaken), omdat men van mening is dat de bestuurlijke effectiviteit onder zijn voorzitterschap in het geding is. Dhr. De Boer heeft reeds aangekondigd binnenkort zijn functie als voorzitter neer te leggen. Omdat de aandeelhouder (AVA) hiermee moet instemmen en een nieuwe voorzitter moet benoemen, is hier echter wel veel tijd voor nodig geweest. Daarnaast geeft de voorzitter van de Raad van Commissarissen aan dat de aandeelhouder al behoorlijk concrete plannen bleek te hebben voor de instelling van een transitiecomité, zonder dat zowel de andere bestuurder, mw. Sleenwenhoek, als de Raad van Commissarissen hierin zijn meegenomen. De voorzitter constateert dat er geen sprake is van collegiaal bestuur en stelt dat de bestuurder zich buiten spel gezet voelde. Omdat deze bestuurder zich niet gekend voelt in de besluitvorming rond het transitiecomité, zal zij per 1 augustus 2018 haar functie neerleggen, zo wordt opgetekend in het gespreksverslag met de inspectie. Aangezien ook de Raad van Commissarissen geen voorstander

¹⁶⁷ Zilveren Kruis, Interne e-mailwisseling, 18-19 juli 2018.

¹⁶⁸ Brief van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, 20 juli 2018.

¹⁶⁹ E-mailcorrespondentie MC Groep aan zorgverzekeraars, 20 juli 2018.

¹⁷⁰ WFZ, Gespreksverslag WFZ- MC IJsselmeerziekenhuizen, 17 augustus 2018.

¹⁷¹ MC Slotervaart/MC Groep (2018). Persbericht: 'MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart treffen maatregelen voor herstel en vernieuwing', 26 juli 2018.

is van de instelling van het transitiecomité, omdat het de bestuurlijke situatie nog ingewikkelder zou maken en er sprake is van een gebrek aan overleg, heeft ook een deel van de Raad van Commissarissen besloten zijn functie neer te leggen. De andere leden van de Raad van Commissarissen waren al aan het einde van hun tweede termijn, en waren al geruime tijd actief als adviseur van de Raad van Commissarissen (zonder stemrecht, maar betrokken bij beraadslaging). Per 1 augustus 2018 draagt de voltallige Raad van Commissarissen daarom zijn verantwoordelijkheid over aan de nieuw benoemde Raad van Commissarissen. De voorzitter geeft aan dat alle betrokkenen de situatie betreuren, maar dat het bieden van goede gezondheidszorg niet ter discussie staat. Wel heeft zij de IGJ hierover willen informeren, omdat de IGJ ook een verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de governance. Ook vraagt de voorzitter van de Raad van Commissarissen aandacht van de IGJ om de governance-structuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen in de gaten te houden.¹⁷²

Twee dagen later (18 juli 2018) licht de vertrekkend bestuurder haar vertrek in een gesprek met de IGJ toe. Zij geeft aan te hebben besloten om te vertrekken, omdat haar visie op besturing en aansturing van het ziekenhuis niet overeenkomt met die van de aandeelhouder, waardoor zij haar bestuursverantwoordelijkheid niet kan nemen. De instelling van het transitiecomité is hier een voorbeeld van. De bestuurder geeft aan niet betrokken te zijn geweest bij de ideevorming van het transitiecomité, noch bij de verantwoordelijkheden en bevoegdheden die ermee samenhangen. Over dit comité, de instelling ervan en diens taken en verantwoordelijkheden, heeft zij een verschil van inzicht met de aandeelhoudersvergadering.¹⁷³

Later die maand op 26 juli spreekt de IGJ met een delegatie van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit keer met dhr. Winter en de voorzitter van de Raad van Commissarissen. Ook de nieuwe bestuurder die mw. Sleuwenhoek vervangt, dhr. De Blok, is aanwezig. Dhr. De Blok is lid van de Raad van Commissarissen van het MC Slotervaart, maar legt deze functie neer om per 1 augustus 2018 bestuursvoorzitter van de MC IJsselmeerziekenhuizen te worden. Dhr. Winter geeft in een gesprek met de IGJ aan dat er de afgelopen tijd “een uitgebluste dynamiek” heerst tussen hem en dhr. De Boer. In het gesprek komt ook naar voren dat hoewel dhr. De Boer aanvankelijk per 1 augustus 2018 zou aftreden als bestuurder, hij gezien de financiële situatie van het ziekenhuis voorlopig aanblijft tot 1 januari 2019. Wel draagt hij het voorzitterschap per 1 augustus 2018 over aan mw. Tichem in het MC Slotervaartziekenhuis en aan dhr. De Blok in de MC IJsselmeerziekenhuizen. Over de aanstelling van het transitiecomité verschillen de aandeelhouder en de voorzitter van de Raad van Commissarissen nog steeds van mening, zo constateert de IGJ. Waar de voorzitter stelt dat zij niet is meegenomen in de besluitvorming, wijst de aandeelhouder erop dat diverse pogingen zijn gedaan om de Raad van Commissarissen te betrekken en ook informeel te informeren.¹⁷⁴

In een persbericht van 26 juli 2018 brengen de twee ziekenhuizen naar buiten dat de bestuurders, commissarissen en aandeelhouder het eens zijn geworden over een integraal pakket aan maatregelen en vernieuwingen om versneld de financiële resultaten van de ziekenhuizen te verbeteren, en om op goede wijze zorg te kunnen blijven bieden aan patiënten.¹⁷⁵

De bestuurlijke onrust en veranderingen bij de MC IJsselmeerziekenhuizen zijn voor de IGJ reden om het ziekenhuis begin augustus 2018 onder verscherpt toezicht te stellen. Een ‘zienswijzegesprek’ met het bestuur, de nieuwe voorzitter van de Raad van Commissarissen en de voorzitter van de medische staf op 3 augustus 2018 leidt niet tot andere inzichten bij de IGJ. Het gesprek heeft de aanwezige zorgen niet kunnen wegnemen, en de onduidelijkheid over de status en opdracht van het

¹⁷² IGJ, Brief van IGJ aan RvC met gespreksverslag van gesprek tussen IGJ met RvC MC Groep d.d. 16 juli 2018, 24 juli 2018.

¹⁷³ IGJ, Gespreksverslag IGJ en bestuurder MC Groep, 18 juli 2018.

¹⁷⁴ IGJ, Brief van de IGJ aan aandeelhouder, 6 augustus 2018.

¹⁷⁵ MC Slotervaart/MC Groep (2018). Persbericht: ‘MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart treffen maatregelen voor herstel en vernieuwing’, 26 juli 2018.

transitiecomité zelfs doen toenemen. De IGJ ziet een risico voor goed bestuur, en daarmee voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, zo schrijft de IGJ in een brief aan de Raad van Bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen¹⁷⁶. Per e-mail wordt ook de minister hierover geïnformeerd. De hoofdinspecteur schrijft dat “de inspectie niet overtuigd is dat het in het ziekenhuis op orde is en de voorzitter van de raad van bestuur gaf zelfs een weergave van de situatie die kritischer is dan de eerder aan de inspectie aangereikte informatie.”¹⁷⁷ Op 7 augustus 2018 wordt de Raad van Bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen door de IGJ geïnformeerd over het doorzetten van het instellen van verscherpt toezicht. Het ziekenhuisbestuur verzoekt de IGJ vervolgens om dit besluit niet openbaar te maken. Het bestuur ziet geen toegevoegde waarde in openbaarmaking en wijst erop dat er nu behoefte is aan financiële en publicitaire rust.¹⁷⁸ De IGJ gaat uiteindelijk niet mee in dit verzoek. Op 10 september 2018 wordt bekendgemaakt dat de MC IJsselmeerziekenhuizen sinds 6 augustus 2018 onder verscherpt toezicht staat.

2.4.6 Toezicht op de financiën

De IGJ blijft in de daarop volgende maanden de ontwikkelingen in de twee ziekenhuizen in de gaten houden, zowel op zorginhoudelijk gebied, als op bestuurlijk, organisatorisch en financieel gebied.¹⁷⁹ Beide ziekenhuizen verstrekken wekelijks financiële updates aan de IGJ, waarin de stand van de rekening-courant positie en liquiditeitsruimte wordt weergegeven.

Ook het Waarborgfonds (WFZ) voert vanuit zijn toezichtrol op 17 augustus 2018 een gesprek met bestuurslid De Boer en de manager Finance & Control van de MC IJsselmeerziekenhuizen. In het gesprek komt aan de orde dat de voorgenomen juridische herstructurering voorlopig niet doorgaat, omdat die geen prioriteit heeft gezien de financiële problemen. Aangegeven wordt dat de media-berichtgeving tot druk heeft geleid van de crediteuren, maar dat dit weer rustiger is geworden. De MC IJsselmeerziekenhuizen staat er financieel slecht voor, en zal zonder oplossing binnen enkele maanden failliet zijn. ING en de zorgverzekeraars hebben het ziekenhuis middels een stand still tot 1 november 2018 de tijd gegeven om met een toekomstplan te komen, tot die tijd zijn vorderingen bevroren. De bestuurder geeft tegenover het WFZ aan dat er drie opties zijn geformuleerd voor de toekomst, te weten: 1) overname door een omliggend ziekenhuis, 2) zelfstandig voortbestaan en 3) gecontroleerde of ongecontroleerde afbouw van activiteiten. De bestuurder geeft aan een voorkeur te hebben voor optie 2, maar dat optie 1 het meest realistisch is. Daar wordt dan ook op ingezet; het St. Jansdal in Harderwijk lijkt interesse te hebben, aldus de bestuurder. Ook wordt gekeken naar de mogelijkheden om vastgoed te verkopen, zo blijkt uit het verslag.¹⁸⁰

Het WFZ geeft op 24 augustus 2018 een update aan het ministerie van VWS over de financiële situatie van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Aangegeven wordt dat de situatie nijpend is. Zelfstandig voortbestaan is alleen mogelijk als de verzekeraar bereid is meer te betalen. De bestuurder zet nu in op een overname door een andere partij, zo meldt het WFZ aan het ministerie van VWS. Gelet op de situatie van de MC IJsselmeerziekenhuizen lijkt de kans van slagen echter niet groot. Op 30 augustus 2018 wordt in een interne nota de minister voor Medische Zorg en Sport geïnformeerd over de stand van zaken bij de MC IJsselmeerziekenhuizen. Hierin wordt aangegeven dat de situatie in juli 2018 nog niet kritiek was, maar dat daar verandering in is gekomen. Het bestuur werkt verder

¹⁷⁶ Brief van IGJ aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 7 augustus 2018.

¹⁷⁷ E-mail van IGJ aan VWS en Minister voor MZS, 7 augustus 2018.

¹⁷⁸ Brief van MC Groep aan IGJ, 13 augustus 2018.

¹⁷⁹ Brief van IGJ aan MC Slotervaart, 21 augustus 2018.

¹⁸⁰ WFZ, Gespreksverslag WFZ - MC IJsselmeerziekenhuizen, 17 augustus 2018.

aan drie scenario's: omzetgroei door afspraken over hogere tarieven, een overname of een (gecontroleerd) faillissement.¹⁸¹

Ook bij het MC Slotervaart is de situatie inmiddels kritiek, zo meldt de bestuurder van het MC Slotervaart op 23 augustus 2018 in een gesprek met de IGJ, de Raad van Commissarissen en het Bestuur Medische Staf: de liquiditeitspositie is krap en de stand still is noodzakelijk om een neerwaartse spiraal te voorkomen. De ING heeft inmiddels aangegeven akkoord te zijn met het opschorten van de aflossingen (langlopende rekening en rekening courant), mits andere stakeholders ook bijdragen. De Belastingdienst heeft de betaling van de loonbelasting uitgesteld tot en met eind augustus 2018. Het liquiditeitstekort bedraagt door de afbouw van de crediteurenpositie het maximale tekort en het bestuur heeft de zorgverzekeraars gevraagd om hierin een bijdrage te leveren. Ook wordt aangegeven dat de cijfers met name dit jaar verslechterd zijn en het probleem prominenter is geworden. De solvabiliteit is goed, zo meldt het bestuur, maar het ziekenhuis heeft €15-20 miljoen nodig om de gebouwen op te knappen. Hiervoor is volgens het bestuur een splitsing nodig in een Zorg BV en een Vastgoed BV, zodat externe financiering kan worden verkregen om het achterstallig onderhoud van het gebouw weg te werken.¹⁸² Onder de medische staf is echter bezorgdheid dat het gebouw bij een splitsing gebruikt zal worden voor andere zaken dan de zorg. Ook vreest men dat het gebouw verhuurd zal worden aan beter betalende partijen, wat een faillissement van de zorg vanuit het MC Slotervaart tot gevolg zal hebben. Volgens het bestuur zijn deze zorgen niet nodig en zullen er maatregelen worden getroffen, waarmee wordt gegarandeerd dat eventuele winsten uit de Vastgoed BV uitsluitend ten gunste van het zorgbedrijf kunnen worden aangewend.¹⁸³

In een interne terugkoppeling van het bestuursgesprek met het MC Slotervaart staat dat de IGJ de indruk heeft dat de financiële situatie zorgelijk is, maar volgens de Raad van Bestuur van het MC Slotervaart niet nijpend is. Liquiditeit is het grootste knelpunt, maar voor zover de IGJ het heeft kunnen vaststellen is er geen reden om aan te nemen dat er een acuut probleem is. De IGJ vindt het verder opmerkelijk dat de Raad van Bestuur bezig is 'zorg en gebouw' te scheiden, en het gebouw dus te verkopen om zo middelen op te halen voor het inlopen van de investeringsachterstand. De medische staf is hierop aangeslagen en vreest dat het zorgbedrijf wordt ontmanteld. De IGJ geeft aan dat die zorg gesust is door de Raad van Bestuur. Ook meent de IGJ dat de relatie tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf hersteld is. Toch heeft de IGJ nog steeds grote zorgen: er is een groot financieel probleem, de continuïteit staat onder druk en de risico's in de zorg waren al groot en worden groter. Daarnaast constateert de IGJ dat er een gebrek aan kritisch weerwoord vanuit de medische staf is. De IGJ besluit daarom er "bovenop te blijven zitten", onder meer door de financiën nader te bestuderen.¹⁸⁴ Op 30 augustus 2018 vindt een intern overleg plaats bij de inspectie over de ziekenhuizen. In de notulen van dit overleg staat dat de IGJ een 'tweespoor' wil starten: de financiële middelen in de gaten houden en toezicht houden op de kwaliteit van zorg. Daarbij wordt aangetekend dat het van belang is om de hoofdlijn in de gaten te houden en het onderzoek niet te veel op deelonderwerpen te richten. In het verslag van het overleg staat dat *"het belangrijk is om in het achterhoofd te houden hoe de communicatie naar de buitenwereld gaat verlopen; we moeten voorkomen dat de inspectie de schuld krijgt van een eventueel faillissement van het Slotervaart."* Een faillissement van het MC Slotervaart behoort volgens de inspectie tot de mogelijkheden, ook omdat de bestuurder heeft aangegeven verschillende zorgprocessen te willen afstoten. Afgesproken wordt dat men een plan voor actief toezicht gaat maken, waarbij wordt gefocust op de grootste risico's: beschikbaarheid van personeel, 24/7 deskundigheid (continuïteit) en kwaliteit van zorg, inzet

¹⁸¹ Ministerie van VWS, Interne nota aan de minister, 30 augustus 2018.

¹⁸² IGJ, Conceptverslag bestuursgesprek IGJ - MC Slotervaart, 23 augustus 2018.

¹⁸³ IGJ, Conceptverslag bestuursgesprek IGJ - MC Slotervaart, 23 augustus 2018.

¹⁸⁴ IGJ, Interne e-mail, 27 augustus 2018.

arts-assistenten. Ook wil men het gesprek aan met de Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen en zullen onaangekondigde bezoeken worden afgelegd.¹⁸⁵

Op 25 en 26 september 2018 stuurt de IGJ een brief naar de Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen. Hierin geeft de IGJ aan wekelijks updates te ontvangen over de financiële situatie, maar dat de aangeleverde informatie – een overzicht van de rekening courant positie – voor de inspectie ontoereikend is om een goed beeld te krijgen van de beschikbare middelen. De vraag doet zich volgens de IGJ voor of de Raad van Bestuur zelf beschikt over voldoende financiële informatie om het ziekenhuis adequaat te kunnen besturen. De IGJ vraagt daarom een schriftelijke toelichting, waarin wordt ingegaan op de financiële parameters die de Raad van Bestuur zelf hanteert met het oog op de kwaliteit en veiligheid van zorg, op de wijze waarop de Raad van Commissarissen wordt geïnformeerd over de financiële situatie van het ziekenhuis, en de wijze waarop de Raad van Commissarissen inhoud geeft aan haar toezichthoudende taak ten aanzien van de financiële situatie.¹⁸⁶

Eind september 2018 wordt bekend dat dhr. De Boer per 1 oktober 2018 stopt als bestuurder van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart. In een persbericht hierover wordt geschreven dat beide organisaties in een nieuwe fase zijn terechtgekomen, wat ook vraagt om nieuwe besturing, om zo maximale slagkracht te krijgen. Tevens wordt hiermee een strikte scheiding tussen bestuur, intern toezichthouder en aandeelhouder gerealiseerd. Dhr. De Boer blijft wel aandeelhouder.¹⁸⁷

Naar aanleiding van dit bericht stuurt de IGJ op 26 september 2018 een brief naar de minister, omtrent haar zorgen over de bestuurbaarheid van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart. Het valt niet uit te sluiten dat, naast de MC IJsselmeerziekenhuizen, ook het MC Slotervaart onder verscherpt toezicht wordt gesteld. Tegelijkertijd anticipeert de IGJ op een mogelijk faillissement of overname met ingrijpende gevolgen voor het zorgaanbod. Dit krijgt vorm doordat het ziekenhuis de opdracht heeft gekregen een plan op te stellen om de continuïteit van individuele patiëntenzorg te waarborgen.¹⁸⁸

2.4.7 Continuïteitsplannen

Zoals eerder reeds aangegeven, heeft de IGJ naar aanleiding van de mediaberichten over financiële problemen beide ziekenhuizen op 16 en 18 juli 2018 opgedragen om continuïteitsplannen op te stellen, waarin het proces beschreven moet worden dat in gang zal worden gezet op het moment dat er onverhoopt toch zou komen vast te staan dat de ziekenhuizen niet langer aan de financiële verplichtingen kunnen voldoen, met als doel de levering van goede zorg te continueren.¹⁸⁹ De bestuurder van beide ziekenhuizen informeert Zilveren Kruis op 14 augustus 2018 in een telefonisch overleg over de continuïteitsplannen, waarna Zilveren Kruis vraagt waar de IGJ precies om heeft gevraagd, zodat Zilveren Kruis gerichter kan bekijken hoe hij hier hulp bij kan bieden.¹⁹⁰

De concept continuïteitsplannen worden opgeleverd op 27 en 28 augustus 2018. Hoewel voor beide ziekenhuizen een separaat continuïteitsplan is opgesteld, is de inhoud van de plannen grotendeels hetzelfde. De plannen gaan onder meer in op de projectorganisatie in geval van beëindiging en overdracht van zorgactiviteiten, acties ten aanzien van de acute zorg (SEH en IC), klinische en

¹⁸⁵ IGJ, Notulen intern overleg, 30 augustus 2018.

¹⁸⁶ Brief van IGJ aan MC Slotervaart, 26 september 2018. | Brief van IGJ aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 25 september 2018.

¹⁸⁷ MC Groep/MC Slotervaart. Persbericht, 26 september 2018.

¹⁸⁸ Brief IGJ aan Minister voor MZS, 26 september 2018.

¹⁸⁹ E-mail van IGJ aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 16 juli 2018 | Brief van IGJ aan MC Slotervaart, 18 juli 2018

¹⁹⁰ E-mail van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 15 augustus 2018.

poliklinische zorg, overdracht van medische dossiers en communicatie.¹⁹¹ Het bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen en van het MC Slotervaart schrijven elk in een begeleidende brief dat er ondanks actieve navraag geen voorbeeld is van een continuïteitsplan vanuit de IGJ of een ander ziekenhuis, en het dus ontbreekt aan een richtinggevend kader. Tevens geven zij aan dat hen tijdens het schrijven van het continuïteitsplan is gebleken dat niet alle benodigde informatie reeds bekend of beschikbaar is, en dat bepaalde zaken nog nader moeten worden uitgewerkt. Mogelijk wordt in september 2018 nog een juridische en financiële paragraaf toegevoegd. Ook moet de vraag nog worden beantwoord wie gedurende het proces van afbouw van zorg verantwoordelijk is, de regie voert en de kosten draagt van afbouw en overdracht van zorg. Als disclaimer vermeldt het bestuur dat gezien de strategische en politieke gevoeligheid en de fase waarin de ziekenhuizen zich thans bevinden, er ter voorbereiding op het continuïteitsplan geen overleg heeft kunnen plaatsvinden met collega-zorgaanbieders in de regio.^{192, 193}

De continuïteitsplannen worden ruim een maand later, op 4 oktober 2018, besproken met de IGJ. De IGJ adviseert dringend de afstemming met zorgverzekeraars in de continuïteitsplannen op te nemen. Ook adviseert de IGJ de ziekenhuizen een wekelijks evaluatiemoment in te plannen om intern te bespreken of een faillissement aanstaande is. Verder complimenteert de IGJ de ziekenhuizen met de toegezonden concept continuïteitsplannen. De plannen zijn ongeveer wat de IGJ voor ogen had. De IGJ zal de NZa informeren over de opdracht aan de ziekenhuizen om continuïteitsplannen op te stellen, en zal daarbij vermelden dat deze plannen buiten de acute dreiging van een faillissement zijn besproken.¹⁹⁴ De IGJ informeert de NZa hierover op 11 oktober 2018.¹⁹⁵

Op 6 september 2018 ontvangt Zilveren Kruis de continuïteitsplannen van de ziekenhuizen, welke intern worden bekeken. Een medisch adviseur stelt dat de plannen van de MC IJsselmeerziekenhuizen een redelijk compleet beeld geven van de acties die genomen moeten worden, maar dat het nog concreter kan.¹⁹⁶ Over het plan van het MC Slotervaart oordeelt Zilveren Kruis dat in algemene zin een logische manier voor afbouw wordt gekozen. Wel is cruciaal om in een vroeg stadium duidelijk te maken waar welke zorg naartoe gaat en daar tijdig over te overleggen. Ook moet er goed worden nagedacht over de manier van doorverwijzen.¹⁹⁷ Deze interne terugkoppeling is echter niet gedeeld met de ziekenhuizen.

2.4.8 Toekomstvisie Zilveren Kruis

Tijdens de stand still van de twee ziekenhuizen, worden de gesprekken tussen de ziekenhuizen en Zilveren Kruis over de toekomst van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart voortgezet. We behandelen in de onderstaande paragrafen de gesprekken over beide ziekenhuizen afzonderlijk van elkaar.

De MC IJsselmeerziekenhuizen

Op 5 september 2018 vindt een gesprek plaats tussen Zilveren Kruis en de Raad van Bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen. In het gesprek geeft Zilveren Kruis aan zich zorgen te maken over de stapeling van problemen. Het ziekenhuis heeft de kwaliteitsaccreditatie van het NIAZ verloren, er is een stop bij kindergeneeskunde en recentelijk ook een onder verscherpt toezichtstelling van de

¹⁹¹ MC Slotervaart (2018) Continuïteitsplan Zorg, concept 27 augustus 2018. | MC IJsselmeerziekenhuizen (2018) Continuïteitsplan Zorg, concept 28 augustus 2018.

¹⁹² Brief van MC Slotervaart aan IGJ, 27 augustus 2018.

¹⁹³ Brief van MC IJsselmeerziekenhuizen aan IGJ, 28 augustus 2018.

¹⁹⁴ IGJ, Concept Gespreksverslag IGJ - MC Slotervaart/MC Groep, 4 oktober 2018.

¹⁹⁵ E-mailcorrespondentie IGJ – NZa, 11 oktober 2018.

¹⁹⁶ Zilveren Kruis, Interne e-mailcorrespondentie, 4 oktober 2018.

¹⁹⁷ Zilveren Kruis, Interne e-mailcorrespondentie, 12 september 2018.

IGJ. De verzekeraar geeft aan zich zorgen te maken over de kwaliteit van zorg voor zijn verzekerden. De bestuurder geeft aan in gesprek te zijn met partijen over een mogelijke overname. Verder geeft hij aan dat de MC IJsselmeerziekenhuizen graag een rol willen blijven spelen in de speerpunten als slaap-waak, bariatric, geriatrie en neurochirurgie. Cardiologie, plastische chirurgie en kaakchirurgie wil men verzelfstandigen. Voor overige specialismen zou wellicht een vergaande samenwerking met het St. Jansdal in Harderwijk mogelijk zijn. Hij geeft aan dat het ziekenhuis nog ongeveer vier tot acht weken nodig heeft om de scenario's verder uit te werken.¹⁹⁸

In een brief van 17 september 2018 aan de Raad van Bestuur van de MC IJsselmeerziekenhuizen schrijft Zilveren Kruis, op basis van het rapport van de IGJ over het verscherpte toezicht, dat het bestuur op 5 september jongstleden een onvolledige uitleg van de situatie met betrekking tot het verscherpte toezicht heeft gegeven. Ook constateert Zilveren Kruis dat de Raad van Bestuur heeft nagelaten om Zilveren Kruis te informeren over de intensivering van het toezicht sinds september 2017. Tevens heeft het NIAZ besloten per 1 april 2018 de accreditatie van het ziekenhuis niet te verlengen, waardoor het ziekenhuis niet voldoet aan de inkoopvoorwaarden van Zilveren Kruis. Deze zaken leiden ertoe dat Zilveren Kruis zich zorgen maakt over de kwaliteit (en continuïteit) van zorg, en tevens over de onderlinge vertrouwensrelatie: *“U houdt ons te weinig, te laat en onvoldoende op de hoogte”*.¹⁹⁹

Op verzoek van Zilveren Kruis geven de ziekenhuizen op 18 september 2018 een actueel overzicht van de netto positie. Deze is voor MC Slotervaart €5,5 miljoen positief en voor MC IJsselmeerziekenhuizen €0,3 miljoen positief. Tevens geven zij een overzicht van de bevoorschottingsafspraken per zorgverzekeraar die na 17 juli 2018 zijn gemaakt en een actuele liquiditeitsprognose tot en met januari 2019.²⁰⁰

Een vervolgoverleg over de toekomstige scenario's voor de MC IJsselmeerziekenhuizen tussen de bestuursvoorzitter van de MC IJsselmeerziekenhuizen en Zilveren Kruis vindt plaats op 19 september 2018. In dit gesprek komt aan de orde dat dhr. De Boer per 1 oktober 2018 stopt als bestuurder. In het verslag is opgetekend dat hij wordt ontheven uit zijn functie in verband met problemen in de financiële kolom. De bestuursvoorzitter geeft in dit gesprek aan dat hij vóór zijn aantreden op 1 augustus 2018 (toen hij nog toezichthouder was bij het MC Slotervaart) niet geïnformeerd is dat het ziekenhuis in de verkoop stond. Inmiddels is gebleken dat zowel het St. Jansdal als het Isala in Zwolle niet geïnteresseerd zijn. Ook is volgens de bestuursvoorzitter de financiële kolom flink uitgehold, waardoor veel plannen niet op korte termijn kunnen worden doorgerekend. Zilveren Kruis geeft aan teleurgesteld te zijn dat het ziekenhuis zich in deze situatie bevindt, zeker omdat Zilveren Kruis in 2016 al had aangegeven dat het businessmodel niet houdbaar zou zijn. Op basis daarvan is gevraagd om plannen uit te werken voor een toekomstbestendig ziekenhuis, maar die waren volgens Zilveren Kruis onvoldoende. Zilveren Kruis vraagt zich af of het nu niet te laat is voor de MC IJsselmeerziekenhuizen, en of het ziekenhuis nog wel zelfstandig verder kan, gezien de dure beschikbaarheidsfuncties en huidige patiëntstromen. De bestuursvoorzitter van het ziekenhuis geeft aan nog wel kansen te zien voor het ziekenhuis. De partijen spreken af dat de komende weken meerdere overleggen zullen plaatsvinden om met elkaar scenario's en de visie van Zilveren Kruis op de regio te bespreken.²⁰¹

Op 20 september wordt een position paper over de toekomst van zowel de MC IJsselmeerziekenhuizen als het MC Slotervaart met Zilveren Kruis gedeeld. In het paper wordt beschreven dat de ziekenhuizen fundamentele keuzes willen maken en zich volledig willen richten op enkele speerpunten

¹⁹⁸ Zilveren Kruis, Verslag bestuurlijk overleg MC IJsselmeerziekenhuizen – Zilveren Kruis, 5 september 2018.

¹⁹⁹ Brief van Zilveren Kruis aan de MC IJsselmeerziekenhuizen, 17 september 2018.

²⁰⁰ E-mail van MC Ziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 18 september 2018.

²⁰¹ Zilveren Kruis, Gespreksverslag bestuurlijk overleg MC IJsselmeerziekenhuizen – Zilveren Kruis, 19 september 2018.

patiëntgroepen, met de daarbij horende innovatie.²⁰² In reactie op dit position paper stelt Zilveren Kruis dat zij een viertal scenario's die Zilveren Kruis met de MC IJsselmeerziekenhuizen besprak op 17 juli 2018, niet terugziet in het plan. Het gaat om de volgende vier scenario's: 1) volledige afbouw van de MC IJsselmeerziekenhuizen, 2) samengaan met een andere partij, 3) afbouw van beschikbaarheidsfuncties zoals een SEH in de nacht en IC, 4) een faillissement. Zilveren Kruis verzoekt het ziekenhuis om, conform afspraak, ook deze scenario's te laten onderzoeken.²⁰³

Het MC Slotervaart

Voor wat betreft het MC Slotervaart is de interne analyse van Zilveren Kruis in augustus 2018 dat er te veel kwesties spelen om de huidige crisis te overleven zonder substantiële investering van Zilveren Kruis. Het MC Slotervaart moet volgens Zilveren Kruis op drie fronten schakelen om het ziekenhuis in de lucht te houden: er zijn diverse terugbetalingen op vorderingen van Zilveren Kruis, er zijn investeringen noodzakelijk in het gebouw, de medische apparatuur en administratieve systemen, en de verwachting is dat kleinere algemene ziekenhuizen het moeilijk zullen krijgen in de ziekenhuismarkt door teruglopende volumes en arbeidsmarktproblematiek. Gezien de huidige financiële situatie verwacht Zilveren Kruis dat het MC Slotervaart een beroep zal doen op Zilveren Kruis om tijd te krijgen om vorderingen terug te betalen. Voor Zilveren Kruis lijkt het hierdoor of hij de rol van financier vervult, en aanvullend is het de vraag of het ziekenhuis op het huidige prijsniveau kan blijven acteren. Voor Zilveren Kruis is het voorkeursscenario dan ook een gecontroleerd faillissement van het MC Slotervaart, zo staat in het interne document. Een dergelijk faillissement creëert meer ruimte op de overspannen zorgmarkt in Amsterdam, en Zilveren Kruis hoeft dan niet te investeren in een ziekenhuis dat het op de lange termijn niet gaat redden.²⁰⁴

In een bestuurlijk overleg tussen Zilveren Kruis en het MC Slotervaart op 22 augustus 2018 blijkt dat voor de Raad van Bestuur volledige afbouw van het ziekenhuis een mogelijk scenario is. De aandeelhouder heeft daarbij wel drie belangen, zo wordt opgetekend in het verslag:

1. "Reputatie: De aandeelhouders willen een erfenis achterlaten. Voor hen zal de communicatieboodschap daarom zijn dat zij door middel van het opheffen van het ziekenhuis de Amsterdamse zorgmarkt herstructureren.
2. Investering terugverdienen: De aandeelhouders hebben een achtergestelde lening van €4,5 miljoen en hebben bij de overname €3 miljoen betaald voor de aandelen. Het bedrag van €7,5 miljoen willen ze graag terug.
3. Gebouw: Een deel van de aandeelhouders wil eigenaar blijven van het 'lege' gebouw."

Als er wordt gekozen voor volledige afbouw, dan vraagt het ziekenhuis daarvoor steun bij Zilveren Kruis. Het gaat om voorfinanciering en het meebetalen aan ontstane kosten. De voorfinanciering bestaat uit boventalligheid betalen en een vangnet, mocht er iets gebeuren waardoor er niet gecontroleerd kan worden afgebouwd.²⁰⁵ Op 5 september 2018 vindt een vervolgoverleg plaats, waarin dhr. De Boer aangeeft dat wordt onderzocht of 75% of 100% afbouw het beste scenario is. De bestuurders hebben als voorkeur om 100% af te bouwen, maar de aandeelhouder en Raad van Commissarissen hebben voorkeur voor het 75% scenario, zo blijkt uit het verslag. Voor dhr. De Boer is het perspectief van transitie en zorg en het besparen van zorgkosten van belang, voor de aandeelhouder gaat het meer om het perspectief van innovatie: hoe kunnen we de zorg innovatief maken? Er zijn in de afgelopen weken reeds gesprekken gevoerd met meerdere stakeholders. Zo is VUmc geïnteresseerd in het verkrijgen van aandelen in het MC Slotervaart, maar alleen met de voorwaarde

²⁰² MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, Position paper, 11 september 2018.

²⁰³ Brief van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 27 september 2018.

²⁰⁴ Presentatie Zilveren Kruis, Toekomstvisie MC Slotervaart. Inkoop perspectief, 14 augustus 2018.

²⁰⁵ Zilveren Kruis, Gespreksverslag MC Slotervaart – Zilveren Kruis, 22 augustus 2018.

dat dhr. Winter dan geen aandeelhouder meer is, zo staat in het verslag.²⁰⁶ Op 12 september 2018 is er opnieuw een bestuurlijk overleg, waarin Zilveren Kruis aangeeft dat van de twee scenario's die het bestuur van het MC Slotervaart heeft voorgelegd (namelijk 75% of 100% afbouw), Zilveren Kruis op basis van een toetsing aan vijf uitgangspunten²⁰⁷, voorkeur heeft voor volledige afbouw.²⁰⁸

Op 18 september 2018 vindt een overleg plaats tussen Zilveren Kruis, de bestuursvoorzitter van het MC Slotervaart en de voorzitter van het transitiecomité. In dit overleg worden drie scenario's besproken: een faillissement, een duurzaam model met 75% afbouw en een volledige gecontroleerde afbouw van 100%. Ook nu heeft Zilveren Kruis de voorkeur voor verregaande afbouw.²⁰⁹ Het MC Slotervaart zal de scenario's laten doorrekenen door KPMG.²¹⁰ Op 20 september 2018 deelt de bestuursvoorzitter van de MC IJsselmeerziekenhuizen alvast een eerste versie van een position paper over de toekomst van beide MC ziekenhuizen met Zilveren Kruis, waarin de ontwikkeling van een ziekenhuis naar een 'netwerkzorgcentrum' centraal staat. Gesteld wordt dat fundamentele keuzes gemaakt moeten worden. Voor MC Slotervaart is dat, zo staat in deze position paper, een focus op de speerpunten bariatric, geriatrie, neurochirurgie, slaap/waakproblematiek en transgenderzorg.²¹¹ Op 27 september 2018 deelt Zilveren Kruis de uitgangspunten op basis waarvan zij de uitgewerkte scenario's zal beoordelen met MC Slotervaart, ter voorbereiding op een bijeenkomst op 8 oktober 2018. Zilveren Kruis geeft hierbij aan dat er nog geen voorkeursscenario is gekozen.²¹²

2.4.9 Noodzaak tot aanvragen van surseance van betaling

Op 8 oktober 2018 vindt een overleg plaats met de twee ziekenhuizen gezamenlijk en Zilveren Kruis. Vanuit de ziekenhuizen zijn niet alleen de bestuurders aanwezig, maar ook de Raad van Commissarissen, de aandeelhouder, de voorzitter van het transitiecomité en vertegenwoordiging van de medische staf en P&O. De bestuurders presenteren de mogelijke scenario's, terwijl Zilveren Kruis vooral luistert, zo staat in een intern verslag van Zilveren Kruis. Het ziekenhuis geeft in deze bespreking aan het MC Slotervaart in de toekomst te zien als een netwerkorganisatie, waarbij zorg wordt aangeboden samen met ketenpartners en waarbij de zorg op de klinische as en ook op de speerpunten van Slotervaart geheel wordt afgebouwd. De afschaling zou moeten leiden tot een ziekenhuis met een omzet van €45 miljoen (in plaats van de huidige €110 miljoen).²¹³ In een intern verslag, achteraf opgesteld door Zilveren Kruis, blijkt dat Zilveren Kruis het geen overtuigend verhaal vindt en van mening is dat de gezamenlijkheid van de stakeholders (medische staf, aandeelhouder) broos lijkt. Bij vragen bleek volgens Zilveren Kruis ook dat er nog veel onduidelijkheid bij de ziekenhuizen is. Tevens staat in het verslag dat er eigenlijk geen plan B is: elk van de scenario's (behalve surseance) kosten tijd en geld, en er moet een vangnet komen van €8,4 miljoen.²¹⁴ Een paar dagen later, op 11 oktober, overleggen de ziekenhuizen weer met Zilveren Kruis, nu om een presentatie te geven over de liquiditeitsprognose. De prognose is dat er eind oktober sprake zal zijn van een liquiditeitstekort van €2,6 miljoen voor de MC IJsselmeerziekenhuizen, en circa €3,6 miljoen voor het MC Slotervaart. Om de uitwerking van een meerjarenplan mogelijk te maken, is voor het MC Slotervaart een tijdelijk

²⁰⁶ Zilveren Kruis, Verslag bestuurlijk overleg MC Slotervaart – Zilveren Kruis, 5 september 2018.

²⁰⁷ Deze uitgangspunten hebben betrekking op 1) zorg op de juiste plek; 2) regionale infrastructuur, toegankelijke en betaalbare zorg; 3) een positieve overall maatschappelijke business case; 4) haalbaarheid, inclusief veranderbereidheid van de interne organisatie; 5a) t.a.v. frictiekosten en evt. bijdrage neemt Zilveren Kruis de totale kosten en baten inclusief vastgoed in beschouwing; 5b) Zilveren Kruis is geen voorstander van het betalen van 'goodwill'.

²⁰⁸ Zilveren Kruis, Bestuurlijk overleg MC Slotervaart – Zilveren Kruis, 12 september 2018.

²⁰⁹ Zilveren Kruis, Gespreksverslag MC Slotervaart – Zilveren Kruis, 18 september 2018.

²¹⁰ Presentatie Zilveren Kruis, 'Uitgangspunten Zilveren Kruis. Voor ontstane situatie binnen MC Slotervaart', 27 september 2018.

²¹¹ E-mail van MC IJsselmeerziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 20 september 2018 | MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, Position paper, 11 september 2018.

²¹² Presentatie Zilveren Kruis, 'Uitgangspunten Zilveren Kruis. Voor ontstane situatie binnen MC Slotervaart', 27 september 2018.

²¹³ Wij beschikken niet over de inhoudelijke presentaties die bij deze bijeenkomsten door de ziekenhuisbestuurders zijn gepresenteerd.

²¹⁴ Zilveren Kruis, Gespreksverslag MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen – Zilveren Kruis, 8 oktober 2018.

vangnet nodig van €8,4 miljoen, en van €7,3 miljoen voor de MC IJsselmeerziekenhuizen, zo staat in deze presentatie.²¹⁵

In een intern advies van Zilveren Kruis van 13 oktober 2018 staat dat de twee ziekenhuizen per 19 oktober op een faillissement afstevenen. De huidige situatie is onhoudbaar. Zilveren Kruis is niet bereid de tijdelijke vangnetten te financieren en is van mening dat gezien de lopende dossiers (negatief eigen vermogen, negatieve exploitatie, geen liquide middelen, ontbreken NIAZ-accreditatie, achterstallig onderhoud) het onwaarschijnlijk is dat de ziekenhuizen zelfstandig verder kunnen. Aanbidders in de regio willen niet samenwerken met de huidige eigenaren van de ziekenhuizen. 'Sanering' is dan ook onontkoombaar, zo wordt in de adviezen voor beide ziekenhuizen opgemerkt. Ten aanzien van de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt opgetekend dat St. Jansdal heeft aangegeven de capaciteit (zorg) te kunnen overnemen.²¹⁶ Met betrekking tot het MC Slotervaart wordt opgemerkt dat Zilveren Kruis geen vertrouwen heeft in de door het MC Slotervaart uitgewerkte scenario's en geen mogelijkheden ziet om op korte termijn tot overeenstemming te komen. Wel ziet Zilveren Kruis ruimte om de bestaande capaciteit in de regio Amsterdam te benutten, de situatie wordt 'beheersbaar' genoemd.²¹⁷ De interne adviezen worden op 13 oktober gedeeld met de vicevoorzitter van de Raad van Bestuur van Achmea (waar Zilveren Kruis onderdeel van is) en de directievoorzitter van Zilveren Kruis. Over de netto positie van de ziekenhuizen wordt opgemerkt dat deze ruim positief is.²¹⁸

Op 15 en 16 oktober 2018 laat Zilveren Kruis per brief aan de ziekenhuizen weten niet in te gaan op het verzoek om te voorzien in een vangnet. Redenen daarvoor zijn de *"kennelijk op 8 oktober acuut verslechterde financiële situatie ten opzichte van de periode daarvoor"*, dat het creëren van een vangnet in deze specifieke verslechterde omstandigheden buiten de verantwoordelijkheid van Zilveren Kruis als zorgverzekeraar valt, dat er geen overeenstemming is bereikt over de ontwikkelde scenario's en dat Zilveren Kruis geen garanties heeft dat het tij wordt gekeerd. *"Zilveren Kruis acht het – mede tegenover de premiebetaler – onverantwoord om een vangnet te creëren, waarbij Zilveren Kruis (nog meer) financieel risico loopt."* Gezien het voorgaande en gezien de negatieve netto positie van Zilveren Kruis ten opzichte van de twee ziekenhuizen, ziet Zilveren Kruis zich genoodzaakt om declaraties per heden te gaan verrekenen, zo schrijft de verzekeraar in brieven aan beide ziekenhuizen.²¹⁹ Met de negatieve netto positie bedoelt Zilveren Kruis dat zijn vorderingen op de ziekenhuizen groter zijn dan andersom.²²⁰ Met dit besluit komt een einde aan de stand still.

Op 17 oktober 2018 organiseren de besturen van de twee ziekenhuizen een tweede bijeenkomst met de zorgverzekeraars, als vervolg op de bijeenkomst van 17 juli 2018. Tijdens deze bijeenkomst worden de zorgverzekeraars bijgepraat over de stand van zaken: de voorliggende scenario's en het besluit van Zilveren Kruis om te gaan verrekenen.²²¹ Vanuit het MC Slotervaart wordt het voorstel gedaan om de komende vier weken de gelegenheid te krijgen om samen met een afvaardiging van de verzekeraars een afbouwplan met als doel liquidatie uit te werken voor een totale afbouw van het MC Slotervaart binnen vier maanden.²²² De MC IJsselmeerziekenhuizen doet het voorstel om de komende vier weken de gelegenheid te krijgen om samen met een afvaardiging van de verzekeraars een plan uit te werken voor een gedeeltelijke afbouw van de MC IJsselmeerziekenhuizen in combinatie met de continuïteit van zorg in Flevoland. Indien de zorgverzekeraars hiertoe niet bereid zijn, dan zullen de ziekenhuizen de rechtbank om surseance van betaling moeten vragen, zo schrijven zij.²²³

²¹⁵ Presentatie Slotervaartziekenhuis BV en MC IJsselmeerziekenhuizen BV., 11 oktober 2018.

²¹⁶ Zilveren Kruis, Interne e-mail, 13 oktober 2018 | Zilveren Kruis, Interne Presentatie, oktober 2018.

²¹⁷ Zilveren Kruis, Advies m.b.t. casus MC Slotervaart. Continuïteitsvraagstuk, 13 oktober 2018.

²¹⁸ Zilveren Kruis, Interne e-mailcorrespondentie, 13 en 14 oktober 2018.

²¹⁹ Brief van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 15 oktober 2018 | Brief van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 16 oktober 2018.

²²⁰ Antwoord van Zilveren Kruis op vragen Commissie Onderzoek Faillissementen Ziekenhuizen Zilveren Kruis, 21 oktober 2019.

²²¹ E-mail van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen aan Zilveren Kruis, 12 oktober 2018. | Presentatie Slotervaartziekenhuis BV en MC IJsselmeerziekenhuizen BV aan zorgverzekeraars, 17 oktober 2018.

²²² Brief van MC Slotervaart aan Zilveren Kruis, 17 oktober 2018.

²²³ Brief van MC Groep aan Zilveren Kruis, 17 oktober 2018.

De volgende dag informeert de bestuurder van het MC Slotervaart het ministerie van VWS over het feit dat zowel het MC Slotervaart als de MC IJsselmeerziekenhuizen in de huidige vorm niet langer levensvatbaar zijn. Er zijn twee scenario's voorgelegd aan de zorgverzekeraars: 1) ruimte voor een gecontroleerde afbouw, die ongeveer vier maanden in beslag neemt, en 2) geen gecontroleerde afbouw, wat betekent dat volgende week surseance van betaling moet worden aangevraagd. Het ministerie ziet hierbij voor zichzelf geen rol, omdat de cruciale zorg (45-minutennorm) niet in het geding is.²²⁴ De minister wordt door het ministerie op de hoogte gebracht²²⁵, en tevens wordt het bericht gedeeld met de NZa en IGJ. De bestuurder van het MC Slotervaart informeert ook de IGJ over de dreigende surseance van betaling. Na de bespreking met de zorgverzekeraars is het nu duidelijk dat het MC Slotervaart in ieder geval zal moeten sluiten. De eerste keuze van de Raad van Bestuur is een gecontroleerde afbouw, maar het ziet er volgens de bestuurder naar uit dat de zorgverzekeraars meer voor de harde lijn voelen, met het risico dat volgende week surseance van betaling moet worden aangevraagd. In die situatie is het risico groot dat er chaos ontstaat en dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënten in het geding komt, zo blijkt uit de telefoonnotitie die de IGJ opstelt van het gesprek.²²⁶

De NZa, het ministerie van VWS en IGJ hebben vanaf dat moment intensief contact met elkaar en spreken af onderling de informatie-uitvragen aan de ziekenhuizen en zorgverzekeraars op elkaar af te stemmen.²²⁷ De NZa houdt contact met Zilveren Kruis en vraagt naar de wijze waarop continuïteit van zorg wordt geborgd, mochten de ziekenhuizen omvallen, en wijst op het belang van gecontroleerde afbouw.²²⁸

Op 19 oktober 2018 stuurt Zilveren Kruis per brief een reactie aan het bestuur van het MC Slotervaart op het voorstel dat het ziekenhuis in de sessie van 17 oktober heeft voorgelegd. Zilveren Kruis ziet gezien de huidige financiële instabiliteit voor dit plan onvoldoende grond om mee te werken. Zilveren Kruis ziet geen rol voor zichzelf om als participant mee te werken in een projectteam aan liquidatie van de ziekenhuizen. Zilveren Kruis schrijft niet gezamenlijk verantwoordelijk te kunnen en willen zijn voor liquidatie van het MC Slotervaart, en kondigt aan haar vorderingen op het MC Slotervaart te gaan verrekenen met rechtsgeldige declaraties.²²⁹ Ook het op 17 oktober 2018 gepresenteerde verzoek van de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt op 19 oktober per brief door Zilveren Kruis afgewezen. Zilveren Kruis geeft aan niet mee te werken aan financiële steun ter overbrugging van een periode van vier weken, die nodig is om te komen tot een plan voor gedeeltelijke afbouw van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Hoewel Zilveren Kruis de oplossingsgerichtheid van de bestuurder waardeert, constateert Zilveren Kruis dat er onvoldoende vertrouwen is in de plannen en het onvermijdelijk is dat ook na de periode van vier weken weer aanvullende steun nodig is.²³⁰

Op 19 oktober vindt een gezamenlijke telefonische afspraak plaats tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De bestuurder van het MC Slotervaart geeft aan dat er niet of onvoldoende steun is voor het plan van het MC Slotervaart, en dat het bestuur zich voorbereidt op vervolgstappen. De bestuurder van de MC IJsselmeerziekenhuizen geeft aan dat onder verzekeraars ook geen steun is voor het plan van de MC IJsselmeerziekenhuizen om een bedrag van €0,7 miljoen beschikbaar te stellen om de komende weken te overbruggen. Hij doet in het telefoongesprek een verzoek aan verzekeraars om voor een korte periode van twee weken geen verrekeningen door te voeren, zonder extra bevoorschotting. Afgesproken wordt dat verzekeraars het weekend nadenken over dit

²²⁴ E-mail van MC Slotervaart aan ministerie van VWS, 18 oktober 2018.

²²⁵ Ministerie van VWS, Interne e-mail aan Minister voor MZS, 18 oktober 2018.

²²⁶ IGJ, Telefoonnotitie gesprek IGJ met MC Slotervaart, 18 oktober 2018.

²²⁷ E-mailcorrespondentie IGJ - VWS - NZa, 18 oktober 2018.

²²⁸ E-mailcorrespondentie NZa - Zilveren Kruis, 19 oktober 2018.

²²⁹ Brief van Zilveren Kruis aan MC Slotervaart, 19 oktober 2018.

²³⁰ Brief van Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen, 19 oktober 2018.

verzoek en er uiterlijk maandag 22 oktober 2018 om 12.00 uur op reageren.²³¹ In een brief aan de zorgverzekeraars zet de bestuurder diezelfde dag nog zijn verzoek uiteen. Zijn voorstel is dat de MC IJsselmeerziekenhuizen komende twee weken de tijd krijgt om plannen voor de toekomst door te rekenen.²³²

De IGJ verzoekt op 19 oktober 2018 de ziekenhuizen per ommegaande de meest recente versies van de continuïteitsplannen van beide ziekenhuizen te doen toekomen. Ook verwacht de IGJ dat er voor beide ziekenhuizen voor zowel het scenario van afbouw van zorg op korte termijn als het scenario van afbouw van zorg op langere termijn op basis van het continuïteitsplan een concreet afbouwplan wordt opgesteld en dat zij hierover de IGJ informeren. De plannen dienen afgestemd te zijn met de zorgverzekeraars.²³³ De besturen van beide ziekenhuizen antwoorden dat zij natuurlijk continuïteitsplannen hebben en rekening houden met alle scenario's. Ook hebben zij een draaiboek voor een mogelijke insolventiesituatie. De zorgverzekeraars zijn op de hoogte en de besturen hebben hen gewezen op hun wettelijke zorgplicht.²³⁴

Het ministerie van VWS neemt contact op met Zilveren Kruis om het belang van een beheerste overgang onder de aandacht te brengen. Tevens wijst het ministerie op de regionale kwetsbaarheid van het ziekenhuis in Lelystad.²³⁵ Ook de NZa benadrukt het belang van een gecontroleerde afbouw bij Zilveren Kruis.²³⁶ Zilveren Kruis stuurt op deze dag vertrouwelijke informatie naar de NZa inzake de zorgplicht, in het geval de twee ziekenhuizen wegvallen. In een bijlage is op basis van een rekenmodel door Zilveren Kruis gemodelleerd hoe de zorguitplaatsing in geval van het MC Slotervaart vormgegeven kan worden. Er wordt inzicht gegeven in de verdeling van zorg in Amsterdam naar de overige ziekenhuizen alsmede de mogelijkheden om de acute zorg vanuit het MC Slotervaart op te vangen. Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen stuurt Zilveren Kruis een conceptrapport mee dat is opgesteld door KPMG. Zilveren Kruis heeft KPMG gevraagd om vanuit de zorgplicht inzage te geven in de minimale klinische omvang die noodzakelijk is in het adherentiegebied van de MC IJsselmeerziekenhuizen, en hoeveel zorg opgevangen kan worden in de omgeving. Uit het rapport blijkt dat het grootste deel van de zorg opgevangen moet worden door het St. Jansdal. Zilveren Kruis geeft aan dat het St. Jansdal reeds een noodplan gereed heeft, indien alle zorg abrupt stopt in de MC IJsselmeerziekenhuizen.²³⁷ Voor de NZa geven deze analyses, na aanvullende vragen en een gesprek over de analyses, comfort dat Zilveren Kruis de situatie die ontstaat bij faillissement van de ziekenhuizen goed in kaart heeft gebracht.²³⁸ Zilveren Kruis geeft daarbij wel aan dat pas als het faillissement is aangevraagd, Zilveren Kruis met andere ziekenhuizen kan gaan praten het overnemen van zorg. Voor beide ziekenhuizen lijkt het er echter op dat omliggende ziekenhuizen de zorg kunnen overnemen.²³⁹

Op 22 oktober 2018 melden de Raden van Bestuur aan het ministerie van VWS, de IGJ, de NZa en Zilveren Kruis dat ze het besluit hebben genomen om een (voorlopige) surseance van betaling aan te vragen aangezien beide ziekenhuizen er niet zijn uitgekomen met Zilveren Kruis en de andere zorgverzekeraars. Het verzoek daartoe zal op 23 oktober 2018 bij de Rechtbank Amsterdam worden ingediend.²⁴⁰

²³¹ Zilveren Kruis, Gespreksverslag telefonisch overleg MC Slotervaart / MC IJsselmeerziekenhuizen en zorgverzekeraars, 19 oktober 2018.

²³² Brief van MC Groep, verstuurd per e-mail aan zorgverzekeraars: Zorg en Zekerheid, Caresq, CZ, Menzis, ONVZ, VGZ en Zilveren Kruis, 19 oktober 2018.

²³³ E-mail van IGJ aan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, 19 oktober 2018.

²³⁴ E-mail van MC groep aan IGJ, 21 oktober 2018. | VWS, IGJ en NZa, 'Faillissement Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen. Logboek/Feitenrelaas', 30 oktober 2018.

²³⁵ Ministerie van VWS, 'Tijdelijk uit antwoord Kamervragen', 16 november 2018.

²³⁶ NZa, 'Papertrail faillissement ziekenhuizen MC Groep', 19 februari 2019.

²³⁷ E-mail van Zilveren Kruis aan NZa, 19 oktober 2018.

²³⁸ VWS, IGJ en NZa, 'Faillissement Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen. Logboek/Feitenrelaas', 30 oktober 2018.

²³⁹ NZa, Verslag van telefonisch overleg Zilveren Kruis en NZa, 22 oktober 2018.

²⁴⁰ E-mail van MC IJsselmeerziekenhuizen aan IGJ, NZa en Zilveren Kruis, 22 oktober 2018 | E-mail van MC Slotervaart aan IGJ, NZa en Zilveren Kruis, 22 oktober 2018. | Ministerie van VWS, Interne e-mail, 22 oktober 2018

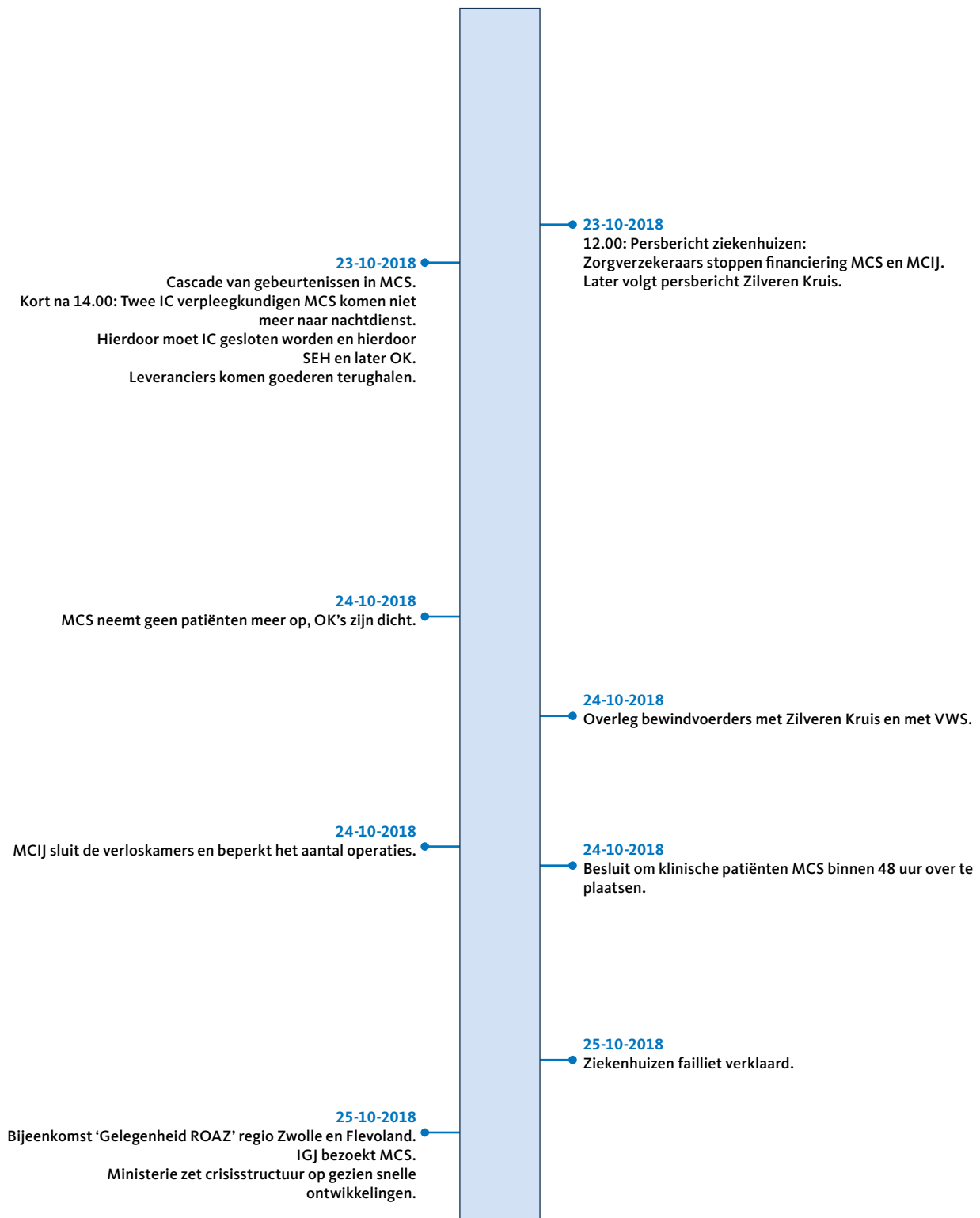
Aan de IGJ sturen de beide ziekenhuizen op 22 oktober 2018 tevens de meest recente versie van de continuïteitsplannen. Inhoudelijk zijn deze plannen exact hetzelfde als de plannen die eind augustus 2018 zijn opgeleverd. Er is geen juridische of financiële paragraaf toegevoegd. Alleen het versienummer en de datum op het voorblad zijn gewijzigd, van augustus naar september.²⁴¹ VWS neemt op deze dag tevens contact op met het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Het ROAZ blijkt niet op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen. VWS besluit hierop contact te zoeken met de ziekenhuizen, om erop te wijzen dat het ROAZ geïnformeerd dient te worden over de situatie.²⁴²

2.5 Periode van surseance van betaling tot uitspreken faillissement (23-25 oktober 2018)

Na aanvraag van surseance van betaling komen beide ziekenhuizen in een stroomversnelling van gebeurtenissen terecht. In verband met personele tekorten moet in MC Slotervaart de IC-afdeling worden gesloten, wat directe consequenties heeft voor andere delen van het ziekenhuis. Alle klinische patiënten moeten in enkele dagen worden overgedragen naar andere ziekenhuizen. Het leidt tot een acute crisissituatie waarop betrokkenen niet zijn voorbereid. Bij de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt de zorg wel gecontinueerd, maar wordt wel de afdeling acute verloskunde direct gesloten. Al tijdens de surseance van betaling blijkt dat een faillissement voor beide ziekenhuizen onafwendbaar is, omdat de salarissen over oktober 2018 niet meer uitbetaald kunnen worden. Op 25 oktober 2018 worden zowel het MC Slotervaart als de MC IJsselmeerziekenhuizen failliet verklaard.

²⁴¹ E-mail van MC IJsselmeerziekenhuizen aan IGJ, 22 oktober 2018. | E-mail van MC Slotervaart aan IGJ, 22 oktober 2018.

²⁴² VWS, IGJ en NZa, 'Faillissement Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen. Logboek/Feitenrelaas', 30 oktober 2018.



Figuur 2.4 Tijdlijn beide ziekenhuizen 23 t/m 25 oktober 2018

2.5.1 Surseance van betaling

'Zorgverzekeraars stoppen financiering MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen', zo luidt het gezamenlijk persbericht van de twee ziekenhuizen op dinsdag 23 oktober 2018. In het persbericht staat dat beide ziekenhuizen uitstel van betaling aanvragen. Geschreven wordt dat de ziekenhuizen al het mogelijke hebben gedaan voor een kwalitatief en financieel verantwoorde toekomst. Maar financieel

is dit niet gelukt. In het persbericht wordt aangegeven dat de ziekenhuizen in financiële problemen zijn gekomen door met name hoge inhuurkosten van personeel in een situatie van grote arbeidskrapte. In de afgelopen dagen is gebleken dat de verzekeraars geen vertrouwen meer hebben in een gezonde financiële toekomst, en zij zijn dan ook gestopt met de financiering. De ziekenhuizen kregen geen steun en goedkeuring van de zorgverzekeraars voor nieuwe opgestelde toekomstplannen. De ziekenhuizen schrijven dat een faillissement mogelijk onafwendbaar is.²⁴³

Naar aanleiding van het aanvragen van surseance van betaling wijst de inspectie de twee ziekenhuizen op hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van zorg.²⁴⁴ De minister informeert de Tweede Kamer over de situatie van beide ziekenhuizen. De rechtbank zal voor beide ziekenhuizen een bewindvoerder aanstellen, die zal onderzoeken of een faillissement van één of beide organisaties kan worden afgewend. Omdat beide ziekenhuizen niet gevoelig zijn voor de bereikbaarheid van spoedeisende hulp en acute verloskunde in de regio's (de 45-minutennorm), is de rol van het ministerie beperkt, zo schrijft de minister aan de Tweede Kamer.²⁴⁵

Later die dag brengt ook Zilveren Kruis een persbericht uit. Daarin staat dat Zilveren Kruis in de afgelopen periode intensief met beide ziekenhuizen in gesprek is geweest over mogelijke toekomstscenario's. Zilveren Kruis schrijft dat het de besturen van de ziekenhuizen helaas niet is gelukt om tot een financieel haalbaar toekomstscenario te komen, terwijl de financiële situatie in de tussentijd verder verslechterde. In juli 2018 heeft Zilveren Kruis besloten om een grote vordering tijdelijk niet op te eisen, zodat ze met elkaar toekomstscenario's konden bespreken. Begin oktober 2018 hebben de ziekenhuizen Zilveren Kruis gevraagd om extra geld te lenen. Zilveren Kruis werd hierdoor verrast omdat de financiële situatie slechter bleek dan verwacht en heeft besloten geen extra geld te lenen aan het ziekenhuis. De verzekeraar schrijft een grote verantwoordelijkheid te hebben naar de verzekeren en toezichthouders om zorgvuldig met premiegeld om te gaan. Gebruik van premiegelden om financiële verliezen van een zorgaanbieder te compenseren past hier niet bij, volgens Zilveren Kruis.²⁴⁶

Na deze berichtgeving komt met name het MC Slotervaart in een stroomversnelling van gebeurtenissen terecht, zo blijkt uit onder meer een reconstructie van leden van het crisisteam in het MC Slotervaart en onderzoek van de IGJ. De meeste detacheringsbureaus geven initieel aan dat hun personeel de komende week nog gewoon zal blijven werken. Kort na de medewerkersbijeenkomst op 23 oktober 2018 in het MC Slotervaart blijkt echter dat twee van de drie IC-medewerkers die de komende nachtdienst zouden draaien niet zullen verschijnen, in overleg met hun maatschap die bij een detacheringsbureau is aangesloten. De personele bezetting van de IC is al maanden problematisch en een oplossing is niet voorhanden. Aangezien de IC binnen enkele dagen niet meer voldoende bemenst kan worden, worden dezelfde dag en de dag erna de twee patiënten op de IC naar een ander ziekenhuis overgeplaatst. Dit heeft ook directe consequenties voor alle klinische afdelingen, en afdelingen waar poliklinische ingrepen en onderzoeken plaatsvinden: als de situatie van een patiënt zou verslechteren, moet deze na stabilisatie direct naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst. Een ander direct gevolg is dat ook de shockroom van de SEH, als mogelijke toevoer van de SEH, moet worden gesloten. Ondertussen blijkt dat zich op de operatiekamers de eerste leveranciers van zogenoemde 'consignatiegoederen', goederen die pas hoeven te worden betaald wanneer ze worden gebruikt (zoals orthopedische implantaten) hun eigendommen komen terughalen. Hierdoor wordt duidelijk dat er niet alleen sprake is van personele discontinuïteit, maar ook van materiële discontinuïteit. Door de problemen met het personeel en goederen wordt op 23 oktober

²⁴³ Persbericht MC Groep en MC Slotervaart (2018): 'Zorgverzekeraars stoppen financiering', 23 oktober 2018.

²⁴⁴ E-mail van IGJ aan MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, 23 oktober 2018.

²⁴⁵ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 110, 23 oktober 2018.

²⁴⁶ Persbericht Zilveren Kruis, 23 oktober 2018.

2018 rond 15.30 uur besloten om de SEH helemaal te sluiten, maar nog wel bemand te houden voor het geval van onvoorziene omstandigheden.²⁴⁷

2.5.2 Afspraken voor een zorgvuldige afbouw van zorg

Woensdag 24 oktober 2018 wordt derhalve bekend gemaakt dat het MC Slotervaart geen nieuwe patiënten meer opneemt en de operatiekamers worden gesloten. Wel blijft een spoed OK-team beschikbaar.²⁴⁸ De aangestelde bewindvoerders zijn ondertussen samen met het bestuur in overleg met de zorgverzekeraars. Er is overeenstemming bereikt met de zorgverzekeraars onder leiding van Zilveren Kruis, dat er geld beschikbaar wordt gesteld voor de voortzetting van de huidige zorg. Daardoor is het voor het MC Slotervaart mogelijk om de zorg tijdelijk voort te zetten, zo wordt gemeld in het persbericht.²⁴⁹

MC IJsselmeerziekenhuizen publiceert eveneens op 24 oktober 2018 een persbericht. Hierin wordt geschreven dat de directie en bewindvoerders gesprekken voeren over de toekomst van ziekenhuiszorg in Lelystad. Vooralsnog wordt de zorg gecontinueerd. Wel zijn er noodmaatregelen getroffen om de patiëntveiligheid te kunnen waarborgen. Zo zijn de verloskamers gesloten. Zwangere vrouwen kunnen terecht bij andere ziekenhuizen. Ook is het operatieschema teruggebracht tot direct medisch noodzakelijke operaties, om de opname van nieuwe patiënten te beperken. De polikliniek en spoedeisende hulp blijven echter nog gewoon open.²⁵⁰

De bewindvoerders van beide ziekenhuizen onderhouden contact met het ministerie van VWS. Het ministerie informeert de inspectie dat beide ziekenhuizen uiterlijk een dag later, 25 oktober 2018, faillissement verwachten aan te vragen omdat het ook de dag is dat de salarisbetalingen moeten plaatsvinden. Het vervolgproces zal voor beide ziekenhuizen daarna verschillend verlopen. Voor wat betreft het MC Slotervaart wil de bewindvoerder de activiteiten van het ziekenhuis de komende dagen afbouwen. Er wordt niet gezocht naar een overnamekandidaat. De bewindvoerder heeft naar eigen zeggen constructief overleg met Zilveren Kruis over de bekostiging van de na het faillissement geleverde zorg. In het ziekenhuis is een crisisteam ingericht om de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg continu te monitoren. Ook voor de MC IJsselmeerziekenhuizen geldt dat er sprake is van overleg met Zilveren Kruis, er is reeds overeenstemming bereikt over het boedelkrediet. Het ziekenhuis zal zeker tot zondag open blijven, maar mogelijk langer omdat de afbouw langer zal duren. Er worden gesprekken gevoerd met andere ziekenhuizen in de omgeving over de capaciteit die daar op korte termijn beschikbaar is en over oplossingen voor de lange termijn. Het ministerie van VWS schrijft dat Zilveren Kruis in elk geval de poliklinische zorg in Flevoland wil behouden, en dat er mogelijk partijen geïnteresseerd zijn in een overname. Ook het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is inmiddels bijeen om aandacht te hebben voor de gevolgen voor de acute zorgketen in de regio. Verder is het beeld van de NZa dat Zilveren Kruis zich goed bewust is van haar zorgplicht en zich constructief opstelt. Zilveren Kruis heeft mandaat verkregen van andere zorgverzekeraars om namens hen afspraken te maken, waarvoor ook de Autoriteit Consument & Markt (ACM) goedkeuring heeft gegeven.²⁵¹ Zilveren Kruis voert ondertussen afzonderlijke gesprekken met ziekenhuizen in de twee regio's om te bezien waar de zorg eventueel kan worden overgenomen.²⁵² Die avond wordt het besluit genomen dat in het MC Slotervaart de klinische zorg in 48 uur volledig wordt afgebouwd,

²⁴⁷ IGJ (2019) Rapport: 'Gevolgen faillissement MC Slotervaart vooraf onderschat – risico's voor goede en veilige zorg bij afbouw en overdracht van zorg', november 2019. | MC Slotervaart 'Journaal – sluiting van het Acute Centrum en de zorg van MC Slotervaart, najaar 2018', opgesteld januari-oktober 2019.

²⁴⁸ MC Slotervaart 'Journaal – sluiting van het Acute Centrum en de zorg van MC Slotervaart, najaar 2018', opgesteld januari-oktober 2019.

²⁴⁹ Persbericht MC Slotervaart, 24 oktober 2018.

²⁵⁰ Persbericht MC IJsselmeerziekenhuizen, 24 oktober 2018.

²⁵¹ E-mail van ministerie van VWS aan IGJ, 24 oktober 2018.

²⁵² Zilveren Kruis, Interne presentatie, 24 oktober 2018.

en dat MC IJsselmeerziekenhuizen in elk geval tot maandag open blijft, vermoedelijk ook langer, om zorgvuldige afbouw te kunnen realiseren. De SEH in Lelystad blijft voorlopig ook open.²⁵³

In de nacht van 24 op 25 oktober 2018 sturen de bewindvoerders van het MC Slotervaart een vertrouwelijk bericht naar het ministerie met de mededeling dat op 25 oktober 2018 de surseance van betaling zal worden omgezet naar een faillissement. De bewindvoerders hebben een deal met de zorgverzekeraars en er is een zeer constructief overleg gevoerd met de ziekenhuisbestuurders van het MC Slotervaart over zorgvuldige afbouw en overname van zorg, zo schrijven de bewindvoerders.²⁵⁴

In de Flevopolder zijn er bij diverse partijen zorgen over de bereikbaarheid van acute zorg, indien de locatie in Lelystad zou sluiten. De Regionale Ambulance Voorziening Flevoland (RAV Flevoland) wijst op het risico van langere ritduur voor ambulances en vreest dat voor een deel van de inwoners van Flevoland de 45-minutennorm niet gehaald zal worden. Uit analyses van het RIVM blijkt dat de bereikbaarheid van Urk dicht bij de norm van 45 minuten ligt.²⁵⁵ Extra ambulancecapaciteit, personeel en financiële middelen zullen nodig zijn om dit op te vangen.²⁵⁶ Het ministerie van VWS dringt erop aan dat het ROAZ regie pakt om de beschikbaarheid van acute zorg te coördineren.²⁵⁷

2.5.3 Failliet verklaard

Op 25 oktober 2018 berichten de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart dat ze failliet zijn verklaard. De directe aanleiding voor het faillissement is dat de salarissen en crediteuren niet meer betaald kunnen worden. Het faillissement betekent voor het MC Slotervaart dat het op korte termijn gaat sluiten. De opvang van patiënten is gegarandeerd door de zorgverzekeraars en de omliggende ziekenhuizen, zo wordt gemeld in een persbericht. Voor de patiënten die op dit moment in het ziekenhuis liggen, betekent het dat zij de komende dagen naar een ander ziekenhuis worden overgeplaatst om goede zorg te waarborgen.²⁵⁸ De locaties van de MC IJsselmeerziekenhuizen worden niet direct gesloten. In een persbericht wordt aangegeven dat zorgverzekeraars, onder leiding van Zilveren Kruis, geld beschikbaar stellen voor “voortvarende en gecontroleerde afbouw” van de zorg die op locaties in Lelystad, Dronten, Emmeloord en Urk wordt verleend.²⁵⁹

De minister informeert de Tweede Kamer dat de zorgverlening in beide ziekenhuizen wordt afgebouwd. De minister heeft de afgelopen dagen met alle betrokkenen contact gehad om hen te wijzen op hun verantwoordelijkheden en binnen het ministerie is een crisisstaf ingericht, zo schrijft hij aan de Kamer. De bewindvoerders zijn in beide ziekenhuizen benoemd tot curator en hebben de minister laten weten dat zij overeenstemming hebben bereikt met de zorgverzekeraars onder leiding van Zilveren Kruis over de financiering van afbouw van de zorg in de ziekenhuizen.²⁶⁰ In een tijdschrift geeft de minister aan dat het hem heeft verrast dat het faillissement reeds twee dagen na de surseance van betaling is uitgesproken. Er was op gerekend dat er meer tijd zou zijn voor de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de bewindvoerders om te komen tot een gefaseerde en zorgvuldige afwikkeling of eventueel een snelle doorstart van de ziekenhuiszorg.²⁶¹

²⁵³ NZa, ‘Logboek faillissement Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen’, periode juli 2018 tot en met 5 november 2019.

²⁵⁴ E-mail van bewindvoerder MC Slotervaart aan ministerie van VWS, 25 oktober 2018.

²⁵⁵ Brief RIVM aan wethouder Urk, 14 november 2018.

²⁵⁶ E-mail (met notitie RAV Flevoland als bijlage) van GGD Flevoland aan ministerie van VWS, 24 oktober 2018.

²⁵⁷ Ministerie van VWS, Interne e-mail, 24 oktober 2018.

²⁵⁸ Persbericht MC Slotervaart, 25 oktober 2018.

²⁵⁹ Persbericht MC IJsselmeerziekenhuizen, 25 oktober 2018.

²⁶⁰ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 112, 25 oktober 2018.

²⁶¹ Ministerie van VWS, ‘Tijdschrift uit antwoord Kamervragen’, 16 november 2018.

Naar aanleiding van het faillissement legt de IGJ een bezoek af aan het MC Slotervaart. In een terugkoppeling aan de curatoren en de (voormalig) bestuurder schrijft de inspectie onder de indruk te zijn van de professionaliteit en de betrokkenheid van de medewerkers. De medewerkers zetten zich ondanks het verdriet en andere emoties maximaal in om goede en veilige zorg te blijven leveren en om patiënten goed over te dragen aan andere zorgaanbieders. Van paniek of chaos is volgens de medewerkers geen sprake, zo constateert de inspectie. Gezien de bevindingen tijdens het bezoek besluiten de inspectie en de NZa dat op dit moment een gesprek over de situatie rond het MC Slotervaart niet nodig is. De inspectie en de NZa blijven de situatie wel nauwgezet volgen. Op verzoek van de curator blijft de voormalig bestuurder betrokken, met het oog op besluiten in het belang van goede en veilige zorg.²⁶²

Op 25 oktober 2018 vindt tevens een overleg plaats over de acute zorg in Lelystad en Flevoland in ROAZ-verband. Naast de curatoren, vertegenwoordigers van de MC IJsselmeerziekenhuizen en Zilveren Kruis zijn vertegenwoordigers van vijf omliggende ziekenhuizen aanwezig. In het overleg wordt geconstateerd dat de impact van het faillissement enorm is en voor onzekerheid bij patiënten zorgt, zo blijkt uit de terugkoppeling na afloop. Patiëntbrieven zijn nog niet verstuurd, de acute verloskunde is al gesloten en er is onduidelijkheid over hoe lang men nog terecht kan op de SEH.²⁶³ Er zijn nog 89 klinisch opgenomen patiënten in het ziekenhuis aanwezig. De verwachting is dat dit op natuurlijke wijze kan worden afgebouwd in een paar dagen. Zorgpunt is op dit moment de toelevering van materialen. Hoewel leveranciers een garantie vanuit Zilveren Kruis hebben ontvangen, blijft de situatie zorgelijk, zo wordt in het overleg geconstateerd. Daarnaast is personele inzet bij omliggende ziekenhuizen een aandachtspunt. Tevens wordt opgemerkt dat er mogelijk een griepgolf komt.²⁶⁴

De situatie in Lelystad heeft tevens de aandacht van de inspectie, NZa en ministerie van VWS. In een bericht aan het ministerie kondigt de inspectie aan een dag later een inspectiebezoek aan het ziekenhuis te brengen, en in de middag samen met de NZa in gesprek te gaan met de curatoren.²⁶⁵ Gezien de snelheid van ontwikkelingen in zowel Amsterdam als Lelystad, besluit het ministerie per direct, zoals eerder vermeld, een crisisstructuur op te zetten.²⁶⁶ In deze crisisstaf, onder voorzitterschap van het ministerie van VWS, hebben ook de IGJ en NZa zitting. Omdat de medische aansprakelijkheidsverzekering bij een faillissement komt te vervallen, besluit de minister na contact met de curatoren een garantstelling te geven voor het eigen risico van een nieuwe verzekering, zodat de zorg gecontinueerd kan worden.²⁶⁷

²⁶² E-mail van IGJ aan curatoren en MC Slotervaart, 25 oktober 2018.

²⁶³ Ministerie van VWS, Interne e-mail, 25 oktober 2018.

²⁶⁴ Presentatie ROAZ, 25 oktober 2018. | E-mail van Zilveren Kruis aan zorgaanbieders ROAZ, 25 oktober 2018.

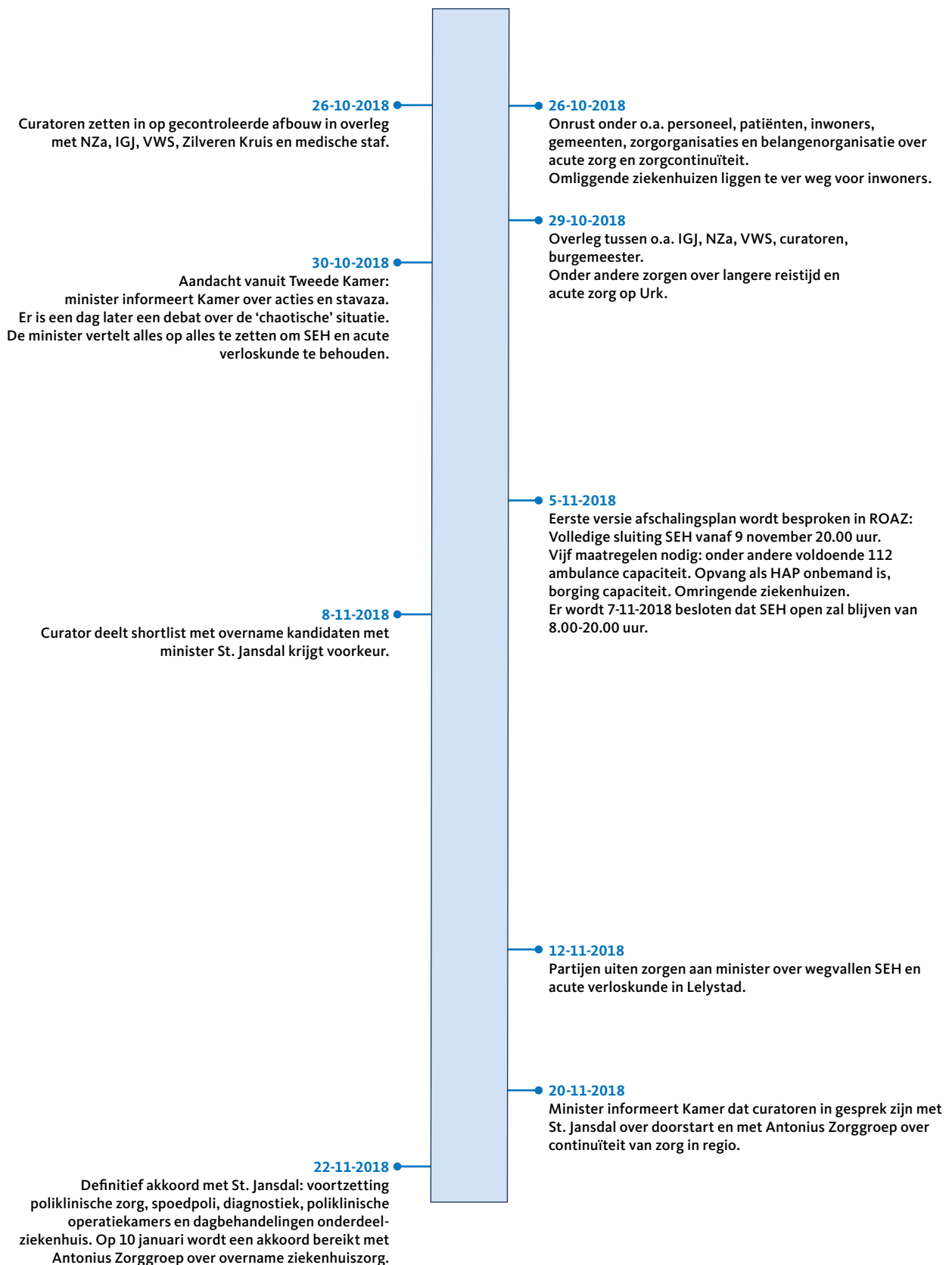
²⁶⁵ E-mail van IGJ aan het ministerie van VWS, 25 oktober 2018.

²⁶⁶ VWS, IGJ en NZa, 'Faillissement Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen. Logboek/Feitenrelaas', 30 oktober 2018.

²⁶⁷ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 113, 30 oktober 2018.

2.6 De MC IJsselmeerziekenhuizen - Periode na faillissement (26 oktober – 22 november 2018)

Het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen leidt tot veel bezorgdheid en onzekerheid onder patiënten, medewerkers en omwonenden van de ziekenhuizen. Met name het feit dat de afdeling acute verloskunde reeds is gesloten en het open blijven van de SEH onzeker is, veroorzaakt veel onrust. De 45-minutennorm voor acute zorg wordt ook zonder SEH in Lelystad op papier weliswaar gehaald, in de praktijk zijn er veel zorgen over de bereikbaarheid van acute zorg, mede vanwege de specifieke geografische ligging, en vanwege de relatief kwetsbare bevolking in de regio. Diverse overheidsorganisaties en brancheorganisaties uiten hun zorgen bij de minister voor Medische Zorg. Ook de minister zelf spreekt nadrukkelijk de wens uit om acute zorg in Lelystad te behouden en stelt hiervoor een 'beschikbaarheidsbijdrage' te willen inzetten. Terwijl de zorg in het ziekenhuis gefaseerd wordt afgebouwd, gaan de curatoren op zoek naar een overnamekandidaat. Deze wordt gevonden in het St. Jansdal, in combinatie met de Antonius Zorggroep. Het in stand houden van een SEH en afdeling acute verloskunde in Lelystad is geen onderdeel van het overnameplan - een teleurstelling voor velen in de regio. Desalniettemin wordt door de overname ziekenhuiszorg voor de regio, zij het in beperktere en voornamelijk poliklinische vorm, gecontinueerd. Het St. Jansdal geeft aan dat in de toekomst wellicht uitbreiding van de zorgactiviteiten in Lelystad mogelijk is.



Figuur 2.5 Tijdlijn MC IJsselmeerziekenhuizen 26 oktober – 22 november 2018

2.6.1 Zorgen en maatschappelijke onrust over bereikbaarheid zorg

Daags na het uitspreken van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen is er sprake van veel onrust onder personeel van het ziekenhuis en inwoners uit de regio. “Lelystad zonder ziekenhuis is onbestaanbaar”, zo schrijft Trouw op 26 oktober 2018. De curatoren hebben aangekondigd de zorg in het ziekenhuis ‘gecontroleerd’ af te bouwen. Tot die tijd draait het ziekenhuis zo goed als mogelijk door.²⁶⁸ Maar personeel en patiënten maken zich grote zorgen, blijkt uit diverse mediaberichten. De omliggende ziekenhuizen in bijvoorbeeld Harderwijk en Almere zijn voor velen te ver weg, zo wordt geschreven. En ook de provincie Flevoland en gemeenten maken zich zorgen en waarschuwen voor “dramatische gevolgen” wanneer de ziekenhuislocaties in Lelystad, Dronten, Emmeloord en Urk zouden verdwijnen.²⁶⁹ GGD Flevoland wijst erop dat ambulances langer onderweg zullen zijn wanneer de MC IJsselmeerziekenhuizen de deuren sluit.²⁷⁰ Men spreekt van een treurige en trieste situatie, zowel voor patiënten als medewerkers.²⁷¹ Het beeld van verzekeraars en de overheid dat de acute zorg niet in gevaar komt bij een faillissement, wordt in de regio niet gedeeld. Huisartsen wijzen erop dat de 45-minutennorm op papier misschien gehaald wordt, maar dat het in veel gevallen heel krap is. “Dan moet de Ketelbrug niet open staan.”²⁷² Een petitie voor behoud van de ziekenhuizen in Lelystad, Dronten, Emmeloord en Urk wordt in korte tijd door ruim 13.000 mensen ondertekend, en met steun van de SP wordt enkele dagen na het faillissement actie gevoerd bij het kantoor van Zilveren Kruis.²⁷³

De zorgen over de bereikbaarheid van zorg blijken ook uit brieven die diverse partijen in de dagen na het faillissement naar de minister of Tweede Kamer sturen. Het college van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Lelystad stuurt op 30 oktober 2018 een brief naar de minister voor Medische Zorg. In de brief met bijgevoegd een position paper met achtergrondinformatie over de zorgbehoefte in de regio schrijft het college dat hoewel de MC IJsselmeerziekenhuizen niet behoort tot de ‘gevoelige ziekenhuizen’, de continuïteit van zorg wel degelijk in gevaar is, gegeven de ligging van het verzorgingsgebied, de populatie en ontwikkelingen in de nabije toekomst in de regio. Het college verzoekt de minister om zijn invloed maximaal aan te wenden teneinde te komen tot het voortzetten en garanderen van een kwalitatief adequate continuering van de zorg. Daarbij wijst het college erop dat toenmalig minister Klink in 2008 stelde dat een basisziekenhuis met acute zorg noodzakelijk is voor de regio, gezien de geografische ligging. Het college wijst op krappe aanrijtijden en mogelijke overschrijding van Treeknormen²⁷⁴ als de zorg in Lelystad verdwijnt. Ook wordt opgemerkt dat Lelystad een grote groep kwetsbare inwoners kent, met lage sociaal-economische status, voor wie het financieel vaak niet mogelijk is om naar een ziekenhuis buiten de regio te reizen. Tot slot kaart men aan dat economische bedrijvigheid in de regio vraagt om de nabijheid van een ziekenhuis.²⁷⁵ Dat laatste argument wordt per brief ook door VNO-NCW Flevoland onder de aandacht van de minister gebracht. De voorzitter schrijft dat het bedrijfsleven zich ernstige zorgen maakt over de bereikbaarheid van zorg voor inwoners, en dus ook medewerkers, in de regio. Goede voorzieningen zijn essentieel voor de economische ontwikkeling in de provincie.²⁷⁶ Ook vanuit de GGD Flevoland, Medie Regio Flevoland, gemeente Noordoostpolder, gemeente Dronten, zorgorganisaties en de

²⁶⁸ Trouw (2018) ‘Lelystad zonder ziekenhuis is onbestaanbaar, zeggen patiënten’, 26 oktober 2018.

²⁶⁹ NRC Next (2018) ‘Lelystad staat machteloos bij snelle sluiting’, 26 oktober 2018.

²⁷⁰ De Stentor (2018) ‘Ambulances langer onderweg’, 26 oktober 2018.

²⁷¹ De Stentor (2018) ‘Ambulances langer onderweg’, 26 oktober 2018. | Het Financieel Dagblad (2018) ‘Failliete ziekenhuizen horen bij een vrije markt’, 26 oktober 2018.

²⁷² De Volkskrant (2018) ‘Dit is wel Lelystad. Geen dorp’, 26 oktober 2018.

²⁷³ <https://www.sp.nl/nieuws/2018/10/actie-bij-zorgverzekeraar-voor-behoud-ziekenhuizen> (laatst geraadpleegd op 9 januari 2020).

²⁷⁴ De Treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijden binnen de zorg.

²⁷⁵ Brief van College B&W Lelystad aan minister Bruins, 30 oktober 2018.

²⁷⁶ Brief van VNO-NCW Flevoland aan minister Bruins, 29 oktober 2018.

Flevolandse Patiëntenfederatie worden per brief de zorgen over het eventueel verdwijnen van de basis- en/of acute zorg aan de minister kenbaar gemaakt.²⁷⁷

In nauw overleg met de NZa, IGJ, VWS, Zilveren Kruis en medische staf zetten de curatoren onder-tussen in op 'gecontroleerde afbouw'. Onder surseance is de verloskundige kliniek reeds gesloten, omdat goede en veilige zorg in de acute situatie die ontstond niet geborgd was. Er was echter geen goed plan voor het overdragen van pasgeborenen en het ROAZ was niet betrokken bij het besluit, zo blijkt uit het verslag van een afstemmingsoverleg op 26 oktober 2018. Inmiddels heeft er wel een spoedoverleg in ROAZ-verband plaatsgevonden en is Zilveren Kruis in gesprek met omliggende zie-kenhuizen over beschikbare capaciteit. De curatoren vragen begrip voor het feit dat er onder hoge druk lastige besluiten genomen moeten worden en snel handelen vereist is. De NZa benadrukt dat er nog vóór het weekend duidelijkheid moet zijn voor verloskundigen waar hun patiënten naartoe kunnen. Wel is al een extra ambulance ingezet voor vervoer van zwangere vrouwen. Verder wordt er momenteel gewerkt aan een plan voor verdere afschaling van zorg in de MC IJsselmeerziekenhuizen. De curator merkt op dat het personeel zeer loyaal is aan het ziekenhuis, en dat alles eraan wordt gedaan om *"het schip zo goed mogelijk drijvende te houden"*.²⁷⁸

Gesprekken tussen alle betrokken partijen (curatoren, IGJ, VWS, NZa, Zilveren Kruis, gemeente Lely-stad, artsen) worden na het weekend voortgezet. Het belangrijkste thema in deze gesprekken is hoe de basiszorg en acute zorg beschikbaar kan blijven voor de regio.²⁷⁹ Ook komt het ROAZ op maan-dag opnieuw bijeen om te spreken over de acute verloskunde. De normale procedure binnen een ROAZ-gebied is om een wijziging in het acute zorgaanbod vooraf te melden aan het Netwerk Acute Zorg / ROAZ-overleg, zodat men kan bekijken waar de risico's liggen en hoe witte vlekken voorko-men kunnen worden. Die werkwijze is nu niet gevolgd. Daardoor moet men nu achteraf vaststellen waar risico's liggen en de knelpunten samen met zorgverzekeraars oppakken.²⁸⁰ In het overleg wordt geconcludeerd dat de reistijd is toegenomen, wat tot onzekerheid leidt en meer vervoersbewegin-gen. Met name op Urk ontstaat een lastige situatie omdat ambulancevervoer dan niet altijd voor handen is.²⁸¹ Ook wordt gesproken over de acties die nodig zijn om het wegvallen van acute verlos-kunde in Lelystad op te vangen: een uitbreiding van ambulancecapaciteit in Urk, meer personeel in verloskundige praktijken, uitbreiding van registratiemogelijkheden in de ambulance, en de mogelijk-heid om een traumahelikopter in te zetten in acute situaties.²⁸²

2.6.2 Maatschappij en politiek kijkt naar minister

Ook in de Tweede Kamer roept het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart veel vragen op. De minister schrijft in een brief aan de Kamer op 30 oktober 2018 de situatie nauwgezet te volgen. Hij stelt dat het ministerie afgelopen dagen uitgebreid contact heeft gehad met alle betrokken partijen, en dat de rollen en verantwoordelijkheden van het ministerie van VWS deels hun beslag krijgen via de toezichthouders, de IGJ en NZa. Via een crisisstaf onder voorzitterschap van het ministerie van VWS houdt de minister regie op het proces, zo schrijft hij. Wat betreft de MC IJsselmeerziekenhuizen meldt de minister dat hij heeft begrepen dat er enkele serieuze geïnteresseerden partijen zijn voor een overname. De spoedeisende hulp blijft vooralsnog

²⁷⁷ Brief van GGD Flevoland aan minister Bruins, 2 november 2018. | Brief van Icare, Coloriet en Woonzorg Flevoland aan Tweede Kamer, 26 oktober 2018. | Brief van college B&W Dronten aan minister Bruins, 29 oktober 2018. | Position paper van Medrie regio Flevoland aan minister Bruins, 5 november 2018. | Brief van gemeente Noordoostpolder aan ministerie van VWS, 6 november 2018. | Brief van Flevolandse Patiëntenfederatie aan minister Bruins, 6 november 2018.

²⁷⁸ IGJ, Verslag overleg tussen MC IJsselmeerziekenhuizen, Zilveren Kruis, IGJ en NZa, 26 oktober 2018.

²⁷⁹ Ministerie van VWS, Verslag overleg VWS-IGJ-NZa, 29 oktober 2018.

²⁸⁰ SpoedZorgNet, Verslag gelegenheid ROAZ, 29 oktober 2018.

²⁸¹ SpoedZorgNet, Verslag gelegenheid ROAZ, 29 oktober 2018.

²⁸² SpoedZorgNet, Verslag gelegenheid ROAZ, 29 oktober 2018.



open. De minister schrijft dat de verzekeraars in overleg met de curatoren en alle betrokken partijen een plan maken waarmee de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg in de regio (inclusief de acute zorg en acute verloskunde) geborgd worden. De NZa en de IGJ zien daar nauwlettend op toe. Eventuele sluiting van een SEH kan pas aan de orde zijn wanneer er een verantwoord afbouwplan ligt waar de NZa en IGJ vooraf mee hebben ingestemd.²⁸³ Tevens wordt op 30 oktober 2018 een factsheet van Zilveren Kruis over de faillissementen van beide ziekenhuizen gedeeld met de leden van de vaste Kamercommissie van VWS. Hierin geeft Zilveren Kruis aan dat de vestigingen van MC IJsselmeerziekenhuizen nog een aantal weken open blijven. Geplande poliklinische afspraken en operaties voor de korte termijn gaan door. Onder regie van de curatoren wordt de zorg geleidelijk afgebouwd. De curatoren stellen met de medische staf van de MC IJsselmeerziekenhuizen, omliggende ziekenhuizen, zorgverleners en de zorgverzekeraars een plan voor de afbouw op. De ziekenhuizen in Almere, Harderwijk, Zwolle, Sneek en Emmeloord is gevraagd om hiervoor capaciteit beschikbaar te stellen. Zilveren Kruis stelt geld ter beschikking om de gecontroleerde afbouw van de zorg in het ziekenhuis mogelijk te maken. Ook hier ziet de inspectie toe op de overdracht. Op dit moment is de spoedeisende hulp, met uitzondering van de acute verloskunde beschikbaar. Met de Regionale Ambulancevoorziening Flevoland zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van voldoende ambulances in de polders. Op de vraag waarom er geen noodplan klaarlag voor de gefailleerde ziekenhuizen, geeft Zilveren Kruis aan dat het de zorgverzekeraar niet is toegestaan om een gedetailleerd noodplan te maken voor een dreigend faillissement van een zorginstelling. Zilveren Kruis stelt dat dit afstemming met omliggende partijen zou vereisen. Dat is niet alleen in strijd met de mededinging, aldus Zilveren Kruis, maar door te anticiperen op een faillissement zou men mogelijk een 'self fulfilling prophecy' voor de betrokken instelling creëren.²⁸⁴

Op 31 oktober 2018 vindt in de Tweede Kamer een debat plaats over het faillissement van de ziekenhuizen. Kamerleden spreken van een "chaotische situatie" en vragen zich af wat de minister gedaan heeft om deze situatie te voorkomen, en wat hij komende tijd zal doen voor de inwoners van Amsterdam en Flevoland. In het debat wijst de minister erop dat hij niet had verwacht dat het faillissement zo snel zou volgen op de surseance, waardoor er geen tijd is geweest voor een zorgvuldige afbouw van de zorg. Tevens spreekt de minister in het debat uit dat hij betrokken wil blijven bij de keuzes die gemaakt worden over de toekomstige zorg in Lelystad en stelt hij dat in Lelystad niet alleen basiszorg, maar ook spoedeisende hulp en acute verloskunde moeten blijven. Hij stelt dat daar vanuit zijn kant de actie op gericht zal zijn.²⁸⁵ Tegenover de NOS bevestigt de minister naderhand dat hij alles op alles wil zetten om ook de spoedeisende zorg en acute verloskunde in Lelystad te behouden en geeft hij aan indien nodig te zullen overwegen om daarvoor financiering beschikbaar te stellen.²⁸⁶

De uitspraken van de minister leiden zowel bij het ministerie zelf als bij andere partijen tot vragen over wat zijn toezeggingen in de praktijk zullen betekenen.²⁸⁷ Dezelfde avond nog neemt Zilveren Kruis contact op met de NZa. De curatoren hebben aangegeven op korte termijn de SEH gedeeltelijk te willen gaan afbouwen, omdat ze zich zorgen maken over de patiëntveiligheid. Ook zijn er vragen over de toezeggingen van de minister met betrekking tot de acute zorg, omdat de overnamepartijen vooralsnog niet van plan zijn naast basiszorg ook acute zorg aan te bieden.²⁸⁸

Op 1 november 2018 vindt in de avond een gesprek plaats tussen de minister, curatoren, medische staf, NZa, IGJ, Zilveren Kruis en de burgemeester van Lelystad. Hier geeft de minister aan dat het zijn doel is om op korte termijn tot een concreet plan voor duurzaam behoud van basiszorg en acute zorg

²⁸³ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 113, 30 oktober 2018.

²⁸⁴ Zilveren Kruis, Factsheet, 30 oktober 2018.

²⁸⁵ Handelingen II, 2018/19, nr. 17, 31 oktober 2018.

²⁸⁶ NOS (2018) 'Bruins trekt mogelijk portemonnee voor zorg in Lelystad', 31 oktober 2018.

²⁸⁷ Ministerie van VWS, Interne e-mail, 31 oktober 2018.

²⁸⁸ NZa, Interne e-mail, 31 oktober 2018.

in Lelystad en omgeving te komen. Hij dringt erop aan dat een dergelijk plan er uiterlijk 7 november 2018 moet zijn. De curatoren en medische staf wijzen erop dat het voor de zeer korte termijn onontkoombaar is om een scenario van afschaling uit te werken, om de patiëntveiligheid te kunnen waarborgen. De partijen spreken af dat de minister, curatoren en verzekeraar met partijen die een bod doen voor overname in gesprek zullen gaan om te bezien of de biedingen in overeenstemming zijn met de ambitie die de minister heeft uitgesproken. Partijen zullen in staat gesteld worden om naar aanleiding van deze gesprekken nog bijstellingen van hun bod te doen en deze opnieuw bij de curatoren aan te bieden op maandag 5 november 2018. Het is het streven om op woensdag 7 november eind van de dag een zo concreet mogelijk plan voor het duurzame behoud van basiszorg en acute zorg in Lelystad en omgeving gereed te hebben.²⁸⁹ Op 2 november 2018 stuurt de minister een brief over de gemaakte afspraken naar de Tweede Kamer.²⁹⁰

2.6.3 Afschaling van zorg

Ondertussen wordt in de MC IJsselmeerziekenhuizen de zorg gefaseerd afgebouwd. De inspectie is in deze periode bijna dagelijks in het ziekenhuis aanwezig om toe te zien op de patiëntveiligheid.²⁹¹ In verband met zorgen over de patiëntveiligheid zijn de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen in de eerste week van november 2018 voornemens om de SEH in Lelystad gedeeltelijk af te bouwen. De IGJ en NZa benadrukken dat een dergelijk besluit voldoende moet zijn onderbouwd, afgestemd en uitgewerkt, en moet leiden tot een situatie waarin is voldaan aan de voorwaarden voor minimale zorg. Ook moet duidelijk worden gemaakt welke alternatieve scenario's er zijn en waarom die eventueel niet haalbaar zijn gebleken. Benadrukt wordt dat pas tot afschaling kan worden overgegaan nadat er een voldoende afgestemd en uitgewerkt besluit is genomen, wanneer andere zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid kunnen nemen en de toegankelijkheid van zorg is gewaarborgd.²⁹² De NZa neemt tevens contact op met Zilveren Kruis en vraagt hoe de verzekeraar aan de zorgplicht blijft voldoen, in relatie tot afbouw van de SEH.²⁹³

Een eerste versie van het afschalingsplan²⁹⁴ wordt op 5 november 2018 in ROAZ-verband als onvoldoende beoordeeld.²⁹⁵ Een verbeterde versie van het afschalingsplan dateert van 6 november 2018. Op 7 november 2018 informeert Zilveren Kruis de NZa over de maatregelen die zijn getroffen voor de huisartsenpost, ambulancedienst en verloskunde. Omliggende ziekenhuizen hebben zich gecommitteerd om de spoedeisende hulp stroom uit Lelystad op te vangen in de regio.²⁹⁶ Ook deelt Zilveren Kruis aanvullende informatie met betrekking tot de zorgplicht. Het betreft een nieuwe versie van het afschalingsplan, het visiedocument van Zilveren Kruis over zorg in de polder, evenals bevestigingsmails van omliggende ziekenhuizen die zich hebben gecommitteerd om de spoedeisende hulp stroom uit Lelystad op te vangen.²⁹⁷ Het verbeterde afschalingsplan wordt op 8 november 2018 in het ROAZ vastgesteld. De SEH zal niet volledig dichtgaan, maar blijft open van 8.00 tot 20.00 uur. Afsproken wordt dat indien er alsnog overgegaan wordt tot fase 3, sluiting van de SEH, dit dan minimaal drie dagen van te voren aangekondigd wordt.²⁹⁸

²⁸⁹ Ministerie van VWS, 'Afspraken n.a.v. overleg minister, curatoren, medische staf en verzekeraars over situatie MC IJsselmeerziekenhuizen', 2 november 2018.

²⁹⁰ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 134, 2 november 2018.

²⁹¹ IGJ (2020). Rapport: 'Kwetsbaar en krachtig. Ondanks risico's veilige zorg na faillissement MC IJsselmeerziekenhuizen', januari 2020.

²⁹² E-mail van IGJ aan curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen, 1 november 2018.

²⁹³ E-mail van NZa aan Zilveren Kruis, 1 november 2018.

²⁹⁴ MC IJsselmeerziekenhuizen, Voorgesteld afschalingsdocument, 5 november 2018.

²⁹⁵ E-mail van SpoedZorgNet aan Zilveren Kruis, IGJ, NZa en curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen, 5 november 2018.

²⁹⁶ NZa, 'Papertrail NZa faillissement ziekenhuizen MC Groep', 19 februari 2019. | E-mail van Zilveren Kruis aan NZa, 7 november 2018.

²⁹⁷ E-mail van Zilveren Kruis aan NZa, 8 november 2018.

²⁹⁸ Notulen gelegenheid ROAZ, 8 november 2018.

2.6.4 Overname van de MC IJsselmeerziekenhuizen

Parallel aan de afbouw van de zorg in Lelystad zijn de curatoren bezig met de zoektocht naar een geschikte overnamekandidaat voor de MC IJsselmeerziekenhuizen. Aanvankelijk melden zich begin november 2018 elf geïnteresseerde partijen.²⁹⁹ Zoals aangekondigd neemt de minister in het weekend van 3 en 4 november 2018 contact op met de biedende partijen. De minister geeft aan dat hij bereid is om bovenop het plan en aanbod van de bieders een (financiële) bijdrage te leveren om naast basiszorg ook een vorm van spoedeisende zorg en acute verloskunde te kunnen aanbieden, en verzoekt de bieders in hun bod aan te geven wat er aanvullend nodig zal zijn om die voorzieningen te realiseren.³⁰⁰ Het verzoek van de minister leidt bij enkele partijen tot een aangepaste bieding. Andere partijen wijzen er in een reactie op dat het op korte termijn ook met een aanvullende beschikbaarheidsbijdrage niet mogelijk is om een volwaardig ziekenhuis inclusief spoedzorg overeind te houden in Lelystad.³⁰¹

Op 8 november 2018 delen de curatoren onder embargo een shortlist van overnamepartijen met het ministerie. Van deze drie kandidaten is er één partij die een SEH en acute verloskunde in het voorstel heeft opgenomen. De biedingen worden ook voorgelegd aan de zorgverzekeraar, die vervolgens aangeeft welke partij in aanmerking komt voor contractering.³⁰² De volgende fase van complexe onderhandelingen wordt alleen gestart indien ook de verzekeraar bereid is de betreffende partij te contracteren. In de laatste fase is ook nog toestemming vereist van de rechter-commissaris en instemming van de bank, waarborgfonds en fiscus, naast instemming van de ACM, NZa en IGJ. Op 10 november 2018 wordt duidelijk dat de curatoren verder zullen gaan onderhandelen met het St. Jansdal, in combinatie met een aanbod van het Antonius ziekenhuis voor de Noordoostpolder. Het St. Jansdal staat bovenaan in de ranking van Zilveren Kruis vanwege de passende visie op zorg. Curatoren hebben bij het maken van een keuze voor de doorstartende partij alle biedingen beoordeeld aan de hand van door hen gestelde voorwaarden. Volgens hen voldoet de bieding van St. Jansdal aan meer voorwaarden, inclusief de financiële voorwaarden, dan de andere biedende partijen. Er ontstaat vervolgens nog enige commotie in de media, als een van de afgefallen partijen stelt dat het erop lijkt dat er *“tegen de wens van de minister, de meerderheid van de Tweede Kamer, de burgemeesters, de provincie, het personeel en de patiënten toch de voorkeur gegeven zal worden aan een groep die geen integrale voortzetting gaat realiseren”*.³⁰³ Zowel de burgemeester van Dronten als van Urk sturen hierna een brief aan de minister over het belang van een SEH en afdeling acute verloskunde in Lelystad.³⁰⁴ Ook de Flevolandse Patiëntenfederatie, Veiligheidsregio Flevoland en GGD Flevoland schrijven in een brief aan de minister zich zorgen te maken over het mogelijk verdwijnen van de acute zorg.³⁰⁵ De Patiëntenfederatie geeft daarnaast aan te constateren dat het perspectief van de patiënt vooralsnog weinig aan de orde is gekomen, en de zoektocht naar oplossingen grotendeels achter gesloten deuren plaatsvindt. Patiëntenorganisaties zitten bijvoorbeeld niet aan tafel. Zowel de Patiëntenfederatie als Veiligheidsregio en GGD Flevoland schrijven graag een gesprekspartner te willen zijn in de gesprekken over de toekomst van zorg in de regio.³⁰⁶

Op 14 en 20 november 2018 informeert de minister de Tweede Kamer over de voortgang in de onderhandelingen. Op 20 november 2018 geeft hij aan dat een doorstart zeer realistisch is, maar dat de onderhandelingen nog niet zijn afgerond. Zijn tussenconclusie luidt dat medisch-specialistische

²⁹⁹ Ministerie van VWS, Interne e-mail, 6 november 2018.

³⁰⁰ Ministerie van VWS, Interne Notitie, 2 november 2018.

³⁰¹ Biedingen van diverse overnamekandidaten, per e-mail gestuurd aan het ministerie van VWS, 4 en 5 november 2018.

³⁰² E-mail van Zilveren Kruis aan curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen, 9 november 2018.

³⁰³ Persbericht TracQtion 'Doorstart van Zuiderzeeziekenhuis Lelystad, maar zonder 24/7 spoedeisende hulp?', 11 november 2018

³⁰⁴ E-mail van burgemeester Urk aan minister Bruins, 12 november 2018. | Brief van College B&W Dronten aan minister Bruins, 12 november 2018.

³⁰⁵ Brief van GGD en Veiligheidsregio Flevoland aan minister Bruins, 15 november 2018.

³⁰⁶ Brief van Flevolandse Patiëntenfederatie aan minister Bruins, 14 november 2018.

basiszorg via een doorstart zeer waarschijnlijk behouden blijft voor de inwoners van Flevoland. Ook noemt hij het waarschijnlijk dat er vormen van acute zorg in Lelystad en Emmeloord aangeboden zullen gaan worden, namelijk via twee spoedposten die zeven dagen per week, overdag en 's avonds, geopend zijn voor hoog volume, laag complexe spoedeisende zorg. Er blijven verder huisartsenposten beschikbaar. In de nacht en voor complexere spoedzorg kunnen patiënten terecht in andere ziekenhuizen in de regio: Almere, Sneek, Heerenveen, Zwolle en Harderwijk. Hiermee is deze zorg nog steeds voor alle inwoners van Flevoland binnen de wettelijke normen bereikbaar, zo schrijft de minister.³⁰⁷ In reactie op de brief van de minister schrijven drie verpleegkundigen in een brief aan de minister dat zij het oneens zijn met zijn uitspraken en dat er wel degelijk voldoende personeel beschikbaar is om een volledig ziekenhuis draaiende te houden. SEH-artsen hebben per brief ook al laten weten dat er voldoende personeel is voor een volledig toegeruste SEH. In de brief schrijven de verpleegkundigen dat het erop lijkt dat gedurende de 'radiostilte' er moedwillig op wordt ingespeeld dat medewerkers vertrekken. Hoewel betrokkenen zich voelen alsof zij in de kou staan, is er volgens de briefschrijvers nog steeds voldoende draagvlak voor een volwaardige doorstart van 'hun' ziekenhuis.³⁰⁸

Een definitief akkoord met het St. Jansdal wordt bereikt op 22 november 2018. Het St. Jansdal zal in ieder geval de poliklinische zorg in Lelystad en Dronten continueren, en een spoedpoli, diagnostiek, poliklinische operatiekamers en dagbehandelingen zullen onderdeel uit maken van de nieuwe opzet van het ziekenhuis.³⁰⁹ Een akkoord tussen de curatoren, gemeente Noordoostpolder en Antonius Zorggroep wordt uiteindelijk bereikt op 10 januari 2019. In een persbericht wordt aangekondigd dat het Antonius een deel van de ziekenhuiszorg zal overnemen en de gemeente Noordoostpolder zal het voormalige Dokter Janscentrum aankopen.³¹⁰

2.7 Het MC Slotervaart - Periode na faillissement (26 oktober - december 2018)

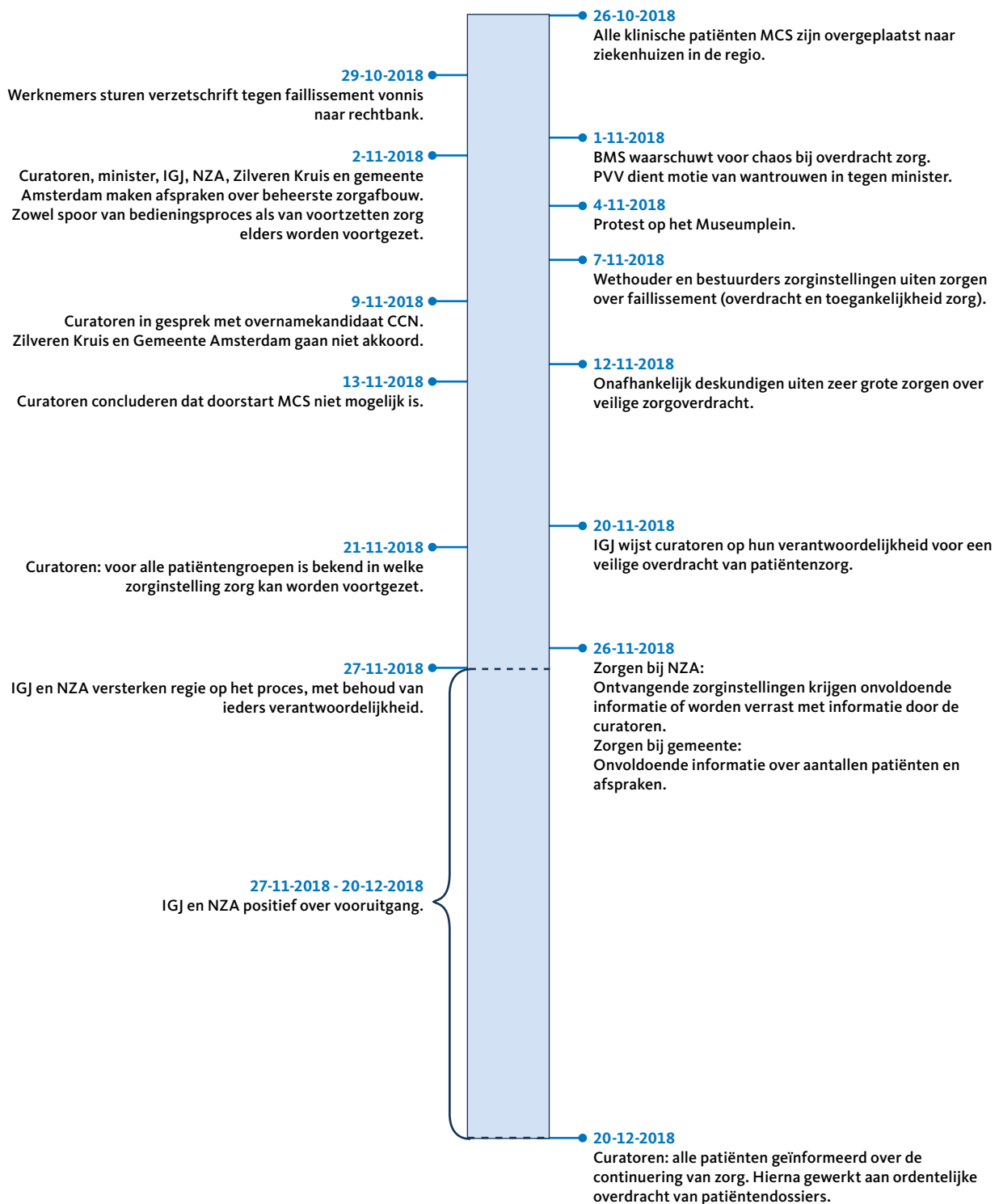
De onverwachte en acute overdracht van klinische patiënten naar omliggende ziekenhuizen en onzekerheid over een doorstart dan wel sluiting van het MC Slotervaart leidt zowel binnen als buiten het ziekenhuis tot veel ophef. Lang blijft onzeker welke afdelingen door welke ziekenhuizen worden overgenomen, huisartsen beschikken nauwelijks over informatie en ook medewerkers verkeren lange tijd in onzekerheid. Tot ruim twee weken na het faillissement blijft onzeker of het ziekenhuis wordt overgenomen, waardoor warme overdracht van patiënten naar andere ziekenhuizen niet van de grond komt. Pas nadat zeker is dat het ziekenhuis niet wordt overgenomen, worden hierin echt stappen gezet. De verzekeraar komt met andere ziekenhuizen tot overeenstemming over de zogenoemde 'landingsbanen', en binnen het ziekenhuis wordt hard gewerkt om patiënten over te dragen. Hoewel er op papier afspraken zijn, ondervinden patiënten en huisartsen nog veel problemen met het doorverwijzen van patiënten naar andere ziekenhuizen. Er wordt echter hard gewerkt om problemen op te lossen en patiëntendossiers beschikbaar te stellen. Ongeveer twee maanden na het faillissement zijn alle patiënten geïnformeerd over de continuering van zorg. Aan overdracht van patiëntendossiers en zakelijke afhandeling van het faillissement wordt dan nog gewerkt.

³⁰⁷ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 145, 14 november 2018. | Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 149, 20 november 2018.

³⁰⁸ E-mail van verpleegkundigen aan minister Bruins, 26 november 2018.

³⁰⁹ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 173, 22 november 2018.

³¹⁰ Persbericht Antonius Zorggroep, 10 januari 2019.



Figuur 2.6 Tijdlijn MC Slotervaart 26 oktober – december 2018

2.7.1 Maatschappelijke onrust en verzet tegen het faillissement

Net als bij de MC IJsselmeerziekenhuizen leidt ook het faillissement van het MC Slotervaart tot veel maatschappelijke onrust en zorgen. Op zondag 4 november 2018 vindt er een protest plaats met ongeveer 1000 mensen op het Museumplein in Amsterdam tegen het afhandelen van het faillissement van het MC Slotervaart. Op de spandoeken van de demonstranten staat onder meer de tekst

‘Het Slotervaart moet blijven’.³¹¹ Er is veel kritiek op de wijze waarop alle klinische patiënten van het ziekenhuis in slechts enkele dagen tijd moesten worden verplaatst. De overdracht verliep volgens velen ongecontroleerd en onprofessioneel.³¹² Maar ook na de overdracht van de klinische patiënten blijft er sprake van een onzekere situatie voor medewerkers, patiënten en ook huisartsen. Als gevolg van het faillissement worden huisartsen overladen met vragen van (poliklinische) patiënten waar ze nu naartoe moeten, maar ook huisartsen beschikken niet over de juiste informatie.^{313, 314}

De onzekerheid blijft deels voortduren omdat niet meteen duidelijk is wat er met het ziekenhuis zal gaan gebeuren. Drie dagen na het faillissement stuurt een groep van 42 artsen en werknemers van het MC Slotervaart een verzetschrift tegen het faillissementsvonnis naar de rechtbank van Amsterdam. De groep geeft aan niet alleen een financieel, maar een meer omvattend belang te hebben, namelijk dat van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid. Het faillissement heeft volgens de werknemers een schok veroorzaakt. Zij stellen dat patiëntenbelangen zijn geschaad, artsen onder hoge druk staan, specialisaties dreigen af te kalven en de mogelijkheden van opleiding voor jonge artsen verminderen. Zij spreken van een chaotische situatie, en uiten kritiek op het bestuur van het ziekenhuis. Zij wijzen op achterstallig onderhoud en geldstromen die niet inzichtelijk waren. De administratie omschrijven ze als een ‘stamppot’.³¹⁵ Volgens de groep is het enkel door de kwaliteit en oprechte betrokkenheid van artsen, verplegend personeel en overige medewerkers dat de kwaliteit van hoog niveau was en de patiënttevredenheid hoog. In de brief geven zij aan bereid te zijn persoonlijk te investeren in het ziekenhuis en verwachten daarvoor een bedrag tussen de €1,5 en 2 miljoen beschikbaar te krijgen. Zij wenden zich tot de rechtbank Amsterdam met het verzoek om het faillissementsvonnis van het MC Slotervaart te vernietigen.³¹⁶

Op 1 november 2018 bericht de rechtbank Amsterdam niet in te gaan op het verzoek; de rechtbank acht het verzet ongegrond. Het faillissement van het MC Slotervaart wordt niet vernietigd.³¹⁷

Naast deze groep medewerkers waarschuwt ook het Bestuur Medische Staf voor chaos. Op 1 november 2018 stuurt het Bestuur Medische Staf een brief naar de curatoren met als onderwerp ‘NOODSIGNAAL Warme overdracht’. In de brief staat dat door de abrupte sluiting van het ziekenhuis en de onduidelijke berichtgevingen over de opvang van de patiëntenzorg, een “*oncontroleerbare chaotische stroom van dwalende patiënten*” op gang is gekomen. Het Bestuur Medische Staf geeft aan dat de medisch specialisten de verantwoordelijkheid die zij voelen voor hun patiënten niet goed ten uitvoer kunnen brengen. Wat van de medische staf gevraagd wordt is een onmogelijke opgave in de gegeven tijd, zo stelt het Bestuur Medische Staf. De medisch specialisten kunnen de kwaliteit en veiligheid niet waarborgen, en de tijd ontbreekt om een warme overdracht met zorgvuldigheid uit te voeren. Het Bestuur Medische Staf wil een warme overdracht verzorgen, maar geeft aan dat er gegeven de huidige situatie patiënten tussen wal en schip zullen vallen.³¹⁸

2.7.2 Politieke onrust en kritiek op de minister

De dag na het faillissement vindt er ook een persbijeenkomst plaats met de minister voor Medische Zorg. De minister geeft aan dat hij het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC

³¹¹ ANP (2018) ‘Duizend mensen op de been voor ziekenhuizen’, 4 november 2018.

³¹² Algemeen Dagblad (2018) ‘Protest over faillissement MC Slotervaart op Museumplein’, 1 november 2018.

³¹³ IGJ (2019). Rapport: ‘Gevolgen faillissement MC Slotervaart vooraf onderschat – risico’s voor goede en veilige zorg bij afbouw en overdracht van zorg’, november 2019.

³¹⁴ NZa, Interne e-mail, 28 oktober 2018.

³¹⁵ Brief aan rechtbank Amsterdam. Verzet tegen faillissementsvonnis – insolventienummer F. 13/18/340, Amsterdam, 28 oktober 2018.

³¹⁶ Brief aan rechtbank Amsterdam. Verzet tegen faillissementsvonnis – insolventienummer F. 13/18/340. Amsterdam, 28 oktober 2018.

³¹⁷ Rb. Amsterdam, 1 november 2018, ECLI:NL:RBAMS:2018:7803.

³¹⁸ Brief van BMS MC Slotervaart aan curatoren MC Slotervaart, 1 november 2018.

Slotervaart niet zag aankomen. “*De faillissementen zijn voor ons allemaal een verrassing geweest*”, zo stelt hij. De minister begrijpt de kritiek uit de samenleving op het sluiten van de ziekenhuizen, maar hij ziet het niet als taak van de overheid om zwakke ziekenhuizen open te houden: “*Het ultieme doel is goede patiëntenzorg. Is het niet in het ene ziekenhuis dan in het andere*”, vindt de minister. “*Het gaat niet over het bewaken van een stapel stenen*”.³¹⁹

Op initiatief van het ministerie van VWS wisselen het ministerie, de IGJ en NZa vanaf 26 oktober 2018 dagelijks informatie met elkaar uit, met als doel dat zij hun activiteiten in goede afstemming kunnen uitvoeren.³²⁰ Vanaf 2 november 2018 wordt deze overlegstructuur vervangen door een crisisstaf.³²¹ Externe partijen, zoals de curator, verzekeraar en het ROAZ worden vanuit de crisisstaf op hun verantwoordelijkheden gewezen.³²² Tevens zorgt het ministerie ervoor dat vanaf 5 november 2018 drie onafhankelijk deskundigen bij het MC Slotervaart starten ter ondersteuning van curatoren, artsen en bestuurders.³²³

Op 30 oktober 2018 informeert de minister de Tweede Kamer dat hij vanwege het belang van voldoende, beschikbare, kwalitatief goede en veilige zorg voor patiënten de situatie nauwgezet volgt. De afgelopen dagen heeft het ministerie van VWS uitgebreid contact gehad met betrokken partijen. Mede door nauwe afstemming vanaf het begin en ook via deelname van de IGJ en de NZa aan de crisisstaf onder voorzitterschap van het ministerie van VWS, houdt de minister regie op het proces, zo schrijft hij.³²⁴ De volgende dag vindt er een debat in de Tweede Kamer plaats over de failliete ziekenhuizen.³²⁵ Tijdens het debat ontvangen enkele Kamerleden het bericht dat zich enkele calamiteiten hebben voorgedaan tijdens de overdracht van zorg bij het MC Slotervaart, waarop het debat wordt geschorst. In de voortzetting van het debat geeft de minister voor Medische Zorg aan dat hij het afgelopen half uur benut heeft om meer helderheid hierover te verkrijgen. Het betreft volgens de minister twee patiënten, een patiënt die chemotherapie nodig heeft en een patiënt met uitgezaaide kanker. De bestuurder van het ziekenhuis heeft laten weten dat de artsen van de ziekenhuizen waar de patiënten nu liggen, zeggen dat er geen sprake is van een levensbedreigende situatie. Diverse partijen uiten kritiek op het optreden van de minister en spreken hun verbazing uit dat de minister ‘stuurloos’ is. Een ingediende motie van wantrouwen (gesteund door SP, PvdD, DENK, 50PLUS, PVV en FvD) wordt echter verworpen.³²⁶

Op 7 november 2018 ontvangt de minister een brief van een wethouder van de gemeente Amsterdam. De wethouder schrijft dat de surseance en het snel daaropvolgend faillissement van het ziekenhuis veel onzekerheid voor patiënten en personeel teweeg heeft gebracht. Het tempo van de afbouw van zorg heeft de gemeente overvallen en baart hen zorgen. De wethouder doet een appèl op de minister om inzicht en, waar dat kan, garanties te bieden over adequate en toekomstbestendige ziekenhuiszorg binnen de grenzen van de stad.³²⁷ De minister antwoordt per brief dat de NZa heeft laten weten dat Zilveren Kruis in voldoende mate heeft aangetoond dat er voldoende ziekenhuiscapaciteit is in de regio Amsterdam om het wegvallen van MC Slotervaart op te vangen. De minister geeft verder aan dat het pas in een heel laat stadium duidelijk werd dat het mogelijk zou uitdraaien op een ongecontroleerd faillissement. Ook na het aanvragen van surseance had de minister de overtuiging dat er meer tijd zou zijn voor de ziekenhuizen, verzekeraars en de bewindvoerders

³¹⁹ NOS (2018) ‘Minister over failliete ziekenhuizen: “Het is voor ons een verrassing geweest”, 26 oktober 2018.

³²⁰ Ministerie van VWS, Verslag overleg IGJ-NZa-VWS, 26 oktober 2018.

³²¹ Ministerie van VWS, Interne e-mail, 1 november 2018.

³²² Ministerie van VWS, Verslag overleg VWS-IGJ-NZa, 29 oktober 2018.

³²³ Ministerie van VWS, Besluiten en afspraken crisisstaf VWS, 5 november 2018.

³²⁴ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 113, 30 oktober 2018.

³²⁵ Handelingen II, 2018/19, nr. 17, 31 oktober 2018.

³²⁶ Handelingen II, 2018/19, nr. 17, 31 oktober 2018.

³²⁷ Brief van Gemeente Amsterdam aan de minister voor MZS, 7 november 2018.

om te komen tot een gefaseerde en zorgvuldige afwikkeling of eventueel een snelle doorstart van de ziekenhuiszorg.³²⁸

De minister geeft later, op 15 november 2018, in een brief aan de Tweede Kamer aan dat een belangrijk uitgangspunt van zijn ministeriële systeemverantwoordelijkheid bij faillissementen in de zorg is dat het publieke belang niet primair is gelegen in continuïteit van de zorginstellingen, maar in de continuïteit en het behoud van de toegankelijkheid van zorg. In het Nederlandse zorgstelsel is het de zorgverzekeraar die uit hoofde van zijn zorgplicht verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg voor zijn verzekerden. De rijksoverheid heeft aanvullende regels opgesteld voor het waarborgen van cruciale zorg, oftewel zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of ernstig worden belemmerd in hun functioneren.³²⁹

2.7.3 Onduidelijkheid over wel of geen doorstart

Te midden van deze maatschappelijke en politieke onrust houden de curatoren zich bezig met het afhandelen van het faillissement. Op 29 oktober 2018 laten de curatoren via een persbericht weten dat er op dit moment nog geen concrete uitzichten zijn op een algehele doorstart van het MC Slotervaart. Hierdoor zijn de curatoren genoodzaakt om over te gaan tot een gecontroleerde afbouw van de door het MC Slotervaart verleende zorg. Er is een crisisteam binnen het ziekenhuis actief om dit in goede banen te leiden.³³⁰ Zilveren Kruis stelt, met mandaat van andere verzekeraars, hiervoor boedelkrediet beschikbaar.³³¹

De volgende dag blijkt echter dat zich meerdere partijen hebben gemeld, die interesse hebben in overname van het MC Slotervaart als geheel of van onderdelen daarvan. De curatoren nemen de interesse voor het MC Slotervaart serieus, maar willen patiënten en medewerkers geen valse hoop geven, zo melden zij in een persbericht.³³² In een overleg met de curatoren, de IGJ, de NZa en Zilveren Kruis geeft de IGJ aan in principe geen bezwaar te hebben tegen een doorstart, en geeft de NZa hiervoor de randvoorwaarden aan. Zilveren Kruis wil buiten het overleg de mogelijkheden voor een doorstart bespreken met de curatoren. Kritisch punt voor een doorstart is dat langer durende onduidelijkheid hierover maakt dat de motivatie bij medewerkers afneemt. Het is van belang dat er snel duidelijkheid komt.³³³

Om ervoor te zorgen dat de zorg voor de patiënt op een goede en veilige manier kan worden aangeboden, maken de curatoren, de minister, de IGJ, de NZa, Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam op 2 november 2018 nadere afspraken over een beheerste afbouw van MC Slotervaart. Kern van de afspraken is dat er enkele deskundigen op medisch inhoudelijk en bestuurlijk terrein worden ingezet om de curatoren te ondersteunen. Op die dag berichten de curatoren ook dat ze verwachten dat ze eind volgende week meer duidelijkheid kunnen verschaffen over de uitkomsten van de verkoopprocedure. Tegelijkertijd brengt Zilveren Kruis in kaart welke patiëntengroepen naar welke andere zorgaanbieders kunnen, voor het geval er geen doorstart komt.³³⁴

³²⁸ Brief van minister Bruins aan gemeente Amsterdam, 20 november 2018.

³²⁹ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 146, 15 november 2018.

³³⁰ Persbericht MC Slotervaart, 29 oktober 2018.

³³¹ Zilveren Kruis, Interne e-mail, 31 oktober 2018.

³³² Persbericht MC Slotervaart, 30 oktober 2018.

³³³ IGJ, Verslag overleg NZa-IGJ-MC Slotervaart, curatoren en Zilveren Kruis, 30 oktober 2018.

³³⁴ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 2 november 2018.

Voorlopig worden deze twee sporen voortgezet: een biedingsproces om te komen tot een doorstart en voor het geval dat dit niet lukt het voortzetten van de zorg in een ander ziekenhuis.³³⁵ Uit een inspectieverslag van de IGJ blijkt echter dat duidelijkheid over waar patiënten heen moeten pas kan worden gegeven nadat de curatoren een besluit hebben genomen over wel of geen doorstart. Duidelijkheid is nodig om te zorgen dat de overdracht van zorg goed wordt voorbereid en uitgevoerd.³³⁶ In een verslag van de Stuurgroep Crisisteam wordt opgetekend dat het Operationeel Crisisteam aangeeft dat niet alle vakgroepen/individuele artsen coöperatief zijn. Buiten de in het overleg van het Operationeel Crisisteam Ziekenhuizen gemaakte afspraken om, hebben artsen ook zelf intercollegiaal contact gezocht, zo is te lezen. Dit heeft te maken met het feit dat artsen de patiënt willen volgen en er veel dwarsverbanden met andere ziekenhuizen bestaan.³³⁷ Ook wordt opgetekend dat de OK-lijsten en de dagkuren-lijsten nog niet compleet zijn, omdat er artsen zijn die niet meewerken. Daarnaast zijn er vakgroepen die een achterstand hebben met het toevoegen van huisartsenbrieven.³³⁸ De IGJ stuurt hierop op 8 november 2018 een brief naar de curatoren over haar toezicht op de wijze waarop patiëntenzorg wordt geleverd dan wel overgedragen. In de brief staat dat de IGJ signalen van onder meer huisartsen en omliggende ziekenhuizen ontvangt, dat de overdracht onvoldoende gestructureerd verloopt. Verder schrijft de IGJ dat op dit moment nog in onvoldoende mate sprake is van een plan voor de overdracht van alle patiënten. De IGJ spreekt de curatoren nadrukkelijk aan op hun verantwoordelijkheid om op korte termijn maatregelen te nemen.³³⁹

De curatoren ontvangen op 8 november 2018 ook een brief van de zorgbestuurders van Amsterdam-UMC, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, BovenIJ ziekenhuis, OLVG en Ziekenhuis Amsteland. Ook in deze brief worden zorgen geuit over de overdracht van zorg. De zorgbestuurders valt in ieder geval twee ernstige zaken op: “1. *De gevraagde warme overdracht van patiënten naar omliggende ziekenhuizen komt maar mondjesmaat op gang, met frustratie voor die patiënten en medewerkers van omliggende ziekenhuizen tot gevolg, en 2. De crisisorganisatie bij MC Slotervaart lijkt moeite te hebben met eenvoudige crisisbeheersmaatregelen, zoals goede patiëntenvoorlichting via verschillende communicatiekanalen of tijdelijke uitplaatsing van personeelsleden zodat zij elders kunnen helpen bij het wegwerken van wachtlijsten.*” De zorgbestuurders begrijpen dat de curatoren de opdracht hebben om te onderzoeken of een doorstart van MC Slotervaart mogelijk is, maar dit zou er volgens hen niet toe mogen leiden dat patiënten niet tijdig worden overgeplaatst en daardoor niet de zorg krijgen die ze nu nodig hebben of langer in onzekerheid verkeren. De zorgbestuurders roepen de curatoren op alles in het werk te stellen voor tijdige en veilige uitplaatsing van die patiënten die daarom gevraagd hebben of wier zorgproces dat noodzakelijk maakt.³⁴⁰

Op 9 november 2018 maken de curatoren bekend dat zij in gesprek zijn met een overnamekandidaat voor het MC Slotervaart. De overnamekandidaat is een consortium dat onder meer bestaat uit de oorspronkelijke oprichters van CCN (Cardiologie Centra Nederland). Een van de eigenaren van het MC Slotervaart, dhr. Winter, is ook betrokken bij CCN, maar maakt geen onderdeel uit van het consortium en zal geen positie of belang hebben in een nieuw op te richten vennootschap, schrijven de curatoren in een persbericht.³⁴¹ Zowel een groot deel van de medische staf als de Ondernemingsraad zijn na eerste lezing van het plan positief en geven akkoord voor verdere uitwerking van de plannen.³⁴² Zilveren Kruis laat de curatoren weten dat hij het onverantwoord acht om op basis van de voorliggende plannen van CCN een toezegging te geven op contractering, en geeft aan dat het

³³⁵ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 5 november 2018.

³³⁶ IGJ, Verslag Inspectiebezoek MC Slotervaart, 7 november 2018.

³³⁷ MC Slotervaart, Conceptverslag Stuurgroep Crisisteam, 1 november 2018.

³³⁸ MC Slotervaart, Verslag stuurgroep Crisisteam, 5 november 2018.

³³⁹ Brief IGJ aan curatoren MC Slotervaart, 8 november 2018.

³⁴⁰ Brief Amsterdam-UMC, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, BovenIJ ziekenhuis, OLVG en ziekenhuis Amsteland aan de curatoren van MC Slotervaart, 8 november 2018.

³⁴¹ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 9 november 2018.

³⁴² Brief BMS MC Slotervaart aan curatoren, 10 november 2018. | Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 10 november 2018, 16.30 uur. | Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 11 november 2018.

tijdpad dat resteert voor het finaliseren van een doorstartscenario uit het oogpunt van patiëntveiligheid niet langer uitstel duldt. Daarnaast geeft Zilveren Kruis bij de curatoren aan dat het niet verantwoord is om langer te wachten met het plan voor afbouw van poliklinische zorg in het MC Slotervaart. Bovendien acht Zilveren Kruis het niet passend om CCN te contracteren indien dhr. Winter daar op enigerlei wijze bij betrokken is.³⁴³ Ook de gemeente Amsterdam heeft bezwaren tegen een deel van de plannen.³⁴⁴

De onduidelijkheid over een eventuele doorstart blijft tot grote zorgen leiden. In het crisisoverleg van het MC Slotervaart wordt gesteld dat hoe langer de onduidelijkheid duurt, hoe moeilijker het wordt: medewerkers zoeken namelijk al een andere baan, en straks is er geen doorstart meer mogelijk omdat er onvoldoende personeel is.³⁴⁵ Ook de onafhankelijk deskundigen die zijn aangesteld voor het versterken van de capaciteit op medisch inhoudelijk en bestuurlijk terrein richten zich per brief officieel tot de curatoren in verband met de bij hen levende grote zorgen omtrent de patiëntveiligheid. Zij geven aan dat de extreem hoge tijdsdruk waaronder de dossiers van tienduizenden patiënten zouden moeten worden overgedragen naar omliggende ziekenhuizen in alle redelijkheid onuitvoerbaar is. Ook is er sprake van een hoog risico op fouten, vergissingen, verwisselingen, onduidelijkheden, communicatiestoornissen, informatieverlies in de daadwerkelijke overdracht alsmede grote kans op het verloren gaan van cruciale patiënteninformatie. Er is volgens de onafhankelijk deskundigen sprake van een te hoog en daarmee onacceptabel risico voor de patiëntveiligheid. Samenvattend concluderen zij dat er zeer grote zorgen bestaan over de praktische uitvoerbaarheid van het voorgestelde idee de totale ziekenhuisorganisatie op zeer korte termijn op te heffen, en dan specifiek op het domein van de patiëntveiligheid. Zij pleiten voor iedere vorm van enige doorstart, onafhankelijk van de initiatiefnemende partij.³⁴⁶

2.7.4 De sluiting van het MC Slotervaart

Bijna drie weken na het uitspreken van het faillissement wordt op 13 november 2018 duidelijk dat er geen doorstart mogelijk is voor het MC Slotervaart. Het gedane voorstel van CCN kan niet rekenen op de steun van een aantal betrokken partijen, waarop de curatoren hebben moeten concluderen dat een doorstart niet mogelijk is en daarmee dus definitief van de baan. Dit betekent dat het ziekenhuis en al zijn poliklinieken daadwerkelijk gaan sluiten maar niet voordat de overdracht van zorg en de medische dossiers zorgvuldig is afgerond. Het MC Slotervaart wordt in de failliete situatie voortgezet totdat het overdragen is afgerond, stellen de curatoren in een persbericht.³⁴⁷ De teleurstelling onder de medewerkers van het MC Slotervaart is groot.³⁴⁸

Diezelfde dag stuurt de NZa een brief naar Zilveren Kruis, waarin staat dat Zilveren Kruis zich sinds het faillissement van het MC Slotervaart heeft ingespannen om de zorgvraag van patiënten op te vangen. De NZa bevestigt dat Zilveren Kruis in voldoende mate heeft aangetoond dat de ziekenhuizen in de regio Amsterdam in staat zijn de patiënten van het MC Slotervaart de zorg te geven die zij nodig hebben, en dat Zilveren Kruis heeft aangegeven dat er voldoende capaciteit in de regio is om te voldoen aan zijn zorgplicht. De NZa constateert dat Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt met zorgaanbieders in de regio en extra financiële middelen heeft toegezegd. Om die reden oordeelt de NZa dat de zorgplicht van Zilveren Kruis in regio Amsterdam ook zonder het MC Slotervaart geborgd is.³⁴⁹

³⁴³ Brief Zilveren Kruis aan curatoren, 12 november 2018.

³⁴⁴ Ministerie van VWS, Besluiten en afspraken crisisstaf VWS, 13 november 2018.

³⁴⁵ IGJ, Verslag inspectiebezoek MC Slotervaart, 12 november 2018.

³⁴⁶ Brief onafhankelijk deskundigen aan curatoren MC Slotervaart, 12 november 2018.

³⁴⁷ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 13 november 2018.

³⁴⁸ IGJ, Verslag inspectiebezoek MC Slotervaart, 13 november 2018.

³⁴⁹ Brief NZa aan Zilveren Kruis, 13 november 2018.

Nu er geen doorstart mogelijk is, richten de curatoren zich met prioriteit op het overdragen van patiënten en de bewaarplicht van patiëntendossiers.³⁵⁰ De IGJ maakt zich echter zorgen over de gang van zaken. In een interne mail van de IGJ is te lezen dat er geen sprake is van een crisisorganisatie met doorzettingsmacht in het MC Slotervaart, dat de regie niet op het niveau is dat nu nodig is en dat de kennis en kunde om operationeel te leiden ontbreekt.³⁵¹ Volgens de IGJ lijkt er onvoldoende sturing op het proces te zitten, waardoor er signalen zijn van huisartsen dat ze niet weten waar ze mensen naar moeten verwijzen en dat er wel wachtlijsten zouden zijn bij omliggende ziekenhuizen.³⁵² De IGJ stuurt dan ook een brief naar de curatoren, waarin de IGJ wijst op de verantwoordelijkheid van de curatoren voor het proces van overdracht van patiëntenzorg en de regie daarop.³⁵³

Op 21 november 2018 melden de curatoren dat voor alle patiëntengroepen bekend is in welke zorginstelling de zorg kan worden gecontinueerd.³⁵⁴ Alle patiënten ontvangen een brief waarin wordt aangegeven welk ziekenhuis hun behandeling overneemt en waarin wordt medegedeeld dat hun medisch dossier aan dit ziekenhuis zal worden overgedragen. De huisartsen en verpleeghuizen zullen ook per brief op de hoogte worden gesteld, zodat zij weten waar hun patiënten heen gaan, respectievelijk waar zij nieuwe patiënten naar door kunnen verwijzen.³⁵⁵ Per brief aan het ministerie geeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (Huisartsenkring Amsterdam/Almere) echter aan dat er nog erg veel onduidelijk is over de wijze waarop de zorg in het MC Slotervaart wordt afgebouwd en stelt zich zorgen te maken over de kwaliteit en veiligheid van zorg. Huisartsen worden dagelijks geconfronteerd met patiënten die niet weten waar hun zorg wordt voortgezet, niet weten waar ze terecht kunnen met vragen en dan maar afwachten – wat gevaarlijke situaties kan opleveren. Hoewel nu bekend is welke specialismen door welk ziekenhuis worden overgenomen, geven huisartsen aan dat onduidelijk is of personeel ook wordt overgenomen, terwijl dit voor de keuze van patiënten van groot belang is. Ook maken huisartsen zich zorgen over patiënten met multi-morbiditeit. Tot slot wijst de LHV op een discrepantie tussen bestuurlijke afspraken en de praktijk.³⁵⁶

Volgens een interne mail van de NZa blijkt uit een belronde naar ontvangende ziekenhuizen dat er nog veel onduidelijkheid is over waar de patiënten geplaatst gaan worden. Zij maken zich zorgen over eventuele patiënten die tussen wal en schip vallen. De curatoren lijken vooralsnog niet 'in control' op dit dossier volgens de ontvangende zorgaanbieders. De zorgaanbieders krijgen onvoldoende informatie of worden verrast met informatie door de curatoren.³⁵⁷ Ook de gemeente Amsterdam maakt zich zorgen. In een brief van de wethouder Zorg aan de gemeenteraad staat dat de wethouder merkt dat er nog altijd geen gedeeld beeld is over aantallen patiënten en afspraken, waardoor de transitie van het MC Slotervaart naar de andere ziekenhuizen onzekerheid met zich meebrengt en communicatie naar cliënten en ontvangende ziekenhuizen vooralsnog gebrekkig verloopt. Deze zorgen vanwege een gevoeld gebrek aan sturing en procesregie leiden ertoe dat in het bestuurlijk overleg van 27 november 2018 met de minister, de curatoren, de IGJ, de NZa, Zilveren Kruis en het MC Slotervaart wordt besloten dat de IGJ en NZa de regie op het proces versterken, met behoud van ieders verantwoordelijkheden.³⁵⁸

In een overleg van de crisisstaf op 4 december 2018 constateren de IGJ en NZa dat er vooruitgang wordt geboekt en geven zij aan er vertrouwen in te hebben dat de overdracht van patiënten naar ontvangende ziekenhuizen op korte termijn kan starten. Gesteld wordt dat de overdracht een

³⁵⁰ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 14 november 2018.

³⁵¹ IGJ, Interne e-mail, 18 november 2018.

³⁵² Ministerie van VWS, Besluiten en afspraken crisisstaf VWS, 19 november 2018.

³⁵³ Brief IGJ aan curatoren MC Slotervaart, 20 november 2018.

³⁵⁴ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 21 november 2018.

³⁵⁵ Kamerstukken II, 2018/19, 31 016, nr. 149, 20 november 2018.

³⁵⁶ Brief LHV Huisartsenkring Amsterdam/Almere aan ministerie van VWS, 21 november 2018.

³⁵⁷ NZa, Interne e-mail, 26 november 2018.

³⁵⁸ Brief van de minister voor Medische Zorg en Sport, 30 november 2018.

gezamenlijke verantwoordelijkheid is van het MC Slotervaart en ontvangende ziekenhuizen, en dat partijen elkaar moeten opzoeken als er knelpunten zijn. Patiënten met hoge risico's zijn reeds overgedragen, het gaat nu nog om ongeveer 56.000 patiënten met een lager risicoprofiel.³⁵⁹ Op 20 december 2018 maken de curatoren bekend dat alle patiënten geïnformeerd zijn over de continuering van zorg na het faillissement van het MC Slotervaart. Er wordt nu nog gewerkt aan het op ordentelijke wijze overdragen van de patiëntendossiers. De curatoren richten zich daarnaast op de verdere afwikkeling van het faillissement, zoals de verkoop van het onroerend goed en de ziekenhuisinventaris.³⁶⁰

Afwikkeling faillissementen

De afwikkeling van de faillissementen neemt na overname van de MC IJsselmeerziekenhuizen en sluiting van het MC Slotervaart nog vele maanden in beslag. Wij hebben ervoor gekozen deze fase buiten de scope van dit onderzoek te laten, daar dit onderzoek zich focust op de vraag hoe het verloop van de faillissementen is geweest, hoe we dit kunnen begrijpen en welke lessen hieruit zijn te trekken. Na een feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen in dit hoofdstuk, volgt in hoofdstuk 3 een nadere duiding van deze gebeurtenissen.

³⁵⁹ E-mail van NZa aan ministerie van VWS, 5 december 2018.

³⁶⁰ Persbericht van de curatoren MC Slotervaart, 20 december 2018.



3. Een samenloop van patronen

3.1 Inleiding

Hoofdstuk 2 geeft een chronologische weergave van hetgeen is gebeurd in de periode voorafgaand, tijdens en na de actieve fase van de faillissementen van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart. De feitenreconstructie geeft daarmee een nauwkeurig overzicht van wat er op welk moment speelde (onderzoeksvraag 1), maar geeft nog geen antwoord op de vraag hoe het zo heeft kunnen lopen, en hoe het handelen van de verschillende betrokken partijen kan worden begrepen (onderzoeksvraag 2).

Hoofdstuk 3 gaat hier op in. Aan de hand van patronen die een rol hebben gespeeld in de onderzochte casussen, wordt inzicht gegeven in het waarom achter de gebeurtenissen. Wij baseren ons hierbij op onze documentstudie en op de gesprekken en interviews die wij met betrokkenen voerden. Dit hoofdstuk start met een patroon dat inzicht geeft in de neerwaartse spiraal waar de ziekenhuizen in zijn gekomen (paragraaf 3.2), gevolgd door een patroon dat de spanningsvolle relatie tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen beschrijft (paragraaf 3.3). Daarna volgen de patronen die met name in de interne governance, binnen de ziekenhuizen, een rol hebben gespeeld (paragraaf 3.4 en 3.5). Paragraaf 3.6 en 3.7 zoomen vervolgens verder uit naar het samenspel tussen de ziekenhuizen en externe partijen. De interactie met en tussen externe toezichthouders wordt beschreven in paragraaf 3.8 en 3.9. In paragraaf 3.10 wordt het abrupte karakter van de faillissementen geduid, waarna in de afsluitende paragraaf de interactie tussen de patronen aan bod komt.

3.2 Een neerwaartse spiraal

Dat beide ziekenhuizen financieel kwetsbaar zijn, is ten tijde van de overnames in 2009 en eind 2013 al duidelijk. Immers, beide ziekenhuizen worden dankzij de overname door de MC Groep gered van een zeker faillissement. Bij de overname kampen beide ziekenhuizen met een hoge schuldenlast, achterstallig onderhoud aan gebouwen en operatiekamers, en verouderde medische apparatuur. In het MC Slotervaart komt daar bovenop dat de arbeidsproductiviteit lager is dan in andere ziekenhuizen, en dat het marktaandeel is geslonken. Ook moeten de administratieve organisatie en de financiële planning en controle op een adequaat niveau worden gebracht. Om een structureel gezond rendement te krijgen, zijn dus gelijktijdige ingrepen op meerdere fronten nodig.

Met een omzet van 100 tot 120 miljoen euro per jaar zijn beide ziekenhuizen relatief klein.³⁶¹ Op eigen kracht zijn er dus beperkte schaalvoordelen te behalen om kosten te besparen. Een gebouw, een elektronisch patiëntendossier, een bedrijfsadministratie, medische apparatuur: het kost geld, of er nu patiënten komen of niet. Verder hebben afdelingen zoals de spoedeisende hulp (SEH) en de intensive care (IC) een beschikbaarheidsfunctie, met relatief hoge vaste kosten ongeacht het aantal patiënten. Ondanks deze beperkingen weten de nieuwe bestuurders in beide ziekenhuizen aan de kostenkant forse slagen te maken. Ze voeren een reorganisatie door waardoor het personeelsbestand afneemt en besparen op de bedrijfsvoering tot de ondergrens is bereikt. De exploitatie van het vastgoed verbetert door een efficiënter gebruik en door verhuur aan andere zorgpartijen, en ondersteunende functies zoals het laboratorium en de apotheek worden in samenwerking met andere partners verzelfstandigd om deze efficiënter in te kunnen kopen. Aan de inkomstenkant weet het

³⁶¹ Afgezet tegen de gemiddelde omzet van 270 miljoen euro per algemeen ziekenhuis in 2017 (NVZ, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018).

MC Slotervaart de productie op te schroeven op de speerpunten: zorg waarop het ziekenhuis zich speciaal richt en patiënten uit het hele land aantrekt. Winstgevende onderdelen zoals de bariatric zijn voor het hele ziekenhuis, waar ook verlieslijdende onderdelen zijn, belangrijk om per saldo een positief totaalresultaat te behalen.

Ondanks deze successen aan de kosten- en inkomstenkant belanden beide ziekenhuizen uiteindelijk in een neerwaartse spiraal. Nadat de MC IJsselmeerziekenhuizen vanwege een positief eigen vermogen in 2013 geen beroep meer doen op de derde tranche balanssteun, volgt een glijdende schaal vanaf 2014: het netto resultaat³⁶² loopt terug van 1,6 miljoen euro in 2014 naar een verlies van 3,7 miljoen euro in 2016 (onder meer door een voorziening van 3 miljoen euro) en van 1,0 miljoen euro in 2017. Hierdoor wordt het eigen vermogen, dat over de jaren heen al ver onder de norm³⁶³ is, negatief. Bij het MC Slotervaart zet de neerwaartse spiraal eind 2017 in en heeft deze een meer acuut karakter. Een jarenlange verbetering van het bedrijfsresultaat, waarmee het ziekenhuis uit de rode cijfers komt (het netto resultaat is 3,4 miljoen euro in 2016), slaat weer om in een verlies vanaf 2017 door opstapelende problemen. Een groot verschil met de MC IJsselmeerziekenhuizen is dat het MC Slotervaart een financiële buffer heeft om dit verlies op te vangen. Deze buffer bestaat echter voornamelijk uit de waarde van het gebouw, en is dus niet gemakkelijk te gelde te maken.³⁶⁴

Achterliggend is sprake van een aantal ontwikkelingen die niet los van elkaar staan. Om te beginnen dalen in de basiszorg de patiëntenaantallen: door zorginhoudelijke ontwikkelingen waardoor opnames en herhaalbezoeken minder vaak nodig zijn, en door minder doorverwijzingen van huisartsen naar het MC Slotervaart. Ook wijzen de ziekenhuizen de verhoging van het eigen risico aan als factor. Dalende patiëntenaantallen werken onmiddellijk door in de omzet, omdat de beide ziekenhuizen na 2015 met alle zorgverzekeraars een P*Q-contract hebben. Het vaste personeel is bovendien in loondienst, waardoor de loonkosten volledig voor risico van het ziekenhuis zijn, terwijl in veel andere ziekenhuizen de medisch specialisten (deels) vrijgevestigd zijn.

Het ontbreken van een huisartsenpost bij het MC Slotervaart maakt dat een deel van de acute zorg naar andere ziekenhuizen afbuigt. Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen wordt door de dalende patiëntenaantallen de SEH steeds meer verliesgevend, en door een nieuwe kwaliteitsstandaard³⁶⁵ komt ook het behoud van de IC onder druk te staan. Het eventueel afschalen of afstoten van de SEH heeft voor het bestuur onacceptabele gevolgen voor de bereikbaarheid van de acute zorg in de polder. Het open houden van de acute as – SEH, IC en acute verloskunde – is echter ook van financieel belang; patiënten die via de SEH binnenkomen dragen voor 29% bij aan de omzet van de MC IJsselmeerziekenhuizen, en bij sluiting van de IC zouden risicovolle operaties niet meer kunnen plaatsvinden. Een externe analyse die het ziekenhuis op verzoek van zorgverzekeraar Zilveren Kruis laat doen, wijst bovendien uit dat nachtsluiting van de SEH niet rendabel is bij het in stand houden van een kliniek.

Ook lopen de kosten van inhuurpersoneel (PNIL) in beide ziekenhuizen op: in het MC Slotervaart verdriedubbelen de kosten voor PNIL in de periode 2013-2017. Deze inhuurkrachten zijn met name werkzaam op de IC, SEH, medium care en operatiekamers, met als gevolg dat afdelingen hierdoor steeds meer afhankelijk worden van de beschikbaarheid van flexibel personeel. Beide ziekenhuizen hebben moeite om personeel aan zich te binden en zijn steeds meer aangewezen op een flexibele schil. Voor veel zorgprofessionals is een klein ziekenhuis waar vooral laagcomplex zorg wordt geleverd, en waar een beperkt aantal mensen de nacht- en weekendroosters moet opvangen minder

³⁶² Het bedrijfsresultaat verminderd met aflossingen en rente op schulden en belastingen.

³⁶³ Een algemeen geldende minimumnorm voor het weerstandsvermogen (eigen vermogen / opbrengsten) is 15%.

³⁶⁴ De solvabiliteit of het weerstandsvermogen (eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de bedrijfsopbrengsten) van het MC Slotervaart is eind 2016 14%. Gemiddeld is dit 22% bij algemene ziekenhuizen (NVZ, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018). Ook is er overwaarde op het gebouw. De solvabiliteit van de MC IJsselmeerziekenhuizen bedraagt eind 2016 -3,6%. Zie bijlage C.

³⁶⁵ Zorginstituut Nederland, Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care, juli 2016.

aantrekkelijk om in te werken. Ook schrikt de reputatie van een ziekenhuis met achterstallig onderhoud en met financiële problemen en reorganisaties in het verleden potentiële werknemers af. Daar komt nog de toenemende krapte op de arbeidsmarkt bij, waardoor ziekenhuizen elkaar beconcurreren om schaars personeel binnen te halen.

Het netto resultaat staat mede onder druk door de hoge schuldenlast ten tijde van de overname. Met name de MC IJsselmeerziekenhuizen – die eind 2017 nog ruim 24 miljoen euro aan langlopende schulden³⁶⁶ heeft – heeft maar net voldoende middelen om jaar op jaar de rente en aflossingen te betalen en daarmee te voldoen aan de leningvoorwaarden van de bank. Dit laat een kwetsbaarheid zien die overigens voor meer ziekenhuizen geldt: omdat met de zorgverzekeraars jaarcontracten zijn afgesloten, staat tegenover langlopende verplichtingen aan de financiers voortdurend een korte termijn inkomstenstroom.

Door de lage rendementen hebben beide ziekenhuizen weinig ruimte voor investeringen om het achterstallige onderhoud in te lopen, en kan alleen het hoogst noodzakelijke worden gedaan. Een beleid van 'bandjes plakken' zorgt ervoor dat de zorg kan doorgaan en dat de kwaliteit boven het vereiste minimum blijft. Incidentele problemen – zoals tijdelijke sluiting van de operatiekamers in het MC Slotervaart in 2017 in verband met een noodzakelijke verbouwing – gaan echter onmiddellijk ten koste van de productie.

Meer pogingen om kosten te besparen stuiten op diverse interne belemmeringen. De beide ziekenhuizen werken reeds samen op het gebied van inkoop en hebben een gedeelde backoffice, maar de voorgenomen fusie tussen beide ziekenhuizen wordt in maart 2018 stopgezet, waardoor verdere schaalvoordelen buiten bereik blijven. Voor het MC Slotervaart geldt dat de eerste jaren na de overname de gebrekkige boekhouding ervoor zorgt dat het bestuur onvoldoende sturingsinformatie heeft om gericht in te kunnen grijpen en om vakgroepen van de noodzaak van maatregelen te overtuigen. Plannen om de verlieslijdende SEH te sluiten, en het terugdringen van de formatie aan medisch specialisten stuiten op interne weerstand.

Door de relatief kleine omvang van beide ziekenhuizen heeft ook de financiële afdeling beperkte capaciteit om de complexe financiering en de wijzigingen die hierin hebben plaatsgevonden op te kunnen vangen. Vanaf 2012 hebben vele, soms ingrijpende systeemwijzigingen plaatsgevonden, waaronder de invoering van prestatiebekostiging en van een nieuwe productstructuur (DOT) in 2012, de verkorting van de DBC-doorlooptijd in 2015, en de invoering van integrale tarieven in hetzelfde jaar.

Naast interne factoren hangt de neerwaartse spiraal ook sterk samen met de context waarbinnen de beide ziekenhuizen opereren. De onderhandelingen met zorgverzekeraars verlopen steeds moeizamer (paragraaf 3.3) en omliggende ziekenhuizen concurreren met elkaar om marktaandeel.

Als de problemen zich in 2017 en 2018 opstapelen, gaat het de ziekenhuizen aan alle kanten knellen, en wordt de bodem van de kas zichtbaar. De daling van de productie zet door. In 2018 kampt de MC IJsselmeerziekenhuizen met een hoog ziekteverzuim³⁶⁷ en aan de uitgavenkant kost het veel moeite om de PNIL-kosten in de hand te houden. Daarnaast worden extra uitgaven gedaan voor externe adviezen en voor managementcapaciteit, teneinde maatregelen door te voeren. Begin 2018 begint de liquiditeit extra te knellen als Zilveren Kruis teveel betaalde voorschotten gaat terugvorderen. Omgekeerd lopen er diverse claims van de ziekenhuizen op de zorgverzekeraars, maar zolang

³⁶⁶ De MC IJsselmeerziekenhuizen heeft langlopende schulden bij BNG, ING, de gemeente NOP en de MC IJsselmeerziekenhuizen Holding.

³⁶⁷ MC Groep, Managementinformatie juni 2018, 9 juli 2018. NB In het MC Slotervaart dalen de productie en het rendement extra sterk begin 2018 door een conflict met de vakgroep bariatric, zie paragraaf 3.4.

hierover geen overeenstemming wordt bereikt, bieden deze geen soelaas. Om voldoende liquiditeit te hebben om de salarissen en leveranciers te kunnen betalen, en tijd te kopen om plannen te ontwikkelen, moeten de ziekenhuizen een beroep doen op hun stakeholders: een stand still. ING wordt om uitstel van betaling van de bulletlening gevraagd, de zorgverzekeraars om extra bevoorschotting, om vergoeding van overproductie en om openstaande vorderingen niet te verrekenen, aandeelhouders om opschorting van rente en aflossing van een achtergestelde lening, en leveranciers om een langere betaaltermijn. In juli 2018 stemmen de betrokken partijen in met deze stand still. Het lukt echter niet om met alle betrokkenen tijdig tot overeenstemming over een nieuw toekomstscenario voor beide ziekenhuizen te komen, waardoor in oktober 2018 de liquiditeitsproblemen opnieuw nijpend zijn. Verdere uitwerking van plannen tot afbouw en herstructurering is niet mogelijk zonder de verkoop van 'tafelzilver' - gebouwen, zorgonderdelen - en een tijdelijk financieel vangnet. De MC IJsselmeerziekenhuizen kan onder meer het polikliniekgebouw in Emmeloord verkopen,³⁶⁸ en het MC Slotervaart heeft ten tijde van het faillissement nog voldoende eigen vermogen en overwaarde op het gebouw om deze te benutten voor investeringen in het gebouw.³⁶⁹ Verkoop van het Slotervaartpand zal echter meerdere maanden in beslag nemen. Als Zilveren Kruis het tijdelijk financieel vangnet weigert, kan een faillissement alleen nog worden voorkomen door de zorgverzekeraars te vragen om extra bevoorschotting en om snellere betaling van declaraties. Extra krediet van de bank is alleen mogelijk als de zorgverzekeraars zich committeren aan een toekomstscenario.³⁷⁰ Als de zorgverzekeraars dit weigeren en het verzoek van de ziekenhuizen afwijzen, en ook de biedingen op het polikliniekgebouw in Emmeloord onvoldoende opbrengen³⁷¹, doen beide ziekenhuisbesturen een aanvraag tot surseance van betaling.

In het kort: een neerwaartse spiraal

Door een combinatie van factoren komen beide ziekenhuizen in een neerwaartse spiraal terecht. De dalende patiëntenaantallen in beide regio's hebben door de P*Q-contracten met zorgverzekeraars direct een negatief effect op de omzet van de ziekenhuizen. De hoge schuldenlast ten tijde van de overname van de MC IJsselmeerziekenhuizen drukt structureel op het netto resultaat. Dit terwijl aan de kostenkant in beide ziekenhuizen juist sprake is van een stijging, onder andere door een forse toename van de kosten voor personeel niet in loondienst. Door hun beperkte omvang en reorganisaties in het verleden hebben de ziekenhuizen moeite om personeel vast te houden. Bovendien hebben veel kosten een relatief vast karakter, en de MC IJsselmeerziekenhuizen heeft de relatief dure acute afdeling nodig om voldoende klinische omzet te genereren. Pogingen om kosten te besparen stuiten op diverse belemmeringen en interne weerstand, terwijl de lage rendementen eraan bijdragen dat de ziekenhuizen weinig ruimte hebben voor investeringen om achterstallig onderhoud in te lopen. Beschikbare reserves om lopende uitgaven te doen raken steeds verder uitgeput. Hoewel het MC Slotervaart, in tegenstelling tot de MC IJsselmeerziekenhuizen, wel voldoende weerstandsvermogen heeft, leidt de combinatie van bovenstaande factoren in beide ziekenhuizen tot een negatieve spiraal waarbij er uiteindelijk onvoldoende liquiditeit is om de salarissen en crediteuren te kunnen betalen.

³⁶⁸ MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV / MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

³⁶⁹ MC Slotervaart, Concept jaarrekening 2017, 17 augustus 2018. | MC Groep, Slotervaartziekenhuis BV/ MC IJsselmeerziekenhuizen BV. Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

³⁷⁰ Brief van Zilveren Kruis aan de MC IJsselmeerziekenhuizen, 15 oktober 2018. | Brief van Zilveren Kruis aan het MC Slotervaart, 16 oktober 2018.

³⁷¹ Conceptverslag gezamenlijke vergadering RvB en RvC MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, 21 oktober 2018.

3.3 Toenemende eenzijdige afhankelijkheid

Ziekenhuizen zijn voor hun voortbestaan en voor veranderingen in hun profiel afhankelijk van de inkoopafspraken met zorgverzekeraars. De zorgverzekeringsmarkt is zeer geconcentreerd, en beide ziekenhuizen liggen in een regio waar deze concentratie bovengemiddeld is.³⁷² Zilveren Kruis is in beide regio's marktleider met marktaandelen van 55-60%. De MC ziekenhuizen zijn relatief klein. Schaalgrootte helpt om de kosten laag en de kwaliteit van zorg op peil te kunnen houden, maar is ook bepalend voor de onderhandelingspositie. Kleine ziekenhuizen kunnen geen vuist maken als zorgverzekeraars de geleverde zorg ook bij andere (nabijgelegen) ziekenhuizen kunnen inkopen. Grote ziekenhuizen die hoogcomplexe zorg aanbieden kunnen dit wel; zorgverzekeraars kunnen het zich niet veroorloven om met hen geen contract te sluiten.³⁷³

De sterke onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars ten opzichte van de MC ziekenhuizen is niet alleen af te leiden uit de marktsituatie, er zijn ook concrete aanwijzingen voor. Bij het MC Slotervaart heeft Zilveren Kruis als marktleider de laagste tarieven.³⁷⁴ Ook bij de MC IJsselmeerziekenhuizen dringt Zilveren Kruis aan op prijzen in het onderste kwartiel van het prijsniveau in de sector³⁷⁵, en wanneer in november 2017 blijkt dat twee andere zorgverzekeraars lagere tarieven hanteren dan Zilveren Kruis, stelt de zorgverzekeraar dat hij als marktleider de beste tarieven moet hebben. Dit wordt door de MC IJsselmeerziekenhuizen beaamd, blijkens het verslag van een overleg tussen beide partijen. Voor 2018 moet dit dan ook worden aangepast.³⁷⁶ De verzekeraar levert in oktober 2018 analyses aan de NZa aan, waarmee deze aantoont de MC ziekenhuizen niet nodig te hebben om aan zijn zorgplicht te voldoen; met het wegvallen van beide ziekenhuizen komt de continuïteit van de cruciale zorg niet in het geding, en met omliggende ziekenhuizen is voldoende capaciteit te organiseren. Al in 2016 heeft Zilveren Kruis bovendien intern een scenario uitgewerkt voor het niet meer contracteren van de MC IJsselmeerziekenhuizen.^{377, 378} De onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars wordt nog eens versterkt doordat beide ziekenhuizen voor hun liquiditeit in belangrijke mate zijn aangewezen op de bevoorschotting van het onderhandenwerk en op tijdige betaling van declaraties.

De gewoonte in de sector om de definitieve afrekening van zorg per schadejaar pas na enkele jaren op te pakken, zorgt voor een stapeling van vorderingen die partijen op elkaar kunnen hebben. Deze traagheid in de afrekening draagt bij aan de onzekerheden over de gerealiseerde omzet en aan de krappe liquiditeitspositie van de ziekenhuizen.

De machtsverhoudingen tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars zijn voor een belangrijk deel ook een kwestie van toegang tot informatie (paragraaf 3.5). Zorgverzekeraars kennen de tarieven die zij bij alle ziekenhuizen betalen en het zorggebruik van verzekerden die op 1 januari overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Deze informatie hebben de ziekenhuizen niet. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars voor de onderhandelingen voor het volgende jaar, en voor de betaling van voorschotten, afhankelijk zijn van actuele productiegegevens van het ziekenhuis. De informatiepositie creëert dus een wederzijdse afhankelijkheid. In een dergelijke situatie van ongelijke machtsverhoudingen en wederzijdse afhankelijkheden, kan bij de ene partij gemakkelijk de indruk ontstaan dat de andere partij zijn macht misbruikt of op zijn minst hiervan profiteert.

³⁷² NZa (2015), Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2015.

³⁷³ Loozen E, Varkevisser M, Schut E. (2016), 'Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen', iBMG/Erasmus Universiteit Rotterdam.

³⁷⁴ Zilveren Kruis, Verslag Voortgangsoverleg Zilveren Kruis en MC Groep, 27 november 2017.

³⁷⁵ Zilveren Kruis, Accountplan MC Groep. Zorginkoop 2017, 1 juni 2016.

³⁷⁶ Zilveren Kruis, Verslag Voortgangsoverleg Zilveren Kruis en MC Groep, 27 november 2017.

³⁷⁷ Zilveren Kruis, Interne presentatie 'Zorgplicht MC Groep', Februari 2016.

³⁷⁸ Zilveren Kruis, Interne e-mail, 16 maart 2016.

Het is tegen deze achtergrond dat de relatie tussen de ziekenhuizen en Zilveren Kruis vanaf circa 2015 steeds stroever wordt. De MC IJsselmeerziekenhuizen hebben na de overname flink gereorganiseerd om kosten te besparen. Ook kent het ziekenhuis een forse tegenvaller doordat transitiefinanciering³⁷⁹ van de NZa niet wordt toegekend, terwijl het ziekenhuis hier wel op gerekend had. Het ziekenhuis heeft hierdoor het idee dat de voordelen van het in loondienst nemen van specialisten – een besluit dat in overleg met de verzekeraar is genomen en dat het ziekenhuis veel geld heeft gekost – volledig bij de zorgverzekeraars terecht zijn gekomen. In de Amsterdamse regio leidt de afspraak die het MC Slotervaart met Zilveren Kruis heeft gemaakt om als ‘overloopziekenhuis’ te fungeren, en waarvoor het ziekenhuis een laag prijsniveau aanbiedt, niet tot extra volume dat van omliggende ziekenhuizen vandaan moet komen. Tot 2015 hebben beide ziekenhuizen met Zilveren Kruis aanneemsommen afgesproken, zodat een verschuiving van zorg per saldo kosten bespaart. De verwachting te worden beloond met grotere patiëntenaantallen blijkt echter achteraf een misrekening te zijn.

De realiteit is dat in plaats van hogere volumes door verschuiving van zorg, de patiëntenaantallen juist afnemen. Hoewel dit voor een deel juist het streven is - de aanneemsommen en het feit dat alle artsen in loondienst zijn, verminderen immers de productieprikkel - krijgt Zilveren Kruis hierdoor het idee met de aanneemsommen teveel te betalen in vergelijking tot andere zorgverzekeraars. Door in 2016 over te stappen op een P*Q-afspraken met een omzetplafond, valt voor de ziekenhuizen echter een belangrijke financiële bescherming weg. De ziekenhuizen hebben hoge vaste kosten en dragen door deze wijziging het volledige financieel risico als de omzet daalt (paragraaf 3.2). Wel komt Zilveren Kruis de ziekenhuizen meerdere malen tegemoet met aanvullende bevoorschotting op de onderhanden werk-financiering.

Tussen de MC IJsselmeerziekenhuizen en de verzekeraar ontstaat een langdurig en moeizaam gesprek over het gewenste profiel. Het ziekenhuis ziet zich gesteld voor vergaande strategische keuzes en wil hiervoor kunnen terugvallen op een meerjarenafspraak.³⁸⁰ De verzekeraar geeft echter aan onvoldoende zicht op de productieontwikkeling te hebben, en wil daarom de achterstalligheid in declaraties opgelost zien. De verzekeraar wil tegen “marktconforme tarieven” kunnen inkopen, en ziet dat “aanvullende investeringen nodig zijn vanuit verzekeraars” om de gewenste hervormingen door te voeren.³⁸¹ Ook stelt de verzekeraar de acute as ter discussie - de SEH, IC en acute verloskunde – en voert hij aan risico’s te zien in het shop-in-shop model. Het ziekenhuisbestuur wil juist de acute as zoals die er is behouden, vanwege de toegankelijkheid van de spoedzorg voor de bevolking en het belang voor de omzet (paragraaf 3.2). Het shop-in-shop model is een belangrijk onderdeel van zijn streven om ondanks de kleine omvang goede kwaliteit tegen lage kosten te leveren. Voor Zilveren Kruis is echter onvoldoende transparant dat de tarieven van uitgeplaatste zorgonderdelen een deel van de vaste kosten van het ‘rompziekenhuis’ blijven dekken. De verzekeraar vreest dat zo een verliesgevend rompziekenhuis overblijft, waarvoor de tarieven omhoog zullen moeten. Bovendien nemen voor zorgverzekeraars de transactiekosten toe omdat zij met meer zorgpartijen moeten onderhandelen; zorgpartijen die landelijk opereren en dus een sterkere onderhandelingspositie hebben.

Als vanaf eind 2017 beide ziekenhuizen in ernstige financiële problemen komen, komt de relatie met Zilveren Kruis onder spanning te staan. De ziekenhuizen en verzekeraar hebben over en weer diverse lopende claims, waarover de onderhandelingen moeizaam verlopen. De zorgverzekeraar is de ziekenhuizen meerdere keren tegemoet gekomen met extra voorschotten, en geeft met betrekking tot de uitzonderingsposities van beide ziekenhuizen aan dat hij vreest dat zijn concurrentiepositie

³⁷⁹ Vanwege de introductie van de prestatiebekostiging in 2012. Zie hiervoor paragraaf 2.2.3.

³⁸⁰ Zilveren Kruis, Gespreksverslag begeleidingstraject MC Groep – Zilveren Kruis, 13 april 2017.

³⁸¹ Zilveren Kruis, Profielrapport. MC IJsselmeerziekenhuizen, 10 oktober 2016.

ten opzichte van ander zorgverzekeraars verslechtert.³⁸² Begin 2018 legt Zilveren Kruis een miljoenenclaim neer om voorschotten terug te vorderen. Gesprekken over herprofilering om de financiële resultaten duurzaam te verbeteren, en waarvoor de ziekenhuizen zijn aangewezen op de instemming van Zilveren Kruis als marktleider, leiden echter niet tot een gezamenlijk beeld over de toekomst van de ziekenhuizen. Om acute financiële problemen af te wenden en tijd te winnen voor een noodzakelijke transitie, roepen de bestuurders van beide ziekenhuizen vervolgens alle zorgverzekeraars en de ING Bank bijeen. Hoewel de partijen hier wel tot een stand still afspraak komen, kunnen de plannen die in de maanden daarna volgen, niet op gezamenlijke instemming rekenen, noch van de ziekenhuisbestuurders noch van zorgverzekeraars, waardoor er ook in oktober 2018 nog geen eenduidig besluit ligt over de te varen koers.

In het kort: toenemende eenzijdige afhankelijkheid

Vanuit een zwakke onderhandelingspositie als klein ziekenhuis in een geconcentreerde regio (MC Slotervaart) tegenover een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel, hebben beide ziekenhuizen te maken met prijsafspraken in het onderste kwartiel van het prijsniveau in de sector. Zij zijn voor hun voortbestaan in sterke mate afhankelijk van de inkoopafspraken met zorgverzekeraar Zilveren Kruis, die andersom de ziekenhuizen niet nodig heeft om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Traagheid in de afrekening van zorg, evenals langlopende claims dragen bij aan grote onzekerheden in de omzet van de ziekenhuizen. Wanneer in 2016 in plaats van een verwachte stijging de patiëntaantallen juist dalen, komt dit voor rekening van de ziekenhuizen die dan zijn overgestapt op een P*Q-contract met de zorgverzekeraars. De afhankelijkheid van de ziekenhuizen ten opzichte van de verzekeraar neemt hierdoor verder toe. Hoewel Zilveren Kruis de ziekenhuizen meermalen tegemoet komt met aanvullende bevoorschotting, belanden de ziekenhuizen toch in een neerwaartse spiraal. Gesprekken tussen de MC IJsselmeerziekenhuizen en de zorgverzekeraar over het profiel verlopen vervolgens stroef. Het ziekenhuis wil een meerjarenafspraak om op terug te kunnen vallen, maar de zorgverzekeraar gaat daar niet in mee zolang lopende discussies niet zijn opgelost. Door oplopende claims over en weer komt de relatie tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar onder spanning te staan, en kunnen zij het niet eens worden over de te varen koers.

3.4 Gebrekkig intern draagvlak ondermijnt bestuurlijke executiekracht

Hoewel de besturen van beide ziekenhuizen al lange tijd te maken hebben met financiële problemen, en zij diverse maatregelen nemen om het tij te keren, lukt het hen uiteindelijk niet om de faillissementen te voorkomen. Achteraf kunnen we constateren dat zij er onvoldoende in zijn geslaagd om rust te creëren en orde op zaken te stellen. In het navolgende beschrijven wij een patroon waarbij interne verdeeldheid en onderling wantrouwen binnen het ziekenhuis de executiekracht van het bestuur beperken. Hierdoor slaagt het bestuur er niet in om tijdig oplossingen door te voeren voor de financiële problemen. Wij constateren dat de bestuurlijke executiekracht sterk wordt beperkt door drie factoren: de relatie met de medische staf, bestuurlijke discontinuïteit, en de positie van de interne toezichthouder. De mate waarin deze factoren een rol spelen, verschilt per ziekenhuis en wordt in deze paragraaf nader uiteen gezet.

³⁸² Brief Zilveren Kruis aan MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, 16 augustus 2017.

Relatie met de medische staf

Zoals beschreven in paragraaf 3.2, staan de twee ziekenhuizen er op het moment van overname door de MC Groep financieel slecht voor. Ook op andere vlakken gaat het niet goed. Zo constateert een onafhankelijk adviseur in 2008 dat de Stichting MC IJsselmeerziekenhuizen niet alleen financieel, maar ook zorginhoudelijk en bestuurlijk failliet is. Ook het MC Slotervaart kent op het moment van overname door de MC Groep in 2014 een instabiele situatie die behalve op de financiën ook betrekking heeft op bestuurlijke onrust. De opgaven voor de MC Groep zijn dan ook groot.

Tegen deze achtergrond stellen de aandeelhouder/bestuurders van de ziekenhuizen zich als doel om orde op zaken te stellen en hun eigen visie van een shop-in-shop model te realiseren. Dat vraagt om nieuwe strategische plannen en soms pijnlijke maatregelen. Om deze succesvol door te voeren, is intern draagvlak onontbeerlijk. Er worden in de jaren die volgen belangrijke stappen gezet, bijvoorbeeld op het gebied van bedrijfsvoering en met een forse reorganisatie.

Op basis van dossierstudie en gesprekken met betrokkenen, constateren wij dat de steeds moeilijker wordende verhouding tussen de Raad van Bestuur en interne gremia³⁸³ verandering van de interne organisatie in de weg staat. Uit gesprekken die wij in het kader van dit onderzoek hebben gevoerd, komt het beeld naar voren dat in beide ziekenhuizen bovendien sprake is van verdeeldheid binnen de medische staf, en bij sommige vakgroepen. Deze onderlinge verdeeldheid wordt versterkt door noodzakelijke bezuinigingen en financiële krapte, waardoor er weinig investeringsruimte is en vakgroepen volgens sommige geïnterviewden het eigen belang voorop stellen om deze te benutten. Ook heeft de medische staf het gevoel onvoldoende betrokken te worden bij de organisatiestrategie, ondanks het feit dat de staf wel aanwezig is bij strategiedagen en doorbraaksessies. Een illustratie hiervan is een brief die het Bestuur Medische Staf van het MC Slotervaart op 5 oktober 2018 stuurt naar de Raad van Bestuur en de voorzitter van het transitiecomité, waarin het Bestuur Medische Staf aangeeft het te betreuren niet tijdig te zijn meegenomen in de plannen van het transitiecomité.³⁸⁴ De Raad van Bestuur moet er veel tijd en moeite in steken om de medische staf te overtuigen van de voorgenomen strategie en bijbehorende plannen. Twijfel over het managementinformatiesysteem en de informatievoorziening over hoe het ziekenhuis er werkelijk voor staat, zijn bovendien van negatieve invloed op de overtuigingskracht van de Raad van Bestuur.

We zien hier een interessante parallel met de situatie voorafgaand aan de faillissementen van het Ruwaard van Putten en De Sionsberg. In de in 2016 door de minister van VWS opgestelde evaluatie wordt geconstateerd dat ook in die twee ziekenhuizen lijkt mee te hebben gespeeld dat het bestuur en de medische staf onvoldoende met elkaar in verbinding stonden om structurele aanpassingen in gezamenlijkheid van de grond te laten komen.³⁸⁵

In de MC IJsselmeerziekenhuizen leidt onvrede onder de medische staf over het eigen medisch stafbestuur (dat onvoldoende in staat zou zijn om de belangen van de medische staf te behartigen) tot het aantreden van een nieuw stafbestuur in 2016. Uit gesprekken die de commissie met betrokkenen voerde, is het beeld ontstaan dat het nieuwe stafbestuur zoekt naar een nieuwe verhouding met het ziekenhuisbestuur, maar dat het tegen dezelfde problemen aanloopt en het gevoel heeft niet volledig inzage te krijgen in bijvoorbeeld de financiële situatie. De moeilijke verhouding tussen de medische staf en de Raad van Bestuur wordt verder versterkt doordat structurele problemen zoals het personeelstekort niet worden opgelost. Dit wreekt zich met name bij functies waar het personeel schaars is, zoals IC-verpleegkundigen, kinderartsen en intensivisten. Hierdoor staat de acute as onder druk, en bovendien ziet het ziekenhuis zich gedwongen om steeds meer met personeel niet in

³⁸³ Zie bijvoorbeeld paragraaf 2.2.5, 2.2.6, 2.3.6, 2.4.2 en 2.4.6. De moeilijke verhouding is ook naar voren gebracht in diverse gesprekken die de commissie met betrokkenen uit de verschillende gremia van de ziekenhuizen voerde.

³⁸⁴ Brief BMS MC Slotervaart aan RvB en voorzitter transitiecomité, 5 oktober 2018.

³⁸⁵ Minister van VWS, Evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en De Sionsberg, 8 maart 2016.

loondienst (PNIL) te werken, waardoor de kosten toenemen. Daarnaast spelen er in meerdere vakgroepen problemen tussen medisch specialisten onderling. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateert dat er in een periode van vier jaar bij vijf vakgroepen van de MC IJsselmeerziekenhuizen sprake is van ernstige problemen. In 2017 spreekt de inspectie hier haar zorgen over uit en constateert zij dat de Raad van Bestuur onvoldoende bij machte is om de problemen adequaat op te lossen. Om de problematiek onder de medische staf aan te pakken, wordt eind 2017 gestart met het programma Medisch Leiderschap en het bredere cultuurprogramma Continu Verbeteren. Ondanks het ingezette programma wordt in april 2018 de heraccreditatie van het NIAZ niet behaald met als belangrijk verbeterpunt het medisch leiderschap.³⁸⁶

Ook bij het MC Slotervaart is sprake van een moeizame relatie tussen de medische staf en de Raad van Bestuur. Sommige specialisten vinden de Raad van Bestuur en de aandeelhouder niet betrouwbaar, en zijn zeer kritisch over het beleid. Ook het Bestuur Medische Staf is kritisch. Het Bestuur Medische Staf blijft met de Raad van Bestuur in gesprek, hoewel bij de staf het beeld heerst dat zijn input bij beleidsmaatregelen gemakkelijk ter zijde wordt geschoven. Anderzijds is het ziekenhuisbestuur kritisch over de lage productiviteit van medisch specialisten. Door niet correct en onvolledig registreren van de verleende zorg, ontstaan forse achterstanden in de declaraties. Hoewel de Raad van Bestuur, samen met de bedrijfsvoering, diverse acties onderneemt om dit te verbeteren, wordt het probleem niet opgelost. Dit heeft als consequentie dat het voor de zorgverzekeraar onvoldoende inzichtelijk is hoeveel het ziekenhuis heeft geproduceerd en nog gaat declareren. Externe analyses, gemaakt in opdracht van de Raad van Bestuur, zoals een benchmark op de productiviteit van artsen (60-80% ten opzichte van andere ziekenhuizen) worden door de medische staf niet herkend. De staf komt vervolgens met eigen cijfers en vraagt extern advies als de Raad van Bestuur voornemens is de ziekenhuizen te fuseren. De moeizame verhouding vertraagt de besluitvorming, hindert het uitvoeren van maatregelen en verhoogt bovendien de externe advieskosten.

Een illustratie van de onenigheid tussen de Raad van Bestuur en staf in het MC Slotervaart is een slepende kwestie met de bariaters over een vertrouwelijke bonusafspraken. De vertrouwelijke bonusafspraken was volgens de Raad van Bestuur naar de toekomst toe onhoudbaar richting de andere vakgroepen. Het meningsverschil leidt in 2018 tot een aanzienlijke productiedaling van de vakgroep, terwijl het MC Slotervaart in grote mate afhankelijk is van deze vakgroep met een productie van 10 miljoen euro per jaar. De relatie tussen de Raad van Bestuur en de vakgroep bariatric is uiteindelijk dusdanig slecht, dat de vakgroep met andere ziekenhuizen in gesprek gaat over een collectieve overstap.

De medische staf en de Raad van Bestuur zijn het ook niet met elkaar eens over de koers en het profiel van het ziekenhuis. De bestuurders zien de productie dalen en gaan de dialoog aan over het sluiten van de SEH. Dit stuit echter op weerstand bij de medische staf omdat dit ten koste gaat van de opleidingsfunctie van diverse vakgroepen.³⁸⁷ Als de financiële situatie in het MC Slotervaart verslechtert in het voorjaar van 2018, en de Raad van Bestuur de medische staf hiervan op de hoogte stelt, neemt de weerstand onder medisch specialisten verder toe en sturen ze een brandbrief aan de Raad van Bestuur en de Raad van Commissarissen. Deze brandbrief lekt uit naar de pers, wat zorgt voor een verhoogde druk van schuldeisers.

Het reeds bestaande wantrouwen van de staf ten aanzien van de Raad van Bestuur wordt verder vergroot doordat zowel de medische staf als de ondernemingsraad een grote afstand ervaren tussen de Raad van Bestuur en de werkvloer. Hoewel er in beide ziekenhuizen vertrouwen is in de locatiedirecteur (zijnde een lid van de Raad van Bestuur), geven diverse betrokkenen in gesprekken met ons

³⁸⁶ MC IJsselmeerziekenhuizen (2019), 'Verhaallijn MC IJsselmeerziekenhuizen 2009-2018', 14 juni 2019.

³⁸⁷ MC Slotervaart (2019), 'Verhaallijn. De laatste jaren van MC Slotervaart', 18 mei 2019.

aan de andere bestuurder nauwelijks te zien. De medische staf en de ondernemingsraad zijn bovendien kritisch over de dubbele rol van de bestuurder, die niet alleen bestuurder is bij beide ziekenhuizen, maar tevens aandeelhouder. Zij ervaren een grote intransparantie en plaatsen vraagtekens bij de belangen van de aandeelhouder. Het zijn dergelijke gevoelens die ertoe leiden dat strategische plannen van de Raad van Bestuur zeer moeizaam van de grond komen, of in sommige gevallen helemaal niet worden uitgevoerd. De splitsing van zorg, vastgoed en bedrijfsvoering wordt bijvoorbeeld negatief beoordeeld door de ondernemingsraden van de ziekenhuizen. Zij vrezen voor verkapte vormen van winstuitkering en zijn bang dat de belangen van de zorg onvoldoende beschermd worden. Dit beeld bestaat eveneens bij de medische staf van beide ziekenhuizen.

Bestuurlijke discontinuïteit

De beperkte bestuurlijke executiekracht vormt in de zomer van 2018 de aanleiding voor de Raden van Commissarissen van beide ziekenhuizen om de bestuursvoorzitter te verzoeken zijn functie neer te leggen. Men komt overeen dat hij, nadat hij in augustus 2018 eerst zijn voorzittersrol verruilt voor die van bestuurslid, per 1 januari 2019 zal vertrekken als bestuurder. Dit vertrek vindt uiteindelijk per 1 oktober 2018 versneld plaats, zonder dat in de opvolging van deze bestuurder, die verantwoordelijk is voor de financiën van beide ziekenhuizen, is voorzien. Bovendien is kort daarvoor al de medebestuurder van de MC IJsselmeerziekenhuizen opgestapt omdat zij zich gepasseerd voelde door een van de aandeelhouders, en treedt daar een nieuwe bestuurder aan per 1 augustus 2018. Deze nieuwe bestuurder, die tot die tijd commissaris was bij het MC Slotervaart, blijft vanaf 1 oktober 2018 alleen over. Hoewel het versterken van de bestuurlijke executiekracht in de moeilijke fase waarin de ziekenhuizen zich bevinden, de aanleiding vormt voor het vertrek van de bestuurder, neemt de executiekracht na diens vertrek juist nog verder af.

Met name in de MC IJsselmeerziekenhuizen hebben deze bestuurswisselingen, in combinatie met de vervanging van de voltallige Raad van Commissarissen op 1 augustus 2018, een aanzienlijke impact op de bestuurlijke ervaring en relaties met interne en externe stakeholders. Een consequentie is dat interne en externe partijen opnieuw het gesprek aan moeten gaan met de nieuwe bestuurder over de zorgelijke financiële situatie en de bijbehorende noodzakelijke veranderingen. De bestuurswisselingen betekenen ook een andere dynamiek in de gesprekken met de zorgverzekeraar over de toekomstplannen en scenario's om de ziekenhuizen financieel weer gezond te krijgen, en wordt door de verzekeraar als een stap terug ervaren.

Positie van de interne toezichthouder

Ook de positie van de Raad van Commissarissen is van invloed geweest op de bestuurlijke executiekracht in de ziekenhuizen. Een Raad van Commissarissen fungeert als countervailing power en heeft daarmee een belangrijke rol in het bijsturen van het bestuur. Waar in de meeste ziekenhuizen de Raad van Toezicht het gremium is dat bestuurders kan benoemen en ontslaan, geldt dat niet in ziekenhuizen met een BV-structuur, zoals het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen. In deze ziekenhuizen is het niet de Raad van Commissarissen, maar de aandeelhouder die over benoeming en ontslag van bestuursleden beslist. Hoewel de omzetting naar een BV en de statuten, waarin tevens een aanvullend protocol is opgenomen met rechten van de Raad van Commissarissen, zijn goedgekeurd door het Waarborgfonds, is de invloed van de Raad van Commissarissen wel beperkter dan die van de interne toezichthouders bij de meeste andere ziekenhuizen. Dat in het geval van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen twee van de aandeelhouders zelf ook bestuurder waren, en zij daarmee dus ook meebeslisten over hun eigen ontslag, maakte dat de Raad van Commissarissen hier een beperkte rol bij had.

De meer beperkte invloed van de interne toezichthouder wordt ook genoemd als factor in de eerder onderzochte faillissementen van het Ruwaard van Putten en De Sionsberg, hoewel daar geen sprake

was van een aandeelhouder.³⁸⁸ Bij de MC IJsselmeerziekenhuizen komt dit onder meer tot uitdrukking wanneer de Raad van Commissarissen achtereenvolgens aanstuurt op het vertrek van de twee bestuurders die tevens aandeelhouder zijn. Hoewel deze voorstellen uiteindelijk door de aandeelhouder geëffectueerd worden, gaat hier in beide gevallen een traject van maanden overheen. De moeite die de Raad van Commissarissen van de MC IJsselmeerziekenhuizen heeft om de door haar gewenste bestuurswisselingen te bewerkstelligen, gezien de betrokkenheid van de aandeelhouder, brengt de Raad van Commissarissen ertoe contact op te nemen met de inspectie.

Waar andere ziekenhuizen die gezamenlijk optreden veelal één bestuur en één Raad van Commissarissen of Raad van Toezicht hebben, is dit bij de twee MC ziekenhuizen, ondanks de verregaande vormen van samenwerking niet het geval. Zo volgen de Raden van Commissarissen ieder hun eigen lijn en werkwijze waar het de contacten met de accountant betreft, bijvoorbeeld waar het gaat om het spreken van de accountant buiten aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Ook wanneer in de beide ziekenhuizen dezelfde problemen naar voren komen, zoals wanneer een accountantsverklaring wordt afgegeven met beperkingen, en wanneer de accountant de relatie met de ziekenhuizen verbreekt, gaan zij hier ieder op hun eigen wijze mee om en worden krachten niet gebundeld.

Na de zomer van 2018 ontstaat wel een vorm van samenwerking tussen de Raden van Commissarissen, wanneer vertegenwoordigers van beide Raden van Commissarissen (in de MC IJsselmeerziekenhuizen betreft dit de per 1 augustus 2018 nieuw aangetreden Raad van Commissarissen) in het gezamenlijke transitiecomité plaatsnemen.

In het kort: gebrekkig intern draagvlak ondermijnt bestuurlijke executiekracht

Het in deze paragraaf beschreven patroon laat zien hoe de executiekracht van het bestuur in beide ziekenhuizen steeds verder afneemt. In de moeizame verhouding tussen het bestuur en de medische staf is sprake van wantrouwen en wordt afstand ervaren jegens het (wisselende) bestuur en in het verlengde daarvan de aandeelhouder. Verbeterplannen en maatregelen van het bestuur om de financiële positie van de ziekenhuizen te versterken, kennen daardoor weinig draagvlak onder het medisch personeel. Dit heeft als consequentie dat het bestuur er maar beperkt in slaagt om gewenste resultaten te bereiken. De macht van de Raad van Commissarissen als countervailing power is bovendien beperkter dan bij een stichting-structuur, waardoor er in mindere mate sprake is van een corrigerende werking richting het bestuur. Omdat het bestuur er niet in slaagt om verbeterplannen door te voeren, worden deze en andere disfunctionele patronen niet doorbroken, maar neemt het draagvlak voor bestuurders in de organisatie juist verder af, omdat de situatie verder verslechtert.

3.5 Gebrekkige informatievoorziening leidt tot wantrouwen

Een volgend patroon is dat van groeiend wantrouwen dat door gebrekkige informatievoorziening verder wordt gevoed. Zowel gremia binnen de ziekenhuizen als externe partijen zoals de zorgverzekeraar, de NZa en de IGJ ervaren dat de ziekenhuisbesturen hen te weinig, te laat of onvolledig informeren over de (financiële) situatie van de ziekenhuizen. De wijze waarop deze informatieachterstand heeft bijgedragen aan een disfunctioneel patroon waarin betrokkenen elkaar over en weer steeds meer zijn gaan wantrouwen, wordt uitgewerkt in deze paragraaf.

³⁸⁸ Minister van VWS, Evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en De Sionsberg, 8 maart 2016.

De gebrekkige informatievoorziening vanuit het MC Slotervaart kan in de eerste plaats begrepen worden uit het feit dat het ziekenhuisbestuur zelf ook beperkt zicht had op de financiële situatie van het ziekenhuis. Bij overname in 2014 is de financiële administratie van het MC Slotervaart niet op orde en hoewel er bijvoorbeeld in 2015 een goedkeurende accountantsverklaring is afgegeven, duurt het naar eigen zeggen tot eind 2017, begin 2018 voordat men *in control* is. Vanaf dan kunnen adequaat de benodigde cijfers uit de administratieve systemen worden gehaald en is er voldoende inzicht om te kunnen sturen en bijsturen.

Wanneer een bestuur zelf niet over actuele cijfers beschikt, kan het anderen ook niet tijdig en volledig informeren. Daar komt bij dat bij verschillende interne en externe partijen het beeld bestaat dat de ziekenhuisbesturen sowieso niet erg scheutig zijn met informatie. De onvrede over de gebrekkige informatievoorziening maken verschillende partijen op meerdere momenten kenbaar aan de ziekenhuisbesturen. Zo stelt de IGJ al in het jaargesprek met het MC Slotervaart in 2015 dat gevraagde informatie vaak te laat, na rappels en bovendien onvolledig wordt verstrekt. Daarnaast blijft spontane informatievoorziening aan de IGJ achter bij wat in andere ziekenhuizen gebruikelijk is. In het najaar van 2017 geeft zij aan onvoldoende geïnformeerd te zijn over het functioneren van diverse vakgroepen binnen de MC IJsselmeerziekenhuizen. Ook het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) constateert in juli 2018 dat de informatievoorziening vanuit de MC IJsselmeerziekenhuizen te wensen overlaat. Zilveren Kruis schrijft in een brief van 17 september 2018 aan de MC IJsselmeerziekenhuizen: “U houdt ons te weinig, te laat en onvoldoende op de hoogte.” Aanleiding voor deze brief is dat het ziekenhuis volgens Zilveren Kruis heeft nagelaten de zorgverzekeraar te informeren over de intensivering van het toezicht door de IGJ sinds september 2017.

Ook interne actoren (Raad van Commissarissen, Bestuur Medische Staf (BMS) en Ondernemingsraad) geven aan onvoldoende of te laat te worden geïnformeerd over cijfers en (nieuwe) informatie. Veelzeggend is de constatering van de Raad van Commissarissen van de MC IJsselmeerziekenhuizen, die in juli 2018 in een gesprek met de IGJ aangeeft dat ook zij moeite heeft om formeel over financiële informatie te beschikken en dat de auditcommissie financiën met moeite informatie krijgt van de primair verantwoordelijke bestuurder.

De overtuiging bij diverse externe partijen dat men een informatieachterstand heeft, wekt wantrouwen in de hand. Wanneer informatie niet spontaan, te laat of onvolledig wordt aangeleverd, terwijl bekend is dat de ziekenhuizen er financieel niet goed voor staan, leidt dit tot achterdocht. De reflex van verschillende toezichthouders is om de ziekenhuizen om nog meer informatie te vragen. De extra informatieverzoeken worden vervolgens volgens hen in onvoldoende mate ingewilligd, waardoor het vertrouwen verder afneemt, terwijl de roep om meer informatie verder wordt versterkt.

Tekenend is een opmerking van een IGJ-inspecteur eind augustus 2018 dat juist het niet direct geïnformeerd worden door de MC IJsselmeerziekenhuizen de indruk geeft dat de werkelijke situatie nijpender is. De achterdocht lijkt verder te worden gevoed doordat voor zowel interne gremia als voor een aantal externe partijen niet duidelijk is hoe precies de BV-structuur van de ziekenhuizen in elkaar steekt, en welke belangen de aandeelhouders, die tevens lange tijd bestuurder zijn, zouden kunnen hebben bij het niet tijdig of niet volledig aanleveren van informatie. Ook onder invloed van de media, met berichten over onder andere inkoop van medicijnen, wordt de negatieve beeldvorming rond het ondernemerschap in de zorg versterkt. Het is ons opgevallen dat diverse partijen, zowel intern als extern, ieder voor zich onderzoek hebben laten doen naar de BV-structuur rondom de ziekenhuizen. Desgevraagd geven betrokkenen aan dat deze onderzoeken niet het volledige inzicht hebben opgeleverd waarop men had gehoopt. Het feit dat zelfs deze onderzoeken hen niet de gewenste helderheid verschaffen over eventuele motieven van de aandeelhouders en bestuurders, voedt het wantrouwen verder. Het gebrek aan inzicht in de BV-structuur draagt er bovendien aan bij dat men het moeilijk vindt om de financiële informatie te duiden.

Vertraging in de jaarrekening

Ook het uitblijven van de jaarrekening 2016 van beide ziekenhuizen voedt het wantrouwen. Een tijdige controle van de jaarrekening door een externe accountant is voor de ziekenhuizen van groot belang. Deze houdt de organisatie een spiegel voor om te zien hoe deze er financieel voor staat en of zij de risico's voor de organisatie voldoende beheerst. Het biedt de Raad van Commissarissen als intern toezichthouder een check of hij relevante informatie heeft gemist. Voor zakelijke relaties en toezichthouders fungeert de accountantsverklaring als een keurmerk voor de financiële cijfers, en vormt het een betrouwbare inschatting van de continuïteit van de organisatie. Wanneer we kijken naar eerdere ziekenhuisfaillissementen, dan zien we overigens ook daar dat sprake was van een vertraging in de jaarrekening.³⁸⁹

Door incidenten in het eigen vakgebied wordt het toezicht op accountants versterkt en gaan er voor accountants strengere beroepsregels gelden.³⁹⁰ In lijn met deze ontwikkeling stelt ook de accountant van de beide ziekenhuizen steeds strengere eisen aan de hardheid van de jaarcijfers en de onderliggende informatie. De accountant geeft aan dat de kwaliteit van oplevering en verslaggeving door het MC Slotervaart niet altijd voldoende is.³⁹¹ De administratieve organisatie loopt achter op de eisen die de accountant stelt. De ziekenhuizen werken voor het onderhanden werk bijvoorbeeld niet met een gecertificeerd systeem, waardoor de accountant onvoldoende informatie heeft voor de onderbouwing van de waarde van het onderhanden werk. Dit leidt tot extra controlewerkzaamheden, en resulteert uiteindelijk in een verklaring met beperking.³⁹²

Beide ziekenhuizen werken met dezelfde accountant. Doordat de accountant bij zijn controle van het MC Slotervaart discussiepunten vanuit de MC IJsselmeerziekenhuizen meeneemt, zorgt dit voor extra vertraging bij het MC Slotervaart.³⁹³ En omdat de controle van de volgende jaarrekening pas kan beginnen als de vorige is afgesloten, werkt de vertraging van de jaarrekening 2016 door op die van 2017. De druk op het controleproces zet de relatie met de accountant onder spanning. Daarbij speelt ook een rol dat de ziekenhuizen voorzieningen moeten nemen, terwijl de financiële situatie dan al niet goed is. Ook dat zet extra druk op de controle. De accountant zegt uiteindelijk de relatie met beide ziekenhuizen op.

In het kort: gebrekkige informatievoorziening leidt tot wantrouwen

Bij diverse partijen bestaat de overtuiging dat men onvoldoende op de hoogte is van de situatie in de ziekenhuizen, wat de reflex oproept om de ziekenhuizen om meer informatie te vragen. Wanneer deze gevraagde informatie niet, te laat of naar hun idee onvolledig wordt aangeleverd, voedt dit het reeds bestaande wantrouwen jegens de ziekenhuizen. Dit wantrouwen draagt andersom ook niet bij aan een open houding van derden naar het bestuur. Hierdoor ontstaat een zichzelf versterkend patroon waarbij partijen elkaar steeds minder vertrouwen en daarom de verstrekte informatie als onvoldoende bestempelen. Hierdoor lijkt men elkaar niet meer te begrijpen, en neemt het wantrouwen verder toe. Een gevolg hiervan is dat partijen hun rol minder goed kunnen pakken: het bestuur heeft minder doorzettingsmacht, interne gremia en externe instanties die het bestuur moeten en willen controleren en bijsturen raken steeds meer handelingsverlegen omdat zij geen volledig zicht hebben op de situatie. Hierdoor houden partijen elkaar in een klem.

³⁸⁹ Zo bericht Medisch Contact in 2013 dat tot de vertrapte ziekenhuizen ook instellingen behoren die kampen met ernstige financiële of bestuurlijke problemen, en worden daarbij De Sionsberg, het Ruwaard van Putten en het Slotervaartziekenhuis genoemd. Medisch Contact, 'Twijfels over financiële verslaggeving ziekenhuizen', 12 juni 2013.

³⁹⁰ Tweede Kamer, plenair verslag, 99e vergadering, 6 september 2017.

³⁹¹ Brief van EY aan MC Slotervaart, 13 september 2017.

³⁹² EY, Controleverklaring van de onafhankelijke accountant opgenomen in Jaarrekening SLV 2016, 30 maart 2018.

³⁹³ MC Slotervaart, Memo 'Mogelijke versnelling afronding jaarrekening 2016 MCS', 13 november 2017.

3.6 Volharding in de visie wekt in toenemende mate weerstand op

De overnames van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart zijn voor de MC Groep onderdeel van een strategie om op termijn een keten van ziekenhuizen in Nederland te realiseren. Als aandeelhouder van de ziekenhuizen heeft de MC Groep het concept van de 'medical mall' voor ogen, ook wel het 'shop-in-shop model' genoemd, waarbij verschillende aanbieders met gespecialiseerd zorgaanbod onder één dak worden samengebracht. In deze paragraaf wordt een patroon beschreven waarin aandeelhouder en bestuur blijven volharden in deze visie, ondanks signalen dat het draagvlak daarvoor ontbreekt.

De aandeelhouder committeert zich vanaf de overnames aan de continuïteit van beide ziekenhuizen door aanzienlijke investeringen te doen in het verbeteren en het op orde krijgen van beide ziekenhuizen. Vijf jaar na overname van de MC IJsselmeerziekenhuizen besluit de aandeelhouder ook het MC Slotervaart over te nemen. De investeringen van de aandeelhouder illustreren zijn geloof in het belang en het uiteindelijk succesvol worden van een keten van ziekenhuizen, waarin het shop-in-shop model is doorgevoerd. Het proces om deze visie te realiseren blijkt echter moeizaam te zijn. Zo wordt de bestuurlijk-juridische fusie tussen de twee ziekenhuizen uiteindelijk stopgezet omdat het voorstel voor splitsing van vastgoed en zorg intern op weerstand stuit, en geeft zorgverzekeraar Zilveren Kruis herhaaldelijk aan geen voorstander te zijn van het shop-in-shop model waarbij een rompziekenhuis overblijft. Desondanks blijft de aandeelhouder, gesteund door bestuurders en Raden van Commissarissen, vasthouden aan de ambitie om het shop-in-shop model in te voeren. De strategie voorzag in (zelfstandige) kernzorg, speerpunten en partnerzorg. De vasthoudendheid van de ziekenhuizen blijkt onder meer uit het instellen van het transitiecomité, dat verdere inhoud en versnelling moet geven aan de gezamenlijke strategie en bijbehorende herstelplannen, en deze in de zomer van 2018 verder uitwerkt. Dat het belang van de ingezette strategie zwaar weegt, wordt ook zichtbaar op het moment dat een van de bestuurders in augustus 2018 aarzelt over de toekomstbestendigheid van de zelfstandigheid van de ziekenhuizen. Wanneer deze bestuurder zich beraadt op de volledige afbouw van de MC IJsselmeerziekenhuizen, en hij daarmee de strategische visie loslaat, dringt de Raad van Commissarissen er mede hierom op aan dat het reeds ingeplande vertrek van deze bestuurder wordt vervroegd. De aandeelhouder stemt hiermee in.

Raad van Bestuur

Na de stand still die in juli 2018 wordt verleend, werkt het bestuur van het MC Slotervaart aan verbeterplannen voor een smaller profiel van het ziekenhuis. Op 20 september 2018 deelt het ziekenhuis daartoe een position paper met Zilveren Kruis, waarin het ziekenhuis aangeeft zich te willen richten op een aantal speerpunten. Dit doet het ziekenhuis ondanks het feit dat Zilveren Kruis op 12 september 2018 in een overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur van het MC Slotervaart kenbaar heeft gemaakt dat volledige afbouw de voorkeur heeft. Desondanks werkt het bestuur de verbeterplannen op basis van het position paper verder uit. Op 16 oktober 2018 wordt duidelijk dat Zilveren Kruis geen vertrouwen meer heeft in de veranderkracht van het MC Slotervaart, en niet bereid is om een financieel vangnet te creëren. Pas dan lijken het bestuur en de aandeelhouder te beseffen dat het ziekenhuis geen toekomst heeft, en verschuiven zij hun aandacht naar het scenario van het volledig afbouwen van het ziekenhuis.

Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen geldt dat Zilveren Kruis al vóór de contractering van 2016 vraagt om de strategie en het bedrijfsmodel van het ziekenhuis te heroverwegen, omdat de huidige strategie naar zijn idee tot problematische situaties zou leiden. Zilveren Kruis stelt voor het sluiten van de SEH in de nacht en het vervangen van de IC door een medium/high care voorziening te onderzoeken, maar het ziekenhuis geeft aan dat dit niet een acceptabele vorm van afschaling van de acute as is. Gedurende 2017 bespreken de MC IJsselmeerziekenhuizen en Zilveren Kruis meerdere keren de profilering van het ziekenhuis. In die gesprekken blijft Zilveren Kruis haar bedenkingen

aangeven. Het ziekenhuisbestuur verschilt hier echter met Zilveren Kruis over van mening, en vindt dat het met zijn strategie wel toekomstbestendig kan zijn. Uiteindelijk geeft Zilveren Kruis aan dat de verantwoordelijkheid voor de keuze met betrekking tot de profilering bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis ligt.

Evenals het MC Slotervaart werkt ook de MC IJsselmeerziekenhuizen na het overleg met de zorgverzekeraars op 17 juli 2018 aan verschillende toekomstscenario's. Zo worden er gesprekken gevoerd met St. Jansdal voor een mogelijk samengaan als een van de scenario's. De andere scenario's zijn zelfstandig doorgaan en volledige afbouw. Teneinde de scenario's te kunnen realiseren, wordt als oplossingsrichting ook gekeken naar mogelijkheden om vastgoed te verkopen. Op 20 september 2018 deelt de MC IJsselmeerziekenhuizen in een position paper met Zilveren Kruis dat het ziekenhuis zich wil richten op bariatric, geriatrie, neurochirurgie, en slaap-waakproblematiek, naast de bij de regio horende kernzorg. In reactie op dit voorstel geeft Zilveren Kruis echter aan dat het andere scenario's uitgewerkt wil zien, namelijk: volledige afbouw, het samengaan met een andere partij, afbouw van beschikbaarheidsfuncties en een faillissement. Hoewel Zilveren Kruis niet reageert op de inhoudelijke richting die de MC IJsselmeerziekenhuizen wil inslaan, blijft het bestuur werken aan verbeterplannen voor een gedeeltelijke afbouw van het ziekenhuis in combinatie met de continuïteit van zorg in Flevoland. Zelfs als de zorgverzekeraars op 19 oktober 2018 te kennen geven geen (financiële) steun te verlenen aan de verbeterplannen van de MC IJsselmeerziekenhuizen, blijft het bestuur volhouden en doet het nog een laatste poging om tijd te krijgen om de plannen ten behoeve van de continuïteit verder door te laten rekenen. Het mag echter niet baten en vier dagen later is het bestuur genoodzaakt surseance van betaling aan te vragen.

Blijven doorgaan op de ingeslagen weg

Tot het einde toe blijven de aandeelhouder en bestuurders van beide ziekenhuizen werken aan toekomstplannen die passen in de strategische visie van het shop-in-shop model met een netwerkziekenhuis en focus op een beperkt aantal speerpunten. De aandeelhouder, bestuurders en commissarissen blijven de hoop houden dat ze samen met de zorgverzekeraars wel tot een oplossing zullen komen, ondanks dat Zilveren Kruis tussentijds laat weten de voorkeur te hebben voor andersoortige toekomstscenario's en te kennen geeft niet achter het shop-in-shop model te staan. De aandeelhouder en bestuurders blijven vasthouden aan het pad dat is ingeslagen en verwachten daarin succesvol te zijn. Een dergelijk volhouden en doorgaan zijn bestuurlijke kwaliteiten, die er dikwijls voor zorgen dat verbetertrajecten slagen dankzij de benodigde volharding en doorzettingsvermogen. Tegelijkertijd kan te lang doorgaan ook als consequentie hebben dat de gestelde doelen niet behaald worden. Als dit het geval is, dan is er sprake van een psychologisch patroon dat ook wel *escalatie van commitment* wordt genoemd. Daarvan is sprake als bestuurders blijven doorgaan op de ingeslagen weg, ook als op basis van beschikbare informatie en negatieve feedback is gebleken dat dit niet werkt.

In het kort: volharding in de visie wekt in toenemende mate weerstand op

Wanneer de ondernemers de beide ziekenhuizen overnemen, hebben zij een duidelijke visie over hoe het ziekenhuis moet worden omgevormd tot een ondernemend ziekenhuis van de toekomst. Een visie die aanvankelijk nog door velen met enthousiasme wordt ontvangen, maar die in de loop der tijd op steeds minder steun kan rekenen. Zowel de verzekeraar als medische staf en ondernemingsraad zijn kritisch over de strategie van de bestuurders en aandeelhouder. De bestuurders en aandeelhouder blijven echter ook als de ziekenhuizen in grote financiële problemen raken vasthouden aan hun visie, ook al kunnen de plannen niet op steun van de verzekeraar rekenen. Deze 'volharding' lijkt het komen tot overeenstemming met de verzekeraar over de toekomst van de ziekenhuizen in de weg te staan, waardoor geen eenduidig scenario wordt uitgewerkt en de uitkomst van de gesprekken tot op het laatste moment onzeker blijft.

3.7 Voortdurend houvast zoeken in de papieren werkelijkheid van plannen

De verantwoordelijkheid voor het toezicht op de financiële gezondheid van ziekenhuizen is in het zorgstelsel versnipperd belegd bij verschillende instanties. Zo houdt de IGJ toezicht op de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Omdat de financiële situatie van een ziekenhuis invloed kan hebben op de kwaliteit van de zorg die het ziekenhuis levert, kan de inspectie maatregelen treffen wanneer zij aanwijzingen heeft dat de financiële gezondheid van een instelling de veiligheid of kwaliteit van de geboden zorg in gevaar brengt. Ook de zorgverzekeraar heeft hierin een rol: omdat op zorgverzekeraars een zorgplicht rust, is het voor hen van belang te weten hoe de ziekenhuizen die zij contracteren er financieel voor staan. Wanneer de financiële problemen van een ziekenhuis dermate ernstig zijn dat de beschikbaarheid van cruciale zorg in het geding komt, zijn zorgverzekeraars verplicht hiervan melding te doen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) houdt toezicht op de financiële situatie van ziekenhuizen die bij deze instantie zijn aangesloten, en waarschuwt het ministerie van VWS als hiertoe aanleiding is. Ook banken volgen de financiële gezondheid van hun klanten teneinde de kredietwaardigheid te monitoren. Om de financiële situatie in de gaten te kunnen houden, kunnen de inspectie, zorgverzekeraar, het WFZ en de bank het ziekenhuis om informatie vragen. Wanneer zij vinden dat ingegrepen moet worden om de situatie te verbeteren, kunnen zij bijvoorbeeld vragen om verbeterplannen. Het idee achter deze vormen van monitoring en toezicht is dat ziekenhuizen zo kunnen worden bijgestuurd indien zich problemen voordoen, zodat de financiële situatie verbetert en risico's worden verkleind.

Wij stellen vast dat pogingen van toezichthouders om grip te krijgen op de financiële situatie door het opvragen van informatie en verbeterplannen, niet hebben bijgedragen aan het daadwerkelijk verbeteren van de financiële situatie. Er is sprake van een zichzelf versterkend patroon waarbij de financiële problemen van de ziekenhuizen de reflex oproepen om hen om meer informatie en verbetervoorstellen te vragen. Het opstellen van deze plannen op verzoek van de inspectie, de bank, de zorgverzekeraar, maar ook op eigen initiatief van de ziekenhuizen, en het aanleveren van steeds meer en uitgebreidere informatie kost de ziekenhuizen tijd en energie. Tijd en energie die niet kan worden aangewend voor het daadwerkelijk aanpakken van de financiële problemen. Uit de reconstructie wordt duidelijk dat al tijdens het opstellen van de plannen de situatie verder verslechtert. Vervolgens herhaalt dit patroon zich doordat de verslechterde situatie weer leidt tot de vraag naar nieuwe plannen of informatie. Het resultaat is dat kortstondige verbeteringen op deelgebieden samengaan met een algehele verslechtering van het functioneren van de twee ziekenhuizen. De interactie tussen de IGJ en de MC IJsselmeerziekenhuizen is daarvoor illustratief, maar eenzelfde patroon speelt ook tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen, en tussen de bank en de ziekenhuizen.

Interactie tussen de IGJ en de MC IJsselmeerziekenhuizen

Bij de IGJ bestaan door de jaren heen af en aan zorgen over het functioneren van de ziekenhuizen op de terreinen kwaliteit van zorg, de governance-structuur, en later ook ten aanzien van de financiële situatie. Dit geldt in meerdere mate voor de MC IJsselmeerziekenhuizen. Met de bedoeling dat de MC IJsselmeerziekenhuizen deze zaken verbetert, draagt de inspectie het bestuur op om met verbeterplannen te komen en maatregelen te treffen. Dit neemt een vlucht in de zomer van 2018, wanneer de penibele financiële situatie van het ziekenhuis in de media wordt uitgemeten. Op 16 juli 2018 vraagt de inspectie het ziekenhuis, evenals het MC Slotervaart, een continuïteitsplan op te stellen. Het is in Nederland niet eerder voorgekomen dat de inspectie een ziekenhuis om een dergelijk plan vraagt, waardoor het zoeken is naar de vorm en inhoud. Een week na dit verzoek vraagt de inspectie het ziekenhuis om wekelijks financiële updates aan te leveren. Terwijl het ziekenhuis hieraan werkt, nemen bij de IGJ de zorgen over de bestuurlijke situatie toe, waarna zij op 6 augustus 2018 overgaat tot het instellen van verscherpt toezicht op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Reeds in gang gezette wisselingen in de Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen krijgen in de daarop

volgende periode hun beslag. Ondertussen blijft het ziekenhuis wekelijks financiële updates aanleveren. Pas twee maanden later, het is dan eind september 2018, constateert de IGJ dat deze wekelijkse financiële updates onvoldoende inzicht bieden. Hierop verzoekt zij het ziekenhuis op 1 oktober 2018 om een uitgebreide financiële rapportage aan te leveren. Ruim twee weken daarna, op 19 oktober 2018, krijgt het ziekenhuis een verzoek van de IGJ om de meest recente versie van het in augustus opgeleverde continuïteitsplan aan te leveren, en daarnaast een concreet afbouwplan op te stellen. Deze plannen dienen afgestemd te zijn met de zorgverzekeraars. Een kleine week later wordt het ziekenhuis failliet verklaard.

Versterking van het patroon

Het bovenbeschreven patroon wordt versterkt doordat de ziekenhuizen niet alleen op verzoek van de inspectie plannen aanleveren; ook zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de ING Bank verzoeken hen om nieuwe plannen en scenario's uit te werken, en hen frequent te informeren over de financiële situatie. De scenario's die de ziekenhuizen in de periode vanaf de zomer van 2018 aan Zilveren Kruis aanleveren, stellen de zorgverzekeraar niet tevreden, waardoor de ziekenhuizen aan de slag gaan met nieuwe of aangepaste scenario's. Tot aan de faillissementen wordt aan de scenario's gesleuteld.

Daar komt bij dat de ziekenhuizen in deze periode zelf ook in een aantal gevallen het initiatief nemen voor het opstellen van (toekomst)plannen. Zo stellen de ziekenhuizen bij het verzoek om een stand still op 17 juli 2018 voor om met een volledig doorgerekend businessplan te komen, richten zij in de zomer van 2018 een transitiecomité in dat uitvoering moet geven aan gezamenlijke strategische thema's en herstelplannen, komen zij op 20 september 2018 met een position paper over de toekomst van de beide ziekenhuizen, en stellen zij op 17 oktober 2018 voor om samen met verzekeraars een afbouwplan uit te werken.

In het kort: voortdurend houvast zoeken in de papieren werkelijkheid van plannen

Wanneer in de zomer van 2018 de (financiële) problemen van de ziekenhuizen naar buiten komen, lijken zowel partijen die een toezichtrol hebben als de ziekenhuizen zelf hun toevlucht te zoeken in (de vraag om) verbeterplannen. Deze partijen hebben in de laatste maanden voor de faillissementen veel aandacht en energie gestoken in een grote hoeveelheid plannen: plannen om te fuseren, plannen van aanpak, herprofilingsplannen, herstelplannen, meerjarenplannen, businessplannen, toekomstplannen, continuïteitsplannen, afbouwplannen. Hoewel het de intentie is dat met deze plannen de situatie in de ziekenhuizen verbetert, is uiteindelijk het tegenovergestelde waar. Tijdens het maken van de plannen verslechtert de situatie steeds verder, waardoor de ongerustheid en zorgen verder toenemen en plannen al niet meer overeenkomen met de daadwerkelijke situatie. Externe partijen hebben vervolgens het gevoel verrast te worden met nieuwe feiten, wat resulteert in een vraag om vernieuwde plannen of rapportages. Geen van deze plannen is uiteindelijk tot uitvoering gebracht. In dit patroon lopen partijen steeds verder vast in een papieren werkelijkheid, die krachtig handelen niet bevordert maar eerder ondergraft. Het ontbreekt aan een mechanisme om dit te doorbreken.

3.8 Bijzondere omstandigheden steeds gekwalificeerd als business as usual

Al langere tijd staan de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart bekend als ziekenhuizen waar het onrustig is. Zo zijn de MC IJsselmeerziekenhuizen in 2009 eerder gered van een faillissement en staan ze bij de IGJ onder geïntensiveerd toezicht. Het MC Slotervaart kent een roerige

geschiedenis met wisselingen van eigenaren en ernstige financiële problemen. Met ‘the benefit of hindsight’ kan men zich afvragen hoe de signalen van de situatie waarin de ziekenhuizen verkeren zijn gewogen, en waarom er door de externe toezichthouders niet eerder is ingegrepen of is geanticipeerd op een mogelijk faillissement. Na afloop, en daardoor wellicht met een zekere ‘hindsight bias’, geven meerdere respondenten aan dat gezien de problemen bij de twee ziekenhuizen, de faillissementen er onvermijdelijk aan zaten te komen. Hoe kan het dat externe partijen - toezichthouders en ministerie - zich toch overvallen voelen door de snelheid van gebeurtenissen en het uiteindelijke faillissement?

Wij constateren dat dit gedeeltelijk is te begrijpen doordat de mediaberichten in juli 2018 over financiële problemen bij de twee ziekenhuizen – ondanks de alarmerende toon - in een gebruikelijk patroon passen. De financiële situatie bij de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart is immers al vele jaren zorgelijk. Zoals ook uit hoofdstuk 2 naar voren komt, zijn er in de voorgaande jaren met regelmaat financiële tekorten. De berichten over de financiële problemen zijn in die zin dan ook niet nieuw. Vanuit de geschiedenis van de twee ziekenhuizen beredeneerd, vormen de financiële problemen geen breuk met het verleden, maar is er juist sprake van een voortzetting van de situatie die past bij de normale gang van zaken van beide ziekenhuizen. Meerdere respondenten duiden de berichten over de financiële problemen van de twee ziekenhuizen daarom ook wel met de veelzeggende woorden: ‘business as usual’. Zij geven daarmee aan dat signalen over financiële problemen bij de twee ziekenhuizen niet direct tot alarmering leiden of tot een gevoel van noodzaak tot ingrijpen door de externe toezichthouders, omdat men gewend is geraakt aan de zorgelijke situatie bij de ziekenhuizen die in het verleden ook altijd wel werd opgelost.

Dat betekent niet dat de toezichthouders geen actie ondernemen. De IGJ, de NZa en ook het Waarborgfonds nemen na de alarmerende berichtgeving over de financiële situatie in de zomer van 2018 bijvoorbeeld wel direct contact op met de ziekenhuisbestuurders en de zorgverzekeraar. Het beeld van ‘business as usual’ wordt echter gevoed door de bestuurders van beide ziekenhuizen en door de zorgverzekeraar. Hoewel de bestuurders intern wel op de hoogte zijn van de ernst van de situatie, is hun boodschap naar anderen toe dat de financiële situatie niet zo ernstig is als in de media wordt beschreven. De IGJ en de NZa laten zich door de bestuurders in eerste instantie geruststellen dat de situatie wel zorgelijk is, maar niet acuut. Ook de zorgverzekeraar geeft op 11 juli 2018 bij de NZa aan dat een faillissement niet aan de orde is, en dat er gesprekken zijn over een plan van aanpak. De urgentie om op korte termijn te anticiperen op een mogelijk faillissement wordt op dat moment dan ook niet gevoeld bij de IGJ of de NZa. Zij zijn in de veronderstelling dat de ziekenhuizen in goed overleg met de zorgverzekeraar werken aan constructieve toekomstplannen. Hoewel de IGJ naar aanleiding van de berichtgeving wel om continuïteitsplannen van de ziekenhuizen vraagt, en de NZa de zorgplicht van de zorgverzekeraar benadrukt, hebben de IGJ en de NZa niet de indruk dat er op korte termijn een faillissement aankomt. De bestuurder van de MC IJsselmeerziekenhuizen stelt begin augustus 2018 in een gesprek met de IGJ dat “de tent in de fik staat”. Deze verontrustende berichtgeving speelt weliswaar mee bij het instellen van verscherpt toezicht, maar leidt bij de inspectie niet tot de indruk dat een faillissement aanstaande is. De continuïteitsplannen worden bijvoorbeeld eind augustus 2018 opgeleverd door de ziekenhuizen, maar de IGJ bespreekt deze plannen pas begin oktober 2018. In dit gesprek constateert de IGJ wel dat de plannen aanscherping behoeven, maar oefent zij geen druk uit op de ziekenhuizen om daar op korte termijn ook werk van te maken. De plannen worden bovendien buiten de acute dreiging van een faillissement besproken, wat het ontbreken van een gevoel van urgentie om nu in te grijpen of op korte termijn te anticiperen op een mogelijk faillissement illustreert.

Ook bij het ministerie van VWS gaan na de melding van het WFZ eind augustus 2018 de alarmbellen nog niet af. Het RIVM heeft aangegeven dat het MC Slotervaart geen gevoelig ziekenhuis is voor

de SEH, en dat de MC IJsselmeerziekenhuizen geen gevoelig ziekenhuis is voor de SEH en acute verloskunde. Bovendien heeft het ministerie bij eerdere ziekenhuisfaillissementen, zoals die van het Ruwaard van Puttenziekenhuis en De Sionsberg gezien dat bij een faillissement de zorg op gecontroleerde wijze kan worden overgedragen. De verwachting is dan ook dat indien het voor de MC ziekenhuizen zover komt, een vergelijkbaar traject zal worden gevolgd als bij eerdere ziekenhuisfaillissementen, waarbij er voldoende tijd is om patiënten op een gecontroleerde wijze over te dragen aan andere zorgaanbieders.

Het is vanuit het perspectief van de bestuurders van het ziekenhuis en vanuit de zorgverzekeraar begrijpelijk dat zij naar buiten toe geen alarmerende signalen willen afgeven. Er bestaat immers het gevaar van een 'bank run' als er ongerustheid ontstaat bij crediteuren van de ziekenhuizen. In de weken na de mediaberichtgeving ervaren de ziekenhuizen al een verhoogde crediteurendruk. Om te voorkomen dat de financiële problemen verergeren, is het voor de ziekenhuizen juist van belang om de rust te bewaren en een mogelijke 'bank run' te voorkomen. Ondertussen zijn de ziekenhuisbestuurders en Zilveren Kruis zich er wel van bewust dat deze situatie zeker geen business as usual is. Beide partijen zijn bezig met het uitwerken van verschillende scenario's.

Voor de zorgverzekeraars geldt dat op hen een wettelijke plicht rust om de NZa te informeren wanneer de continuïteit van de cruciale zorg in het geding komt. Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart geldt echter dat zij niet zijn aangemerkt als 'gevoelig', wat inhoudt dat patiënten binnen de vereiste 45 minuten naar een SEH, en in het geval van de MC IJsselmeerziekenhuizen ook naar de afdeling acute verloskunde van een ander ziekenhuis kunnen worden vervoerd, zij het dat de aanrijtijden naar een spoedeisende hulp vanuit Urk de 45-minutennorm zeer dicht naderen. Desalniettemin is de wettelijke meldplicht van zorgverzekeraars dus niet van toepassing in geval van mogelijke continuïteitsproblemen bij deze twee ziekenhuizen. Wij stellen vast dat het early warning systeem in deze casus niet heeft bijgedragen aan het creëren van een gevoel van urgentie bij de IGJ, de NZa en het ministerie van VWS om eerder in te grijpen.

In het kort: bijzondere omstandigheden steeds gekwalificeerd als 'business as usual'

Als de toezichthouders in de zomer van 2018 geconfronteerd worden met berichten over een verslechtering van de (financiële) situatie van de beide MC ziekenhuizen, leidt dit weliswaar tot intensivering van toezichttaken en contact, maar creëert het niet direct een gevoel van hoge urgentie. Externe partijen hebben niet het idee dat de ziekenhuizen op de rand van een faillissement verkeren. Immers: de beide ziekenhuizen stonden er vaker slecht voor, en zijn er altijd weer bovenop gekomen. Geruststellende woorden van zowel bestuurders als de verzekeraar dat de partijen met elkaar in gesprek zijn over een oplossing, bevestigen bij externe partijen het idee van 'business as usual'. De angst voor een 'bank run' indien meer alarmerende signalen naar buiten toe worden afgegeven, versterken daarmee een relatief afwachtende houding van toezichthoudende partijen, die er bovendien op basis van ervaringen met eerdere faillissementen vanuit gaan dat als het wel tot een faillissement zou komen, dit niet tot ongecontroleerde situaties zou leiden.

3.9 Rigide rolopvatting

De wijze waarop de afbouw van zorg in het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen heeft plaatsgevonden, heeft geleid tot grote onrust onder patiënten en personeel, en voldoet daarmee niet aan de maatschappelijke verwachtingen van een gecontroleerde afbouw. De vraag die dit oproept is hoe deze situatie kon ontstaan. Het huidige zorgstelsel is zo ingericht, dat indien een

ziekenhuis financieel of anderszins niet gezond is, er externe lines of defense zijn: de zorgverzekeraars, de externe toezichthouders NZa en IGJ, en in het geval van cruciale zorg ook de minister voor Medische Zorg. Zij moeten ingrijpen als de continuïteit van zorg in gevaar komt. Deze paragraaf beschrijft een patroon waarin deze partijen in de aanloop naar de faillissementen dusdanig strak hebben vastgehouden aan hun eigen rol, dat informatie niet bij elkaar kwam en van een gezamenlijke aanpak geen sprake was.

Handelen binnen eigen bevoegdheden

Uit angst voor een 'self-fulfilling prophecy' blijven de ziekenhuizen, ook wanneer de situatie steeds verder verslechtert, naar buiten toe uitdragen dat er gewerkt wordt aan verbeteringen. Zij geven aan constructief met de zorgverzekeraar in gesprek te zijn. Dit wordt ook niet door de zorgverzekeraar tegengesproken. Voor de toezichthouders NZa en IGJ geldt dat zij in de periode voor het faillissement weliswaar acties ondernemen, maar dat deze acties beperkt blijven tot ieders eigen deelgebied. Deze handelswijze past binnen een patroon van business as usual (zie paragraaf 3.8). Tot half oktober 2018 vindt er onderling geen structurele afstemming plaats over de situatie bij de ziekenhuizen.

Ook de zorgverzekeraar beperkt zich tot zijn formele rol als zorginkoper. Zilveren Kruis stemt in juli 2018 in met het verzoek om een stand still, maar ziet het niet als zijn taak om met andere zorgverzekeraars te overleggen over het gewenste profiel van de ziekenhuizen waarmee de noodsituatie kan worden afgewend. Als gecontroleerde afbouw, naast faillissement, bij het MC Slotervaart als enige optie overblijft, wil de verzekeraar hier niet gezamenlijk met het bestuur van het MC Slotervaart uitvoering aan geven door gezamenlijk een onafhankelijke vereffenaar aan te stellen. Wanneer in oktober 2018 duidelijk wordt dat de ziekenhuizen op een faillissement afstevenen, geeft Zilveren Kruis aan er niet voor te voelen om in de rol van financier te stappen en is hij niet bereid om tijdelijk vangnetten te financieren. Als argument wordt gegeven dat dit niet tot zijn verantwoordelijkheid hoort. In reactie op het laatste verzoek van de ziekenhuizen op 17 oktober 2018, geeft Zilveren Kruis aan dat hij voor zichzelf geen rol ziet weggelegd om als participant in een projectteam mee te werken aan de liquidatie van het MC Slotervaart, en kondigt aan openstaande vorderingen met onmiddellijke ingang te gaan verrekenen. Wel heeft de verzekeraar in de zomerperiode zijn zorgplicht uitgewerkt door het in kaart brengen van de beschikbare zorgcapaciteit bij omliggende, concurrerende ziekenhuizen.

Het ministerie van VWS blijft intussen op afstand, en handhaaft het standpunt dat het over continuïteit van zorg, en niet over continuïteit van instellingen gaat. In juli 2018 constateert het ministerie dat zijn rol beperkt is, aangezien de norm van 45 minuten voor cruciale zorg bij beide ziekenhuizen niet in het geding is. Ook wanneer het Waarborgfonds eind augustus 2018 aangeeft dat de financiële situatie voor MC IJsselmeerziekenhuizen zorgelijk is, vormt dat voor het ministerie geen aanleiding voor een andere rolopvatting.

Omliggende ziekenhuizen hebben zich eveneens afwachtend opgesteld. Zij hebben geen direct belang bij een overname of samenwerking vóór een faillissement. En behalve concurrentieoverwegingen speelt ook voor omliggende ziekenhuizen wantrouwen jegens de aandeelhouder en een beeld van intransparantie daarbij een rol.

De gemeenten, die formeel ook geen rol hebben in het toezicht op ziekenhuizen binnen hun gemeentegrenzen, houden zich in de aanloop naar de faillissementen afzijdig. De zorgverzekeraar informeert de gemeente Amsterdam daags voor het faillissement dat het spannend wordt in de ziekenhuiszorg in Amsterdam. Wanneer de bestuurder van het MC Slotervaart op 23 oktober 2018 de plaatsvervangend wethouder voor zorg informeert dat het doorstartplan en afbouwscenario dat het ziekenhuis had voorgedragen door de zorgverzekeraar is afgewezen, gaat de gemeente uitzoeken wat er zal gebeuren wanneer het ziekenhuis failliet gaat. Volgens de gemeente was daar voor

die tijd geen aanleiding toe. Ook de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder weten in de maanden voor het faillissement dat er problemen zijn, maar verkeren naar eigen zeggen na geruststellende berichten vanuit het ziekenhuisbestuur in de veronderstelling dat het ziekenhuis gered zal worden, waardoor het faillissement hen overvalt.

Van faillissement naar crisissituatie

Zelfs wanneer de beide ziekenhuizen surseance van betaling aanvragen, en twee dagen later failliet gaan, vormt dat voor partijen aanvankelijk nog niet de prikkel om uit hun eigen rol te stappen naar een gezamenlijke aanpak. Hierdoor kan het gebeuren dat de verantwoordelijkheid voor de afbouw van de zorg elders is belegd dan de opbouw van zorg. Na het uitspreken van de faillissementen is de curator verantwoordelijk voor de afbouw van de zorg en het vereffenen van de boedel. Continuïteit van zorg voor patiënten is, vanwege de zorgplicht, de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, maar deze vult dat in op macroniveau (zie hoofdstuk 4). De IGJ houdt toezicht op de overdracht van patiënten, maar het behoort niet tot haar taak om te controleren hoe de verzekeraar en de curator onderling regelen welke patiëntgroepen naar welk ziekenhuis gaan. De NZa vraagt bij Zilveren Kruis na of er voldoende zorgcapaciteit in de regio beschikbaar is, en spreekt zorgverzekeraars erop aan dat zij voldoende zorg contracteren, maar beschikt niet over de mogelijkheden om gecontroleerde afbouw af te dwingen. Omdat er niet één partij regie heeft op het gehele proces, ontstaat er, met name in Amsterdam, een chaotische overdracht van zorg met veel onzekerheid voor de patiënten en het medisch personeel. Het is ons opgevallen dat meerdere betrokkenen die wij hebben gesproken, achteraf claimen dat zijzelf of een andere partij de regie heeft gevoerd na het faillissement van het MC Slotervaart. Opvallend is dat hierover geen eenduidig beeld lijkt te bestaan, zo worden onder meer de gemeente Amsterdam, het ministerie van VWS, de curator, Zilveren Kruis, de IGJ en de NZa aangewezen als regisseur.

Naar meer regie

De chaotische situatie en onrust onder patiënten, personeel en politiek, vormen uiteindelijk de prikkel voor partijen om buiten hun eigen formele rol te treden en probleemoplossend te gaan handelen. De rolopvatting wijzigt daarmee drastisch in de periode na de faillissementen. Het ministerie van VWS kiest daags na de faillissementen voor een actievere opstelling. Het ministerie constateert dan dat het de consequenties van een faillissement heeft onderschat, en ziet in de chaotische situatie bij met name het MC Slotervaart, waar de overdracht van patiënten moeizaam verloopt, dat het aan regie ontbreekt. Naast de oud-bestuurder die op verzoek van de curatoren betrokken blijft, besluit het ministerie om twee medisch specialisten en een ervaren bestuurder aan te stellen om de curator te ondersteunen. Ook fungeert het ministerie als voorzitter in een crisisstaf met betrokken partijen. De gemeente Amsterdam biedt hulp aan vanuit haar ervaring met crisismanagement in de stad. Een ondersteuningsteam vanuit de gemeente staat vanaf dat moment de curator en de stuurgroep van een binnen het MC Slotervaart ingesteld crisisteam bij, om de overdracht van zorg gecontroleerd te laten verlopen. De zorgverzekeraar verstrekt boedelkrediet, en gaat in overleg met omringende ziekenhuizen over de overname van de zorg.

De IGJ en NZa gaan vervolgens samen optrekken, en faciliteren met name bij het MC Slotervaart de overdracht van patiënten. Zij denken bijvoorbeeld actief mee met ter zake kundigen over een stroomschema voor de overdracht van medische dossiers. Vanaf begin november 2018 lijkt het patroon waarin een ieder voornamelijk vasthoudt aan zijn eigen rol te worden doorbroken.

In het kort: rigide rolopvatting

In deze paragraaf zien we een patroon waarbij zorgverzekeraars en toezichthoudende partijen strikt binnen hun eigen kader handelen, en daarmee precies datgene doen wat vanuit hun rol mag worden verwacht. Deze rolvastheid leidt er echter toe dat er onvoldoende onderlinge afstemming plaatsvindt en er geen sprake is van gezamenlijk handelen. Hierdoor heeft geen van de toezichthoudende partijen een totaalbeeld van de werkelijke situatie en blijft een patroon in stand waarbij elke partij vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid informatie opvraagt bij de twee ziekenhuizen, en waarbij zij deze informatie niet samenbrengen om in te schatten of het nodig is om als lines of defense gezamenlijk in te grijpen. Partijen houden vast aan hun eigen definitie van de situatie, en handelen er ook naar. Geen van de toezichthoudende partijen en zorgverzekeraars heeft zich daarbij voorbereid op een scenario van volledige afbouw, inclusief de (financiële) consequenties die daaraan verbonden zijn. Pas als de crisis daar is, worden zij met hun neus op de feiten gedrukt en kiezen zij voor een andere strategie, gericht op het oplossen van de ontstane crisis.

3.10 Vlucht naar voren leidt tot abrupt einde: terugvaloptie ontbreekt

Op 23 oktober 2018 vragen de ziekenhuisbesturen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aan. Slechts twee dagen later volgt het faillissement, en valt definitief het doek voor de beide ziekenhuizen van de MC Groep. De ziekenhuizen komen hiermee in een andere realiteit terecht. Vanaf het faillissement neemt de curator de verantwoordelijkheid over. Hoe is het verloop van de gebeurtenissen na surseance van betaling te begrijpen?

Al meteen wordt het de curatoren duidelijk dat geen van de betrokken partijen een concreet plan heeft klaarliggen voor de situatie dat de zorg in de ziekenhuizen snel moet worden afgebouwd en patiënten en hun dossiers moeten worden overgedragen. Daarmee onderscheiden deze casussen zich van eerdere ziekenhuisfaillissementen waar wel uitgewerkte plannen klaarlagen of deels al waren uitgevoerd waardoor het faillissement op gecontroleerde wijze plaatsvond. Zo maakte het Ruwaard van Putten Ziekenhuis op de dag van faillissement direct een doorstart die in een pre-pack al was voorbereid, werd het Havenziekenhuis in Rotterdam omgevormd naar een poliklinisch centrum met financiële steun van het Erasmus MC, en werd de zorg in het failliete De Sionsberg gedurende zes weken voortgezet waarna het een doorstart maakte.

Partijen kijken hier naar elkaar: de ziekenhuizen zijn verbaasd dat de zorgverzekeraar geen plan heeft liggen; de verzekeraars verbazen zich dat de ziekenhuisbestuurders niet weten wat hen te doen staat. Wij constateren dat er vanaf dit moment geen scenario's of plannen van aanpak beschikbaar zijn die houvast bieden. Door het alsmaar plannen maken (zie 3.7) en de volharding in de visie (zie 3.6) ontbreekt het aan een uitgewerkte terugvaloptie: over financiering van volledige afbouw is geen overeenstemming, en omliggende ziekenhuizen zijn niet bereid een samenwerking aan te gaan. Beide ziekenhuizen komen in een stroomversnelling van gebeurtenissen terecht, waarin snelle, ad hoc beslissingen genomen moeten worden.

Continuïteitsplannen niet toegerust op de realiteit

De ziekenhuizen hebben weliswaar op verzoek van de inspectie continuïteitsplannen opgesteld; deze blijken echter onvoldoende concreet te zijn uitgewerkt, waardoor ze niet aansluiten op de werkelijke situatie en geen houvast bieden. Het feit dat de continuïteitsplannen juist op een aantal cruciale punten niet zijn uitgewerkt, wreekt zich met name in het MC Slotervaart onmiddellijk nadat surseance van betaling is aangevraagd: nog diezelfde middag blijkt dat enkele PNIL'ers die ingeroosterd

waren op de IC met onmiddellijke ingang niet meer beschikbaar zijn. De bezetting op deze voor het ziekenhuis cruciale afdeling, waar al sprake was van een nijpend personeelstekort, komt daarmee dermate onder druk te staan dat nog dezelfde dag wordt besloten de IC te sluiten en de daar opgenomen patiënten over te dragen. Als gevolg van het sluiten van de IC moeten snel daarna ook de SEH en OK's worden gesloten omdat patiënten in geval van complicaties niet langer op de IC terecht kunnen. Wat bij het sluiten van deze afdelingen tevens meespeelt, is dat niet alle materialen meer worden geleverd en sommige leveranciers hun spullen terughalen. Uitgerekend deze twee cruciale factoren, te weten personele bezetting en beschikbaarheid van materialen, blijken niet te zijn uitgewerkt in de door de ziekenhuizen in opdracht van de inspectie opgestelde continuïteitsplannen. Dat deze onderwerpen niet zijn uitgewerkt en de inspectie ook niet heeft aangedrongen op het vervolmaken van de continuïteitsplannen, lijkt illustratief voor het gebrek aan een gezamenlijk gevoel van urgentie in de periode voorafgaand aan het faillissement.

Overdracht van patiënten MC Slotervaart

Wanneer de faillissementen op 25 oktober 2018 worden uitgesproken, nemen de curatoren in beide ziekenhuizen de leiding. Vanaf dat moment zijn zij verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg, terwijl zij tegelijkertijd vanuit de Faillissementswet in het belang van de crediteuren moeten handelen.

Nadat in de eerste weken na het faillissement van het MC Slotervaart klinische patiënten en patiënten die op korte termijn door een arts gezien moeten worden, zijn overgedragen, vergt ook het vraagstuk waar de grote groep niet-urgente patiënten naartoe kan steeds meer aandacht. Deze groep patiënten, evenals hun huisartsen, willen weten waar zij aan toe zijn: in welk ziekenhuis en bij welke arts kunnen zij terecht? Kunnen zij hun eigen arts behouden? Wat gebeurt er met geplande afspraken? Waar gaat hun medisch dossier naartoe? Omdat in dezelfde periode een biedingsproces wordt opgestart waarin zorgaanbieders een bod kunnen uitbrengen op de ziekenhuizen, ontstaat spanning op dit dossier. Het is voor patiënten van belang dat zij zo snel mogelijk duidelijkheid hebben over waar zij terecht kunnen. Tegelijkertijd is het in het belang van de boedel dat patiënten behouden blijven, zodat een overnemende partij niet een 'leeg' ziekenhuis overneemt. Binnen deze spagaat zetten de curatoren van het MC Slotervaart samen met de zorgverzekeraar parallel beide processen in gang: zij bereiden 'landingsbanen' voor, zodat patiënten kunnen worden overgedragen, en tegelijkertijd leiden zij het biedingsproces in de hoop een goede overnamekandidaat te vinden.

Als op 13 november 2018 blijkt dat moet worden overgegaan tot overdracht van zorg naar andere ziekenhuizen in de regio omdat een eventuele overname van de baan is, ontstaat er weer een nieuwe periode van onzekerheid. Mogelijke juridische beperkingen staan bijvoorbeeld snelle overdracht van patiëntgegevens in de weg, en lang blijft onduidelijk welke patiënten waar naartoe kunnen. Er ontstaat daardoor vertraging in de zorgoverdracht, waardoor de onrust onder patiënten en medisch personeel wordt vergroot. Medisch specialisten geven aan dat, door de abrupte sluiting en de onduidelijke berichtgeving over de opvang van de patiëntenzorg, er een oncontroleerbare chaotische stroom van patiënten op gang is gekomen, en dat het hen aan tijd ontbreekt om een warme overdracht met zorgvuldigheid uit te voeren. Ook blijkt echter dat niet alle artsen even coöperatief zijn, en dat sommigen een achterstand hebben in het bijwerken van dossiers. De informatieverstrekking aan huisartsen in de regio schiet ernstig tekort. Zij worden overspoeld door vragen van bezorgde patiënten. Patiënten weten niet waar ze aan toe zijn, bij welk ziekenhuis zij terecht kunnen en naar welke arts zij worden overgedragen. Patiënten die bij meerdere – met elkaar samenhangende – specialismen onder behandeling waren in het MC Slotervaart, ervaren bovendien een grote mate van versnippering in de zorg. Tekenend is de casus van een voormalig patiënt van het MC Slotervaart die wij spraken, en die momenteel bij acht verschillende ziekenhuizen onder behandeling is, omdat in de overdracht van zorg geen rekening is gehouden met combinaties van benodigde specialismen.

Tegelijkertijd weet in rap tempo een groot deel van het ziekenhuispersoneel een nieuwe baan te vinden in een van de omliggende ziekenhuizen: de krappe arbeidsmarkt maakt dat men zit te springen om personeel. Ook zijn sommige vakgroepen reeds in gesprek met andere ziekenhuizen, om te bewerkstelligen dat zij als geheel, met patiënten, over kunnen naar een andere zorgaanbieder. De overdracht van patiënten is voor het faillissement niet besproken met omliggende ziekenhuizen: in de continuïteitsplannen geven de ziekenhuizen aan vanwege de strategische en politieke gevoeligheid niet met collega-zorgaanbieders in overleg te kunnen.³⁹⁴ Ook de zorgverzekeraar geeft aan dat deze niet eerder met omringende ziekenhuizen in gesprek kon gaan, waardoor de overdracht van patiënten niet verder voorbereid kon worden. Wij constateren dat angst voor een self-fulfilling prophecy een goed voorbereide overdracht van patiënten heeft belemmerd. Doordat direct na het faillissement ook een regisseur op de afbouw van zorg ontbreekt, ontstaat al snel een chaotische situatie.

Uiteindelijk komt een groot deel van de patiënten terecht in het OLVG, terwijl andere, kleinere, ziekenhuizen in Amsterdam nauwelijks profiteren van de extra omzet die meer patiënten kunnen genereren. Het is ons gebleken dat het een gemiste kans is dat er niet vooraf een plan lag hoe patiënten en vakgroepen te verdelen, waarbij er vanaf het begin af aan duidelijkheid is voor patiënten en personeel over waar zij terecht kunnen. Daarbij is in de overdracht van patiëntenzorg weinig rekening gehouden met de gevolgen voor patiënten die voor meerdere aandoeningen bij meerdere specialisten onder behandeling waren in het MC Slotervaart.

Overgangsfase zorg MC IJsselmeerziekenhuizen

Bij de MC IJsselmeerziekenhuizen verloopt de afbouw van zorg rustiger. Het blijkt mogelijk om, na het beschikbaar stellen van zorgbekostiging door de verzekeraars, de polikliniek nog open te houden en gefaseerd af te schalen. Ook kunnen in de weken na het faillissement de kliniek en SEH nog open blijven, waarna deze worden afgeschaald. Daarmee wordt in Lelystad een 'harde landing' voorkomen. Doordat snel na het faillissement duidelijk wordt dat er meerdere serieuze overnamekandidaten zijn, en alle stakeholders een ziekenhuislocatie in Lelystad wensen te behouden, kan het ziekenhuis open blijven. De inspectie constateert naderhand in haar rapport over de afwikkeling van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen dat hoewel de risico's voor patiënten toenamen, de organisatie van de wijze van overdracht van zorg niet heeft geleid tot onveilige situaties.³⁹⁵

Dat er bij de MC IJsselmeerziekenhuizen geen sprake is van een zogenoemde 'harde landing', neemt niet weg dat ook hier het faillissement hard is aangekomen en ook hier voor veel onrust onder medewerkers, patiënten, huisartsen en inwoners van de regio heeft gezorgd. Een belangrijk aspect daarvan is de sluiting van de afdeling van acute verloskunde in Lelystad, direct na surseance van betaling, en de afschaling van de spoedeisende hulp enkele weken na het faillissement. Het ROAZ is niet bij dit besluit betrokken en het ontbreken van een plan waarin is geregeld waar verloskundigen met hun patiënten naartoe kunnen, geeft aan dat ook hier abrupte sluiting niet voorzien was. Hoewel de 45-minutennorm voor acute zorg met de abrupte sluiting van de afdeling acute verloskunde formeel niet wordt overschreden, neemt de reistijd voor veel inwoners van de provincie Flevoland, en in het bijzonder voor de inwoners van Urk, fors toe. Het is met name de (dreigende) onbereikbaarheid van deze acute zorgfuncties die daags na het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen tot zorg en ongerustheid leidt, omdat de consequenties niet vooraf in beeld zijn gebracht en compenserende maatregelen, zoals extra ambulancecapaciteit, pas naderhand worden besproken en georganiseerd. Maar ook voor de bereikbaarheid van zorg op lange termijn geldt dat het gaat om een kwetsbare populatie. Zo gaat het om veel mensen met een chronische ziekte en een beperkt inkomen. Deze mensen zijn zeer beperkt in hun mobiliteit. Evenals bij het MC Slotervaart constateren wij dat hier op

³⁹⁴ Wel is in de zomer met omringende ziekenhuizen gesproken over samenwerking en overname van patiënten, maar dit was buiten de context van faillissement.

³⁹⁵ IGJ (2020), 'Veerkracht en betrokkenheid: goede zorg na faillissement MC IJsselmeerziekenhuizen', 7 januari 2020.

voorhand onvoldoende aandacht is geweest voor de consequenties van deze besluiten op patiënt-niveau, ondanks waarschuwingen vanuit het ziekenhuis.

In het kort: vlucht naar voren leidt tot abrupt einde: er is geen terugvaloptie

In het streven naar plannen voor de toekomst is er te weinig aandacht geweest voor wat er zou moeten gebeuren als geen van deze plannen tot realisatie zou kunnen komen. Wij constateren dat angst voor een self-fulfilling prophecy bij zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder, een goed voorbereide overdracht van patiënten heeft belemmerd. In het MC Slotervaart leidde dit tot een chaotische situatie. Ook in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen was sprake van maatschappelijke onrust. Dat de situatie na enige tijd is gestabiliseerd, en constructieve samenwerking tussen de betrokkenen tot stand is gekomen, laat onverlet dat de gevolgen voor patiënten, medewerkers en omwonenden op voorhand onvoldoende zijn meegewogen in de besluitvorming.

3.11 Patronen grijpen in elkaar en versterken elkaar

In dit hoofdstuk zijn de patronen geschetst die de faillissementen van de ziekenhuizen en het abrupte karakter daarvan inzichtelijk maken. Deze patronen volgen elkaar niet chronologisch op, maar zijn tegelijkertijd aan de orde, waarbij door de tijd heen het ene, dan weer het andere patroon domineert.

Wij zien de samenhang tussen de patronen als volgt: De twee ziekenhuizen hebben het al voor de respectievelijke overnames financieel moeilijk, en komen in de periode daarna langzaam in een neerwaartse spiraal terecht van minder patiënten en stijgende kosten, onder meer voor het inhuren van personeel niet in loondienst. De ten tijde van de overname hoge schuldenlast van de MC IJsselmeerziekenhuizen en de verlieslijdende positie van het MC Slotervaart, in combinatie met lage rendementen dragen eraan bij dat de ziekenhuizen weinig investeringsruimte hebben om achterstallig onderhoud in te lopen. Intussen raken de reserves voor lopende uitgaven steeds verder uitgeput en ontstaat uiteindelijk een acuut liquiditeitstekort. Dit patroon van een financiële neerwaartse spiraal wordt versterkt door een patroon van groeiende eenzijdige afhankelijkheid van de zorgverzekeraar, dat zich gelijktijdig manifesteert. Doordat de ziekenhuizen voor hun voortbestaan afhankelijk zijn van de jaarlijkse afspraken met de zorgverzekeraar, is hun onderhandelingsmacht uiterst beperkt. Met de groeiende afhankelijkheid van de zorgverzekeraar en de toenemende financiële problemen neemt ook de druk op de ziekenhuisbestuurders toe. Verbeterplannen om de situatie ten goede te keren, kunnen echter rekenen op weinig draagvlak onder het medisch personeel, dat dan al jaren een moeizame verhouding heeft met het ziekenhuisbestuur. Dit handelen van de medische staf hangt samen met het steeds verder groeiende wantrouwen jegens de aandeelhouder en bestuurders. De ervaren intransparantie over de BV-structuur en vermoedens over dubbele belangen van de aandeelhouder, in een context van afkalvend draagvlak voor zorgondernemers in het algemeen, maakt dat elk voorstel van de aandeelhouder en/of het bestuur met wantrouwen tegemoet wordt getreden. Ook omliggende ziekenhuizen zijn niet bereid tot overname of vergevorderde samenwerking. Doordat het bestuur er niet in slaagt om voldoende effect te sorteren, worden diverse disfunctionele patronen niet doorbroken.

Het wantrouwen speelt ook bij de externe toezichthouders, die grip op de situatie proberen te krijgen door steeds meer informatie en plannen op te vragen bij de ziekenhuizen. Ondertussen praten ziekenhuizen en zorgverzekeraars wel met elkaar, maar weten zij niet op een lijn te komen. Hierdoor raken ze steeds verder van elkaar verwijderd, terwijl ze mede gezien het verleden nog in

de veronderstelling zijn er samen wel uit te komen (dat lukte immers voorheen ook altijd, ondanks moeizame onderhandelingen). De partijen die deze neerwaartse spiraal van buitenaf zouden kunnen doorbreken, te weten de IGJ, de NZa en het ministerie van VWS, hebben niet in de gaten dat het echt mis gaat. Voor hen past de zwakke financiële positie van de ziekenhuizen en het afhankelijk zijn van de zorgverzekeraars in een patroon dat ze vaker hebben gezien, en waarbij het uiteindelijk altijd goed kwam. Doordat externe partijen geen gezamenlijk gevoel van urgentie ervaren, blijven zij ieder in hun eigen rol hangen, en zoeken zij elkaar niet op, waardoor regie ontbreekt. De zorgverzekeraar werkt de zorgplicht alleen op macroniveau uit, met goedvinden van toezichthouder NZa.

Veel van de in het voorgaande geschetste patronen versterken elkaar. Het is juist de combinatie en de gelijktijdigheid van de patronen die ertoe leidt dat partijen langzaam in een fuik terecht komen waaruit het moeilijk ontsnappen is.³⁹⁶ Dit alles culmineert uiteindelijk in een abrupt einde van de ziekenhuizen, waarbij er geen plan blijkt te zijn waarin de continuïteit van zorg op individueel patiëntniveau is geregeld. Betrokkenen kijken hier naar elkaar. De patiënt is uiteindelijk de dupe.

³⁹⁶ Zie ook Bijlage A voor een figuur dat de samenhang tussen de patronen grafisch weergeeft.

4. Een analyse op systeemniveau

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk belichten wij achtereenvolgens aspecten van het stelsel van gereguleerde marktwerking en de zorgmarkt, van de governance van ziekenhuizen, en van extern toezicht op ziekenhuizen. Daarnaast staan wij stil bij mogelijke botsingen tussen vigerende wetten. Deze aspecten werken wij uit teneinde de patronen die zich in de onderzochte casussen hebben gemanifesteerd, in de juiste context te kunnen plaatsen. Wij achten in het bijzonder deze vier aspecten en de dynamiek ertussen relevant om de gebeurtenissen in deze casus te kunnen begrijpen.

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden zijn in het zorgstelsel in een driehoeksverhouding gebracht op basis van gereguleerde marktwerking. Daarbij is sprake van drie markten: de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Op de zorgverleningsmarkt staat de vraag en het aanbod van zorg centraal. Het gaat over de interactie tussen de zorgverlener en de patiënt. Deze relatie wordt met name geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), op grond waarvan tussen zorgverlener en patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt. De WGBO legt vooral verplichtingen op aan de zorgverlener waarvan niet ten nadele van de patiënt mag worden afgeweken. De zorgverzekeringsmarkt gaat over het afsluiten van zorgverzekeringen door verzekerden en het leveren van bijbehorende diensten door de zorgverzekeraar. De zorginkoopmarkt gaat over het proces van inkopen en verkopen van zorg, een proces tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De relaties tussen verzekerde en zorgverzekeraar en tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden met name beheerst door de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met name op de zorginkoopmarkt spelen daarnaast sturingsmechanismen een rol die thuishoren in een stelsel van marktwerking waarin ondernemingen met elkaar concurreren: de Mededingingswet en de Faillissementswet. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn daarmee niet alleen instellingen met een maatschappelijk doel, maar ook private ondernemingen die positief resultaat willen en moeten halen.

Op systeemniveau spelen er dus meerdere regimes tegelijkertijd. Deze verschillende regimes van sturing zijn soms congruent met elkaar, maar soms ook niet. In dit hoofdstuk laten we zien waar die discongruentie speelt.

4.2 Het stelsel van gereguleerde marktwerking

In 2006 trad de Zorgverzekeringswet in werking. Deze wet beoogde een omslag van aanbod- naar vraagsturing in de zorg, en bracht voor alle betrokken partijen grote veranderingen met zich mee. Ook voor ziekenhuizen. Voorheen was de planning en bekostiging van ziekenhuizen volledig door de overheid gereguleerd. De omzet was gegarandeerd en faillissementen waren uitgesloten. Het nieuwe zorgstelsel introduceerde gereguleerde marktwerking in de zorg: zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden sindsdien geacht met elkaar te concurreren om de gunst van patiënten en verzekerden.

Dit zou als volgt moeten werken. Burgers kunnen van zorgaanbieder wisselen en elk jaar een betere (of goedkopere) zorgverzekeraar uitkiezen. Zij stemmen daarmee 'met de voeten'. Deze dynamiek moet ervoor zorgen dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar strijden om verzekerden en patiënten. Op de zorgverzekeringsmarkt proberen zorgverzekeraars burgers voor zich te winnen met een verzekeringsaanbod tegen een zo scherp mogelijke premie. Zorgverzekeraars doen dit door

op de zorgmarkt met zorgaanbieders te onderhandelen en (selectief) zorg in te kopen op basis van geanonimiseerde informatie die zij hebben over onder andere kwaliteit, doelmatigheid en klantenervaringen. Doordat het budget voor de zorg vaststaat, worden de zorgverzekeraars ook gestimuleerd doelmatig in te kopen. Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, leveren feitelijk de zorg en proberen zich daarmee te onderscheiden van andere aanbieders om zo verzekerde patiënten aan zich te binden.

In de curatieve zorg onderhandelen ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar en proberen zij overeenstemming te bereiken over prijs, kwaliteit en volume van de medisch-specialistische zorg die een ziekenhuis aan verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar zal leveren. Dit doen zij echter in een stelsel van 'gereguleerde' marktwerking.

Deze regulering vloeit voort uit het gegeven dat de overheid verantwoordelijk is voor de publieke belangen in de zorg: de kwaliteit, bereikbaarheid en (financiële) toegankelijkheid van de zorg. Om de toegankelijkheid op individueel niveau te kunnen blijven waarborgen, behoort ook een beheerste kostenontwikkeling tot de publieke belangen. Met het zorgstelsel dat in 2006 in gang is gezet, is een verschuiving opgetreden in de manier waarop die belangen veiliggesteld worden: de overheid treedt meer op als kadersteller en toezichthouder. Hiermee komt de minister meer op afstand te staan en wordt zijn (uitvoerende) rol beperkt.

Het kader dat de overheid vaststelt om deze publieke belangen te borgen, vormt het raamwerk waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar tot afspraken moeten komen. Daarnaast is het toezichtinstrumentarium van de overheid vernieuwd om effectief toezicht te kunnen houden op de relevante publieke belangen. De overheid is en blijft immers verantwoordelijk voor het functioneren van het systeem; hij is 'systeemverantwoordelijk'. De overheid moet dus kunnen ingrijpen als er imperfecties optreden in het systeem en bepaalde publieke gezondheidszorgbelangen onvoldoende gewaarborgd worden of dreigen te worden.

4.3 Werking van de zorgmarkt

Marktwerking op de zorg(inkoop)markt gedijt bij gelijkwaardigheid tussen onderhandelende partijen en bij een solide onderhandelingsbasis. Daarmee kan een evenwicht tussen vraag naar en aanbod van producten of diensten tot stand komen, waarbij de best mogelijke prijs-kwaliteitverhouding tot stand komt. Gelijkwaardigheid veronderstelt dat voor de onderhandelende marktpartijen dezelfde randvoorwaarden gelden (level playing field) en dat partijen wat marktmacht betreft aan elkaar gewaagd zijn. Een solide onderhandelingsbasis is gediend met vergelijkbaarheid van kernprestaties (prijs en kwaliteit), mogelijkheid te groeien bij goed presteren en kapitaal en productiemiddelen om te kunnen investeren en innoveren.

Wanneer we deze voorwaarden achtereenvolgens langslopen, dan zien we dat hieraan in de praktijk van de voorliggende casus niet is voldaan.

4.3.1 Geen gelijkwaardigheid tussen partijen door scheve afhankelijkheden

Wisselende concurrentiedruk

Marktwerking veronderstelt dat onderhandelende partijen met andere partijen in zee kunnen gaan als zij het niet eens worden met elkaar, of ontevreden zijn over geleverde prestaties. De druk van concurrentie kan zo helpen om de onderhandelende partijen te bewegen zich in te spannen om er op een goede manier gezamenlijk uit te komen. Op de deelmarkt van de medisch-specialistische zorg is de concurrentiedruk wisselend. In stedelijke gebieden waar meerdere ziekenhuizen

gevestigd zijn, kunnen zorgverzekeraars in beginsel naar andere aanbieders uitwijken, waarmee zij in de onderhandelingen met de ziekenhuizen in het voordeel zijn. In meer landelijke gebieden is de situatie juist omgekeerd: daar is doorgaans slechts één ziekenhuis gevestigd waar de zorgverzekeraar niet omheen kan. Een andere factor is de grootte van de ziekenhuizen en het marktaandeel van de zorgverzekeraars. Er zijn grote en kleine ziekenhuizen in Nederland. Een groot ziekenhuis heeft een sterkere onderhandelingspositie dan een klein ziekenhuis, simpelweg omdat het zo groot is dat een zorgverzekeraar dit ziekenhuis wel moet contracteren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. In de praktijk zien we ook dat zorgverzekeraars in sommige regio's van Nederland een dominante marktpositie hebben met een hoog marktaandeel. Zij fungeren in de praktijk voor die regio's als marktleider, waarbij andere zorgverzekeraars volgen. Deze wisselende concurrentiedruk leidt tot scheve afhankelijkheden, waarbij soms de zorgverzekeraar overwicht heeft en soms een ziekenhuis.

In de voorliggende casus zien we deze scheve afhankelijkheden terug: het MC Slotervaart ondervindt veel concurrentie van nabij gelegen Amsterdamse ziekenhuizen en de MC IJsselmeerziekenhuizen ondervinden vooral in de randgebieden (Dronten en Emmeloord) concurrentie van andere ziekenhuizen. Beide ziekenhuizen zijn relatief klein en vervullen vooral een regionale functie. Zilveren Kruis is voor beide ziekenhuizen de dominante zorgverzekeraar met een marktaandeel van 55-60%. Deze scheve afhankelijkheden brengen een relatief zwakke positie van de ziekenhuizen in hun onderhandelingen met de zorgverzekeraar(s) met zich mee.

Marktmacht dominante zorgverzekeraar door verschillende rollen

Ziekenhuizen staan voor grote (maatschappelijke) opgaven; zij worden op grond van het recent gesloten Hoofdlijnenakkoord geacht bij te dragen aan verminderde groei van ziekenhuiszorg ten gunste van zorg dicht bij mensen thuis in de eerste lijn.³⁹⁷ Voor dergelijke veranderingen is financiering nodig. Ziekenhuizen hebben echter in het algemeen weinig mogelijkheden om risicodragend kapitaal aan te trekken door het verbod op winstuitkering. Voor banken vormen ziekenhuizen een steeds groter risico vanwege de lage winstgevendheid. Zij zien bovendien voor zichzelf niet snel een rol in desinvesteringen, en volgen hierin de koers die zorgverzekeraars ten aanzien van een ziekenhuis voorstaan. Zorgverzekeraars verstrekken voorschotten op onderhanden werk, en kunnen kosten die gepaard gaan met transitie compenseren. Zij vervullen zo ook een bancaire rol. Daarmee hebben zorgverzekeraars de macht om strategische koerswijzigingen van instellingen te faciliteren of juist te blokkeren. Dit geldt temeer wanneer een zorgverzekeraar een dominante marktpositie heeft, en de facto als marktleider fungeert, waarbij andere zorgverzekeraars diens koers volgen. Dit zien we in de voorliggende casus terug, waar de dominante zorgverzekeraar toekomstscenario's van de ziekenhuizen afwijst, en andere zorgverzekeraars deze koers volgen.

Juist vanwege de opgave waarvoor ziekenhuizen staan, worden de laatste jaren in toenemende mate meerjarencontracten gesloten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen om zo meer zekerheid te krijgen en gezamenlijk te investeren in goede zorg voor patiënten. Ook kunnen in meerjarencontracten afspraken worden gemaakt om te kunnen komen tot een verantwoorde afbouw van de door het ziekenhuis aangeboden zorg. Maar het is de zorgverzekeraar die bepaalt of hij een meerjarencontract aanbiedt of niet; een ziekenhuis kan dit niet afdwingen.

In deze casus is door de MC ziekenhuizen gevraagd om een meerjarencontract. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis wees dit verzoek af. Hij bood vanaf 2016 een jaarlijks P*Q-contract aan, omdat hij constateerde dat de patiëntenaantallen in de beide ziekenhuizen afnamen. Daarmee heeft de zorgverzekeraar het risico van een dalende omzet geheel bij de ziekenhuizen gelegd.

³⁹⁷ Ministerie van VWS, Kamerbrief over Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2018, 8 juni 2017.

Onevenwichtig pressiemiddel

De vraag is ook hoe stevig of realistisch het pressiemiddel van (dreigen met) niet contracteren is, ongeacht de concurrentiedruk in de directe omgeving. Het niet contracteren pakt voor ziekenhuizen meestal slechter uit dan voor zorgverzekeraars. Het staat verzekerde patiënten weliswaar vrij om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg, maar de zorgverzekeraar is dan niet verplicht alle kosten van de verzekerde patiënten te vergoeden. De verzekeraar mag voor niet-gecontracteerde zorg een lagere vergoeding hanteren dan voor gecontracteerde zorg. Dit ontmoedigt patiënten om gebruik te maken van niet-gecontracteerde ziekenhuizen. Door niet te contracteren indien de onderhandelingen niet naar wens verlopen, snijdt een ziekenhuis zichzelf dus in de vingers. Overigens geldt dat in meerdere mate voor kleine ziekenhuizen die te maken hebben met een dominante zorgverzekeraar. Grote zorginstellingen passen als pressiemiddel tegen te lage tarieven of volumes ook wel eens een patiëntenstop toe voor patiënten van bepaalde zorgverzekeraars.

4.3.2 Gebrekkige onderhandelingsbasis door onvergelykbaarheid kernprestaties

Marktwerking veronderstelt dat partijen prijs en kwaliteit van producten en diensten kunnen vergelijken. Deze informatie is nodig om de eigen positie en strategie te kunnen bepalen; het vormt de basis voor onderhandelingen tussen verkopende en aankopende partijen. In de gezondheidszorg is aan deze voorwaarde voor marktwerking niet of nauwelijks voldaan.

Kwaliteit van zorg is moeilijk meetbaar; er wordt in de sector weinig gewerkt met uitkomstmaten, onder andere omdat steeds meer de notie doordringt dat kwaliteit van zorg meer is dan in een-dimensionale getallen tot uitdrukking kan worden gebracht. In de praktijk van zorginkoop speelt kwaliteit van producten en diensten dan ook een ondergeschikte rol. Inkopers verlaten zich vooral op algemene informatie over de ondergrens van kwaliteit, namelijk of voldaan is aan de voorwaarden om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, zoals het behalen van een accreditatie (bijv. NIAZ), en het niet onder verscherpt toezicht van de IGJ geplaatst zijn.

Ook de prijzen van producten en diensten zijn slecht vergelijkbaar. Het met de stelselherziening ingevoerde productsysteem moest het mogelijk maken dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen per product contractuele afspraken konden maken over de prijs en kwaliteit. Concurrentie tussen ziekenhuizen en tussen zorgverzekeraars zou moeten leiden tot goede ziekenhuisproducten tegen een zo laag mogelijke prijs.

We zien echter in de praktijk dat de contractprijzen grote variatie vertonen voor dezelfde producten. Deze verschillen hangen onder meer samen met de verschillende kostprijsmethoden die ziekenhuizen hanteren, vele veranderingen in de regelgeving, verschillen in marktmacht tussen verzekeraars en ziekenhuizen, en de verschuiving in de contractonderhandelingen van prijzen per DBC naar het vaststellen van omzetplafonds of aanneemsommen. Door deze laatste ontwikkeling zijn prijzen veelal fictief, omdat ze fungeren voor het zogenoemde 'vullen' van contractafspraken. Dit houdt in dat wordt teruggerekend van de totale aanneemsom naar aantallen en prijzen van behandelingen. Als een ziekenhuis meer declareert dan de afgesproken som daalt hierdoor de prijs per behandeling.

Door deze prijsvariatie is er nauwelijks publieke informatie te vinden over contractprijzen. Ziekenhuistarieven mogen bovendien van de ACM slechts onder bepaalde voorwaarden openbaar gemaakt worden.³⁹⁸ Zorgverzekeraars kunnen wel prijsbenchmarks doen, omdat zij landelijk werken en van alle ziekenhuizen waar zij zorg inkopen vergelijkingen kunnen maken. Voor ziekenhuizen is

³⁹⁸ ACM, Leidraad transparantie ziekenhuistarieven. <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2017-09/acm-leidraad-transparantie-van-ziekenhuistarieven-september-2017.pdf>.

dat moeilijker; de prijzen zijn niet openbaar en ziekenhuizen zijn terughoudend met het delen van deze informatie, juist omdat prijzen vaak fictief zijn. Ziekenhuizen hebben dus geen inzicht in de prijzen die andere ziekenhuizen zijn overeengekomen.

Het gegeven dat er nauwelijks objectieve data beschikbaar zijn over kwaliteit en prijzen, maakt het voor ziekenhuizen moeilijk scherp te onderhandelen. Daar komt bij dat het betalingssysteem ingewikkeld is en lange doorlooptijden kent, terwijl er jaarlijks onderhandeld en gecontracteerd moet worden. De financiering is ingewikkeld, en er volgen in hoge frequentie systeemwijzigingen. Vooral kleinere ziekenhuizen met een relatief beperkte staf hebben meer moeite om deze op te vangen. Bovendien kunnen door systeemwijzigingen in de financiering nog gedurende jaren afrekeningen volgen over eerdere jaren, die ziekenhuizen met smalle reserves acuut in de problemen brengen. Dit wreekte zich ook bij de beide ziekenhuizen, waarbij na overname door de MC Groep eerst enkele jaren nodig waren om de financiële huishouding te doorgronden en op orde te brengen en vervolgens ingrijpende wijzigingen in de financieringssystematiek (invoering integrale tarieven) moesten worden doorgevoerd in de financiële administratie.

4.3.3 Geen groeimogelijkheden, maar juist verplaatsing van zorg

Marktwerving in pure zin veronderstelt dat aanbieders kunnen inspelen op de vraag, en kunnen groeien als zij zich in positieve zin weten te onderscheiden van andere aanbieders. De overheid heeft echter een omzetplafond ingesteld voor de zorguitgaven, en ook zorgverzekeraars hanteren in hun prijsafspraken met ziekenhuizen omzetplafonds of aanneemsommen, waarmee ze de productie aan banden leggen. Het vastzetten van de maximale productie staat al op gespannen voet met marktwerving en deze spanning neemt alleen maar toe. In het meest recente Hoofdlijnenakkoord is namelijk afgesproken tot een transformatie te komen van (duurdere) ziekenhuiszorg naar zorg dicht bij mensen thuis in de eerste lijn.³⁹⁹

4.3.4 Gebrek aan middelen om te kunnen investeren en innoveren

Verbod op winstuitkering

Ziekenhuizen die in concurrentie met andere ziekenhuizen zorg leveren, hebben behoefte aan alternatieve financieringsbronnen naast bankleningen, om investeringen te kunnen doen en zich in positieve zin te kunnen onderscheiden. Als gevolg van een verbod op winstuitkering kunnen ziekenhuizen geen risicodragend kapitaal aantrekken, omdat zij daarover geen vergoeding mogen betalen.

Zorgondernemers zijn daardoor aangewezen op andere manieren om hun investeringen rendabel te maken. In de onderhavige casus worden oplossingen gezocht in een shop-in-shop model waarbij, behalve sommige specialismen, het vastgoed en bedrijfsvoeringactiviteiten in aparte (deel)ondernemingen worden ondergebracht. Voor deze laatste ondernemingen geldt het verbod op winstuitkering niet. In deze casus was de splitsing in BV's overigens niet bedoeld om winstuitkering mogelijk te maken. Winstuitkering uit de vastgoed-BV werd door interne afspraken verboden, en huurovereenkomsten en tarieven voor dienstverlening uit de betreffende BV's werden op marktconformiteit getoetst door de Raad van Commissarissen. Wij stellen vast dat een ervaren gebrek aan inzicht in de precieze BV-structuur van de ziekenhuizen wantrouwen ten aanzien van de motieven van de aandeelhouders en ziekenhuisbestuurders heeft gevoed, zoals ook beschreven in paragraaf 3.5.

³⁹⁹ Ministerie van VWS, Kamerbrief over Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2018, 8 juni 2017.

Strijd om arbeidskrachten

Zorgverleners ervaren steeds grotere werkdruk, onder andere door hoge administratieve lasten en krapte aan personeel. Veel zorgverleners kiezen ervoor om als zzp-er of via uitzendbureaus in de zorg aan de slag te gaan, onder andere om meer invloed te hebben op werktijden, diensten etc. De kosten hiervan zijn hoger dan van personeel in loondienst. Dit is een probleem op zichzelf. Daarnaast zien we dat kleinere ziekenhuizen hier meer last van hebben dan grotere ziekenhuizen. Voor personeel dat wel in loondienst werkt, is het doorgaans aantrekkelijker om in grotere ziekenhuizen te werken, omdat zij daar meer ontwikkelperspectieven hebben. Kleinere ziekenhuizen hebben dus relatief meer moeilijk vervulbare vacatures, soms op cruciale afdelingen. Dit bleek ook het geval in de beide ziekenhuizen, die verhoudingsgewijs veel Personeel Niet in Loondienst (PNIL) hadden. In het MC Slotervaart was verhoudingsgewijs veel PNIL werkzaam in de acute as, zoals op de SEH en IC.

4.3.5 Tussenconclusie

Beide ziekenhuizen zijn relatief kleine ziekenhuizen, die in de directe nabijheid concurrentie onder vinden van andere ziekenhuizen. Omdat zij vooral een regionale functie vervullen, zijn zij extra kwetsbaar voor substitutie van ziekenhuiszorg naar zorg in de eerste lijn. De resultaten van de ziekenhuizen komen door een dalende productie steeds meer onder druk te staan. Door een verbod op winstuitkering is het moeilijk vreemd kapitaal aan te trekken en dus moeilijk te innoveren en personeel aan zich te binden. Deze combinatie van factoren geeft een voedingsbodem voor het gesignaleerde patroon van een neerwaartse spiraal (paragraaf 3.2). De financiële buffers raken op, waardoor de ziekenhuizen voor hun liquiditeit in belangrijke mate afhankelijk zijn van bevoorschotting van het onderhanden werk door de zorgverzekeraar. Tegenvallers door afrekeningen over voorgaande jaren als gevolg van veranderingen in de financieringssysteematiek kunnen niet meer worden opgevangen; daarvoor ontbreken de reserves. Dit werkt het patroon van 'een toenemende eenzijdige afhankelijkheid' (paragraaf 3.3) in de hand.

4.4 Governance van ziekenhuizen

4.4.1 Relatie ziekenhuisbestuur en medisch specialisten

De besturing van ziekenhuizen is complex door de interne verhoudingen, waarbij belangen niet altijd parallel lopen. Dit laatste geldt vooral voor de relatie tussen bestuur en (het collectief van) medisch specialisten, die behoorlijke hindermacht kunnen vormen tegen eventuele koerswijzigingen van het ziekenhuis.

Medisch specialisten en ziekenhuizen kunnen niet zonder elkaar bestaan. De relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuisbesturen heeft zich echter anders ontwikkeld dan destijds met de Integratiewet (2000) was beoogd. In plaats van op te gaan in de ziekenhuisorganisatie hebben medisch specialisten hun positie in het ziekenhuis verzelfstandigd door zich te organiseren in de stafmaatschap en in de vereniging medische staf. In de relatie individuele medisch specialist en ziekenhuis is daarmee een derde laag geschoven, die van de collectiviteiten: de medische staf als geheel en daarnaast de belangengroepen van de verschillende geledingen (dienstverbanders, vrij gevestigden, arts-assistenten). De staf is op alle wezenlijke fronten van het ziekenhuisbeleid de onderhandelingspartner van het ziekenhuisbestuur geworden.

Ontwikkelingen in en rond ziekenhuizen dwingen raden van bestuur de organisatie vanuit een centrale visie te ontwikkelen. Het gaat dan om investeringen in nieuwe medische technologie en om overige zorginnovatie, zoals ketenzorg, maar bijvoorbeeld ook over het profiel (of portfolio) van

het ziekenhuis (welke diensten biedt het ziekenhuis aan?). Het gaat ook om de noodzaak samen te werken met andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld om te kunnen voldoen aan de eisen die veldpartijen stellen aan het aantal verrichtingen per jaar. Juist over deze vraagstukken kan het adviesrecht van de georganiseerde medisch specialisten zich uitstrekken. Dat maakt het ingewikkeld een eenduidige, gedragen visie te ontwikkelen op de strategische koers van de ziekenhuisorganisatie in een snel veranderende context.

In de voorliggende casussen zien we echter een interne verdeeldheid. De medisch specialisten kunnen zich niet vinden in scenario's waarbij het ziekenhuis gedeeltelijk of zelfs geheel wordt afgebouwd. Het lukt bestuurders niet om met de medisch specialisten van het MC Slotervaart een gezamenlijke visie op het toekomstige profiel van de ziekenhuizen te ontwikkelen. Medisch specialisten dreigen soms hun productie te verminderen om hun verzet tegen door het bestuur ontwikkelde plannen kracht bij te zetten. Ook stil verzet komt voor: medisch specialisten die allen in loondienst zijn, zijn soms laks met registreren. De interne verdeeldheid en het wantrouwen werken zo ondermijnend voor de ziekenhuizen die in financieel zwaar weer verkeren.

4.4.2 Interne governance niet toegesneden op ziekenhuizen met een aandeelhouder

Er zijn wettelijke eisen ten aanzien van 'goed bestuur' waaraan zorgaanbieders zoals ziekenhuizen moeten voldoen. Zo vereist de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dat er een orgaan is dat toezicht houdt op het beleid van de algemene leiding van het ziekenhuis, dat geen persoon tegelijk deel uitmaakt van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding, en dat de leden van het toezichthoudend orgaan geen directe belangen hebben bij de instelling. Naast deze wettelijke eisen gelden de eisen die de sector zelf heeft vastgelegd in de Governancecode zorg. Ook hierin zijn normen opgenomen voor goed bestuur.

De wettelijke eisen en de veldnormen uit de Governancecode richten zich op het bestuur en het intern toezichthoudende orgaan, maar niet op de eventuele aandeelhouders. Weliswaar geeft de Governancecode normen voor hoe het bestuur en het intern toezichthoudend orgaan moeten omgaan met de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA), bijvoorbeeld dat het bestuur de AVA goed moet informeren en verantwoording moet afleggen aan de AVA, maar de code bevat geen normen voor de AVA over mogelijke interferentie met de bestuurlijke en/of toezichthoudende organen.

Zowel wettelijke regelingen als de Governancecode zijn geënt op de situatie waarin ziekenhuizen geen aandeelhouders hebben, zoals bij de meeste ziekenhuizen het geval is. De MC ziekenhuizen vormden hierop een uitzondering doordat zij een BV als rechtsvorm hadden, waar de meeste ziekenhuizen in Nederland een stichting zijn. Doordat niet geregeld is hoe om te gaan met een samenloop van functies, ligt het zwaartepunt van de zeggenschap bij de grootaandeelhouders tevens bestuurders, waardoor de interne countervailing power van de Raad van Commissarissen wordt beperkt. Ook dit voedt het wantrouwen en de interne verdeeldheid onder het personeel.

4.4.3 Tussenconclusie

De interne governance van de beide MC ziekenhuizen is zodanig ingericht dat de functies van aandeelhouder en bestuurder samenvallen. Daardoor boet de interne countervailing power in aan kracht. Dit biedt met name bij het MC Slotervaart ruimte voor verdeeldheid tussen medisch specialisten en bestuur/aandeelhouders en in de MC IJsselmeerziekenhuizen tussen bestuur/aandeelhouders en Raad van Commissarissen. Deze interne verdeeldheid wordt versterkt door het patroon van

gebrekkige informatievoorziening dat leidt tot wantrouwen (3.5), en resulteert in het patroon waarbij gebrekkig intern draagvlak de bestuurlijke executiekracht ondermijnt (3.4).

4.5 Extern toezicht op de financiële huishouding van zorginstellingen

In de filosofie van het stelsel van gereguleerde marktwerking moeten instellingen die slecht presteren failliet kunnen gaan. Hoewel verschillende instanties van overheidswege toezicht houden op aspecten die met de financiële gezondheid van zorginstellingen samenhangen, is het niet zo dat één (overheids)instantie verantwoordelijk is voor het toezicht op de financiële gezondheid van een ziekenhuis als zodanig. Het voortbestaan van zorginstellingen is immers geen doelstelling (meer) van het overheidsbeleid.

Niettemin hebben verschillende externe private partijen er belang bij de financiële gezondheid van ziekenhuizen te monitoren, en hebben publieke toezichthouders zoals de IGJ en de NZa toezichthoudende taken op het gebied van de financiële bedrijfsvoering van zorgaanbieders. De IGJ heeft als wettelijke taak het toezien op de transparantie van de bedrijfsvoering en de financiële administratie, terwijl de NZa (onder meer) tot taak heeft toe te zien op correct declareren en transparantie van zorgaanbieders. De achterliggende doelstelling van deze publieke toezichttaken is niet het garanderen van het voortbestaan van de instellingen, maar het bewaken van de kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid van de zorg.

Al deze partijen proberen ieder voor zich – vanuit hun belang of op grond van hun wettelijke taak – informatie te verkrijgen van de ziekenhuizen om zich een beeld te kunnen vormen over de financiële gezondheid van de instelling. Dat doen zij door informatie op te vragen en verbeterplannen te eisen. Aanwijzingen voor financiële problemen leiden zo tot een reflex om meer informatie en verbetervoorstellen te vragen. Hierin zien we het patroon van ‘voortdurend houvast zoeken in de papieren werkelijkheid van plannen’ (paragraaf 3.7) terug. De informatie wordt echter niet bij elkaar gebracht en leidt niet tot daadwerkelijke verbeteringen. Het toezicht op de financiële gezondheid van ziekenhuizen is dus sterk versnipperd.

Inmiddels is een wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders in behandeling bij de Tweede Kamer.⁴⁰⁰ In de daarbij behorende Aanpassingswet is voorzien in een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), waarbij het toezicht op de naleving van de regels over financiële bedrijfsvoering, de aanlevering van de jaarverantwoording en het verbod voor sommige zorginstellingen om een winstookmerk te hebben, zal worden overgeheveld van de IGJ naar de NZa.

4.5.1 Early warning system als schijnzekerheid

In de Wet marktordening gezondheidszorg is een meldplicht opgenomen, die nader is uitgewerkt in de “Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg”.⁴⁰¹ In deze regeling is de plicht opgenomen voor zorgverzekeraars om problemen ten aanzien van de continuïteit van cruciale zorg bij de NZa te melden. Een zorgverzekeraar moet een melding doen bij de NZa op het moment dat hij niet in staat is om de cruciale zorg te (laten) leveren, terwijl hij al het mogelijke heeft gedaan om de continuïteit van cruciale zorg te borgen.

⁴⁰⁰ Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2018-2019, nr. 34767.

⁴⁰¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036070/2014-12-31>.

Deze meldplicht geldt dus alleen wanneer de continuïteit van ‘cruciale zorg’ in het geding is. Voor ziekenhuizen is dit het geval wanneer door niet beschikbaarheid van de SEH of acute verloskonde, het aantal Nederlanders dat niet binnen 45 minuten een (andere) afdeling SEH of acute verloskonde kan bereiken, toeneemt. De wet schrijft niet voor welke criteria zorgverzekeraars en NZa moeten of kunnen hanteren om continuïteitsproblemen tijdig te kunnen signaleren, noch met welke regelmaat deze indicatoren moeten worden uitgewisseld.

In een recente Kamerbrief geven de bewindslieden van het ministerie van VWS aan dat zij voornemens zijn deze meldplicht uit te breiden naar alle zorginstellingen, ongeacht of het gaat om cruciale zorg of niet.⁴⁰² Hiermee wordt de reikwijdte van de meldplicht opgerekt, maar wordt de vraag welke signalen kunnen wijzen op continuïteitsproblemen niet beantwoord. In de praktijk hebben alle verzekeraars inderdaad een systeem van vroegsignalering ingevoerd, waarin harde feitelijke signalen zijn opgenomen, zoals snelle bestuurswisselingen of informatie over de financiële positie van de aanbieder. Zachte signalen over gedrag en cultuur, zoals daling van het vertrouwen in het bestuur, worden minder vaak gehanteerd.

In de onderhavige casus was vanaf het moment dat de MC Groep de ziekenhuizen overnam voor alle betrokkenen duidelijk dat de ziekenhuizen er financieel zwak voor stonden. Dat was immers destijds aanleiding voor de overname door deze private partij. Ook was voor alle betrokkenen helder dat de ziekenhuizen tijd nodig hadden om zaken op orde te krijgen. Het uitblijven van tijdige declaraties en financiële verantwoording werden mede hierdoor door de zorgverzekeraar(s) niet als harde signalen opgevat. Ook doordat de ziekenhuizen hierin niet wezenlijk van andere ziekenhuizen verschilden. Dit gevoegd bij het feit dat hier volgens de definitie van de Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg geen sprake was van cruciale zorg, en er dus formeel geen meldplicht bestond, is er dan ook niet gemeld. Dit veranderde niet toen medio 2018 een stand still werd afgesproken tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Hier zien we dat het early warning systeem niet heeft gewerkt als gevolg van de beperkte reikwijdte van de meldplicht, maar ook als gevolg van een patroon van ‘bijzondere omstandigheden steeds gekwalificeerd als business as usual’ (paragraaf 3.8) en van ‘volharding in de visie’ (paragraaf 3.6), waarbij de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar bij de toezichthouders de indruk gaven dat er geen sprake was van een dreigend faillissement.

Zelfs als de reikwijdte van de meldplicht wordt uitgebreid zoals de minister voor Medische Zorg en Sport zich voornemt, is het onze overtuiging dat een early warning systeem niet zal helpen. Zoals eerder gesteld (paragraaf 4.3.5) hebben vrijwel alle kleinere ziekenhuizen een financieel zwakke positie en weinig reserves; dat is ook zonder het early warning systeem algemeen bekend. Al deze ziekenhuizen zijn in hoge mate afhankelijk van de bereidheid van individuele zorgverzekeraars om te contracteren of te financieren en dit is – zoals we in onderhavige casus hebben gezien – lastig te voorspellen. Een early warning systeem biedt slechts schijnzekerheid en dreigt de papieren werkelijkheid groter te maken.

4.5.2 Tussenconclusie

Het externe toezicht op de financiële huishouding van zorginstellingen is versnipperd en ontoereikend. Dit gegeven weerspiegelt het patroon van rigide rolopvatting (paragraaf 3.9). Het biedt daarnaast ruimte voor het patroon waarbij externe toezichthouders houvast zoeken in de papieren werkelijkheid van plannen (paragraaf 3.7), en van business as usual, waarbij signalen door het ontbreken van onderlinge afstemming en gezamenlijk handelen niet worden opgemerkt of aangepakt (paragraaf 3.8). Een early warning systeem helpt niet om tijdig het tij te kunnen keren, ook niet met

⁴⁰² Ministerie van VWS, Kamerbrief over doorontwikkeling beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen, 11 oktober 2019.

de beoogde uitbreiding van de reikwijdte van dit systeem. Daarvoor zijn vooral kleinere ziekenhuizen te zeer afhankelijk van de bereidheid van (soms dominante) zorgverzekeraars.

4.6 Botsing van wetten

4.6.1 Zorgplicht ex Zorgverzekeringswet versus de WGBO en Wkkgz

De zorgplicht van zorgverzekeraars is opgenomen in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), en is verder uitgewerkt in een toezichtkader van de NZa. In de Zorgverzekeringswet staat dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Wat deze plicht behelst staat niet in de wet. Volgens het toezichtkader en de toelichting daarop, is de zorgplicht een open norm, waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. Deze open norm is bij sommige vormen van zorg nader ingevuld met normen voor de toegankelijkheid. De essentie van de zorgplicht is dat de zorgverzekeraar jegens zijn individuele verzekerden ervoor instaat dat op ieder moment de voortzetting van zorg verzekerd is. Dat kan bijvoorbeeld door extra budget te verstrekken aan de zorgaanbieder in financiële nood, door mee te denken over of aan te sturen op een geschikte overnamekandidaat bij een mogelijk faillissement, of door het contracteren van andere zorgaanbieders die de zorgverlening kunnen overnemen. Dergelijke maatregelen hebben bij eerdere casussen, zoals het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in 2013⁴⁰³ en de liquidatie van het Havenziekenhuis in 2017⁴⁰⁴, voor een soepele overdracht van patiëntenzorg gezorgd.

Bij discontinuïteit van een aanbieder kan de zorgverzekeraar dus aan zijn zorgplicht voldoen door tijdig deze zorg bij een andere zorgaanbieder in te kopen. Omdat dit niet vanzelf betekent dat zijn verzekerden ook tijdig bij deze zorgaanbieder terecht kunnen, staat deze invulling van de zorgplicht op gespannen voet met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). De WGBO verplicht een hulpverlener namelijk om 'zich als een goed hulpverlener te gedragen' en in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard te handelen. Hiertoe behoort ook het zorgvuldig overdragen van een patiënt aan een andere zorgverlener indien de behandelingsovereenkomst niet gecontinueerd kan worden. Dit behelst meer dan alleen het maken van een afspraak voor deze patiënt met een andere zorgverlener op diens polikliniek of in het ziekenhuis waar deze werkzaam is, namelijk overdracht van het medisch dossier van de patiënt en een overdrachtsbrief van de voorheen behandelende zorgverlener aan de overnemende behandelaar. Niet alleen zorgverleners, maar ook zorgaanbieders hebben op grond van de Wkkgz de plicht om 'goede zorg' te leveren. Dat betreft het verlenen van veilige, cliëntgerichte en tijdige zorg die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt waarbij de zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het nakomen van deze verplichtingen.

Zilveren Kruis heeft in de aanloop naar de faillissementen wel de beschikbare zorgcapaciteit in de omgeving van de beide ziekenhuizen in kaart gebracht, maar dit betrof geen feitelijke weergave van de capaciteit en beschikbaarheid van personeel op basis van een uitvraag aan de ziekenhuizen. Zilveren Kruis heeft pas na het uitspreken van de faillissementen overleg gevoerd met de omringende ziekenhuizen om continuïteit van zorg te bewerkstelligen. De zorgverzekeraar voert aan dat hij dit niet eerder kon doen om mededingingsrechtelijke redenen. Voor het waarborgen van de continuïteit

⁴⁰³ Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis maakte op de dag van faillissement direct een doorstart doordat het werd overgenomen door drie andere ziekenhuizen.

⁴⁰⁴ Het Havenziekenhuis is omgevormd tot een poliklinisch centrum, waar vanuit zes Rotterdamse ziekenhuizen poliklinische zorg aanbieden. Het vaste personeel is overgegaan naar deze ziekenhuizen.

van zorg is dit echter niet tijdig genoeg, omdat een zorgvuldige overdracht van patiënten tijd vergt. Bovendien biedt het mededingingsrecht meer ruimte voor overleg dan de geringe ruimte die Zilveren Kruis meende te hebben (zie ook paragraaf 4.6.4).

Het verschil tussen de invulling van de zorgplicht vanuit de Zvw enerzijds en de WGBO en Wkkgz anderzijds, wordt ook zichtbaar in het niveau van de verschillende plannen die worden opgesteld: het vangnetplan vanuit Zilveren Kruis op macroniveau en het continuïteitsplan vanuit de ziekenhuizen op microniveau.

In juli 2018 geeft de IGJ beide ziekenhuizen de opdracht om een continuïteitsplan op te stellen. Dit is een plan waarin de te nemen maatregelen staan wanneer het ziekenhuis onverhoopt haar financiële verplichtingen niet meer kan nakomen. De IGJ wil hierin de verplichtingen rondom goede overdracht van patiënten en medische dossiers vastgelegd zien. De continuïteitsplannen gaan uit van een situatie van gecontroleerde afbouw en van een situatie waarbij ziekenhuizen voorafgaand aan faillissement in gesprek zijn met zorgverzekeraars en omliggende ziekenhuizen over waar patiënten naar toe kunnen. Door het abrupte karakter van het faillissement kon een gecontroleerde afbouw bij het MC Slotervaart echter niet plaatsvinden, en heeft het continuïteitsplan niet gefunctioneerd. In plaats daarvan is de overdracht van patiënten uitonderhandeld tussen Zilveren Kruis, de curator en de omliggende ziekenhuizen. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis had overigens meer ruimte om invulling te geven aan zijn zorgplicht omdat hij de continuïteitsplannen van de ziekenhuizen ontvangen en beoordeeld heeft, maar hierover geen terugkoppeling heeft gegeven.

De NZa bevestigt op 13 november 2018 aan Zilveren Kruis dat de zorgplicht is geborgd. Zilveren Kruis heeft in voldoende mate aangetoond dat omliggende ziekenhuizen in staat zijn de patiënten van het MC Slotervaart de zorg te geven die zij nodig hebben, aldus de NZa. Vanuit het macroniveau waarop de NZa en Zilveren Kruis acteren is dit mogelijk begrijpelijk, maar dit botst met de WGBO en Wkkgz, die een zorgvuldige overdracht van patiënten vereisen. Voor patiënten werd pas op 21 november – een maand na het faillissement – duidelijk waar zij voor het vervolg van hun behandeling terecht kunnen.

In de crisissituatie rondom het faillissement zijn de WGBO en Wkkgz, en daarmee de patiënt, door de Zvw en het macroniveau waarop de zorgplicht vanuit deze wet is ingevuld naar de achtergrond verdrongen.

4.6.2 Botsing Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met zorgplicht ex Zorgverzekeringswet, Wkkgz en WGBO

Het Amsterdam UMC heeft activiteiten van de afdeling neurochirurgie van het MC Slotervaart overgenomen op initiatief en onder regie van de zorgverzekeraar, waarbij ook de NZa en de IGJ een toezichthoudende rol hebben gespeeld. Deze overname is op 15 oktober 2019 goedgekeurd door de NZa. De NZa informeert het Amsterdam UMC echter op 17 oktober 2019 dat zij de wet heeft overtreden, omdat voor deze overname op grond van artikel 49a Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) voorafgaande toestemming was vereist, terwijl Amsterdam UMC deze goedkeuring pas na de overname heeft aangevraagd.⁴⁰⁵ Gelet op de uitzonderlijke situatie die is ontstaan door het faillissement van het MC Slotervaart heeft de NZa besloten niet over te gaan tot handhaving.

We zien hier dat de Wmg in een situatie van een faillissement botst met de zorgplicht ex Zorgverzekeringswet en met de WGBO en Wkkgz. De zorgverzekeraar moet ervoor instaan dat de

⁴⁰⁵ Brief NZa aan Amsterdam UMC, 17 oktober 2019.



voortzetting van zorg voor zijn individuele verzekerden gegarandeerd is, terwijl de zorgverlener en zorgaanbieder ervoor hebben in te staan dat patiënten zorgvuldig worden overgedragen aan een andere zorgverlener. Door kort na het faillissement van het MC Slotervaart de neurochirurgische activiteiten over te dragen aan het Amsterdam UMC, konden zowel zorgverzekeraar, zorgaanbieder als zorgverleners voldoen aan hun respectievelijke zorgplicht. Het feit dat op grond van de Wmg hiervoor tijdig toestemming of ontheffing moet worden gevraagd, impliceert dat de NZa het nakomen van de zorgplicht door respectievelijk zorgverzekeraar en zorgverleners had kunnen frustreren door tijd te nemen voor de beoordeling van de aanvraag. En dit impliceert ook dat de NZa het nakomen van die zorgplicht onmogelijk kan maken, door geen toestemming of ontheffing voor de overname (concentratie) te verlenen. Nu de toestemming achteraf is gevraagd had de NZa het Amsterdam UMC op grond van de Wmg een boete kunnen opleggen. Daarmee zou het Amsterdam UMC worden gestraft voor het helpen nakomen van de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Ook al is uiteindelijk geen boete opgelegd, maar een waarschuwing afgegeven. Het feit dat een omliggend ziekenhuis in strijd met de wet handelt wanneer het in een acute situatie een patiëntengroep overneemt van een gefailleerd ziekenhuis zonder daarvoor vooraf toestemming of ontheffing te vragen aan de NZa, illustreert dat het uitgangspunt in de Wmg over voorafgaande toestemming kan botsen met de invulling van de zorgplicht ex Zorgverzekeringswet, Wkkgz en WGBO.

4.6.3 Botsing Faillissementswet met WGBO en Wkkgz

De ziekenhuizen hebben surseance van betaling aangevraagd toen zij in ernstige betalingsproblemen verkeerden. Een surseance dient om te onderzoeken of de liquiditeitsproblemen zijn op te lossen en de instellingen op termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Dit kan anderhalf jaar duren, met de mogelijkheid van verlenging. Dit ligt echter anders als direct al blijkt dat dit vooruitzicht niet bestaat, zoals bij de MC ziekenhuizen kennelijk aan de orde was. De surseance is daarom al twee dagen later ingetrokken en omgezet in een faillietverklaring. Dat zorgde voor een dilemma voor de curatoren: door het openhouden van de ziekenhuizen moeten kosten worden gemaakt, terwijl niet direct duidelijk is of eventuele opbrengsten hier tegenop wegen. Curatoren kunnen de zorgverlening alleen voortzetten als een eventueel tekort in de exploitatie wordt opgevangen door een derde, zodat de crediteuren hierdoor niet geraakt worden. Tegelijkertijd is het onmiddellijk sluiten van de zorginstelling ook geen optie omdat dit leidt tot discontinuïteit van zorg met alle risico's voor patiënten van dien.

In de ontstane crisissituatie na het faillissement van het MC Slotervaart staan de Faillissementswet enerzijds en de Zvw, Wkkgz en WGBO anderzijds ook in andere opzichten op gespannen voet met elkaar. Zo blijkt bij het faillissement van het MC Slotervaart onduidelijkheid te bestaan tussen zorgverzekeraar en curatoren over rollen en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgplicht en overdracht van patiënten. De zorgverzekeraar geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor de overdracht van patiënten en hun gegevens bij de curatoren en medisch specialisten ligt. Het bijhouden van een medisch dossier en een warme overdracht zijn verplichtingen vanuit de Wkkgz en WGBO, die op de zorgaanbieder respectievelijk de zorgverlener rusten. Op grond van de Faillissementswet zijn de curatoren belast met het beheer en de vereffening van de boedel. Het medisch dossier komt daarmee, als onderdeel van de boedel, onder de verantwoordelijkheid van de curator te liggen. Bij een faillissement worden daarnaast de arbeidsovereenkomsten met het personeel en daarmee ook met de behandelende artsen opgezegd. Wanneer de artsen, eventueel na het verlopen van de opzegtermijn, niet meer in het ziekenhuis werken, kunnen zij hun zorgplicht vanuit de WGBO dus niet langer uitvoeren. De curator aan de andere kant, heeft geen bevoegdheid tot inzage in de medische dossiers, en kan daardoor niets met de dossiers doen. Ook hier zien we dat de Faillissementswet de Wkkgz en WGBO naar de achtergrond heeft verdrongen. Een onderwerp dat hiermee verband houdt is onzekerheid bij zorgaanbieders en zorgverleners over de mogelijkheden om

medische gegevens van patiënten te delen met andere zorgverleners, die op dat moment nog niet bij de behandeling van die patiënten betrokken zijn. Op grond van zowel de WGBO als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is voor de overdracht van medische dossiers in het kader van een faillissement in beginsel toestemming vereist. Normaal gesproken schrijft de behandelend arts met (veronderstelde) toestemming van de patiënt een overdrachtsbrief voor de nieuwe arts. Door het abrupte karakter van het faillissement en het noodgedwongen karakter van de overdracht kon dit in dit geval niet. De nieuwe arts heeft in beginsel geen toestemming om medische gegevens van (aanstaande) patiënten in te zien omdat er nog geen behandelingsovereenkomst met de patiënt tot stand is gekomen. Hoewel zowel de AVG als de WGBO meer ruimte bieden voor gegevensuitwisseling zonder expliciete toestemming indien het belang van patiënten dit vereist, speelt deze onzekerheid zorgverleners en andere betrokkenen vaak parten.

In deze casus hebben de curatoren in samenwerking met alle functionarissen gegevensbescherming van de Amsterdamse ziekenhuizen een protocol geschreven, waarin de nieuwe artsen toestemming konden vragen voor het inzien van een dossier van een patiënt via een beveiligd digitaal netwerk. Deze oplossing heeft uiteindelijk gewerkt, maar brengt kosten met zich mee, waarvan niet is vastgelegd voor wiens rekening deze dienen te komen.

Een ander onderwerp dat frictie opleverde als gevolg van de faillissementen, betrof het feit dat de medische beroepsaansprakelijkheidsverzekering als gevolg van de faillissementen verviel. Zonder een dergelijke verzekering zou het medisch personeel niet langer beschermd zijn tegen claims wanneer zij een medische fout maken. Het vervallen van deze verzekering brengt daarmee de continuïteit van zorg bij faillissement direct in gevaar. Hoewel in de 'Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren' wordt gesteld dat het op de weg van de curator ligt om met anderen afspraken te maken teneinde de dekking van de verzekering in stand te laten, kan de curator anderen hiertoe niet verplichten. In de onderzochte casus heeft het ministerie van VWS kort na uitspreken van het faillissement een garantstelling gegeven voor het eigen risico van een nieuwe verzekering, waardoor deze omissie is gerepareerd.

4.6.4 Mededingingswet als excuus?

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn gebonden aan de mededingingsregels. Hoewel deze regels diverse mogelijkheden bieden tot samenwerking en afstemming, blijkt uit de onderzochte casus dat dit niet goed bekend is bij de betrokkenen. Dat leidt tot minder informatie-uitwisseling dan nodig is voor een zachte landing. Het is ons gebleken dat mededingingsregels onvoldoende helder zijn over uitzonderingsmogelijkheden in geval van acute noodsituaties (zoals een dreigend of aanstaand faillissement).

De mededingingsregels zijn van toepassing op zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Dit brengt met zich mee dat zorgverzekeraars geen misbruik mogen maken van een economische machtspositie indien zij een marktaandeel hebben van 50% of meer, geen kartel mogen vormen of onderling afgestemd gedrag mogen vertonen. Dit betekent niet dat zorgverzekeraars onderling niet mogen samenwerken. Zo zijn bepaalde samenwerkingsvormen toegestaan, echter wel onder de voorwaarde dat zij alleen concurrentiegevoelige informatie uitwisselen die strikt noodzakelijk is voor de toegestane vorm van samenwerking, en dat zij geen afspraken maken met aanbieders die andere verzekeraars uitsluiten.

Daarnaast gelden er verschillende uitzonderingen op het kartelverbod. Voor zover hier relevant betreft dat de mogelijkheid van 'individuele vrijstelling', mits aan een aantal criteria is voldaan. De bij

de overeenkomst betrokken ondernemingen moeten zelf beoordelen of de overeenkomst aan deze criteria voldoet. Bij twijfel kunnen zij de ACM om opheldering verzoeken.

Voordat sprake was van een faillissement heeft Zilveren Kruis zich niet actief georiënteerd op mogelijkheden om zorg te kunnen verplaatsen, teneinde een warme overdracht van patiënten te allen tijde mogelijk te maken. Zilveren Kruis heeft dit niet gedaan, uit vrees dat dit in strijd zou zijn met de mededingingsregels. Pas toen het faillissement uitgesproken was, heeft Zilveren Kruis hierover guidance gevraagd van de ACM. De ACM gaf onmiskenbaar aan dat in deze acute situatie gezamenlijk optrekken door verzekeraars is toegestaan, mits de afspraken niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is (proportionaliteitsvereiste).

Dit roept de vraag op hoe lang voor een faillissement al kan worden gesproken van een acute situatie. Op het moment dat een faillissement is uitgesproken, is dat evident zo. Maar ook in de situatie waarin er al sprake is van een verslechterde financiële situatie, en er gesproken wordt over drie toekomstscenario's, waarvan er twee gericht zijn op afbouw en ontmanteling, kan van een acute situatie gesproken worden. Dat is helemaal het geval wanneer alleen de afbouwscenario's voor de zorgverzekeraar realistisch en wenselijk zijn. Op dat moment was dan ook al te voorzien dat de ziekenhuizen in een onhoudbare financiële situatie terecht zouden komen.

Door deze handelwijze zijn de mogelijkheden die het mededingingsrecht biedt niet optimaal benut en ontstaat het beeld dat de Mededingingswet als excuus is gebruikt om niet te hoeven afstemmen met omringende ziekenhuizen en andere zorgverzekeraars.

4.6.5 Tussenconclusie

De botsing van wetten vormt de voedingsbodem voor het abrupte einde (paragraaf 3.10), waarbij alle belangrijke spelers kunnen concluderen dat zij hun rol hebben vervuld zoals van hen verwacht mocht worden op grond van het wettelijk kader dat voor hen geldt, maar het uiteindelijke resultaat is dat patiënten (te lang) aan hun lot zijn overgelaten.

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat verschillende patronen die in hoofdstuk 3 zijn beschreven samenhangen met de wijze waarop het stelsel van gereguleerde marktwerking, de vigerende wetten, het toezicht en de interne governance feitelijk werken of uitpakken in een welbepaalde context.

In casu ondervinden twee relatief kleine ziekenhuizen concurrentie van ziekenhuizen in de omgeving, en hebben zij te maken met één dominante zorgverzekeraar. De ziekenhuizen zijn door het ontbreken van mogelijkheden om kapitaal aan te trekken voor hun liquiditeit sterk afhankelijk van bevoorschotting door de zorgverzekeraar, die daarmee een dominante positie heeft ten opzichte van de beide ziekenhuizen. Deze scheve afhankelijkheidsrelatie wordt versterkt door het overheidsbeleid dat erop gericht is de ziekenhuiszorg in de komende jaren af te bouwen en te verplaatsen naar de eerste lijn, waardoor de ziekenhuizen te maken krijgen met een dalende productie. In de interne governance van de ziekenhuizen vormen de medisch specialisten en de aandeelhouder beide een machtsfactor die de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen compliceert en de executiekracht van het bestuur verzwakt, inclusief de onderhandelingspositie van de ziekenhuizen ten opzichte van de zorgverzekeraar. Het externe toezicht op de financiële huishouding van de ziekenhuizen en het early warning systeem helpen niet om tijdig het tij te kunnen keren. Daarvoor zijn vooral kleinere ziekenhuizen te zeer afhankelijk van de bereidheid van (soms dominante) zorgverzekeraars.

Van enige afstand beschouwd constateren wij het volgende: één van de onderliggende motieven voor het nieuwe zorgstelsel was de verwachting dat dit stelsel toetreding van nieuwe aanbieders niet alleen mogelijk zou maken, maar ook zou stimuleren. De aanname daarbij was dat nieuwe aanbieders de gevestigde aanbieders zouden opschudden en de zorg doelmatiger zouden maken. Ondernemerschap in de zorg werd toegejuicht. Het tij lijkt echter snel gekeerd te zijn. Nieuwe toetreders tot de markt die een breed pakket aan ziekenhuiszorg aanbieden, zijn er niet of nauwelijks, en 'zorgondernemers' worden met argusogen gevolgd. Ook voor banken nemen de risico's toe. Ziekenhuizen zijn als zij bestaansrecht hebben een redelijke klant, maar de risico's nemen toe bij dreiging van faillissement, omdat ze moeten afschrijven op leningen vanwege de verliezen op het vastgoed. Het weerspiegelt ook de veranderde tijdgeest, waarin de noodzaak wordt gevoeld om ziekenhuiszorg te verplaatsen naar de eerste lijn. De inspanningen die daarvoor nodig zijn, vragen veeleer om samenwerking en efficiënte (want gedeelde) inzet van middelen en mensen. Concurrentie past daar niet bij.

Juist dit transitie scenario treft kleine ziekenhuizen het hardst. Zij hebben minder slagkracht, zijn ook het meest kwetsbaar voor verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn en hebben de meeste moeite om gekwalificeerd personeel te vinden en te houden. Wanneer deze transitie wordt doorgezet, ligt het voor de hand dat kleine ziekenhuizen als eerste zullen verdwijnen.



5. Conclusies en lessen

Op 25 oktober 2018 doet zich een uitzonderlijke situatie voor: vrijwel gelijktijdig worden twee ziekenhuizen failliet verklaard: het MC Slotervaart in Amsterdam en de MC IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland. De faillissementen leiden tot veel maatschappelijke beroering, en hebben vanzelfsprekend grote impact op patiënten, personeel en andere betrokkenen. Patiënten van het MC Slotervaart moeten binnen enkele dagen worden overgedragen aan andere ziekenhuizen, personeel zit ineens zonder werk. In Flevoland wordt de meeste zorg weliswaar gecontinueerd en gefaseerd afgebouwd, maar ook hier zorgen de abrupte sluiting van de afdeling acute verloskunde en de voorgenomen sluiting van de spoedeisende hulp voor de nodige maatschappelijke onrust.

Beide ziekenhuizen kennen een roerige geschiedenis die gekenmerkt wordt door bestuurlijke instabiliteit en een financieel wankel basis. Beide ziekenhuizen zijn op het moment van het faillissement eigendom van dezelfde aandeelhouders en verkeren ten tijde van de overname door deze aandeelhouder in 2009 (MC IJsselmeerziekenhuizen) en eind 2013 (MC Slotervaart) al in financiële nood. Twee van de drie aandeelhouders nemen in beide ziekenhuizen zitting in de Raad van Bestuur. De nieuwe eigenaren beogen 'ziekenhuizen van de toekomst' te bouwen met nieuwe bedrijfsconcepten. Ook hebben ze plannen voor een fusie tussen de ziekenhuizen.

De investeringen en het ondernemerschap ten spijt, blijkt het uiteindelijk niet mogelijk de ziekenhuizen om te vormen tot stabiele en rendabele ziekenhuizen, waardoor de besturen van beide ziekenhuizen zich genoodzaakt zien op 23 oktober 2018 surseance van betaling aan te vragen. Deze wordt tot veler verrassing twee dagen later al omgezet in een faillissement. De verwarring onder patiënten en zorgverleners die deze faillissementen tot gevolg hebben, evenals chaotische situaties bij de abrupte overdracht van patiënten, leiden tot veel maatschappelijke en politieke commotie. Het scenario van een dergelijk abrupt faillissement blijkt door de betrokken actoren nauwelijks te zijn voorbereid, waardoor een ongecontroleerde situatie ontstaat. Hoewel er uiteindelijk geen grote incidenten plaatsvinden, is er wel degelijk een situatie ontstaan waarbij sprake was van risico's voor de patiëntveiligheid⁴⁰⁶, maatschappelijke onrust en onzekerheid voor patiënten, personeel, omwonenden en andere betrokkenen. Partijen zijn te laat geweest met het onderkennen van de ernst van de situatie en zijn te lang blijven hangen in hun eigen visie en rolopvatting. Naar onze mening is dit een onacceptabele situatie die in de toekomst voorkomen moet worden.

Op verzoek van de minister voor Medische Zorg hebben wij onderzoek gedaan naar hoe dit heeft kunnen gebeuren, met speciale aandacht voor de ontwikkelingen die hebben geleid tot een situatie van een abrupt faillissement. Wij hebben, met de benefit of hindsight, factoren en patronen kunnen aanwijzen die een rol hebben gespeeld in de ontstane situatie. Wij hopen dat partijen hun voordeel doen met de geboden inzichten in de patronen, om hiermee een herhaling van een dergelijk ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement in de toekomst te voorkomen. Hiertoe formuleren wij in dit hoofdstuk tevens een aantal lessen.

Patronen

Onze conclusie is dat er niet één oorzaak is aan te wijzen voor de ongecontroleerde faillissementen van de beide MC ziekenhuizen. Het gaat juist om een combinatie van casusspecifieke gebeurtenissen en onderliggende disfunctionele patronen van waaruit het handelen van betrokkenen en de daaruit voortvloeiende gebeurtenissen begrepen kunnen worden. Hoewel een of meer van deze patronen

⁴⁰⁶ Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019), Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen: risico's voor patiëntveiligheid, december 2019.

zich ook bij andere zorginstellingen kunnen voordoen, is bijzonder aan deze casus dat de in hoofdstuk 3 beschreven patronen zich allemaal, en veelal gelijktijdig voordeden. Hierdoor versterkten zij elkaar, waardoor het voor elk van de betrokken partijen moeilijk was om patroon doorbrekend te handelen.

Wij zien de samenhang als volgt: De twee ziekenhuizen staan op het moment dat zij worden overgenomen door de MC Groep op de rand van faillissement. Hoewel de financiële situatie in de beide ziekenhuizen in de periode na overname aanvankelijk verbetert, komen zij door een combinatie van factoren in een negatieve spiraal terecht. Een daling van het aantal patiënten en geleverde zorg voelende de ziekenhuizen direct in hun portemonnee als gevolg van de P*Q-contracten die zij sinds 2016 met zorgverzekeraars hebben. Tegelijkertijd lopen de kosten op, onder meer doordat de ziekenhuizen steeds afhankelijker worden van personeel niet in loondienst, ook op sleutelposities. Tevens is er weinig financiële ruimte om achterstallig onderhoud in te lopen, en raken beschikbare reserves om lopende uitgaven te doen steeds verder uitgeput. Uiteindelijk hebben beide ziekenhuizen onvoldoende liquiditeit om de salarissen en crediteuren te betalen.

Deze neerwaartse spiraal wordt versterkt door de toenemende eenzijdige afhankelijkheid van de zorgverzekeraar, die zich gelijktijdig manifesteert. Doordat de twee relatief kleine ziekenhuizen voor hun voortbestaan afhankelijk zijn van de jaarlijkse afspraken met een zorgverzekeraar die een dominante marktpositie heeft, is hun onderhandelingsmacht beperkt en raken zij steeds meer overgeleverd aan het vertrouwen en de gunfactor van deze zorgverzekeraar. De toenemende afhankelijkheid van de zorgverzekeraar in een context van financiële problemen en oplopende financiële claims, doet de druk op de ziekenhuisbestuurders toenemen. Plannen om de situatie ten goede te keren, kunnen echter vooral in het MC Slotervaart rekenen op weinig draagvlak onder het medisch personeel, dat dan al jaren een moeizame verhouding heeft met het ziekenhuisbestuur. Het gebrek aan intern draagvlak heeft te maken met een groeiend wantrouwen jegens de aandeelhouder en bestuurders. Zo ervaren de ondernemingsraad en medische staf een grote intransparantie over de financiële situatie en plaatsen zij vraagtekens bij de belangen van de aandeelhouder. Deze gevoelens spelen bovendien in een context van afkalvend draagvlak voor zorgondernemers in het algemeen, wat maakt dat elk voorstel van de aandeelhouder en/of het bestuur met wantrouwen tegemoet wordt getreden. Het gebrek aan intern draagvlak ondermijnt de bestuurlijke executiekracht waardoor noodzakelijke veranderingen nauwelijks van de grond komen en diverse disfunctionele patronen niet worden doorbroken. Verzoeken van de bestuurders en de aandeelhouder van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen aan omliggende ziekenhuizen om samenwerking of een (gedeeltelijke) overname worden afgewezen. Omliggende ziekenhuizen hebben geen direct belang bij een overname of samenwerking vóór een faillissement. En behalve concurrentieoverwegingen speelt voor omliggende ziekenhuizen ook wantrouwen jegens de aandeelhouder en een beeld van gebrekkige transparantie daarbij een rol.

Ook bij externe partijen, zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en zorgverzekeraar Zilveren Kruis, neemt het vertrouwen in de ziekenhuisbestuurders af, omdat men ervaart dat deze hen te weinig, te laat of onvolledig informeren over de (financiële) situatie van de ziekenhuizen. Zij proberen grip op de situatie te krijgen door informatie en plannen op te vragen bij de ziekenhuizen. Hier ontstaat een dynamiek waarbij de op verzoek aangeleverde informatie en plannen in onvoldoende mate voldoen aan de verwachtingen, men moeite heeft om de informatie te duiden, terwijl tegelijkertijd de werkelijke situatie verder verslechtert. Partijen lopen vast in een papieren werkelijkheid van steeds weer een plan, een nadere onderbouwing van de cijfers, die vervolgens weer nieuwe vragen oproepen waarna een nieuw verzoek om meer cijfers en nadere toelichting volgt.

Naar de buitenwereld blijven de ziekenhuisbesturen, aandeelhouder en zorgverzekeraar intussen uitstralen dat het zo'n vaart niet zal lopen. Enerzijds speelt hier de angst voor een self fulfilling prophecy een rol. Anderzijds geldt voor de aandeelhouders en bestuurders dat zij in een patroon zitten

waarin zij volharden in hun visie, en waarbij zij signalen niet lijken op te pikken dat het draagvlak voor deze visie steeds verder wegvalt.

De partijen die de hierboven beschreven neerwaartse spiraal van buitenaf zouden kunnen doorbreken, te weten de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS, hebben pas veel te laat in de gaten dat het echt mis gaat. De zwakke financiële positie van de ziekenhuizen past voor hen in een patroon dat ze vaker hebben gezien, en waarbij het uiteindelijk altijd goed kwam. Immers, de twee ziekenhuizen hebben er financieel vaker kritiek voorgestaan. Zelfs als het tot een faillissement zou komen, dan is de beschikbaarheid van cruciale zorg niet in het geding en zijn er voldoende ziekenhuizen in de omgeving om de continuïteit van zorg te waarborgen, zo is de gedachte. De relatief soepele afwikkeling van eerdere ziekenhuisfaillissementen onderstreept voor hen dat patiënten weinig last hoeven te ervaren van een faillissement. Doordat deze externe partijen geen gezamenlijk gevoel van urgentie ervaren, blijven zij ieder lang in hun eigen rol hangen en zoeken zij elkaar onvoldoende op, waardoor regie op het aanpakken van de problemen ontbreekt. De ziekenhuisbestuurders slagen er niet meer in om de urgentie van de situatie en de gevolgen voor patiënten over te brengen, en andere partijen voelen niet het belang om die urgentie te onderkennen en daarvoor te handelen. De zorgplicht wordt door de zorgverzekeraar alleen op macroniveau uitgewerkt, met goedvinden van toezichthouder NZa. Geen van de partijen anticipeert op de abruptheid van de beide faillissementen, twee dagen na de surseance van betaling.

Veel van bovenstaande patronen versterken elkaar. Het is juist de combinatie en de gelijktijdigheid ervan die ertoe leiden dat partijen langzaam in een fuik terecht komen waaruit het moeilijk ontsnappen is. Dit alles culmineert uiteindelijk in een abrupt einde van de ziekenhuizen, waarbij er geen plan blijkt te zijn dat de continuïteit van zorg op individueel patiëntniveau regelt. Betrokkenen kijken hier naar elkaar, en leggen de verantwoordelijkheid wel bij de ander maar niet bij zichzelf, en nog minder bij hun falend gezamenlijk optreden. Zij hebben daar ook geen belang bij. De patiënt is uiteindelijk de dupe.

Van patronen naar lessen

De feiten zoals beschreven in hoofdstuk 2 van ons rapport laten zien dat de faillissementen van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart, alsook de aanloop er naartoe en de afwikkeling ervan, uniek zijn. Een vergelijkbaar feitencomplex zal zich in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid dan ook niet nog eens voordoen. Dit neemt niet weg dat zeker lering kan worden getrokken uit de gebeurtenissen. Wij constateren dat de onderliggende patronen die zich in deze casussen hebben gemanifesteerd op zichzelf niét uniek zijn. Het is eenvoudig voorstelbaar dat ook andere ziekenhuizen met een hoge schuldenlast steeds meer moeten bezuinigen en daarbij langzaam in een neerwaartse spiraal terecht komen, dat er ziekenhuisbesturen zijn die op onvoldoende intern draagvlak kunnen rekenen waardoor noodzakelijke veranderingen niet of te laat kunnen worden doorgevoerd, dat onrust over de financiële positie of de bestuurbaarheid van een ziekenhuis leidt tot plannenmakerij, dat meer ziekenhuizen zijn overgeleverd aan het vertrouwen en de gunfactor van de zorgverzekeraar, en dat zelfs wanneer een ziekenhuis in de toekomst op omvallen staat, dit geen garantie biedt dat partijen vooraf gezamenlijk optrekken om ervoor te zorgen dat de patiënt hier zo min mogelijk onder te lijden heeft.

Bijzonder aan de hier onderzochte casussen is vooral dat de verschillende patronen gelijktijdig aan de orde waren en elkaar versterkten, en dat geen van de betrokkenen bij machte is geweest om dat te doorbreken. Om te voorkomen dat met een ander feitencomplex maar met vergelijkbare patronen in de toekomst nog eens een ziekenhuisfaillissement op deze voor patiënten onacceptabele wijze verloopt, achten wij het noodzakelijk dat partijen lering trekken uit de in dit rapport beschreven patronen. Dit inzicht is nodig om de patronen en de risico's die ermee verbonden zijn tijdig te onderkennen.

Van verdeelde belangen naar gedeelde verantwoordelijkheid: de patiënt beschermd

De tragiek van de wijze waarop de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen hebben plaatsgevonden, is dat de patiënt de dupe is geworden binnen een stelsel dat juist als bedoeling heeft om diezelfde patiënt te beschermen. Hoewel geen van de betrokken partijen daartoe de bedoeling heeft gehad, is dit toch het gevolg van een dynamiek waarin alle betrokkenen zijn blijven vasthouden aan hun eigen rol en verantwoordelijkheden. Daarbij is de échte maatschappelijke opgave – zorg dragen voor en bescherming van de patiënt – onderbelicht gebleven. De bescherming van de patiënt, juist in situaties waarin de continuïteit van een ziekenhuis in gevaar komt, zou de gezamenlijke, primaire verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen moeten zijn. Niet de afzonderlijke, soms tegengestelde belangen en verdeelde verantwoordelijkheden van de betrokken partijen moeten daarbij prevaleren, juist de gedeelde verantwoordelijkheid van alle partijen samen moet daarbij centraal staan.

Aan ziekenhuisbestuurders, interne toezichthouders, zorgverzekeraars, IGJ, NZa, omliggende ziekenhuizen en de wetgever

Vanuit dit uitgangspunt zijn wij van oordeel dat het noodzakelijk is dat de betrokken partijen, waarbij we primair kijken naar een ‘eerste ring’ van betrokkenen (ziekenhuisbestuurders, de interne toezichthouder, externe toezichthouders, zorgverzekeraars en ook omliggende ziekenhuizen), bereid zijn over hun eigen schaduw heen te stappen in het belang van de patiënt. Het gaat ons hier niet om juridische verantwoordelijkheden en de wettelijk geformuleerde zorgplicht, maar om de *morele plicht* die elk van deze partijen heeft en waar deze ook op aangesproken mogen worden. Deze aanbeveling moet niet gelezen worden als een uitbreiding van ieders rol of verantwoordelijkheden, maar als een morele oproep om buiten de eigen kaders te treden en vanuit een brede benadering van het begrip ‘zorgplicht’ te handelen, zoals ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid reeds heeft aanbevolen. Zorgplicht gaat daarbij niet alleen om de invulling van dat begrip in termen van capaciteit en aanbod van zorg, maar evengoed om een persoonlijke en relationele invulling van zorgplicht, in termen van individuele patiëntenzorg en warme overdracht. Voor beide kanten van het begrip zorgplicht dient aandacht te zijn indien de continuïteit van een ziekenhuis in gevaar dreigt te komen. Wij verzoeken de wetgever om na te gaan of er (combinaties van) wettelijke bepalingen zijn die de hierboven beschreven principes – te weten bescherming van de patiënt als primair uitgangspunt, en gedeelde verantwoordelijkheid van partijen als handelingskader, in de weg staan. Daar waar dat het geval is, dienen die belemmeringen weggenomen te worden.

Vanuit deze twee principes, komen wij meer precies tot de volgende, aanvullende aanbevelingen:

Het beschermen van de patiënt beschouwen wij als een gezamenlijke, primaire verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen in de ‘eerste ring’. Onze aanbevelingen richten wij dan ook aan elk van hen, waarbij in onze ogen de Raad van Bestuur van een ziekenhuis dat in problemen raakt, als eerste aan zet is om partijen om tafel te roepen teneinde tot een oplossing te komen. Daar de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit en continuïteit van zorg en voor de financiële gezondheid van de organisatie, is zij bij uitstek in staat om te bepalen wanneer het ziekenhuis in dussdanige problemen verkeert dat de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar komt als niet drastische maatregelen worden getroffen. Een Raad van Toezicht dan wel Raad van Commissarissen heeft de taak zich ervan te vergewissen dat het bestuur adequaat handelt en zal handelen, en dient, wanneer daar twijfel over is, te overwegen om in te grijpen in het belang van de patiënt. Voor de interne toezichthouder zien wij dan ook een belangrijke rol weggelegd waar het gaat om het bij de Raad van Bestuur adresseren van de problematiek en indien nodig ook stappen te ondernemen.

Aan de Raad van Bestuur van ziekenhuizen

Roep, wanneer het ziekenhuis in zwaar weer verkeert, tijdig alle voor het adequaat aanpakken van de problematiek relevante stakeholders uit de eerste ring bij elkaar om gezamenlijk een plan op te

stellen waarin verschillende scenario's worden uitgewerkt. Deze stakeholders geven vanuit het principe van gedeelde verantwoordelijkheid altijd gehoor aan dit verzoek van de Raad van Bestuur. In het geval het uiteindelijk toch tot surseance van betaling en faillissement komt, mag de patiënt daarvan zo min mogelijk hinder ondervinden. In tweede instantie dienen ook partijen uit de 'tweede ring' (het ministerie van VWS, lokale overheden, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en banken) te worden geïnformeerd en daar waar nodig actief betrokken.

Dat het initiatief voor overleg en afstemming van de Raad van Bestuur komt, betekent echter niet automatisch dat de ziekenhuisbestuurder ook de regisseursrol in het gezamenlijke traject moet oppakken. De eerste vraag die partijen gezamenlijk dienen te beantwoorden is wie in de kwestie zal optreden als regisseur, en wie daarmee ook beslissingsbevoegd is.

Aan ziekenhuizen, zorgverzekeraars, IGJ, NZa, en omliggende ziekenhuizen

Verken de mogelijkheden om de problemen samen met het ziekenhuis aan te pakken teneinde de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van zorg voor de individuele patiënt te waarborgen.

Werk daartoe gezamenlijk verschillende scenario's uit voor de situatie dat de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar komt. Adresseer daartoe ten minste de volgende kwesties, en beleg de bijbehorende verantwoordelijkheden voor het oplossen van deze kwesties:

- Op welke manier het risico van het wegvallen van personeel niet in loondienst op kwetsbare posities in het ziekenhuis wordt beheerst;
- Hoe de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg wordt geborgd, ook in het geval dat deze zorg moet worden overgedragen aan andere zorgaanbieders;
- In hoeverre afstemming mag en kan plaatsvinden met andere zorgaanbieders en met andere zorgverzekeraars, teneinde een warme overdracht van patiënten tijdig en zorgvuldig te organiseren;
- Hoe en door wie wordt zorggedragen voor financiering van het uitvoeren van de verschillende scenario's;
- De communicatie naar patiënten en huisartsen over de wijze waarop en door wie hun zorgverlening wordt voortgezet;
- De wijze waarop de verschillende stakeholders het ziekenhuis kunnen ondersteunen in het aanpakken van de problematiek.

Draag er zorg voor dat het ministerie van VWS actief wordt geïnformeerd en daar waar nodig wordt betrokken bij de oplossing. Afhankelijk van de gekozen scenario's dienen ook de betrokken banken en de ACM een rol te krijgen. Voor de gemeenten geldt dat zij vanuit hun verantwoordelijkheid voor de inwoners, tijdig op de hoogte gebracht moeten worden van de wijze waarop de bescherming van de patiënt wordt geregeld.

Streven naar duurzame financiering van ziekenhuiszorg

In de onderzochte casus zijn de twee kleine MC ziekenhuizen voor hun voortbestaan in hoge mate afhankelijk van zorgverzekeraar Zilveren Kruis, die een marktaandeel van 55 tot 60% heeft in beide ziekenhuizen. Hierdoor is sprake van een sterke afhankelijkheidsrelatie, waarmee de balans in de onderlinge verhoudingen zoek is. Een aantal factoren speelt hierbij een rol: Allereerst hebben beide MC ziekenhuizen een relatief zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraar Zilveren Kruis als gevolg van het feit dat de zorgverzekeraar hen niet nodig heeft om aan zijn zorgplicht te voldoen. Immers is er in beginsel voldoende capaciteit bij omliggende ziekenhuizen. Andersom zijn de ziekenhuizen voor hun voortbestaan wel afhankelijk van de zorgverzekeraar. Wanneer de jaarlijkse contractonderhandelingen zouden mislukken of tot te lage prijzen of volumes zouden leiden,



wordt het voortbestaan van de ziekenhuizen direct bedreigd. Daarnaast is tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen sprake van een ingewikkelde financieringssysteem en van lange doorlooptijden bij het afrekenen van geleverde zorg. Hierdoor kunnen, zoals ook bij de twee ziekenhuizen het geval was, jarenlang claims blijven bestaan tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Doordat nog jaren later een afrekening van eerdere claims kan plaatsvinden, kan dit met name ziekenhuizen met kleine reserves acuut in de problemen brengen. Dat geldt eveneens wanneer een dominante zorgverzekeraar besluit een ziekenhuis niet meer te contracteren. Hiermee ligt ten aanzien van kleine ziekenhuizen die te maken hebben met concurrentie in de regio en een dominante zorgverzekeraar, de macht over het voortbestaan van het ziekenhuis vrijwel volledig in handen van de zorgverzekeraar. Daarmee is geen sprake van een duurzaam model voor financiering van ziekenhuiszorg.

Aan zorgverzekeraars

Teneinde te komen tot een duurzaam model voor financiering van ziekenhuiszorg, waarbij de voorspelbaarheid van risico's die de continuïteit van het ziekenhuis raken, wordt verbeterd, achten wij het wenselijk dat zorgverzekeraars, daar waar mogelijk, ernaar streven meerjarencontracten af te sluiten met ziekenhuizen.

Vanuit de gedachte dat vooral ziekenhuizen met kleine reserves baat hebben bij een snelle afhandeling van claims op en van zorgverzekeraars, bevelen wij zorgverzekeraars bovendien aan ernaar te streven om geschillen over afrekeningen met ziekenhuizen binnen een maand te beslechten. Daarbij zouden zij tevens, in afstemming met ziekenhuizen, moeten zorgdragen voor een geschillenregeling voor die situaties waarin niet binnen een maand een oplossing is gevonden.

Wij zijn ervan overtuigd dat juist wanneer het ziekenhuizen betreft met kleine reserves, een dergelijke regeling als ultimum remedium van waarde kan zijn. In die gevallen is een snelle oplossing vaak te prefereren boven een 'beste' oplossing waar soms zeer lange tijd onzekerheid over blijft bestaat.

Verheldering interne governance nodig bij zorginstellingen met een aandeelhouder

Vanaf de jaren negentig leefde de brede overtuiging dat marktwerking en ondernemerschap zouden leiden tot meer dynamiek, doelmatigheid en innovatie op tal van terreinen die tot dan toe sterk gereguleerd waren door de overheid. In de gezondheidszorg leidde dit in 2006 tot de introductie van gereguleerde marktwerking. Van de ondernemers die de twee onderzochte ziekenhuizen kochten en bestuurden, werd dan ook een succesverhaal verwacht. Waar ze destijds werden verwelkomd als degenen die het 'zorglandschap zouden opschudden', is de tijdgeest inmiddels omgeslagen. De ondernemers combineerden het eigenaarschap met een rol als actief bestuurder. Voor anderen was niet altijd helder met welke 'pet' zij opraden en welk belang zij vooropstelden. In de MC ziekenhuizen lag het zwaartepunt van de zeggenschap bij de aandeelhouder tevens bestuurders, waarmee de interne countervailing power die een Raad van Commissarissen wordt geacht te vervullen werd beperkt. Waar de macht bij de aandeelhouder geconcentreerd was in dezelfde personen, was het interne toezicht minder krachtig dan voor de interne governance van een ziekenhuis wenselijk is.

Dit is mogelijk nu de wettelijke eisen en veldnormen ten aanzien van de governance van ziekenhuizen nog geënt zijn op de situatie waarin ziekenhuizen de rechtsvorm van een stichting hebben, waardoor zij niet voorzien in een samenloop van de functie van aandeelhouder en bestuurder, zoals in de MC ziekenhuizen het geval was. De patronen waarbij gebrekkige informatievoorziening leidt tot wantrouwen en waarbij gebrekkig intern draagvlak de bestuurlijke executiekracht ondermijnt, konden in deze context verder groeien in plaats van de kop in worden gedrukt.

Gezien deze constatering komen wij verder nog tot de volgende aanbevelingen:

Aan ziekenhuizen die samenwerken op groepsniveau

Zorg, indien sprake is van samenwerkende ziekenhuizen, dat vooruitlopend op een fusie of integratie de governance al op groepsniveau is ingericht. Denk daarbij ten minste aan een gezamenlijke Raad van Bestuur, en een gezamenlijke Raad van Toezicht c.q. Raad van Commissarissen.

Aan zorginstellingen met een aandeelhouder

Zorg voor voldoende countervailing power binnen de zorginstelling, en rust de Raad van Commissarissen daartoe uit. Stel tevens heldere regels op ten aanzien van de onafhankelijkheid van de Raad van Commissarissen ten opzichte van de aandeelhouder.

Daarbij dient tevens aandacht te zijn voor de omgang met de eventuele samenloop van de functie van aandeelhouder en bestuurder. Wij merken hierbij op dat een aandeelhouder zich ervan dient te vergewissen dat het hebben van meerdere belangen in diverse organisaties, ook wanneer deze volledig correct van elkaar gescheiden zijn, van invloed kan zijn op het draagvlak binnen een organisatie, alsmede op het draagvlak van externe partijen. Wij bevelen de Raad van Bestuur dan ook aan om, in het geval er mogelijk sprake is van tegengestelde belangen, inzichtelijk te maken hoe deze geadresseerd zijn, teneinde het draagvlak te verstevigen.

Betere bevoegdheden voor onderzoekscommissies

Het ontbreken van een wettelijke grondslag, die door sommige van de onderzochte partijen als voorwaarde werd gezien om medewerking aan het onderzoek van de commissie te verlenen, heeft geleid tot moeilijkheden en beperkingen in de dataverzameling van de commissie. Hierdoor heeft het onderzoek vertraging opgelopen, zijn extra juridische kosten gemaakt, en is uiteindelijk niet alle door de commissie gevraagde informatie beschikbaar gekomen.

Aanbeveling aan de wetgever

De ervaringen van de commissie met betrekking tot de medewerking van betrokken partijen en juridische beperkingen om onderzoeksinformatie te verstrekken, dwingen tot reflectie. Met welk doel wordt een onderzoekscommissie ingesteld, en welke bevoegdheden horen daarbij? Wij adviseren de wetgever daarom om zorgvuldig te kijken naar de mogelijkheden om de juridische grondslag dan wel wettelijke status van een, op verzoek van de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingestelde onderzoekscommissie te versterken.

Tot besluit

In dit rapport hebben wij het beeld geschetst van twee ziekenhuizen die onvoorbereid in een abrupt faillissement terecht kwamen. Tegelijkertijd geldt dat de faillissementen voor vele betrokkenen in zekere zin ook voorspelbaar of voorzienbaar waren, als een lang aangekondigd einde, waarvan achteraf wordt gezegd dat iedereen wist dat het er een keer van zou komen. Toch heeft die 'aankondiging' niet kunnen voorkomen dat er een ongecontroleerd faillissement plaatsvond. In die zin biedt het early warning systeem voor de in het onderzoek naar voren gebrachte problematiek geen oplossing: met het tijdig detecteren van ziekenhuizen in de problemen was in deze casus immers niets mis. Waar het om gaat is dat alle partijen doordrongen raken van de urgentie ervan, en dat zij vervolgens gezamenlijk in actie komen en daarbij het beschermen van de patiënt centraal stellen. Dit vergt een omslag in het denken van alle partijen in de zorgsector, waarbij verdeelde belangen moeten plaatsmaken voor gedeelde verantwoordelijkheid. Zodat de patiënt nooit meer de dupe kan worden van het collectief falen dat de patiënten van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen ten deel viel.



Lijst van afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AVA	Algemene Vergadering van Aandeelhouders
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BMS	Bestuur Medische Staf
CCN	Cardiologie Centra Nederland
DBC	Diagnose-behandel combinatie
DOT	DBC's op weg naar Transparantie
FD	Financieel Dagblad
IC	Intensive Care
IG	Inspecteur-Generaal (van toezichthouder)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu IGJ)
KNO	Keel-, neus- en oorheelkunde
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MCIJ	MC IJsselmeerziekenhuizen
MCS	MC Slotervaart
MDL	Maag-, darm- en leverziekten
MSZ	Medisch Specialistische Zorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OHW	Onderhanden werk
OK	Operatiekamer
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
OR	Ondernemingsraad
PNIL	Personeel Niet In Loondienst
PwC	PricewaterhouseCoopers
RAV	Regionale Ambulance Voorziening



RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
SEH	Spoedeisende Hulp
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WFZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Begrippenlijst

45-minutennorm	De 45-minutennorm ziet toe op de spreiding en beschikbaarheid van SEH's en afdelingen voor acute verloskunde over Nederland; op grond van deze norm mogen bepaalde SEH's en afdelingen voor acute verloskunde niet sluiten.
Aanneemsom	Een afspraak tussen een zorgverzekeraar en een zorginstelling om zorg te leveren tegen een vooraf afgesproken vast totaalbedrag.
Acute zorg	Acute zorg heeft betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar zijn. Het betreft een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. In dit onderzoek omvat acute zorg de SEH, IC en acute verloskunde.
Balanssteun	Steunverlening vanuit de overheid aan instellingen met financiële problemen.
Beschikbaarheidsbijdrage	Bijdrage vanuit de overheid indien een ziekenhuis de SEH en/of de acute verloskunde niet meer draaiende kan houden omdat de inkomsten uit de marktconforme tarieven ontoereikend zijn, en waarbij de SEH noodzakelijk is om te voldoen aan de 45-minutennorm.
Boedelkrediet	Is verkregen krediet om de lopende uitgaven te kunnen financieren tijdens een surseance van betaling of een faillissement.
Cruciale zorg	Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor deze vormen van zorg heeft de overheid, naast haar verantwoordelijkheid voor het zorgsysteem op zich, een extra verantwoordelijkheid. Dit betekent dat wanneer de zorgverzekeraar of het zorgkantoor ondanks alle inspanningen niet in staat zijn deze vormen van zorg beschikbaar te houden de overheid zal zorgen voor de continuering ervan. Voor de curatieve zorg gaat het daarbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulp (basis-SEH), de acute verloskunde en de crisisdienst in de GGZ.
Debt service coverage ratio (DSCR)	De betalingscapaciteit van een onderneming in verhouding tot de financiële verplichtingen. Deze verhouding moet groter dan 1 zijn. De betalingscapaciteit is de vrije geldstroom, ofwel het resultaat na belastingen gecorrigeerd voor afschrijvingen en rentelasten. De financiële verplichtingen bestaan uit rente en aflossingen op schulden.
DOT financiering	DOT, wat staat voor 'DBC's op weg naar transparantie', was het traject om te komen tot het verbeterde declaratiesysteem dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De ruim 30.000 DBC's zijn vervangen door 4.400 DBC-zorgproducten.
Eerstelijnszorg	Zorg van hulpverleners waarvan iedereen gebruik kan maken zonder verwijzing (bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen, fysiotherapie, wijkverpleging).
Frictiekosten	Dit zijn kosten die kunnen ontstaan door een organisatieverandering, zoals minder dekking van de vaste lasten en ontslagvergoedingen.
Grouper	De Onderhanden werk (OHW)-Grouper van Vektis brengt de waarde van de lopende zorgtrajecten die nog niet zijn afgesloten in beeld.
Liquiditeit	De vlottende activa (kas, direct opeisbare vorderingen) ten opzichte van de kortlopende schulden. Bij een liquiditeitsratio groter dan 1 kan aan de korte termijn betalingsverplichtingen worden voldaan.



Netto positie	Het saldo van de vorderingen minus de verplichtingen van een zorginstelling op een zorgverzekeraar. Deze is opgebouwd uit: onderhanden werk minus ontvangen voorschotten; nog te factureren afgesloten zorgtrajecten; overige vorderingen en verplichtingen die volgen uit de eindafrekening van afgesloten schadejaren.
NIAZ-accreditatie	Het kwaliteitskeurmerk van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ).
Omzetplafond	Een omzetplafond is een maximumbedrag dat een zorgaanbieder toegewezen krijgt door de zorgverzekeraar om te declareren in een schadejaar.
Onderhanden werk (OHW)	<p>Tot het onderhanden werk worden gerekend die zorgtrajecten die nog niet zijn afgesloten op peildatum of balansdatum.</p> <p>In de praktijk worden de volgende methodes voor OHW bepaling (uniek of in combinatie) gebruikt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) OHW bepaling op basis van de kostprijs van zorgactiviteiten behorend tot openstaande zorgproducten per balansdatum. Uiteraard is het in dit kader van belang rekening te houden met de verslaggevingsregeling die voorschrijven om de waardering te toetsen op een mogelijk lagere marktwaarde; 2) OHW bepaling op basis van het tussentijds afgeleide product (huidige opbrengstwaarde); 3) OHW bepaling op basis van de te verwachten eindproducten (verwachte opbrengstwaarde). Bron: NVZ, NFU. Handreiking omzetverantwoording 2012. Utrecht, 2013.
Poortspecialismen	Specialismen waarnaar patiënten in eerste instantie worden verwezen. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde, KNO, heerkunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatalogie, gastro-enterologie/MDL, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie, radiotherapie, sportgeneeskunde. Bron: NZa. Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2019. BR/REG-19122a.
P*Q-afpraak	Een afspraak tussen een zorgverzekeraar en een zorginstelling waarbij geleverde zorg tegen vooraf afgesproken tarieven mag worden gedeclareerd, al of niet in combinatie met een omzetplafond.
Regulier toezicht	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kent meerdere manieren om toezicht te houden. Met risicotoezicht wordt ingezet op de grootste risico's in de zorg, door risico-informatie te verzamelen en gericht op bezoek te gaan. In het risicotoezicht wordt soms extra gelet op bepaalde thema's, zoals e-health en goed bestuur. Met incidententoezicht wordt gereageerd op meldingen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten en andere instanties.
Rendement	De opbrengst die men uit een bepaalde activiteit haalt.
ROAZ	In het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) maken de bestuurders van aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over de toegankelijkheid en samenwerking in de keten. Het doel is om de acute zorg te borgen en te verbeteren.
Solvabiliteit (weerstandsvormogen)	Het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de totale bedrijfsopbrengsten of het eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal. Een weerstandsvormogen van 15% wordt onder meer door het Waarborgfonds voor de Zorgsector als norm gehanteerd.
Stakeholder	Belanghebbende.

Stand still	Overeenkomst waarbij een kredietverstrekker hangende onderhandelingen over een aanpassing van de leningsvoorwaarden tijdelijk afziet van het recht op rente en/of aflossing.
Systeemziekenhuis	Term die aangeeft dat een ziekenhuis van cruciaal belang is en het voortbestaan gegarandeerd moet worden. Voor omwonenden zou acute zorg anders te ver weg zijn. Deze term is in 2009 door destijds Minister Klink van VWS geïntroduceerd. Later gaf hij aan dat het niet de instelling betrof, maar de cruciale zorgfuncties die de instelling levert.
Tweedelijnszorg	Medisch specialistische zorg van hulpverleners waarvoor een verwijzing van de huisarts nodig is (ziekenhuiszorg valt hieronder).
Ultimate Beneficial Owners (UBO)	Uiteindelijk belanghebbende
Verscherpt toezicht	Bij verscherpt toezicht let de inspectie extra op een zorgaanbieder. De inspecteur houdt in een periode van verscherpt toezicht nauw contact met de instelling. Bijvoorbeeld door extra (onverwachte) bezoeken en het opvragen van resultaatsverslagen van het verbeterplan. Met het opleggen van verscherpt toezicht krijgt de instelling de kans om binnen bepaalde tijd de tekortkomingen die de inspectie heeft gezien, weg te nemen.



Bijlage A. Onderzoeksverantwoording

Deze bijlage beschrijft het onderzoeksproces op hoofdlijnen, de belangrijkste kwaliteitstoetsen en de projectorganisatie.

Onderzoeksvragen

Wij hebben drie hoofdvragen geformuleerd die zijn gebaseerd op de vragen die de minister voor Medische Zorg in zijn opdrachtbrief aan de commissie heeft gesteld. Gezamenlijk omvatten de hoofdvragen grotendeels ook de aanvullende vragen die Kamerleden via de minister bij de commissie hebben ingebracht. De aanvullende vragen van Kamerleden zijn in Bijlage B van dit rapport opgenomen, waarbij per vraag wordt aangegeven hoe wij met de vraag zijn omgegaan, en waar in het rapport het antwoord kan worden gevonden.

In lijn met de in de Instellingsregeling geformuleerde vragen hebben wij de volgende hoofdvragen geformuleerd waar het onderzoek zich op richt:

1. Hoe is het proces rondom de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen verlopen?
2. Hoe is het handelen van betrokken partijen te begrijpen?
3. Welke lessen trekt de commissie uit deze faillissementen?

Om de vragen te kunnen beantwoorden is een onderzoek uitgevoerd bestaande uit twee fasen: fase 1: een korte verkenning en aanbrenge focus, fase 2: het onderzoek naar de twee gefailleerde ziekenhuizen zelf. Hieronder wordt de onderzoeksverantwoording voor iedere fase beschreven.

Fase 1: Korte verkenning en aanbrenge van focus

Om focus aan te brengen in het onderzoek is gestart met een korte contextuele vergelijking van de gefailleerde MC IJsselmeerziekenhuizen en het gefailleerde MC Slotervaart enerzijds met (bijna) gefailleerde ziekenhuizen zonder harde landing anderzijds. Voor de vergelijking is gekeken naar ziekenhuizen die eerder failliet of bijna failliet gingen. Deze vergelijking vond plaats op zes dimensies, namelijk: 1) bestuurlijke dimensie, 2) financieel-economische dimensie, 3) sociaal-maatschappelijke dimensie, 4) politiek-bestuurlijke dimensie, 5) dimensie van mediabeeldvorming en 6) dimensie van professionele dienstverlening. Het doel was om vooral verschillen tussen de gefailleerde ziekenhuizen op de zes dimensies te identificeren. De uitkomsten van deze vergelijking vormden input voor de focus van de tweede onderzoeksfase. Thema's die uit de vergelijking naar voren kwamen, waren het gelijktijdige faillissement van twee ziekenhuizen, de eigendomsstructuur (privaat versus publiek), de onderlinge solidariteit tussen de ziekenhuizen, het aandeel flexwerkers, de rol van de zorgverzekeraar, de sociaal-economische status van de ziekenhuispopulatie, en de dynamiek tussen de bank en de zorgverzekeraar.

Fase 2: Onderzoek naar de twee gefailleerde ziekenhuizen

1. Hoe is het proces rondom de faillissementen van het MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen verlopen?

Gegevensverzameling

Wij zijn gestart met het maken van een gedetailleerde en uitgebreide feitenreconstructie. Voor deze feitenreconstructie hebben wij als startpunt de periode rond de overname van elk van de ziekenhuizen door de MC Groep genomen. Voor de MC IJsselmeerziekenhuizen was dat 2009, voor

MC Slotervaart 2013. Wij hebben in januari en februari 2019 bij alle betrokken partijen documenten over de relevante periode opgevraagd. Het betreft correspondentie, notulen van vergaderingen, contracten, rapporten, presentaties, tijdlijnen, etc. Daarnaast zijn berichten uit de media over (achtergronden van) de faillissementen verzameld. Tabel A1 geeft een overzicht van partijen die documenten hebben aangeleverd. Daarnaast hebben nog enkele personen op persoonlijke titel documenten aangeleverd. Deze zijn niet in de tabel opgenomen.

Aanleverende partij
Bestuur Medische Staf MC Slotervaart
Cliëntenraad MC Slotervaart
Curatoren van MC Slotervaart
Gemeente Amsterdam
Gemeente Lelystad
Gemeente Noordoostpolder
Huisartsen Amsterdam
Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd
De gezamenlijke RvB, RvC en aandeelhouders van de MC IJsselmeerziekenhuizen
De gezamenlijke RvB, RvC en aandeelhouders van het MC Slotervaart
Ministerie van VWS
NZa
OR MC Slotervaart
ROAZ SpoedZorgNet
Waarborgfonds voor de Zorgsector
Zilveren Kruis
Zorgverzekeraars Nederland

Tabel A1. Overzicht van partijen die documenten hebben aangeleverd

Gegevensanalyse

De documenten die wij in de loop van het onderzoek ontvingen, zijn bestudeerd. De gebeurtenissen rondom de faillissementen zijn chronologisch per ziekenhuis en thema gerangschikt. De criteria die werden gehanteerd om gebeurtenissen op te nemen in de reconstructie waren: 1) heeft betrekking op de betreffende periode, 2) heeft betrekking op de betreffende ziekenhuizen en 3) heeft betrekking op de aanloop naar en de gevolgen van de faillissementen. Om de grote hoeveelheid documenten beter en sneller doorzoekbaar te maken, is daarnaast gebruik gemaakt van het softwarepakket Elasticsearch⁴⁰⁷. Om het overzicht te bewaren, werd de reconstructie van de gebeurtenissen rondom de faillissementen door één 'dedicated' onderzoeker per ziekenhuis uitgevoerd. Vanwege de interactie tussen de gebeurtenissen rondom de twee ziekenhuizen werkten deze twee onderzoekers als koppel.

Gegevensverzameling

Naast de duizenden documenten die ook voor de reconstructie zijn gebruikt, hebben wij half-structureerde interviews en gesprekken gevoerd met een groot aantal betrokkenen en andere

⁴⁰⁷ Elasticsearch is een opensource softwarepakket om een zoekmachine mee te bouwen.

informanten. Deze interviews vonden plaats in de periode maart tot en met oktober 2019. Sommige personen zijn meerdere keren gesproken, soms vanuit verschillende rollen of functies die zij in de ziekenhuizen vervulden. In de zomer van 2019 zijn daarnaast enkele rondetafelgesprekken georganiseerd met patiënten en huisartsen. Tabel A2 geeft een overzicht van de organisaties en functionarissen waarmee is gesproken. Zowel van de interviews als van de rondetafelgesprekken zijn conform het Onderzoeksprotocol van de commissie geluidsopnamen gemaakt. Van elke opname is vervolgens een uitgebreid gespreksverslag gemaakt, dat na accordering van de geïnterviewde is opgenomen in het onderzoeksdossier, en is gebruikt ter onderbouwing van de bevindingen in het onderzoeksrapport. In het onderzoeksrapport wordt vanwege de vertrouwelijkheid van de interviews niet verwezen naar specifieke interviews.

IC = Interviews door Commissieleden; IT = Interviews door projectteam; R = Rondetafelgesprekken.

Organisatie	Functionaris(sen)	Type
Amsterdam UMC	Directeur strategie en innovatie Lid Raad van Bestuur	IT en IC IT en IC
Autoriteit Consument en Markt	Bestuursvoorzitter Manager Directie Zorg	IC IT
CMS Advocaten	Curator MC Slotervaart	IC
CZ	Directeur Zorg Hoofd zorginkoop	IT IT
DSW Verzekeringen	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur	IT
Gemeente Amsterdam	Stedelijk Directeur Sociaal Domein Wethouder Zorg, Jeugd en Sport Wethouder Onderwijs, Schuldhulpverlening en Armoede	IT IC IC
Gemeente Dronten	Beleidsmedewerker sociaal domein Wethouder, portefeuillehouder zorg	IC IC
Gemeente Lelystad	Burgemeester	IC
Gemeente Noordoostpolder	Wethouder, portefeuillehouder zorg	IC
Gemeente Urk	Strategisch beleidsadviseur	IC
Huisartsen regio MC IJsselmeerziekenhuizen	Vier huisartsen	R
Huisartsen regio MC Slotervaart	Drie huisartsen	R
ING Bank N.V.	Accountmanager Global Credit Restructuring Head of public affairs Netherlands Teammanager zorg en vastgoed Global Credit Restructuring	IT en IC IT en IC IT en IC
Inspectie Gezondheid en Jeugd	Inspecteur-Generaal Teamcoördinator ziekenhuizen	IC IT
Isala Klinieken	Lid Raad van Bestuur	IT
MC Groep	Aandeelhouders (drie personen)	IC

Organisatie	Functionaris(sen)	Type
MC Slotervaart	Centrummanager acute zorg Cliëntenraad (voorzitter en lid) Manager Finance and Control Ondernemingsraad (vice-voorzitter en ambtelijk secretaris) Patiënten (vijf personen) Raad van Commissarissen (vijf personen) Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Voorzitter Auditcommissie Raad van Commissarissen Voorzitter Bestuur Medische Staf Voorzitter Raad van Bestuur Voorzitter Raad van Commissarissen Voorzitter transitiecomité	IT IT IC en IT IT IT en R IT IT en IC IC IT IT en IC IC IC
MC IJsselmeerziekenhuizen	Manager Finance and Control Raad van Commissarissen (drie personen) Voormalige Raad van Commissarissen (vijf personen) Voormalig lid Raad van Bestuur Voormalig voorzitter Auditcommissie Raad van Commissarissen Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Voormalig voorzitter Raad van Commissarissen Voorzitter Auditcommissie Raad van Commissarissen Voorzitter Bestuur Medische Staf Voorzitter Cliëntenraad Voorzitter Ondernemingsraad Voorzitter Raad van Bestuur Voorzitter Raad van Commissarissen Voorzitter transitiecomité	IT en IC IT IT IT en IC IC IT en IC IC IC IT IT IT IT en IC IC IC
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Minister voor Medische Zorg en Sport Directeur-Generaal Curatieve Zorg Directeur Patiënt en Zorgordening	IC IC IT
Nederlandse Zorgautoriteit	Directeur Toezicht en Handhaving Strategisch adviseur Voorzitter Raad van Bestuur	IT IT IC
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam	Voorzitter Raad van Bestuur	IT
Rabobank Nederland N.V.	Directeur Gezondheidszorg Sectorcoördinator bijzonder beheer	IC IC
Regionaal Overleg Acute Zorg Amsterdam	Directeur	IT
Regionaal Overleg Acute Zorg Zwolle	Vice-voorzitter	IT
Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector	Directeur	IT
Van Benthem & Keulen Advocaten en Notariaat	Curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen (twee personen)	IC
VGZ	Lid Raad van Bestuur Manager Zorginkoop medisch specialistische zorg Senior specialist Bijzonder Beheer	IC IT IT
Ziekenhuis St. Jansdal	Voorzitter Raad van Bestuur	IT
Zilveren Kruis	Manager Special Accounts Directievoorzitter Directeur zorginkoop Inkoper medisch specialistische zorg	IT IC IC IT

Organisatie	Functionaris(sen)	Type
Zorgverzekeraars Nederland	Bestuursvoorzitter Directeur	IC IC

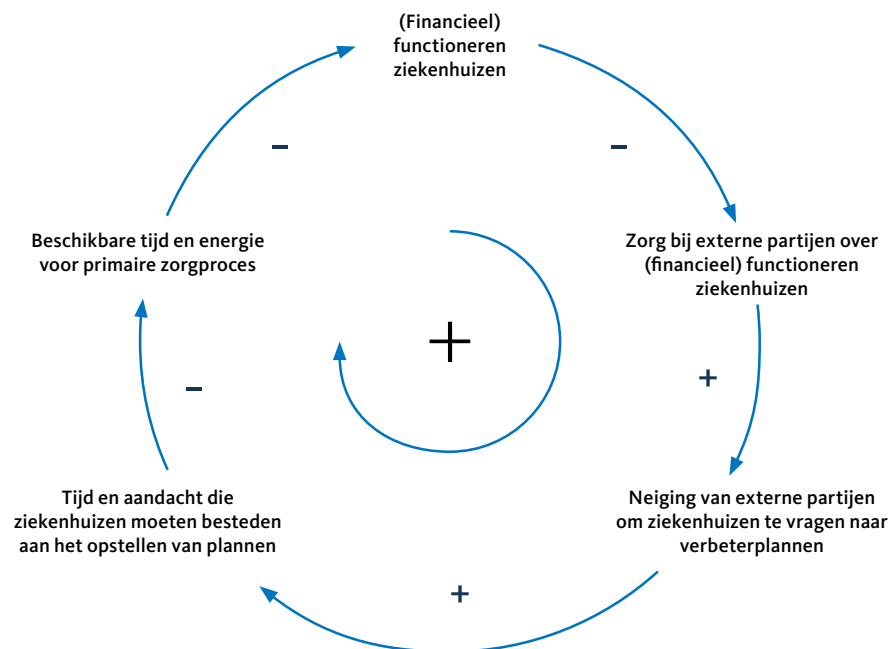
Tabel A2 Overzicht van de gesprekken (in alfabetische volgorde)

Persoonsnamen

In het rapport worden persoonsnamen van bestuurders, commissarissen en aandeelhouders van de twee onderzochte ziekenhuizen genoemd. De commissie heeft ervoor gekozen om alleen daar waar het gebruik van de persoonsnaam nodig is om de context te begrijpen, de persoonsnaam te noemen in het rapport. Dit acht de commissie onder meer van belang bij beschrijvingen van periodes waarin bestuurswisselingen plaatsvonden, en ten aanzien van personen die tegelijkertijd verschillende functies in een of beide ziekenhuizen vervulden. Waar het gebruik van de persoonsnaam niet nodig is om de bijbehorende tekst te begrijpen, wordt uitsluitend verwezen naar de betreffende functienaam.

Patroonanalyse

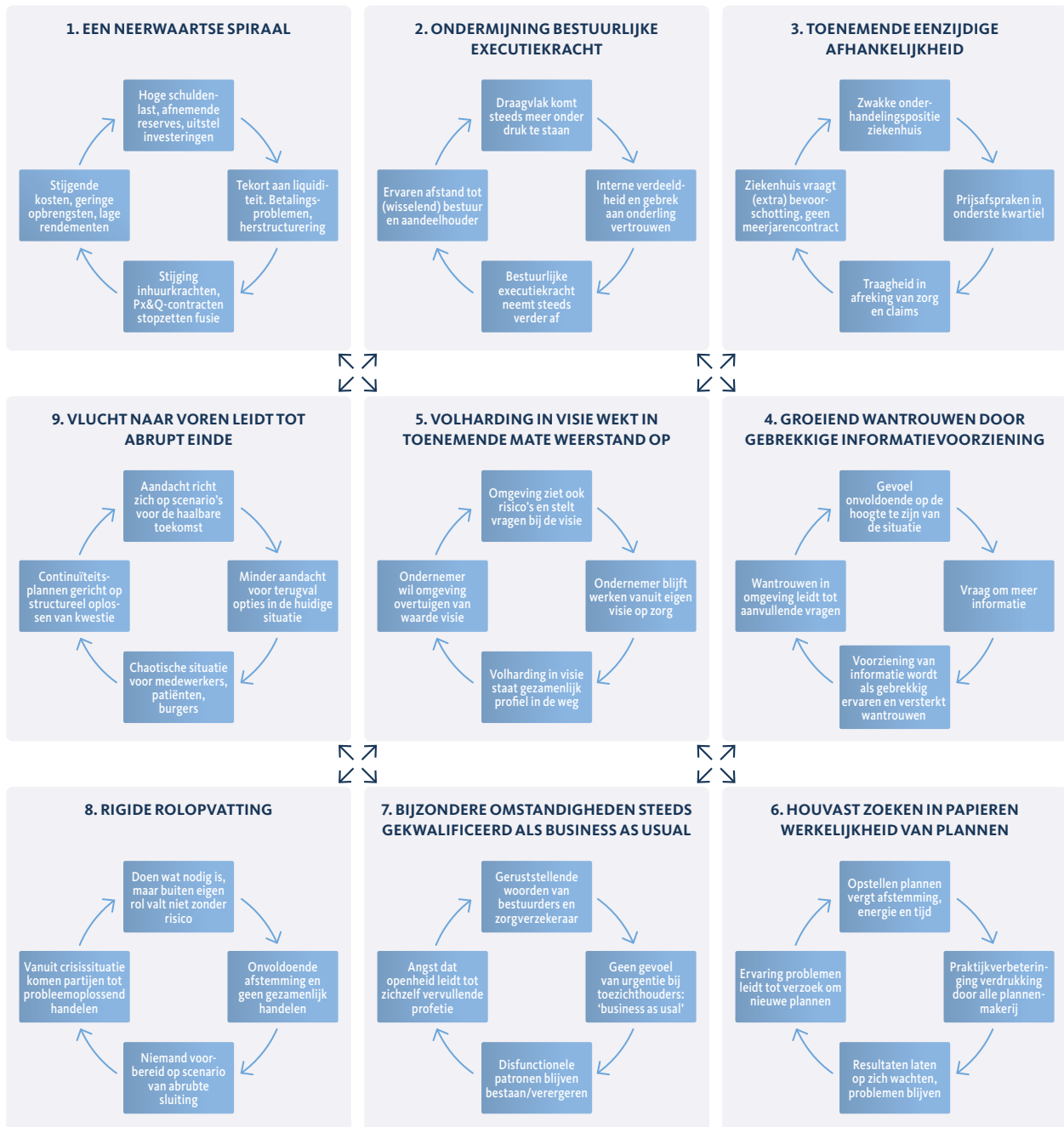
Om te vermijden dat de analyse van de gebeurtenissen rondom de faillissementen zou uitmonden in oordelen over de betrokken partijen in plaats van inzichten, hebben wij onderliggende patronen geïdentificeerd. Bij gebeurtenissen zoals rondom de faillissementen is vaak sprake van circulaire verbanden waarbij er meerdere oorzaken voor een gevolg en meerdere gevolgen van een oorzaak zijn. Deze circulaire verbanden, dynamieken of factoren en gebeurtenissen die zichzelf herhalen en versterken worden in dit hoofdstuk patronen genoemd (zie voorbeeld in Figuur A1). Ter ondersteuning van de patroonanalyse hebben wij met causale loop diagrammen gewerkt.



Figuur A1. Voorbeeld van een causal loop diagram

Figuur A1 betreft een voorbeeld van een causaal loop diagram: Zorgen bij externe partijen over het (financieel) functioneren van de ziekenhuizen leiden tot de neiging bij deze partijen om de ziekenhuizen te vragen naar plannen. Het uitwerken van deze plannen kost de ziekenhuizen tijd, geld en aandacht. Hierdoor is er minder tijd, geld en aandacht beschikbaar voor de zorg. Hierdoor verslechtert de financiële situatie van de ziekenhuizen verder.

De patronen zoals beschreven in hoofdstuk 3, zijn vervolgens ook met elkaar verbonden. De beschrijving van de samenloop van de patronen is opgenomen in paragraaf 3.11. Een grafische weergave ziet eruit als volgt:



Figuur A2. Samenloop van patronen

2. Welke lessen trekt de commissie uit deze faillissementen?

Stelselanalyse

Om lessen te kunnen trekken is op basis van de vergaarde documenten en de uitkomsten van de patroonanalyse het stelsel waarbinnen de faillissementen plaatsvonden geanalyseerd. Hierbij is gekeken hoe kenmerken van het stelsel hebben kunnen bijdragen aan het optreden van de patronen. Vervolgens zijn de uitkomsten van deze analyse vertaald naar adviezen hoe het stelsel te verbeteren.

Analysesessies

De bovenbeschreven analyses vonden enerzijds plaats door de individuele leden van het projectteam die beschikten over vaktechnische kennis. Om de kwaliteit van de analyses te borgen werden daarnaast analysesessies met het team en met de commissie gehouden. Middels specifieke opdrachten, modellen en theorieën werd gedurende deze sessies onder andere op basis van de onderzoeksvragen, betrokken partijen, patronen etc. gestructureerd informatie tussen de teamleden gedeeld en geduid. Bijzondere aandacht was er in deze sessies voor de onderbouwing van de analyse. Onderbouwing vond zoveel mogelijk plaats middels triangulatie, voornamelijk door te zoeken naar bewijs in verschillende bronnen (documenten, financiële gegevens, interviews etc.). Daarnaast werd er binnen de sessies expliciet aandacht besteed aan bewijs dat een stelling of uitkomst tegensprak of kon weerleggen.

Kwaliteitsbeheersing

Voor de start van het project is door het projectteam een kwaliteitsplan opgesteld. Hierin zijn de belangrijkste kwaliteitsrisico's met bijhorende beheersmaatregelen vastgelegd. Naast de bovenbeschreven sessies met het team en de commissie hebben adviseurs van het team de rapportages tegengelezen zowel op interne consistentie (logica, validiteit) als externe consistentie en leesbaarheid. Het conceptrapport is op verzoek van de commissie tevens integraal beoordeeld door een extern expert.

Projectorganisatie

Het onderzoek is uitgevoerd door het projectteam, dat als volgt was samengesteld:

Naam	Functie
Prof. dr. Jaap van Manen	Voorzitter commissie
Prof. dr. Pauline Meurs	Commissielid
Prof. dr. Mark van Twist	Commissielid
Mr. Linda van Krimpen	Projectleider/secretaris
Drs. Nancy Chin-A-Fat	Onderzoeker
Drs. Ilsa de Jong	Onderzoeker
Mr. Marina de Lint	Onderzoeker/jurist
Dr. Willem-Jan Meering	Onderzoeker
Dr. Christine Smeets-Hekkink	Onderzoeker
Mr. Drs. Dirk Ipenburg	Adviseur
Dr. Einar de Croon	Adviseur onderzoek en ontwikkeling
Esther Stieltjes	Projectassistent





Bijlage B. Aanvullende vragen van de Tweede Kamer

Op verschillende momenten en in verschillende overleggen zijn door Kamerleden aanvullende vragen gesteld aan de minister. Dit zijn ten dele inhoudelijke vragen over de faillissementen, en deels vragen over de scope van het onderzoek. Naast de hoofdvragen ontvingen wij bij onze opdrachtbrief van 11 maart 2019 een bijlage met aanvullende vragen van de Tweede Kamer.

Deze aanvullende vragen hebben wij geclusterd, en in geval van dubbelingen samengevoegd.

De vragen zijn gesteld op de volgende momenten:

- Aanvullende vragen over de gestuurde brieven en antwoorden inzake het faillissement van ziekenhuizen, 8 november 2018;
- Vragen uit de inbreng voor 'Verslag van een schriftelijk overleg' (vastgelegd 19 november 2018);
- Mondelinge vragen uit verslag van een algemeen overleg over medisch specialistische zorg (gehouden op 21 november 2018);
- Vragen uit de inbreng voor 'Verslag van een schriftelijk overleg' (documentnummer 2018D59509, gepubliceerd op 13 december 2018).

Hieronder wordt schematisch weergegeven hoe wij met deze vragen zijn omgegaan, en waar in het onderzoeksrapport de antwoorden zijn te vinden.

Vragen over de scope van het onderzoek

	Vraag	Betreft Kamer-vragen	Beantwoording/toelichting	Vindplaats in rapport
I.	Het onderzoek richt zich op drie fasen rond de faillissementen, te weten de periode in aanloop tot surseance van betaling (1), de periode van surseance van betaling tot uitspreken van het faillissement (2) en de periode na uitspreken van het faillissement (3). Vanaf welk moment gaat de eerste fase van start? Kamerleden verzoeken deze periode ten minste te laten starten vanaf de eerste signalen over financiële en bestuurlijke problemen bij de ziekenhuizen.	1, 2, 5, 9	Wij hebben ten behoeve van het opstellen van een feitenreconstructie documentatie opgevraagd bij alle betrokkenen vanaf ten minste twee jaar voorafgaand aan het faillissement	Hoofdstuk 2
II.	Kan de minister het handelen van bestuurders van de ziekenhuizen en leden van de raad van toezicht/ commissarissen meenemen in het onderzoek?	6, 10	Wij hebben dit meegenomen als onderdeel van onderzoeksvraag 1 en 2	Hoofdstuk 2, en paragraaf: 3.4, 3.5, 3.6 en 4.4

	Vraag	Betreft Kamer-vragen	Beantwoording/toelichting	Vindplaats in rapport
III.	Kan in het onderzoek ook worden meegenomen in hoeverre bestuurders en leden van de raden van toezicht/ commissarissen stakeholders tijdig hebben geïnformeerd, zodat zij daadwerkelijk in positie zijn gesteld om hun verantwoordelijkheid te nemen?	1	Wij hebben dit meegenomen als onderdeel van onderzoeksvraag 1 en 2	Hoofdstuk 2 en paragraaf 3.5
IV.	Kunnen ook de rollen, meningen en opvattingen over het traject rondom de faillissementen van patiëntenorganisaties en regionale bestuurders in een van de onderzoeken worden betrokken?	3	Wij hebben ten behoeve van het onderzoek gesproken met patiënten en regionale bestuurders	Bijlage A onderzoeks-verantwoording
V.	Is de Minister bereid aan de vraag «Welke partij wist en deed op welk moment wat?» toe te voegen: Welke signalen waren er en welke acties zijn daarop ondernomen?	4, 7	Wij hebben dit meegenomen als onderdeel van onderzoeksvraag 1	Hoofdstuk 2
VI.	Is de Minister bereid aan de kernvragen toe te voegen: «Had dit alles voorkomen kunnen worden bij op enig moment anders handelen van een van de betrokken partijen?» Zo nee, is de Minister het eens dat als er signalen waren en er geen actie ondernomen werd, dit verwijtbaar is?	8	Het is niet aan ons om te oordelen of er sprake is van verwijtbaar handelen. Wij hebben ons dan ook niet gericht op het beantwoorden van de schuldvraag. Wij hebben ons gericht op het formuleren van lessen om herhaling van gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen	
VII.	Is de Minister bereid de vraag hoe het kan dat hij niet bekend is met de financiële problemen van ziekenhuizen (die tot faillissementen hebben geleid), ook voor te leggen aan de commissie? Zo nee, waarom niet?"	11	Wij hebben de kennis en betrokkenheid van alle relevante partijen, waaronder ook die van de minister meegenomen in onderzoeksvragen 1 en 2	Paragraaf 2.4 en 3.8
VIII.	Kunnen deze leden ervan uitgaan dat er zeer kritisch gekeken zal worden naar de rol van de zorgverzekeraars in deze situatie?	12	Wij hebben de kennis en betrokkenheid van alle relevante partijen, waaronder ook die van de zorgverzekeraars meegenomen in onderzoeksvragen 1 en 2	Hoofdstuk 2 en Paragraaf 3.3, 3.9 en 3.10 en 4.2, 4.3 en 4.6

Vragen over de rol van de minister

	Vraag	Betreft Kamervragen	Hoofdstuk
I.	Kunt u uiteenzetten wat volgens u precies uw ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in de casus van deze faillissementen?	13a	Paragraaf 2.7.2 en Hoofdstuk 4
II.	Kunt u uiteenzetten wat volgens u precies uw ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in het huidige systeem van ziekenhuiszorg?	13b, 18	Hoofdstuk 4
III.	Had de minister eerder willen ingrijpen, en welke instrumenten heeft de overheid daartoe?	15, 16, 18, 19, 20	Hoofdstuk 2, Paragraaf 3.8, 3.9 en Hoofdstuk 4
IV.	Welke middelen heeft de minister nodig om in het vervolg wel in te kunnen grijpen, en welke acties zouden mogelijk zijn bij een early-warning system?	13c, 13d, 21, 22	Hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5
V.	Waarom heeft de Minister de Zorgautoriteit, de inspectie, het waarborgfonds en Zilveren Kruis niet om de tafel geroepen? Waarom heeft hij niet proactief de rol op zich genomen om tussen deze instanties zo veel mogelijk informatie te delen, zodat er een zo compleet mogelijk beeld kon ontstaan over deze ziekenhuizen?	17	Paragraaf 3.9
VI.	Bent u van mening dat de huidige chaos bij de faillissementen voorkomen had kunnen worden als u maatregelen had getroffen naar aanleiding van de interne nota van 30 augustus?	14	Paragraaf 3.10 en 4.6.4
VII.	Vindt u marktwerking in de zorg belangrijker dan de waarborg van continuïteit van zorg voor patiënten? Zo nee, waarom is niet eerder ingegrepen?	15	Dit is een vraag aan de minister. Wij zijn van mening dat ook binnen het systeem van gereguleerde marktwerking de continuïteit van zorg voor de individuele patiënt centraal moet staan. Zie hierover ook hoofdstuk 5.



Vragen over de rol van zorgverzekeraars

	Vraag	Betreft Kamervragen	Hoofdstuk
VIII.	Waarom stopte de verzekeraar toch eerder met betaling waardoor het MC Slotervaartziekenhuis en het MC IJsselmeerziekenhuizen toch al op 23 oktober surseance van betaling moesten aanvragen?	23, 26	Paragraaf 2.4.9 en 3.3
IX.	Heeft het Zilveren Kruis naar de mening van de minister op tijd vermeld aan de NZa dat zij op afzienbare termijn niet aan hun zorgplicht zouden kunnen voldoen?	24	Paragraaf 2.4.9, 2.7.2 en 3.8
X.	Is bij de minister bekend waarom verzekeraar Zilveren Kruis pas op 22 oktober 2018 heeft laten weten het plan over financiering van de ziekenhuizen te verwerpen?	25	Paragraaf 2.4.9
XI.	Hoe kan het dat Ziekenhuis Amstelland wel wordt gered door Achmea maar het Slotervaart niet?	26, 27	De gebeurtenissen rondom het Ziekenhuis Amstelland maken geen onderdeel uit van de onderzoeksopdracht aan de commissie.

Vragen over de rol van het ministerie / crisisteam

	Vraag	Betreft Kamervragen	Hoofdstuk
XII.	Hoe zou een gecontroleerd faillissement eruit zien? Wat zou de rol van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn als de zorg op een langere termijn wordt afgebouwd?	28	De zienswijze van de commissie over de wijze waarop partijen zouden moeten handelen wanneer de continuïteit van een ziekenhuis in gevaar komt, is beschreven in hoofdstuk 5.
XIII.	Was uw ministerie naar uw oordeel voldoende voorbereid op een eventueel faillissement van de ziekenhuizen? Zo nee, hoe kan dat? Zo ja, waar blijkt dat uit?	29	Paragraaf 2.4, 3.8 en 3.9
XIV.	Hoe is het mogelijk dat er tussen 13 juli en 18 oktober nul komma nul direct contact is geweest tussen VWS en Zilveren Kruis over deze ziekenhuizen?	30	Paragraaf 2.4, 3.8 en 3.9 en 4.2
XV.	Hoe is over het crisisteam van de minister gecommuniceerd naar stakeholders, en wat heeft het team concreet gedaan?	31	Paragraaf 2.7.2
XVI.	Was het niet verstandiger geweest om als overbrugging een crisis- of noodfonds beschikbaar te stellen?	31	De zienswijze van de commissie over de wijze waarop partijen zouden moeten handelen wanneer de continuïteit van een ziekenhuis in gevaar komt, is beschreven in hoofdstuk 5.

Vragen over de rol van toezichthouders (Inspectie, NZa)

	Vraag	Betreft Kamervragen	
XVII.	Welke bevoegdheden hebben toezichthouders om problemen vroegtijdig te signaleren?	32, 33, 35	Paragraaf 4.5 en 4.6
XVIII.	Zijn deze bevoegdheden voldoende gebruikt?	32, 33, 35	Hoofdstuk 2 en paragraaf 3.8, 3.9, 4.5.2 en 4.6.4
XIX.	Wat is er met eerdere aanbevelingen van de NZa uit 2015 gebeurd? Waarom heeft de NZa er niet zelf op toegezien dat zorgverzekeraars deze draaiboeken ook daadwerkelijk gereed hadden?	34	Paragraaf 4.5.1

Vragen over de governance van de ziekenhuizen

	Vraag	Betreft Kamervragen	
XX.	Kan een historische tijdlijn gemaakt worden over de afgelopen vijf jaren van alle belangrijke besluiten inclusief wisselingen en benoemingen van het bestuur, de Raad van Toezicht en de Raad van Commissarissen?	36	Daar waar relevant voor de beschrijving en analyse, zijn besluiten opgenomen in hoofdstuk 2. De samenstelling en wisselingen binnen de Raden van Bestuur en Raden van Commissarissen is opgenomen in Bijlage D.
XXI.	Kan een overzicht gemaakt worden van alle rollen en verantwoordelijkheden van bestuur, directie, Raad van Toezicht en Raad van Commissarissen?	37, 38	Hoofdstuk 2 en paragraaf 3.4 en 4.4

Vragen over personeelskwesties

	Vraag	Betreft Kamervragen	
XXII.	Wat was in de afgelopen vijf jaren de verhouding tussen flexibele contracten (onder gesplitst in zzp, uitzendkracht contract voor bepaalde tijd, payroll etc.) en vaste contracten bij de ziekenhuizen zowel als percentage van het aantal medewerkers als van de totale personeelskosten? Kan deze uitsplitsing ook gemaakt worden van het personeel in de acute as van beide ziekenhuizen?	39, 40, 41	Zie bijlage C voor het percentage kosten PNIL ten opzichte van de totale personeelskosten, uitgesplitst naar ziekenhuis. Wij kunnen geen uitsplitsing maken naar zzp, uitzendkrachtcontracten of payroll. Ook is weergave naar aantal medewerkers of afdelingen niet mogelijk gebleken. Voor de acute as MC Slotervaart zie paragraaf 2.3.6. Over MC IJsselmeerziekenhuizen hebben wij geen informatie ontvangen.
XXIII.	Wat is de invloed geweest van het (hoge) aandeel flexibele contracten op het verloop van de faillissementen?	11	Paragraaf 2.5 en 3.10

Vragen over afwikkeling faillissementen

	Vraag	Betreft Kamervragen	
XXIV.	Hoe kan het dat er geen rekening is gehouden met een spoedig faillissement, terwijl al langer bekend was dat er sprake was van financiële problemen?	42, 43	Paragraaf 3.8.
XXV.	Is er op enig moment sprake geweest van de mogelijkheid van een gecontroleerd faillissement met financiële bijdrage van de overheid en Zilveren Kruis? Zo ja, op welke momenten en waarom is daar niet voor gekozen? Zo nee, waarom niet?"	44	Paragraaf 2.4.9 en 3.10
XXVI.	Waarom is de afbouw van zorg zo snel na het faillissement ingezet en welke alternatieve scenario's zijn daarbij overwogen?	45	Paragraaf 2.5, 2.6, 2.7 en 3.10

Overig

	Vraag	Betreft Kamervragen	
XXVII.	"Hoe is het volgens u mogelijk dat u niet bekend bent met de oorzaak van de financiële problemen, dat de ziekenhuizen in een persbericht nog zeggen dat met name de hoge inhuurkosten van extern personeel hebben geleid tot financiële problemen, terwijl de IJsselmeerziekenhuizen een schuld van drie miljoen euro hadden door het inkopen van dure geneesmiddelen bij Zytoservice?"	46	Hoofdstuk 2 en paragraaf 3.2
XXVIII.	Is het huidige continuïteitsbeleid, zoals in 2011 beschreven in de brief 'Waarborgen voor continuïteit van zorg' nog passend?	47	Hoofdstuk 4
XXIX.	Welke mogelijkheden zijn er om een bewindvoerder in een ziekenhuis aan te stellen als er sprake is van wanbestuur?	48	Op dit moment heeft de 'stille bewindvoering' geen wettelijke grondslag. Acht van de elf rechtbanken in Nederland wijzen vooruitlopend op het 'Wetsvoorstel continuïteit ondernemingen I' wel stille bewindvoerders aan. Echter, de Rechtbank Midden-Nederland, waar de MC IJsselmeerziekenhuizen onder valt staat dit niet toe. Indien een zorgaanbieder niet aan de wet voldoet kan de IGJ ervoor kiezen om een last onder bestuursdwang op te leggen.

De vragen van Kamerleden zoals verkort opgenomen in bovenstaande tabellen, luiden in onverkorte vorm als volgt:

Vragen over scope onderzoek

1. “Naar aanleiding van de faillissementen zal een viertal onderzoeken worden uitgevoerd. Eén van de onderzoeken zal zich richten op hoe betrokken partijen hebben gehandeld en of zij tijdig en voldoende hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Daarbij wordt gekeken naar drie fasen rond de faillissementen, te weten de periode in aanloop tot surseance van betaling, de periode van surseance van betaling tot uitspreken van het faillissement en de periode na uitspreken van het faillissement. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of hij inzichtelijk kan maken wanneer voor hem de eerste fase is gestart. Klopt het dat het gaat om de enkele weken voorafgaand aan de aanloop tot surseance van betaling? Welke mogelijkheden ziet de Minister om deze periode te verlengen tot bijvoorbeeld de eerste signalen over de financiële en bestuurlijke problemen bij de MC IJsselmeerziekenhuizen begin juli? Voorts constateren genoemde leden dat in dit onderzoek met name wordt gekeken naar de betrokken stakeholders. Deze leden vragen de Minister of in het onderzoek ook kan worden meegenomen in hoeverre de bestuurders en leden van de raad van toezicht van MC IJsselmeerziekenhuizen de betrokken stakeholders tijdig hebben geïnformeerd, zodat zij daadwerkelijk in de positie zijn gesteld om hun verantwoordelijkheid te nemen.”
2. “De onderzoekscommissie wordt gevraagd zich te richten op drie fasen in het proces rond de faillissementen, een van die fasen is de periode in de aanloop tot surseance van betaling. De leden van de SP-fractie vragen of deze periode iets nader geconcretiseerd kan worden, wat wordt precies verstaan onder de periode in de aanloop? Hoever terug in de tijd zal het onderzoek gaan?”
3. “Tenslotte vragen deze leden of de rollen, meningen en opvattingen over het traject rondom de faillissementen van patiëntenorganisaties en regionale bestuurders in een van de onderzoeken worden betrokken.”
4. “Is de Minister bereid aan de vraag «Welke partij wist en deed op welk moment wat?» toe te voegen: Welke signalen waren er en welke acties zijn daarop ondernomen?”
5. “Vanaf welke datum loopt de fase die de Minister benoemt als «De periode in de aanloop tot surseance van betaling?»”
6. “Waarom voegt de Minister aan de partijen van wie hij het handelen wil laten onderzoeken niet ook de bestuurders van de ziekenhuizen (raad van bestuur en raad van toezicht) toe?”
7. Is de Minister bereid aan de vraag «Welke partij wist en deed op welk moment wat?» toe te voegen: Welke signalen waren er en welke acties zijn daarop ondernomen? Zo nee, waarom niet? Immers, als er geen reactie kwam op duidelijke signalen, wist en deed een partij kennelijk niets maar is dit wel verwijtbaar.
8. Is de Minister bereid aan de kernvragen toe te voegen: «Had dit alles voorkomen kunnen worden bij op enig moment anders handelen van een van de betrokken partijen?» Zo nee, is de Minister het eens dat als er signalen waren en er geen actie ondernomen werd, dit verwijtbaar is?
9. Vanaf welke datum loopt de fase die de Minister benoemt als «De periode in de aanloop tot surseance van betaling?»
10. Waarom voegt de Minister aan de partijen van wie hij het handelen wil laten onderzoeken niet ook de bestuurders van de ziekenhuizen (raad van bestuur en raad van toezicht) toe? Neemt de Minister in de onderzoeksopdracht wel de volledige lijst te onderzoeken partijen op?
11. Waarom «vertaalt» de Minister vraag 18 van de PvdA-fractie, «Hoe is het volgens u mogelijk dat u niet bekend bent met de oorzaak van de financiële problemen, dat de ziekenhuizen in een persbericht nog zeggen dat met name de hoge inhuurkosten van extern personeel hebben geleid tot financiële problemen, terwijl de IJsselmeerziekenhuizen een schuld van drie miljoen euro hadden door het inkopen van dure geneesmiddelen bij Zytoservice?» naar «Wat is de invloed geweest van het (hoge) aandeel flexibele contracten op het verloop van de

faillissementen?» en waarom legt de Minister deze vraag alleen voor aan de curatoren in plaats van ook aan de commissie? Kan de Minister uitleggen waarom hij niet bekend was met de financiële problemen van de ziekenhuizen en is de Minister bereid de vraag hoe het kan dat hij niet bekend is met de financiële problemen van ziekenhuizen (die tot faillissementen hebben geleid), ook voor te leggen aan de commissie? Zo nee, waarom niet?”

12. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol gespeeld in het faillissement. Zoals in het faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V en haar gefailleerde dochtervennootschappen is te lezen, hebben de zorgverzekeraars plannen voor een reorganisatie of een gedeeltelijke afbouw niet gesteund. De leden van de SP-fractie vinden het nog steeds schokkend dat een zorgverzekeraar kan besluiten of een ziekenhuis failliet gaat of niet. Kunnen deze leden ervan uitgaan dat er zeer kritisch gekeken zal worden naar de rol van de zorgverzekeraars in deze situatie?”

Vragen over de rol van de minister

13. a. “Kunt u uiteenzetten wat volgens u precies uw ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in de casus van deze faillissementen?
b. Kunt u uiteenzetten wat volgens u precies uw ministeriële systeemverantwoordelijkheid is in het huidige systeem van ziekenhuiszorg?”
c. “Welke acties had u wel willen ondernemen vanuit uw systeemverantwoordelijkheid, die naar uw mening echter onmogelijk waren?
d. Welke middelen heeft u nodig om in het vervolg wel in te kunnen grijpen?”
14. “Bent u van mening dat de huidige chaos bij de faillissementen voorkomen had kunnen worden als u maatregelen had getroffen naar aanleiding van de interne nota van 30 augustus?”
15. “Vindt u marktwerking in de zorg belangrijker dan de waarborg van continuïteit van zorg voor patiënten? Zo nee, waarom is niet eerder ingegrepen? Op welke wijze had eerder ingegrepen kunnen worden, welke instrumenten heeft de overheid daar precies toe?”
16. Is de minister bereid bij het onderzoek de vraag te betrekken in hoeverre zijn eigen rol van invloed is geweest op de afloop van de zwakke financiële situatie van de ziekenhuizen? Had eerder ingrijpen van de minister faillissement kunnen voorkomen; had eerder ingrijpen van de minister kunnen zorgen voor een meer geleidelijke afbouw die voor patiënten en personeel beter was geweest? Wat had de minister, theoretisch, eerder kunnen doen?”
17. “Waarom heeft de Minister de Zorgautoriteit, de inspectie, het waarborgfonds en Zilveren Kruis niet om de tafel geroepen? Waarom heeft hij niet proactief de rol op zich genomen om tussen deze instanties zo veel mogelijk informatie te delen, zodat er een zo compleet mogelijk beeld kon ontstaan over deze ziekenhuizen? Daar ben je toch Minister voor, om crises zo veel mogelijk te voorkomen en de verbindende schakel te zijn tussen al deze instanties?”
18. “Dus nogmaals mijn vraag aan de Minister wat hij verstaat onder zijn systeemverantwoordelijkheid. Wat doet hij als er opnieuw zorgelijke signalen zijn voordat het nog te houden onderzoek is afgerond? Hoe handelt hij dan?”
19. “Maar mijn vraag aan de Minister is: hoe heeft hij voor ogen dat hij als Minister eerder in beeld komt als het gaat om een dreigend faillissement van een ziekenhuis?”
20. “De vraag hoe de Minister bij faillissementen eerder aan het stuur wil komen, blijft dus eigenlijk open. Maar de tweede vraag is ook: wat kan de Minister in dat geval doen?”
21. “Mijn vraag was: als de Minister door zo’n vlaggetjessysteem of early-warningsysteem eerder zicht op de situatie heeft, wat gaat de Minister dan in die situatie doen, wat hij nu dus niet kon omdat hij zegt dat hij overdonderd was?”
22. “Als je een early-warningsysteem hebt, komt de Minister dan in een positie te verkeren dat hij, als een verzekeraar een ziekenhuis omduwt, wel bij machte is om dat te voorkomen? Kan hij daar dan een stokje voor steken? Als de Minister via dat early-warningsysteem op de hoogte is van een faillissement dat ophanden is, wat wordt dan zijn mogelijkheid om in te grijpen?”

Vragen over de rol van verzekeraars

23. “Waarom stopte de verzekeraar toch eerder met betaling waardoor het MC Slotervaartziekenhuis en het MC IJsselmeerziekenhuizen toch al op 23 augustus surseance van betaling moesten aanvragen?”
24. “Heeft het Zilveren Kruis naar de mening van de minister op tijd vermeld aan de NZa dat zij op afzienbare termijn niet aan hun zorgplicht zouden kunnen voldoen?”
25. Is bij de minister bekend waarom verzekeraar Zilveren Kruis pas op 22 oktober 2018 heeft laten weten het plan over financiering van de ziekenhuizen te verwerpen?”
26. “Waarom heeft Achmea niet gewoon geholpen door de betalingen te vervroegen? Hoe kan het dat Ziekenhuis Amstelland wel wordt gered door Achmea maar het Slotervaart niet?”
27. “Hoe beslist de verzekeraar daarover? Dan mijn tweede vraag die niet beantwoord is: hoe kan het dat het Ziekenhuis Amstelland wel wordt gered door Achmea maar het Slotervaart niet?”

Vragen over de rol van het ministerie / crisisteam

28. “Hoe zou een gecontroleerd faillissement eruit zien? Wat zou de rol van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn als de zorg op een langere termijn wordt afgebouwd?”
29. “Was uw ministerie naar uw oordeel voldoende voorbereid op een eventueel faillissement van de ziekenhuizen? Zo nee, hoe kan dat? Zo ja, waar blijkt dat uit?”
30. “Hoe is het mogelijk dat er tussen 13 juli en 18 oktober nul komma nul direct contact is geweest tussen VWS en Zilveren Kruis over deze ziekenhuizen?”
31. “De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de Minister een crisisteam heeft opgericht. Hoe is dit gecommuniceerd naar de betrokkenen? Kan de Minister toelichten wat dit team concreet heeft gedaan? Was het niet verstandiger geweest om als overbrugging een crisis- of noodfonds beschikbaar te stellen?”

Vragen over de rol van toezichthouders

32. Hoe is het mogelijk dat los van de zorgelijke signalen die er waren er zo vaak op de mooie practjes van de bestuurders werd vertrouwd? Hadden de inspectie en het waarborgfonds geen bevoegdheden om daar doorheen te prikken of hebben ze er ten onrechte geen gebruik van gemaakt?”
33. “Uit de beantwoording van onze vragen blijkt dat op diverse momenten de inspectie en de Zorgautoriteit contact opgenomen hebben met het bestuur van de beide ziekenhuizen. En dat zij van dat bestuur, dan wel van de raad van toezicht, hoorden dat er geen sprake was van een kritieke situatie. Maar hebben die besturen dat destijds niet ook moeten bewijzen? Moeten de toezichthouders het bestuur en de raad van toezicht op zo'n moment geloven op hun woord? Daar lijkt het nu namelijk wel op. Mag de toezichthouder in een dergelijke situatie niet ook zelf de financiën van een ziekenhuis inzien en de boeken controleren? De vraag is: hebben diverse instanties hun bevoegdheden onvoldoende gebruikt, of hebben ze onvoldoende bevoegdheden?”
34. “De leden van de PVV-fractie snappen dat de Minister nu inzet op een early warning systeem en dat er lessen geleerd moeten worden uit de gang van zaken van dit faillissement. Maar de vorige Minister zei precies hetzelfde bij het eerdere faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis. In het eindrapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis wordt het belang benadrukt dat zorgverzekeraars maatregelen moeten treffen en een early warning systeem moeten hebben, compleet met draaiboek voor het geval een zorgaanbieder failliet gaat. Wat is er met die aanbevelingen van de NZa uit 2015 gebeurd? Waarom heeft de NZa er niet zelf op toegezien dat zorgverzekeraars deze draaiboeken ook daadwerkelijk gereed hadden?”
35. En kan aangegeven worden of het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voldoende wettelijke mogelijkheden hadden?

Vragen over de governance van ziekenhuizen

36. Kan een historische tijdlijn gemaakt worden over de afgelopen vijf jaren van alle belangrijke besluiten inclusief wisselingen en benoemingen van het bestuur, de Raad van Toezicht en de Raad van Commissarissen?
37. Kan een overzicht gemaakt worden van alle rollen inclusief wettelijke (on)mogelijkheden van bestuur, directie, Raad van Toezicht en Raad van Commissarissen?
38. Voor verschillende partijen wordt gekeken of ze tijdig en voldoende hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Aangegeven wordt dat waar nodig gekeken wordt naar het functioneren van de governance binnen de ziekenhuizen. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de verantwoordelijkheden van het bestuur, de raad van bestuur en de raad van toezicht belangrijk zijn in het onderzoek naar de faillissementen en vragen daarom een garantie dat de verantwoordelijkheden van deze partijen meegenomen worden in het onderzoek, los van/naast de opzet van het onderzoek door de curatoren.”

Vragen over personeelskwesties

39. “Kan in het onderzoek naar de faillissementen de vraag meegenomen worden wat de verhouding tussen flexibele contracten en vaste contracten bij de ziekenhuizen was zowel als percentage van het aantal medewerkers en van de totale personeelskosten?”
40. Mogen de leden van de 50PLUS-fractie in het onafhankelijk onderzoek rekenen op een heldere paragraaf over de rol van het aantal ingehuurd personeel?”
41. Wat was in de afgelopen vijf jaren de verhouding tussen flexibele contracten (onder gesplitst in zzp, uitzendkracht contract voor bepaalde tijd, payroll etc.) en vaste contracten bij de ziekenhuizen zowel als percentage van het aantal medewerkers als van de totale personeelskosten? Kan deze uitsplitsing ook gemaakt worden van het personeel in de acute as van beide ziekenhuizen?

Vragen over de afwikkeling van de faillissementen

42. “Hoe kan het dat in geen enkel opzicht rekening was gehouden met een spoedig faillissement, nadat de surseance van betaling was aangekondigd?”
43. “Hoe is het mogelijk dat de financiële positie van het Slotervaart ziekenhuis niet inzichtelijk was en uiteindelijk veel slechter was dan gedacht, gezien het feit dat er al jaren sprake was van structurele financiële problemen?”
44. Is er op enig moment sprake geweest van de mogelijkheid van een gecontroleerd faillissement met financiële bijdrage van de overheid en Zilveren Kruis? Zo ja, op welke momenten en waarom is daar niet voor gekozen? Zo nee, waarom niet?”
45. Waarom is de afbouw van zorg zo snel na het faillissement ingezet en welke alternatieve scenario's zijn daarbij overwogen?

Overige vragen

46. “Hoe is het volgens u mogelijk dat u niet bekend bent met de oorzaak van de financiële problemen, dat de ziekenhuizen in een persbericht nog zeggen dat met name de hoge inhuurkosten van extern personeel hebben geleid tot financiële problemen, terwijl de IJsselmeerziekenhuizen een schuld van drie miljoen euro hadden door het inkopen van dure geneesmiddelen bij Zytoservice?”
47. Is het huidige continuïteitsbeleid, zoals in 2011 beschreven in de brief ‘Waarborgen voor continuïteit van zorg’ nog passend?
48. Welke mogelijkheden zijn er om een bewindvoerder in een ziekenhuis aan te stellen als er sprake is van wanbestuur, zoals dit ook is mogelijk gemaakt in het onderwijs?

Bijlage C. Balans en P&L MC ziekenhuizen

MC IJsselmeerziekenhuizen

Balans (x €1.000)	2013	2014	2015	2016	2017
Vaste activa	45.065	43.422	39.860	35.947	34.047
Vlottende activa	19.142	18.309	26.935	19.422	26.560
– voorraden	1.562	1.845	1.752	1.322	1.277
– onderhanden werk	306	0	2.394	0	0
– debiteuren en overige vorderingen	16.778	16.434	22.579	17.850	22.163
– liquide middelen en effecten	496	30	210	250	3.120
Eigen Vermogen	-1.586	23	107	-3.608	-4.608
Voorzieningen	2.925	3.196	3.506	3.832	4.193
Langlopende schulden	34.732	29.724	26.715	24.280	16.830
Kortlopende schulden	28.137	28.788	36.469	30.865	44.192
– onderhanden werk	0	0	0	1.233	5.306
– overige kortlopende schulden	28.137	28.788	36.469	29.632	38.886
Balanstotaal	64.208	61.731	66.797	55.369	60.607
Winst en verliesrekening (x €1.000)	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal baten	105.056	99.776	100.512	99.840	104.524
Personele kosten	61.297	56.862	57.893	60.449	61.315
– waarvan kosten PNIL	4.777	3.795	5.587	6.495	7.738
PNIL % van omzet	5%	4%	6%	7%	7%
PNIL % t.o.v. totale loonkosten	8%	7%	10%	11%	13%
Personeel (FTE)	810	784	774	756	760
Afschrijvingen	5.857	6.139	5.557	5.331	5.035
Overige bedrijfskosten	34.059	33.442	35.046	36.278	37.698
Bedrijfsresultaat	3.843	3.333	2.016	-2.218	476
Financiële baten en lasten	-2.367	-1.724	-1.512	-1.523	-1.581
Belastingen	0	0	0	0	0
Resultaat deelnemingen	0	0	-420	26	106
Resultaat na belastingen (netto resultaat)	1.476	1.609	84	-3.715	-999
Aflossing langlopende leningen	5.331	3.689	3.009	3.009	2.754

Bronnen: Jaarverslagen 2014-2017.



Toelichting

Onderhanden werk (OHW) is het saldo van de waarde OHW minus ontvangen voorschotten. In de jaarrekening 2014 zijn de debiteuren en overige vorderingen eind 2013 en eind 2014 inclusief €2,9 miljoen nog te ontvangen transitiefinanciering (NZa Regeling Transitie bekostigingsstructuur).

In de jaarrekening 2015 is, in verband met de definitieve beschikking van de NZa in mei 2016, een overige vordering opgenomen als gevolg van de transitionele periode in 2012 en 2013. "Alhoewel de Raad van Bestuur van mening is dat IJsselmeerziekenhuizen recht heeft op deze vordering, blijft de onzekerheid met betrekking tot deze vordering op dit moment bestaan."

In de jaarrekening 2016 is het OHW eind 2015 gecorrigeerd met +€2,4 miljoen.

In de jaarrekening 2016 zijn de 'debiteuren en overige vorderingen' eind 2015 gecorrigeerd met +€2,8 miljoen in verband met 'nog te factureren omzet'.

In de jaarrekening 2016 zijn de 'overige kortlopende schulden' eind 2015 gecorrigeerd met +€5,3 miljoen in verband met overschrijdingen op plafondafspraken met de zorgverzekeraars over de jaren 2012-2015. De overschrijdingen over de jaren 2012-2016 bedragen €5,6 miljoen eind 2016.

In de jaarrekening 2016 is de omzet over 2016 gecorrigeerd met -/- €3 miljoen. Dit betreft de onzekere vordering op Zilveren Kruis in verband met de transitiefinanciering 2012-2013. Deze correctie werkt door in de winst.

In de jaarrekening 2017 is €5,2 miljoen aan overschrijding plafondafspraken 2014-2017 opgenomen onder 'debiteuren en overige vorderingen' eind 2017 en in de omzet over 2017.

Financiële indicatoren	2013	2014	2015	2016	2017
Solvabiliteit (1)	-1,5%	0,0%	0,1%	-3,6%	-4,4%
Solvabiliteit (2)	-2,5%	0,0%	0,2%	-6,5%	-7,6%
Liquiditeit (3)	0,68	0,64	0,74	0,63	0,60
DSCR (4)	1,3	1,7	1,5	0,7	1,3
Kortlopend bankkrediet (x €1.000)	4.130	7.907	10.118	4.859	10.573
Kredietfaciliteit rekening courant (x €1.000)	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000

Bronnen: Jaarverslagen 2014-2017.

Toelichting

- (1) Eigen vermogen / Totaal baten
- (2) Eigen vermogen / Balanstotaal
- (3) Vlottende activa / Kortlopende schulden
- (4) (Resultaat na belastingen + afschrijvingen + rentelasten) / (Rentelasten + aflossingen)

MC Slotervaart

Balans (x €1.000)	2013	2014	2015	2016	2017
Vaste activa	42.676	38.224	35.520	33.501	38.164
Vlottende activa	47.360	34.766	32.442	27.426	29.374
– voorraden	780	993	695	876	675
– onderhanden werk	795	2.572	0	0	0
– debiteuren en overige vorderingen	45.642	30.344	31.039	25.712	26.843
– liquide middelen en effecten	143	857	708	838	1.856
Eigen Vermogen	16.492	15.122	13.955	17.347	13.600
Voorzieningen	8.898	6.615	5.828	4.478	4.405
Langlopende schulden	9.167	5.584	4.588	2.324	5.869
Kortlopende schulden	55.479	45.669	43.593	36.778	43.593
– onderhanden werk	0	0	303	7.363	5.091
– overige kortlopende schulden	55.479	45.669	43.290	29.415	38.502
Balanstotaal	90.036	72.990	67.964	60.927	67.467
Winst en verliesrekening (x €1.000)	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal baten	163.337	116.170	122.793	122.333	117.721
Personele kosten	84.181	75.282	78.510	77.909	78.569
– waarvan kosten PNIL	2.555	4.664	8.039	7.203	8.128
PNIL % van omzet	2%	4%	7%	6%	7%
PNIL % t.o.v. totale loonkosten	3%	6%	10%	9%	10%
Personeel (FTE)	1.196	1.040	1.008	966	Onb.
Afschrijvingen	7.065	6.025	5.492	5.035	4.848
Overige bedrijfskosten	74.635	35.635	38.419	35.420	37.160
Bedrijfsresultaat	-2.544	-772	372	3.969	-2.856
Financiële baten en lasten	-2.275	-1.104	-1.312	-653	-809
Belastingen	-318	-3	-3	76	-82
Resultaat deelnemingen	0	509	-223	97	
Resultaat na belastingen (netto resultaat)	-5.137	-1.370	-1.166	3.489	-3.747
Aflossing langlopende leningen	1.333	1.333	2.583	2.692	1.637

Bronnen: Jaarverslagen 2014-2016. Concept jaarverslag 2017.



Toelichting

Onderhanden werk (OHW) is het saldo van de waarde OHW minus ontvangen voorschotten.

De overige kortlopende schuld eind 2014 is inclusief €11,2 miljoen teveel ontvangen voorschot transitiefinanciering (NZa Regeling Transitie bekostigingsstructuur). Deze is in oktober 2015 terugbetaald.

In de jaarrekening 2016 zijn de opbrengsten over 2015 gecorrigeerd met -/- €2,9 miljoen in verband met een correctie op een zorgverzekeraarscontract (-/- €2,2 miljoen) en door een herrubricering van de deelneming in ISM BV (schoonmaakbedrijf; €0,7 miljoen). Deze correctie (-/- €2,2 miljoen) werkt door in het OHW, de winst en het eigen vermogen.

In de concept jaarrekening 2017 zijn de 'debiteuren en overige vorderingen' eind 2016 gecorrigeerd met -/- €1,5 miljoen in verband met een voorziening die samenhangt met verwachte overschrijdingen op contractafspraken met verzekeraars.

In de concept jaarrekening 2017 zijn de financiële baten en lasten over 2016 gecorrigeerd met - € 0,1 miljoen.

Financiële indicatoren	2013	2014	2015	2016	2017
Solvabiliteit (1)	10,1%	13,0%	11,4%	14,2%	11,6%
Solvabiliteit (2)	18,3%	20,7%	20,5%	28,5%	21,2%
Liquiditeit (3)	0,85	0,76	0,74	0,75	0,67
DSCR (4)	1,2	2,8	1,4	2,7	0,8
Kortlopend bankkrediet (x €1.000)	-	0	7.628	1.607	5.548
Kredietfaciliteit rekening courant (x €1.000)	-	5.000	11.000	10.250	9.750

Bronnen: Jaarverslagen 2014-2016. Concept jaarverslag 2017.

Toelichting

(1) Eigen vermogen / Totaal baten

(2) Eigen vermogen / Balanstotaal

(3) Vlottende activa / Kortlopende schulden

(4) (Resultaat na belastingen + afschrijvingen + rentelasten) / (Rentelasten + aflossingen)

Bijlage D. Personele bezetting AVA, RvB en RvC

De onderstaande tabellen geven de personele invulling van de Aandeelhoudersvergadering, Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen weer van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart vanaf de overname door de MC Groep tot aan het faillissement.

MC IJsselmeerziekenhuizen	
Aandeelhouders (MC IJsselmeerziekenhuizen Holding BV)	<ul style="list-style-type: none"> - dhr. De Boer; - dhr. Brouwer; - dhr. Winter.
Raad van Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> - dhr. Winter: 12-02-2009 tot 01-02-2018; voorzitter van 12-02-2009 tot 15-08-2016; - dhr. De Boer: 12-02-2009 tot 01-10-2018; voorzitter van 15-08-2016 tot 01-08-2018; - dhr. Visser: 01-12-2009 tot 17-11-2012; - mw. Sleeuwenhoek: 15-08-2016 tot 01-08-2018; - dhr. De Blok: voorzitter vanaf 01-08-2018 tot 25-10-2018.
Raad van Commissarissen	<ul style="list-style-type: none"> - mw. Leemhuis-Stout: 16-04-2009 tot 01-08-2018 (m.u.v. periode 01-07-2011 tot 10-03-2012); voorzitter mei 2012 tot 01-08-2018. - dhr. Brouwer: 12-02-2009 tot 03-07-2015; voorzitter van 12-02-2009 tot mei 2012; - dhr. Spriensma: 12-02-2009 tot 01-08-2018; - dhr. Barneveld Binkhuysen: 05-03-2009 tot 01-08-2018; - mw. Tadema-Koomen: 01-09-2011 tot 01-08-2018; - dhr. Slagt: 03-07-2015 tot 01-08-2018; - dhr. Joachimsthal: voorzitter vanaf 01-08-2018 tot 25-10-2018; - mw. Luyer: 01-08-2018 tot 25-10-2018; - dhr. Laurey: 01-08-2018 tot 25-10-2018.
MC Slotervaart	
Aandeelhouders (MC Slotervaartziekenhuis Holding BV)	<ul style="list-style-type: none"> - dhr. De Boer; - dhr. Brouwer; - dhr. Winter.
Raad van Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> - dhr. Winter: 01-02-2014 tot 01-02-2018; voorzitter van 01-02-2014 tot 15-08-2016; - dhr. De Boer: 01-02-2014 tot 01-10-2018; voorzitter van 15-08-2016 tot 01-08-2018; - dhr. Flach: 01-05-2014 tot 01-07-2016; - dhr. Roldaan: 01-03-2014 tot 31-10-2016; - mw. Sleeuwenhoek: 01-04-2015 tot 15-08-2016 (niet-statutair); - mw. Tichem: 03-10-2016 tot 25-10-2018, voorzitter vanaf 01-08-2018.
Raad van Commissarissen	<ul style="list-style-type: none"> - dhr. Mulder: 25-05-2015 tot 25-10-2018 (voorzitter); - dhr. De Blok: 24-06-2013 tot 01-08-2018; - dhr. Van der Wal: 01-07-2015 tot 25-10-2018; - mw. Monissen: 06-07-2015 tot 25-10-2018; - mw. Cheng: 01-12-2015 tot 25-10-2018.











