



Gemeenteraad Dronten

Onderwerp: Informatie zorgtafel Flevoland

Geachte raadsleden,

Wij sturen u ter informatie drie documenten die betrekking hebben op de zorgtafel Flevoland.

Het eerste document betreft het verslag van de zorgtafel van 22 november 2019 en de bijbehorende presentatie. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat de stoplichten zoals nu weergegeven nog flexibel zijn daar er nog een uitwerkingsslag gemaakt moet worden op alle agendapunten. De eerstvolgende Zorgtafel Flevoland is op 6 maart aanstaande.

Het tweede document betreft het rapport van de Onderzoeksraad voor veiligheid 'Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen Risico's voor patiëntveiligheid' zoals deze aangeboden is aan de Tweede Kamer.

Het derde document is een memo van VWS met daarin een overzicht van de moties die aangenomen of verworpen zijn ten behoeve van de agenda voor de zorg in Flevoland.

Wij gaan ervan uit u hiermee van voldoende informatie te hebben voorzien.

Hoogachtend,

het college van Dronten

drs. T. van Lenthe
Secretaris

P. van Bergen
Locoburgemeester

Bijlage(n): 3

Locatie: gemeentehuis Lelystad, Stadhuisplein 2, Raadszaal

Tijd: 10.00 – 11.30 uur

Bijlagen: presentatie Zorgtafel 22 november, actielijst n.a.v. Zorgtafel 22 november

1. Werkwijze Zorgtafel Flevoland

De onafhankelijk voorzitter opent om 10.00 de vergadering en stelt zichzelf voor aan de aanwezigen van de Zorgtafel. De voorzitter schetst zijn eerste bevindingen waarbij opvalt dat partijen bereid zijn gezamenlijk in te zetten op uitvoering van de agenda. Dat geldt niet alleen voor de betrokken (zorg) partijen in Flevoland, maar ook daarbuiten zoals de NZa, verzekeraars en de Provincie. Dat geeft ook een kans om doelen te realiseren. Hij signaleert echter dat de doelen in de agenda een nadere concretisering behoeven, alsmede de beschikbaarheid van een tijdpad. Mede op basis hiervan is een concept werkwijze opgesteld die ter vergadering wordt toegelicht. Bespreekpunten voor de Zorgtafel worden vooraf ingebracht en gedeeld met aanwezigen, zodat aanwezigen tijdig kunnen voorbereiden. Aanwezigen stemmen in met het voorstel zoals verwoord op pagina 7, slide 6 van bijgevoegde presentatie

2. Terugblik afgelopen periode

Laura van Loon licht toe dat beide projectmanagers nagenoeg alle partijen gesproken hebben, waarbij de input op de Agenda voor de Zorg in Flevoland (hierna: Agenda) is opgehaald. Daarbij is de constatering van vrijwel alle partijen dat de initiatieven op de Agenda rijp en groen door elkaar zijn, en dat de aanvankelijke bedachte prioritering niet noodzakelijk is aangezien een groot deel van de initiatieven (18 van de 20, zie pagina 10, slide 9 van bijgevoegde presentatie) is gestart. Een aantal punten zijn nog niet gestart, aangezien daar volgens de partijen geen acute actie op noodzakelijk is. Deze punten zullen op een later moment worden opgepakt, naar verwachting is er een update voor de volgende zorgtafel te vermelden.

3. Overstijgende onderwerpen

Naast de drie pijlers van de Agenda (acute zorg, geboortezorg en zorg voor kwetsbare groepen en ouderen) zijn er door de Toekomstverkenner ook een drietal overstijgende onderwerpen gedefinieerd. De projectmanagers informeren de aanwezigen over de voortgang van de overstijgende onderwerpen. Het opzetten en creëren van een structuur rondom de Zorgtafel is opgepakt en reeds afgerond. Het betrekken van patiënten en inwoners wordt reeds opgepakt, aanwezigen worden daar verderop in de presentatie nader over geïnformeerd. Met betrekking tot het rapporteren van effecten op de burger zijn reeds diverse initiatieven gestart.

4. Pijlers van de Agenda

Door de projectmanagers is in kaart gebracht wat de status is van de voortgang van de Agenda. Per pijler zijn er vooraf een aantal bespreekpunten ingebracht, deze worden toegelicht door de trekkers van de desbetreffende initiatieven.

4.1. Acute Zorg

Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen, Frank de Groot, manager ROAZ Amsterdam

De rapportage zoals weergegeven vanaf pagina 17, slide 16 van de presentatie heeft betrekking op data tot en met 31 oktober 2019. De blauwe vlakken in de grafiek op pagina 20, slide 19, van de presentatie hebben betrekking op patiënten afkomstig uit Lelystad en Dronten, wat zich heeft gepresenteerd in Harderwijk. De rode vlakken hebben betrekking op patiënten uit Emmeloord en Urk, die zich eveneens in Harderwijk hebben gepresenteerd. De cijfers laten een stabiel aantal zien vergeleken met vorige rapportages, dat geldt ook voor de herkomst. Uit de rapportage blijkt dat de inwoners uit de Noordoostpolder vooral gericht zijn op de ziekenhuizen in het noorden (Antonius, Tjongerschans). De spoedpoli laat eveneens een stabiel beeld zien. In het rapport van de Toekomstverkenner valt te lezen dat patiënten die afkomstig zijn uit het verzorgingsgebied van Lelystad vaker werden opgenomen. De cijfers uit de meest recente rapportage t/m eind oktober jongstleden laat dit opnieuw zien. Daarmee is er mogelijk sprake van een zwaardere zorgvraag. De cijfers van de ziekenhuizen uit Sneek en Zwolle ontbreken nog in deze rapportage. De update hiervan zal na de Zorgtafel worden toegestuurd aan de aanwezigen.

Met betrekking tot de capaciteit in de acute keten geeft Frank aan dat dit tevens onderdeel is van de rapportage. Daarbij wordt gemeten hoeveel procent van de tijd de capaciteit beschikbaar is. Uit de cijfers blijkt dat ziekenhuis St. Jansdal op 95% beschikbaarheid zat in de afgelopen zomermaanden, en het Flevoziekenhuis op 99%. Er is geen lineaire toename van het aantal stops zichtbaar, de capaciteit in de keten lijkt derhalve geborgd.

In het rapport van de Toekomstverkenner wordt genoemd dat de update van deze cijfers maandelijks dient plaats te vinden. Voorstel van ROAZ Amsterdam is om deze cijfers na afloop van elk kwartaal te delen met aanwezigen. Dat houdt in dat de cijfers van Q4 2019 medio januari 2020 zullen worden gedeeld, Q1 2020 medio april 2020, etc. Indien er in die tussenliggende periode een Zorgtafel gepland is, wordt de rapportage door ROAZ Amsterdam eerder voorbereid. Aanwezigen stemmen in met procesvoorstel voor aanlevering van de gegevens die betrekking hebben op de acute keten.

Realiseren real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners, Gijs Roest, manager a.i. RAV Flevoland en Gooi- en Vechtstreek

De Pilot zorgcoördinatie is in oktober ingediend bij zorgverzekeraars. De pilot betekent enerzijds een samenwerking tussen onder andere de triagisten van de huisarts, thuiszorgorganisaties, sociaal domein en meldkamer ambulancedienst. Het doel van deze pilot is de zorgopvolging te verbeteren. Ander onderdeel is het realtime inzicht in de capaciteit in zorg. Dit punt wordt afgestemd met TraumaNet AMC en ROAZ Noord Nederland. Deze aanvraag is ook ingediend, maar vooralsnog aangehouden, vanwege het gebrek aan commitment. Er ontbreken handtekeningen onder de oorspronkelijke aanvraag van Zorggroep Almere, het Flevoziekenhuis en de thuiszorg. De gesprekken met deze partijen zijn gepland en verlopen constructief. De RAV heeft de mogelijkheid tot 1 april om de aanvraag opnieuw in te dienen. Vanuit de aanwezigen wordt aandacht gevraagd voor het feit dat GGZ hier ook bij betrokken moet worden, maar dat deze zorg niet gesplitst kan worden in noordelijk en zuid Flevoland. Deze zorg heeft betrekking op de gehele regio. RAV bevestigt dit signaal en noteert dit als aandachtspunt.

4.2 Geboortezorg

Laura van Loon licht toe dat het op dit moment ontbreekt aan concretisering van de agendapunten, en ondersteuning van de professionals op korte termijn noodzakelijk is. De stappen daarin worden gezet, gesprekken met diverse partijen lopen.

Evaluatie A1-ambulanceritten, Gijs Roest, manager RAV Flevoland en Gooi- en Vechstreek

Dit agendapunt is vooraf ingebracht door Gijs Roest, ter bespreking van de toegevoegde waarde van deze cijfers. Vanaf pagina 33, slide 32 van de presentatie zijn cijfers zichtbaar die de tijd van huis naar het ziekenhuis laten zien, evenals de totale tijd van melding tot aan ziekenhuis. De rode kolom op pagina 34 slide 33 is het meest interessant. Zoals zichtbaar zijn de tijden in deze kolom ook het meest opgelopen. Echter, dit heeft tevens te maken met diverse niveaus van urgentie, en deze worden niet expliciet gemeten. De interpretatie van deze cijfers is daarmee niet volledig. Voorstel van de RAV is om samen met de verloskundigen te kijken hoe de cijfers anders en meer bruikbaar kunnen worden samengesteld. Data moet goed worden afgestemd met verloskundigen, zodat dit tijdens de volgende Zorgtafel kan worden gepresenteerd.

4.3 Zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen

Laura van Loon geeft aan dat er op dit moment geen specifieke hulpvragen of mededelingen zijn die plenair besproken moeten worden. De noodzakelijke gesprekken met gemeente en provincie lopen, veel van deze initiatieven lopen al, en dit was tevens ook de situatie voorafgaand aan het faillissement.

5. Monitor toegangstijden Zilveren Kruis

Laura van Loon licht toe dat de monitor gebaseerd is op alle wachttijden van alle ziekenhuizen op poliklinische bezoeken, per specialisme, per maand. Hiermee worden de toegangstijden tot de ziekenhuizen gemeten. Daarbij kan er geen conclusie worden getrokken op basis van één rapportage. De informatie met betrekking tot de toegangstijden zal maandelijks worden gedeeld.

6. Hoe nu verder

Laura van Loon doet een procesvoorstel aan de aanwezigen met betrekking tot de verdere voortgang en rapportage van de voortgang, zoals weergegeven op pagina 49, slide 48 van de presentatie. De deadline voor het aanleveren van de updates in de bijlagen is 13 december 2019. Deze rapportages zijn reeds ingevuld op basis van de eerste gesprekken die hebben plaatsgevonden, en zijn nog niet met alle betrokken partijen voorbesproken.

De opdrachtschrijving in het format heeft betrekking op de opdracht die verantwoordelijke/ trekker van het initiatief heeft. In het format kan worden aangegeven of verantwoordelijke/ trekker een hulpvraag of mededeling heeft aan de Zorgtafel. Dit zal vervolgens met de projectmanagers van de Zorgtafel worden voorbesproken. Het verzoek is om alle betrokken partijen bij het initiatief in te vullen, zodat duidelijk is wie zijn aangehaakt. Daarnaast een verzoek aan de verantwoordelijke/ trekker van het initiatief om samen met de Flevolandse Patiënten Federatie een keuze te maken hoe zij op de hoogte gehouden worden en/ of in welke mate zij betrokken zijn bij het initiatief. Bij de vraag "wat merken patiënten en inwoners" is het verzoek hier kort en bondig te omschrijven wat

patiënten en inwoners zullen merken van eventuele veranderingen en in hoeverre dat positief is voor deze groep. Bij het onderdeel “mijlpalen” dient de verantwoordelijke/ trekker aan te geven welke doelen gesteld zijn en welke acties worden uitgevoerd om deze doelen te behalen. Van belang dat hier een realistische (haalbare) deadline aan gekoppeld wordt, zodat monitoring op de voortgang gemeten kan worden.

Verzoek aan alle aanwezigen om de updates tijdig aan te leveren, zodat voorbereiding op de volgende Zorgtafel (6 maart 2020) ook tijdig kan plaatsvinden.

7. Communicatievoorstel

Het communicatievoorstel zoals meegestuurd met de voorbereidende stukken, en weergegeven op pagina 51, slide 50 van de presentatie, wordt besproken met de aanwezigen van de Zorgtafel. Het voorstel is om gezamenlijk op te trekken in de communicatie naar buiten toe. Verzoek aan alle aanwezigen om dit rustig door te nemen en inhoudelijk te reageren richting John Gabriëls, communicatiemanager Zilveren Kruis.

8. Rondvraag

Gemeente Dronten:

Het is de bedoeling dat ook rapportage vanuit de zorgtafel richting lokale besturen gaat plaatsvinden. Graag aandacht voor communicatie richting raad, en verantwoording van de zorgtafel richting besturen.

Provincie Flevoland:

Dank voor duidelijke terugkoppeling en overzicht van de voortgang. Mooie stappen gezet in vertaling van de Agenda naar de praktijk. Nog wel vragen over wie gaat het doen, wat gaat het kosten en wie gaat het betalen? Betrekken van financiers en dat duidelijker positioneren.

ROAZ Amsterdam:

Benieuwd naar de mening van de burger. Is dat wat we nu aan het doen zijn goed, en voldoet dat aan de verwachtingen? De monitoring van de effecten op de inwoners moet nog starten. Flevolandse Patiënten Federatie deelt deze vraag. In de communicatie is het van belang dat er goed wordt nagedacht over wat er wordt gezegd, en waarbij duidelijk wordt aangegeven wat er voor de patiënten en inwoners wordt opgebouwd. Het actiecomité sluit zich daarbij aan, het gaat om het goed uitleggen van de stappen die we zetten ter verbetering. De voorzitter geeft aan dat dit punt expliciet zal worden betrokken bij het voorstel rond de communicatie.

Verloskundigen:

Inhoudelijke vraag over de rapportage met betrekking tot het aantal stops in de acute keten. Wat gebeurt er met de mensen die niet kunnen worden opgenomen? En wat is daar de schade van. Het gaat om ca. 6 mensen, maar welke problematiek zit daar achter? ROAZ Amsterdam geeft een nuance op deze interpretatie. De patiënten worden naar een ander ziekenhuis gebracht waar wel plaats is.

Gemeente Lelystad:

Dank voor de concretiseringsslag die is gemaakt. Echter wel zorgen om randvoorwaarden, wie is verantwoordelijk voor welk onderdeel? Daarnaast ontbreekt er volgens de provincie een belangrijk onderwerp op de gehele agenda. Namelijk de verandering gebruiken om vernieuwingen uit te proberen en door te voeren. Met een creatieve bril kijken naar de mogelijkheden in de regio. Het momentum gebruiken om bijvoorbeeld koploper te worden op een aantal onderdelen van de zorg. De projectmanagers bevestigen dat dit een terugkerend onderwerp van gesprek is geweest met alle betrokken partijen. Dat hier aandacht voor is, en dat partijen zich niet moeten laten beperken tot de Agenda zoals deze is opgesteld.

Flevolandse Patiënten Federatie:

Vragen aandacht voor samenhang van de initiatieven op de agenda, en de meerwaarde van combinaties daarin. De nachtzorg zit niet expliciet in de Agenda. Ook hier graag scherp op zijn. Tot slot zitten ook de mogelijkheden voor het starten van zorg in de wijk niet expliciet in de Agenda. Zilveren Kruis geeft aan dat dit absoluut onderwerp van gesprek is, dat er in Nederland op diverse plaatsen initiatieven worden ontplooid en dat er momenteel wordt bekeken welke vormen kunnen worden opgeschaald.

9. Afsluiting.

De onafhankelijk voorzitter geeft een samenvatting van de Zorgtafel. Communicatie is een wezenlijk onderdeel van de uitwerking van de zorgtafel. Verzoek aan allen spoedig te reageren op het communicatievoorstel. Mochten er aanvullende vragen zijn met betrekking tot de presentatie de uitnodiging aan allen om daar nog even per mail op te reageren richting de projectmanagers. Daarnaast is het van belang dat innovaties als kans worden gepakt bij het opnieuw inrichten van het zorglandschap in Flevoland.

De onafhankelijk voorzitter dankt een ieder voor zijn of haar aanwezigheid tijdens de Zorgtafel, en sluit de vergadering om 11.25u.

Zorgtafel Flevoland

Bijeenkomst
22 november



Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



Frans van den Broek is aangesteld als onafhankelijk voorzitter van de Zorgtafel



Achtergrond:

- Beroepsbeoefenaar
- Bestuurlijke ervaring in 1^e lijn, VVT en ziekenhuizen
- Oprichten transmuraal netwerk in regio Zuid-Holland-Noord

Taak als onafhankelijk voorzitter:

- Leiden van de vergaderingen van de Zorgtafel Flevoland
- Zorgdragen voor de uitvoering van de Agenda voor de Zorg in Flevoland
- Terugkoppelen naar Voortgangsoverleg vanuit Zorgtafel

Eerste observaties:

- Bereidheid van alle partijen
- Eerste resultaten behaald
- Overstijgende agenda onderwerpen
 - Capaciteit
 - Innovatie en zorgvernieuwing
 - Communicatie (vertrouwen inwoners)
- Aantal initiatieven is een ambitieuze opgaven
 - Concretiseren
 - Tijdspad



Frans van den Broek is aangesteld als onafhankelijk voorzitter van de Zorgtafel



Achtergrond:

- Bestuurlijke ervaring in 1^e lijn, VVT en ziekenhuizen
- Beroepsbeoefenaar
- Oprichten transmuraal netwerk in regio Zuid-Holland-Noord

Taak als onafhankelijk voorzitter:

- Leiden van de vergaderingen van de Zorgtafel Flevoland
- Zorgdragen voor de uitvoering van de Agenda voor de Zorg in Flevoland
- Terugkoppelen naar Voortgangsoverleg vanuit Zorgtafel

Eerste observaties:

- Bereidheid van alle partijen
- Eerste resultaten behaald
- Overstijgende agenda onderwerpen
 - Capaciteit
 - Innovatie en zorgvernieuwing
 - Communicatie (vertrouwen inwoners)
- Aantal initiatieven is een ambitieuze opgaven
 - Concretiseren
 - Tijdspad



Frans van den Broek is aangesteld als onafhankelijk voorzitter van de Zorgtafel



Achtergrond:

- Bestuurlijke ervaring in 1^e lijn, VVT en ziekenhuizen
- Beroepsbeoefenaar
- Oprichten transmuraal netwerk in regio Zuid-Holland-Noord

Taak als onafhankelijk voorzitter:

- Leiden van de vergaderingen van de Zorgtafel Flevoland
- Zorgdragen voor de uitvoering van de Agenda voor de Zorg in Flevoland
- Terugkoppelen naar Voortgangsoverleg vanuit Zorgtafel

Eerste observaties:

- Bereidheid van alle partijen
- Eerste resultaten behaald
- Overstijgende agenda onderwerpen
 - Capaciteit
 - Innovatie en zorgvernieuwing
 - Communicatie (vertrouwen inwoners)
- Aantal initiatieven is een ambitieuze opgaven
 - Concretiseren
 - Tijdspad



De Zorgtafel heeft een meerledig doel

Informereren

Zorgvuldig en volledig informeren van alle belanghebbenden

Monitoren

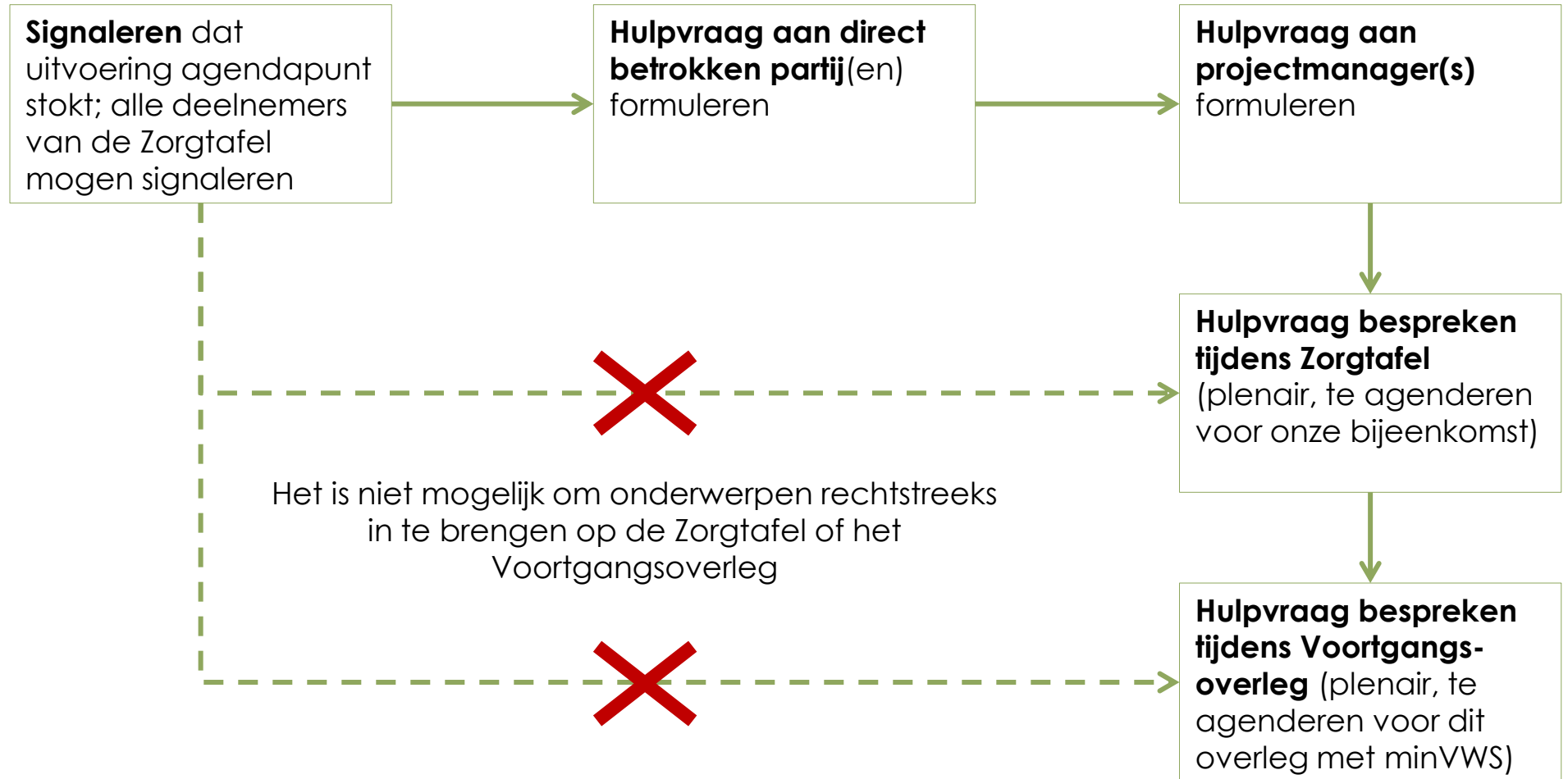
Nauwgezet volgen van de voortgang op de gezamenlijke agenda

Uitvoering geven aan monitoringsafspraken

Bewaken

Bewaken van samenhang in de uitvoering van de toekomstvisie zorg

Werkwijze Zorgtafel



Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



Projectmanagers hebben sinds de vorige Zorgtafel (bijna) alle betrokken partijen individueel gesproken



Uitvoering van de agenda is voorspoedig gestart: op 18 van de 20 agendapunten is inmiddels actie ondernomen



Pijler 1: Acute zorg

- | | |
|--|--|
| 1. Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen | |
| 2. Realiseren van real time inzicht in capaciteit en coördinatie met ketenpartners | |
| 3. Opzetten van regionaal data science team acute zorg | |
| 4. Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli en spoedpost | |
| 5. Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minutennorm door gezondheidsraad | |
| 6. Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk | |
| 7. Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's | |



Pijler 2: Geboortezorg

- | | |
|---|--|
| 1. Verstevenigen van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners | |
| 2. Samenwerking tussen verloskundigenpraktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen | |
| 3. Systematisch evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde | |
| 4. CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland | |
| 5. Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen | |
| 6. Kraamzorg inrichten met partusteam | |
| 7. Regionale aanpassingen in Lelystad | |



Pijler 3: Kwetsbare groepen

- | | |
|--|--|
| 1. Realiseren anderhalvelijnsvoorzieningen in de regio's Lelystad/Dronten en Noordoostpolder/Urk | |
| 2. Uitwerken mogelijkheden OZO verbindzorg binnen een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk | |
| 3. Inzetten van bestaande e-health initiatieven | |
| 4. Uitwerken mogelijkheden positieve gezondheid | |
| 5. Uitvoeren van impactanalyse huisartsenzorg | |
| 6. Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen | |

Legenda



Uitvoering agendapunt gestart



Uitvoering agendapunt on hold



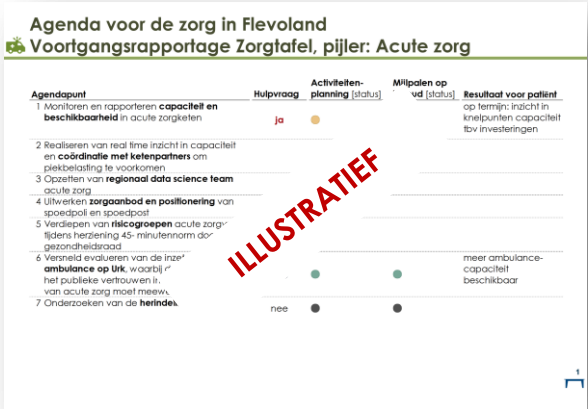
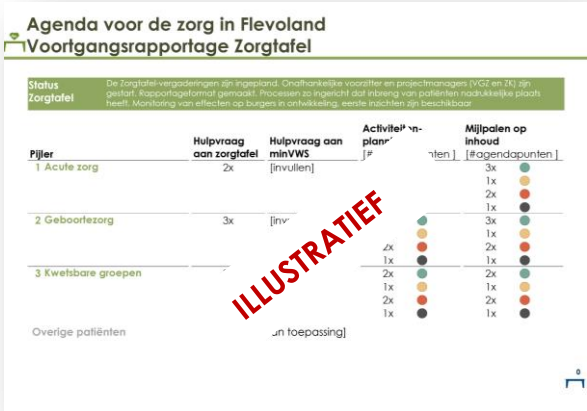
Uitvoering agendapunt niet gestart



Monitoren en rapporteren op voortgang van de agenda doen we op drie niveaus

Samenvatting:
rapportage op pijlniveau

Samenvatting:
rapportage op agendaniveau



3x

Rapportage per agendapunt



20x

Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



Agenda voor de zorg in Flevoland Voortgangsrapportage Zorgtafel

Drie overstijgende onderwerpen

1. De Zorgtafel-vergaderingen zijn ingepland. Onafhankelijke voorzitter en projectmanagers (VGZ en ZK) zijn gestart.
2. Rapportageformat gemaakt. Processen zo ingericht dat inbreng van patiënten nadrukkelijke plaats heeft.
3. Monitoring van effecten op burgers in ontwikkeling.

Pijler	Hulpvraag aan Zorgtafel	Hulpvraag aan Voortgangs-overleg	Activiteiten-planning [#agendapunten]	Mijlpalen op inhoud [#agendapunten]
1 Acute zorg	2x	[invullen]	5x  1x   2x 	4x  2x   2x 
2 Geboortezorg	5x	[invullen]	3x  4x   	3x  4x   
3 Kwetsbare groepen	0x	[invullen]	4x  2x   	4x  2x   

Legenda

 Loopt (volgens schema)

 Aandachtspunt(en)

 Loopt niet (volgens schema)

 Geen informatie



Agenda voor de zorg in Flevoland **Voortgangsrapportage Zorgtafel**

Drie overstijgende onderwerpen

1. De Zorgtafel-vergaderingen zijn ingepland. Onafhankelijke voorzitter en projectmanagers (VGZ en ZK) zijn gestart.
2. Rapportageformat gemaakt. Processen zo ingericht dat inbreng van patiënten nadrukkelijke plaats heeft.
3. Monitoring van effecten op burgers in ontwikkeling.

Pijler	Hulpvraag aan Zorgtafel	Hulpvraag aan Voortgangs-overleg	Activiteiten-planning [#agendapunten]	Mijlpalen op inhoud [#agendapunten]
1 Acute zorg	2x	[invullen]	5x  1x   2x 	4x  2x   2x 
2 Geboortezorg	5x	[invullen]	3x  4x   	3x  4x   
3 Kwetsbare groepen	0x	[invullen]	4x  2x   	4x  2x   

Legenda

 Loopt (volgens schema)

 Aandachtspunt(en)

 Loopt niet (volgens schema)

 Geen informatie

Agenda voor de zorg in Flevoland



Voortgangsrapportage Zorgtafel, pijler: Acute zorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen	Ja			Commitment wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om de benodigde data aan te leveren zodat er structureel een actuele monitor gedeeld kan worden.
2 Realiseren van real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners	Ja			ROAZ Amsterdam: Actueel overzicht uit Acuu Zorgportaal beschikbaar. RAV: subsidie aanvraag zorgcoördinatie afhankelijk van commitment.
3 Opzetten van regionaal data science team acute zorg	Nee			Afgelopen periode niet de prioriteit. Voor de volgende zorgtafel met elkaar te verkennen hoe een dergelijk data science team ingericht moet worden.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli Lelystad	Nee			St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart. Evaluaties worden gepland. Na de evaluaties zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de Zorgtafel.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpost Emmeloord	Nee			Er is een stuurgroep aangesteld met onafhankelijk projectleider. Partijen zijn met elkaar in gesprek hoe vorm gegeven moet worden aan een dergelijke
5 Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minuten norm door gezondheidsraad	Nee			De gezondheidsraad is gestart met literatuuronderzoek. Verwachting: advies oplevering juni 2020. In de tussentijd geen uitspraken over
6 Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk , waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in	Nee			Onderzoekvragen worden afgestemd met de wethouder van Urk. Afspraak met het onderzoeksbureau m.b.t. doorlooptijd en afstemming
7 Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's	Nee			ROAZ Amsterdam bekijkt hoe een herverdeling van de Noordoostpolder een positief effect kan hebben. LNAZ gaat hiermee aan de slag na voorstel vanuit leden.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie



Agenda voor de zorg in Flevoland



Voortgangsrapportage Zorgtafel, pijler: Acute zorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen	Ja			Commitment wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om de benodigde data aan te leveren zodat er structureel een actuele monitor gedeeld kan worden.
2 Realiseren van real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners	Ja			ROAZ Amsterdam: Actueel overzicht uit Acuu Zorgportaal beschikbaar. RAV: subsidie aanvraag zorgcoördinatie afhankelijk van commitment.
3 Opzetten van regionaal data science team acute zorg	Nee			Afgelopen periode niet de prioriteit. Voor de volgende zorgtafel met elkaar te verkennen hoe een dergelijk data science team ingericht moet worden.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli Lelystad	Nee			St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart. Evaluaties worden gepland. Na de evaluaties zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de Zorgtafel.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpost Emmeloord	Nee			Er is een stuurgroep aangesteld met onafhankelijk projectleider. Partijen zijn met elkaar in gesprek hoe vorm gegeven moet worden aan een dergelijke
5 Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minuten norm door gezondheidsraad	Nee			De gezondheidsraad is gestart met literatuuronderzoek. Verwachting: advies oplevering juni 2020. In de tussentijd geen uitspraken over
6 Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk , waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in	Nee			Onderzoekvragen worden afgestemd met de wethouder van Urk. Afspraak met het onderzoeksbureau m.b.t. doorlooptijd en afstemming
7 Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's	Nee			ROAZ Amsterdam bekijkt hoe een herverdeling van de Noordoostpolder een positief effect kan hebben. LNAZ gaat hiermee aan de slag na voorstel vanuit leden.

Legenda

Loopt (volgens schema)

Aandachtspunt(en)

Loopt niet (volgens schema)

Geen informatie



Agenda voor de zorg in Flevoland



Voortgangsrapportage Zorgtafel, pijler: Acute zorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen	Ja			Commitment wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om de benodigde data aan te leveren zodat er structureel een actuele monitor gedeeld kan worden.
2 Realiseren van real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners	Ja			ROAZ Amsterdam: Actueel overzicht uit Acuu Zorgportaal beschikbaar. RAV: subsidie aanvraag zorgcoördinatie afhankelijk van commitment.
3 Opzetten van regionaal data science team acute zorg	Nee			Afgelopen periode niet de prioriteit. Voor de volgende zorgtafel met elkaar te verkennen hoe een dergelijk data science team ingericht moet worden.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli Lelystad	Nee			St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart. Evaluaties worden gepland. Na de evaluaties zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de Zorgtafel.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpost Emmeloord	Nee			Er is een stuurgroep aangesteld met onafhankelijk projectleider. Partijen zijn met elkaar in gesprek hoe vorm gegeven moet worden aan een dergelijke
5 Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minuten norm door gezondheidsraad	Nee			De gezondheidsraad is gestart met literatuuronderzoek. Verwachting: advies oplevering juni 2020. In de tussentijd geen uitspraken over
6 Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk , waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in	Nee			Onderzoekvragen worden afgestemd met de wethouder van Urk. Afspraak met het onderzoeksbureau m.b.t. doorlooptijd en afstemming
7 Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's	Nee			ROAZ Amsterdam bekijkt hoe een herverdeling van de Noordoostpolder een positief effect kan hebben. LNAZ gaat hiermee aan de slag na voorstel vanuit leden.

Legenda

Loopt (volgens schema)

Aandachtspunt(en)

Loopt niet (volgens schema)

Geen informatie



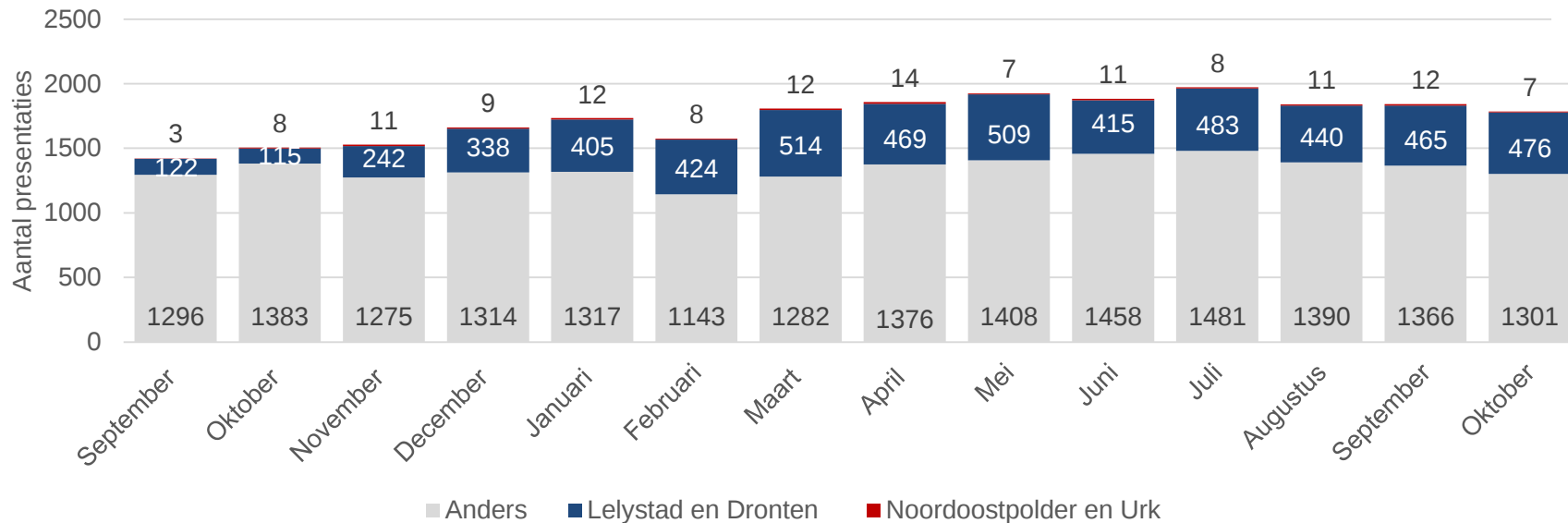
Vervolgmonitor Zorgtafel Flevoland



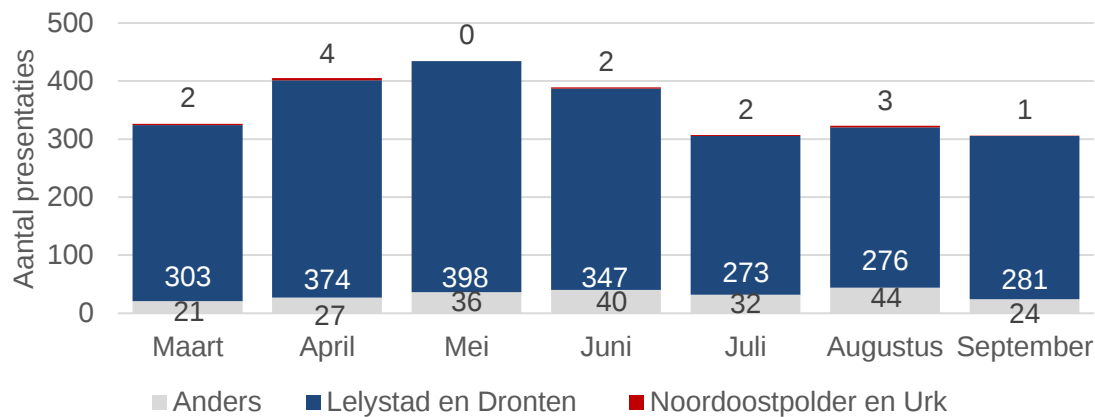
De figuren die nu worden getoond zijn (deels) een update van dezelfde figuren in het feitenboek 'Toekomstverkenning Flevoland' van IG&H dat in juli 2019 is gepubliceerd.

- Het betreft per maand het aantal presentaties en opnames naar herkomstgemeente of gebied op de SEH's van het St Jansdal Ziekenhuis, het Flevoziekenhuis en de Tjongerschans vanaf oktober 2018.
- Tevens is het aantal stops bijgewerkt voor het St Jansdal ziekenhuis en het Flevoziekenhuis t/m oktober 2019.

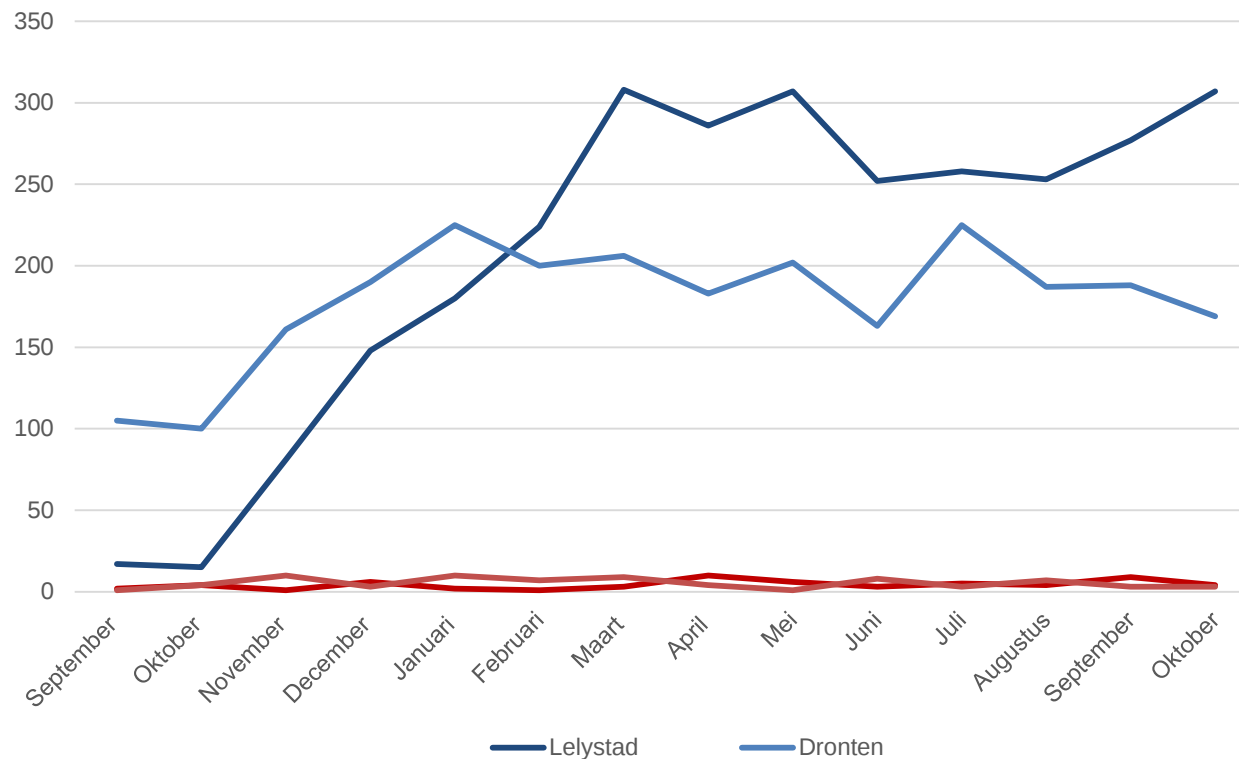
Bezoeken SEH Harderwijk



Bezoeken Spoedpoli Lelystad

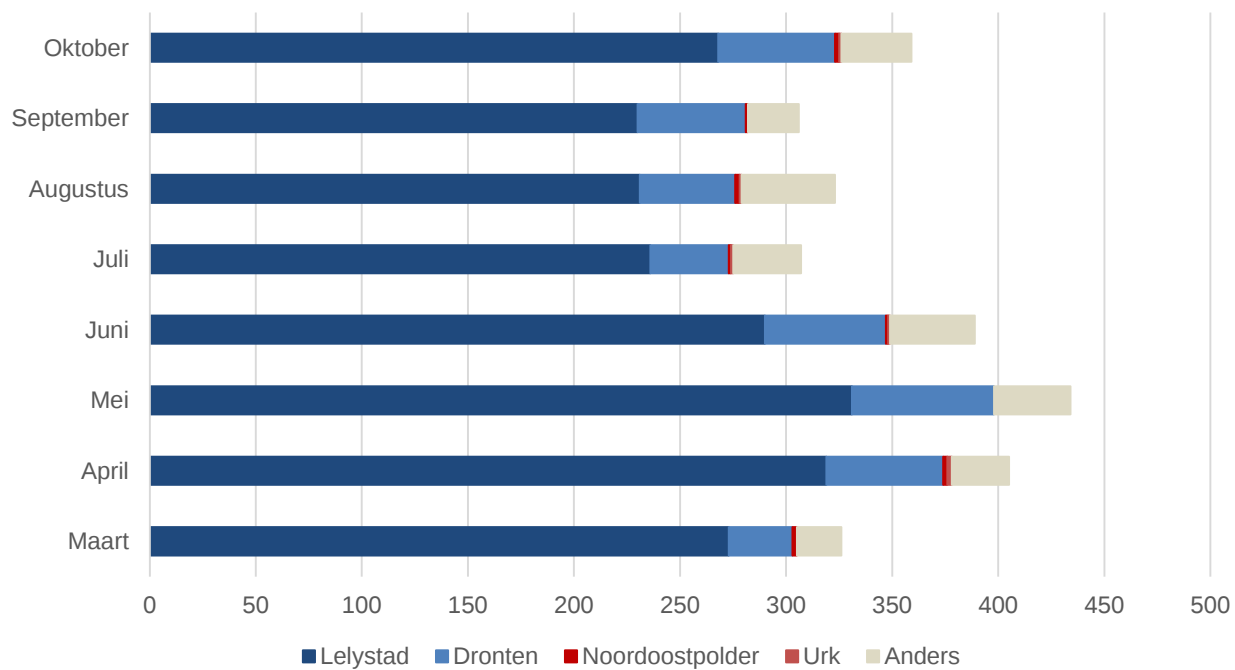


Aantal presentaties SEH Harderwijk naar herkomst

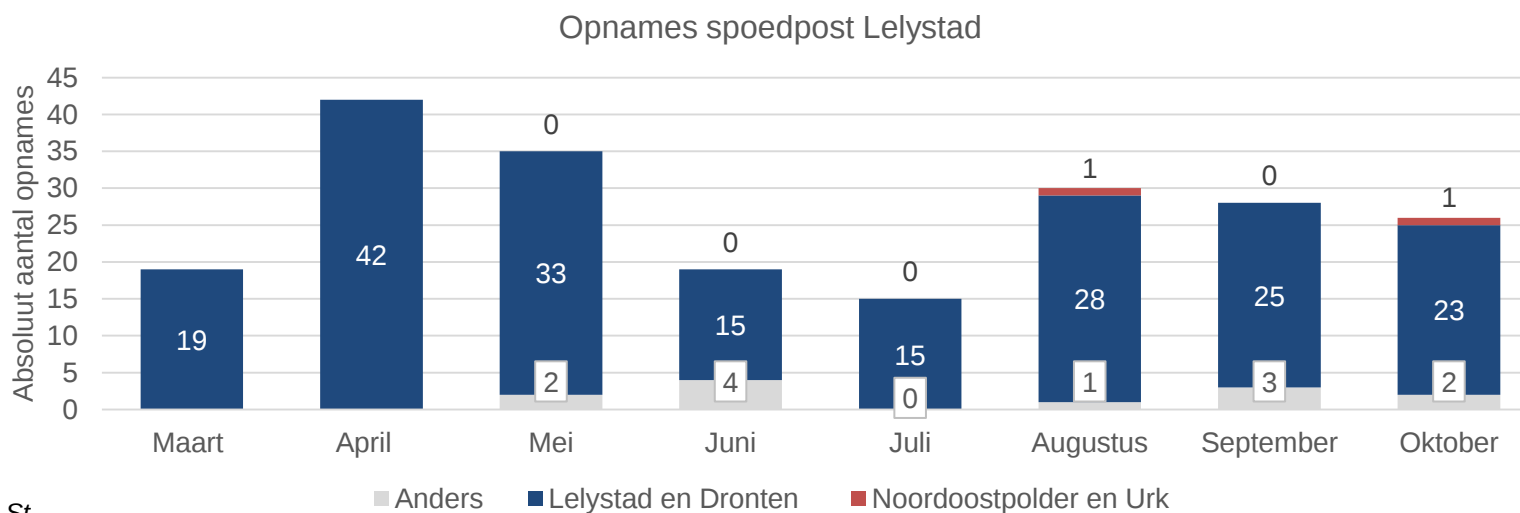
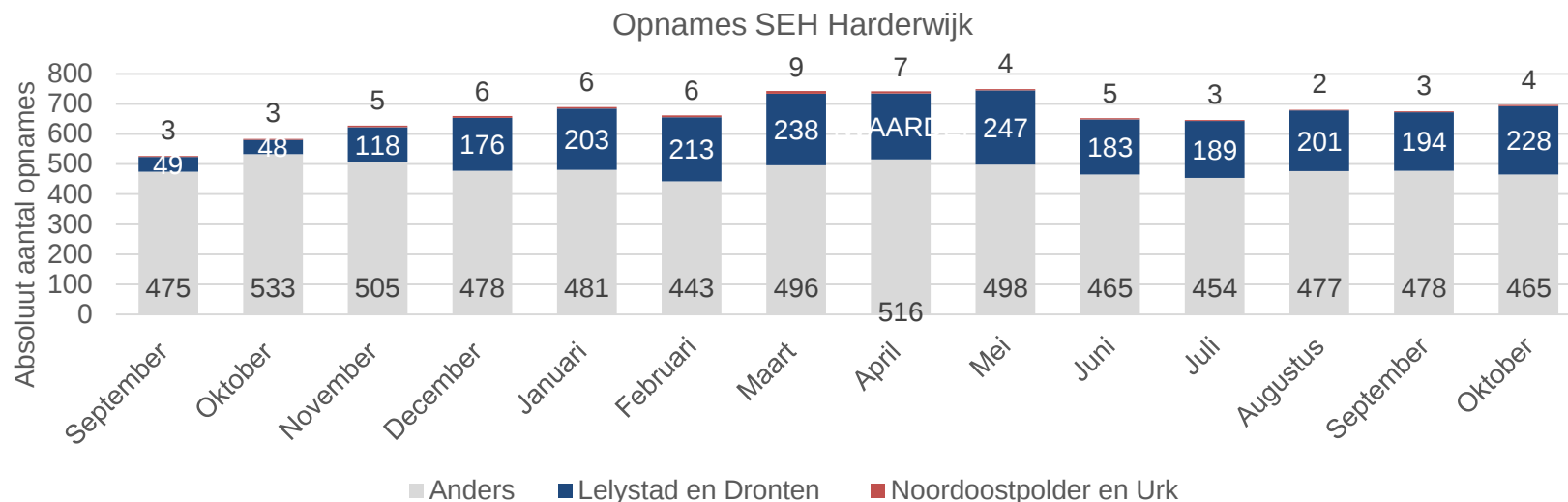


Het aantal presentaties afkomstig uit Dronten en Lelystad is toegenomen na de sluiting van het MC ZuiderZee. De stijging is het sterkst voor de patiënten uit Lelystad.

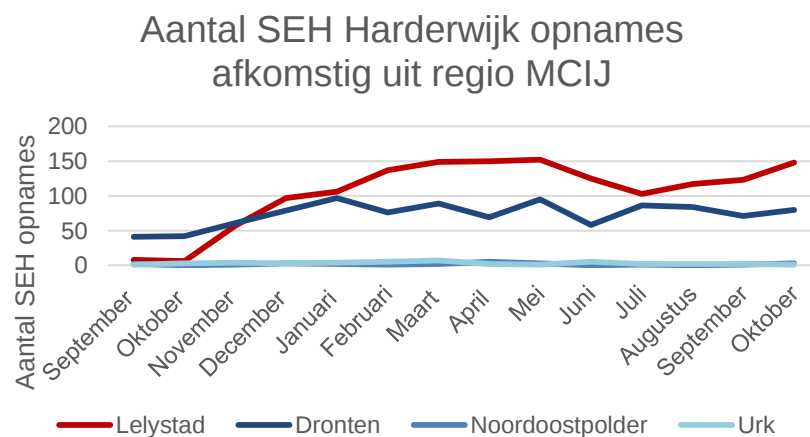
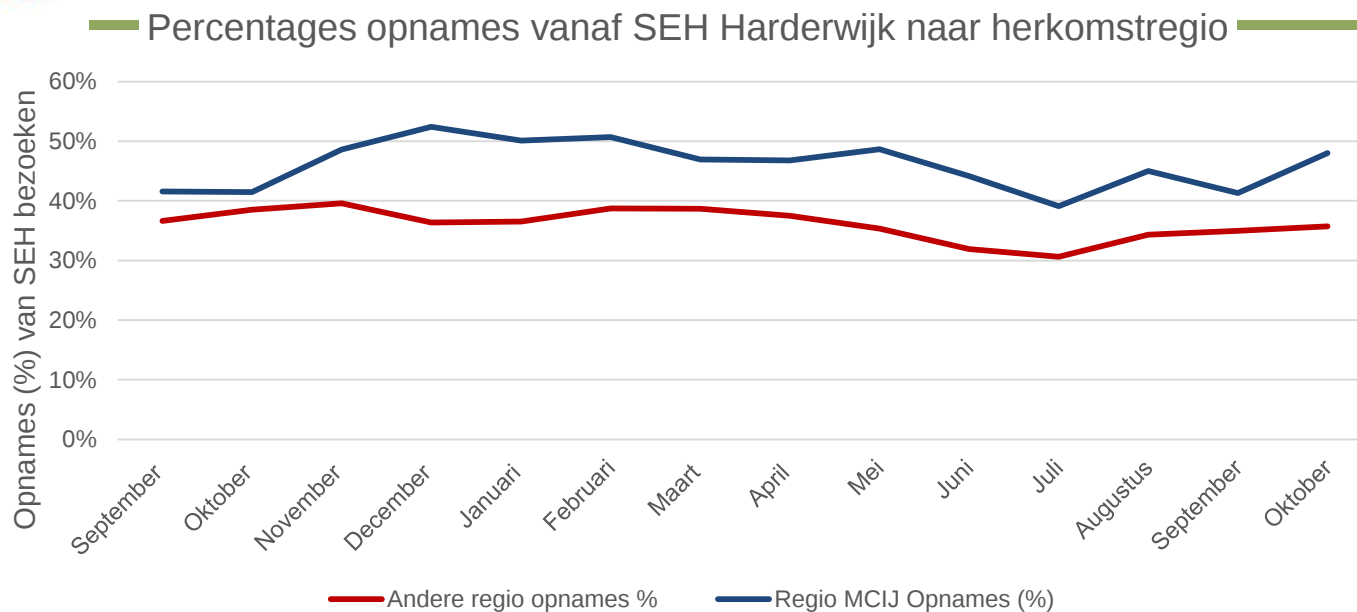
Aantal presentaties Spoedpoli Lelystad naar herkomst

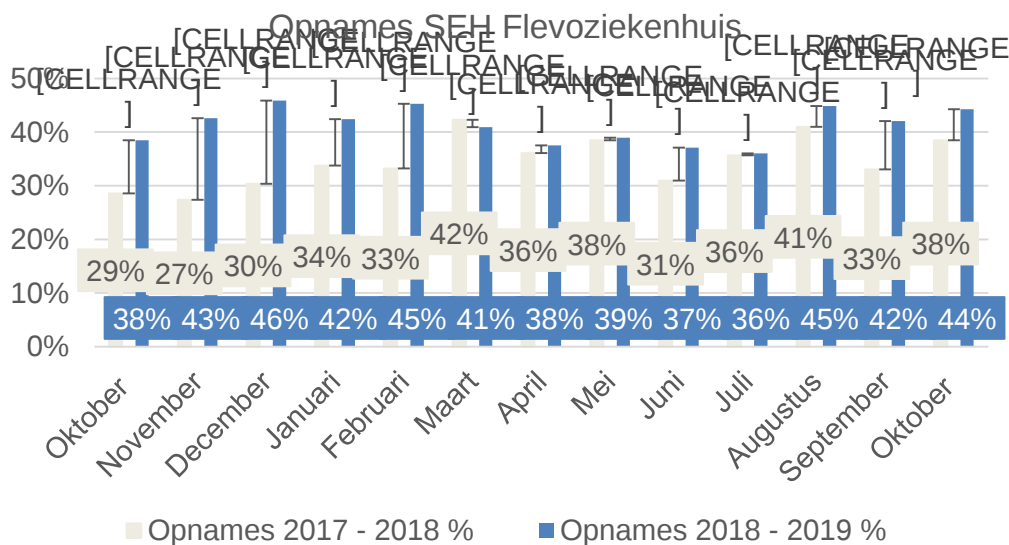
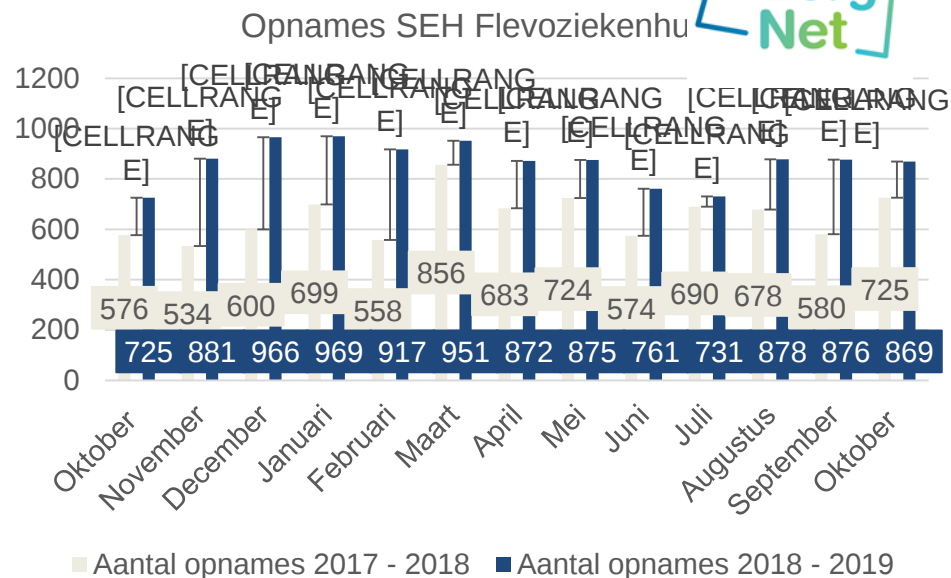
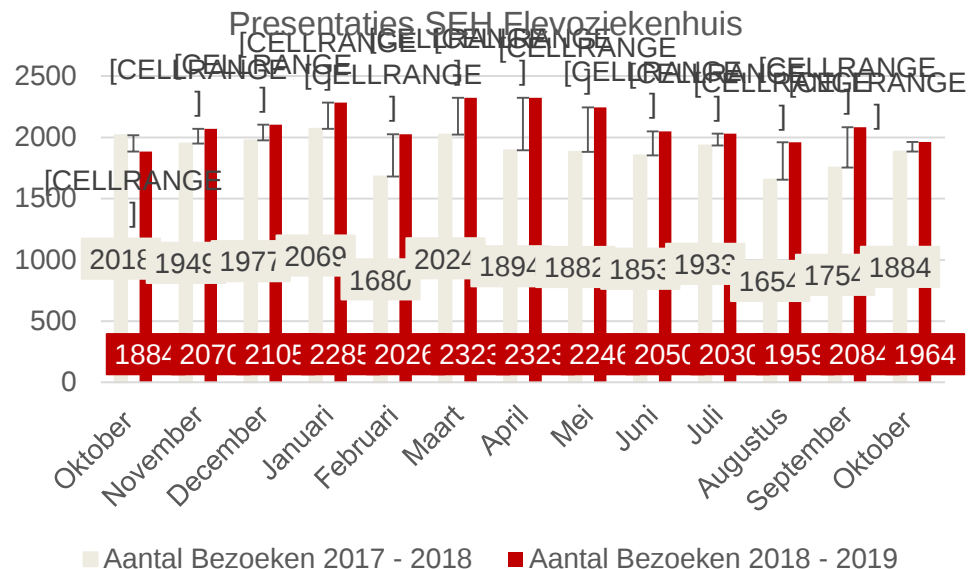


Het aantal opnames vanaf de SEH in Harderwijk is sinds september 2018 toegenomen met ~30% tot een gemiddelde van 686 in september en oktober 2019. Dit betreft vooral patiënten uit Lelystad en Dronten.

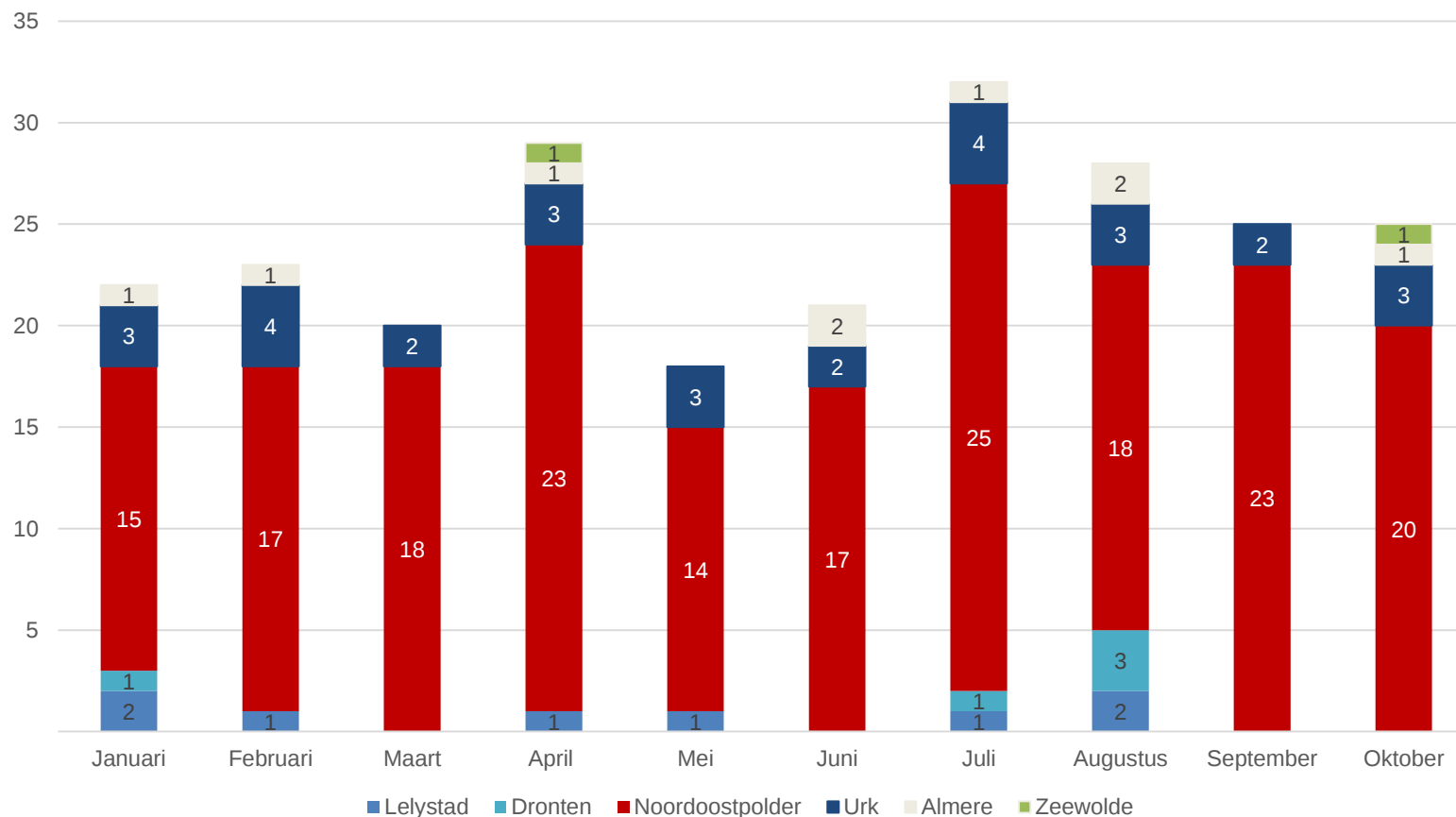


Percentages opnames vanaf de SEH Harderwijk is hoger voor de patiënten uit de regio van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit percentage ligt ook hoger dan het aantal opnames in Lelystad voor het faillissement.

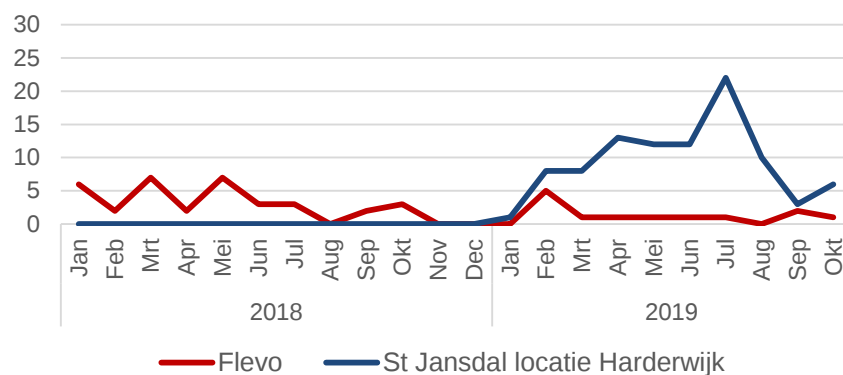




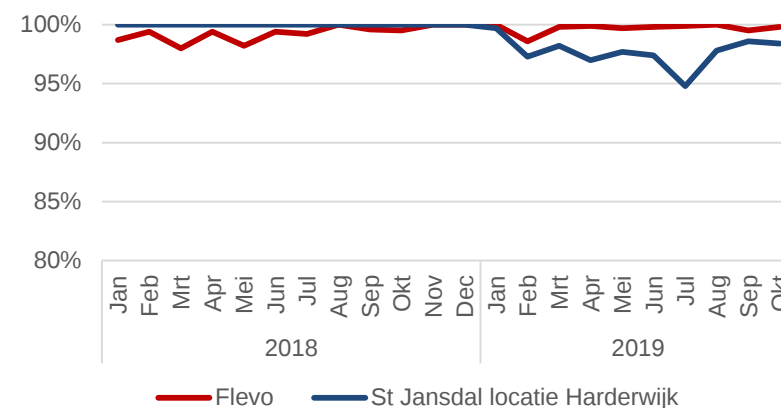
Aantal presentaties SEH Tjongerschans uit Flevopolder of Noordoostpolder



Ontwikkeling aantal stops SEH - Flevo & St Jansdal



% Tijd beschikbaar SEH - Flevo & St Jansdal



Agenda voor de zorg in Flevoland



Voortgangsrapportage Zorgtafel, pijler: Acute zorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen	Ja			Commitment wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om de benodigde data aan te leveren zodat er structureel een actuele monitor gedeeld kan worden.
2 Realiseren van real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners	Ja			ROAZ Amsterdam: Actueel overzicht uit Acuu Zorgportaal beschikbaar. RAV: subsidie aanvraag zorgcoördinatie afhankelijk van commitment.
3 Opzetten van regionaal data science team acute zorg	Nee			Afgelopen periode niet de prioriteit. Voor de volgende zorgtafel met elkaar te verkennen hoe een dergelijk data science team ingericht moet worden.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli Lelystad	Nee			St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart. Evaluaties worden gepland. Na de evaluaties zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de Zorgtafel.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpost Emmeloord	Nee			Er is een stuurgroep aangesteld met onafhankelijk projectleider. Partijen zijn met elkaar in gesprek hoe vorm gegeven moet worden aan een dergelijke
5 Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minuten norm door gezondheidsraad	Nee			De gezondheidsraad is gestart met literatuuronderzoek. Verwachting: advies oplevering juni 2020. In de tussentijd geen uitspraken over
6 Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk , waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in	Nee			Onderzoekvragen worden afgestemd met de wethouder van Urk. Afspraak met het onderzoeksbureau m.b.t. doorlooptijd en afstemming
7 Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's	Nee			ROAZ Amsterdam bekijkt hoe een herverdeling van de Noordoostpolder een positief effect kan hebben. LNAZ gaat hiermee aan de slag na voorstel vanuit leden.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie



Agenda voor de zorg in Flevoland



Voortgangsrapportage Zorgtafel, pijler: Acute zorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten-planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen	Ja			Commitment wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om de benodigde data aan te leveren zodat er structureel een actuele monitor gedeeld kan worden.
2 Realiseren van real time inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling met ketenpartners	Ja			ROAZ Amsterdam: Actueel overzicht uit Acut Zorgportaal beschikbaar. RAV: subsidie aanvraag zorgcoördinatie afhankelijk van commitment.
3 Opzetten van regionaal data science team acute zorg	Nee			Afgelopen periode niet de prioriteit. Voor de volgende zorgtafel met elkaar te verkennen hoe een dergelijk data science team ingericht moet worden.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli Lelystad	Nee			St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart. Evaluaties worden gepland. Na de evaluaties zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de Zorgtafel.
4 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpost Emmeloord	Nee			Er is een stuurgroep aangesteld met onafhankelijk projectleider. Partijen zijn met elkaar in gesprek hoe vorm gegeven moet worden aan een dergelijke
5 Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45- minuten norm door gezondheidsraad	Nee			De gezondheidsraad is gestart met literatuuronderzoek. Verwachting: advies oplevering juni 2020. In de tussentijd geen uitspraken over
6 Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk , waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in	Nee			Onderzoekvragen worden afgestemd met de wethouder van Urk. Afspraak met het onderzoeksbureau m.b.t. doorlooptijd en afstemming
7 Onderzoeken van de herindeling ROAZ-regio's	Nee			ROAZ Amsterdam bekijkt hoe een herverdeling van de Noordoostpolder een positief effect kan hebben. LNAZ gaat hiermee aan de slag na voorstel vanuit leden.

Legenda

Loopt (volgens schema)

Aandachtspunt(en)

Loopt niet (volgens schema)

Geen informatie





Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Geboortezorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Versterken van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners	Ja	🟡	🟡	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
2 Samenwerking tussen verloskundigen-praktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen	Ja	🟡	🟡	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
3 Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze	Ja	🟢	🟢	Data is beschikbaar. Het is niet makkelijk om conclusies te trekken, daar de al of niet aanwezige urgentie een zwaarwegende factor is.
4 CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland	Nee	🟢	🟢	NZa pilot advies nog niet beschikbaar. Voorbereiden van een advies voor CTG toepassing binnen de RAV.
5 Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen	Nee	🟢	🟢	RAV heeft ambulance personeel aanvullende scholing aangeboden. Staat hoog op de agenda bij de regionale scholingscoördinator.
6 Kraamzorg inrichten met partusteam s	Ja	🟡	🟡	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
7 Regionale aanpassingen in Lelystad	Ja	🟡	🟡	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.

Legenda

- 🟢 Loopt (volgens schema)
- 🟡 Aandachtspunt(en)
- 🔴 Loopt niet (volgens schema)
- ⬛ Geen informatie





Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Geboortezorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Versterken van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
2 Samenwerking tussen verloskundigen-praktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
3 Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze	Ja	●	●	Data is beschikbaar. Het is niet makkelijk om conclusies te trekken, daar de al of niet aanwezige urgentie een zwaarwegende factor is.
4 CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland	Nee	●	●	NZa pilot advies nog niet beschikbaar. Voorbereiden van een advies voor CTG toepassing binnen de RAV.
5 Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen	Nee	●	●	RAV heeft ambulance personeel aanvullende scholing aangeboden. Staat hoog op de agenda bij de regionale scholingscoördinator.
6 Kraamzorg inrichten met partusteam s	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
7 Regionale aanpassingen in Lelystad	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie



Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Geboortezorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Versterken van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners	Ja			Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
2 Samenwerking tussen verloskundigen-praktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen	Ja			Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
3 Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze	Ja			Data is beschikbaar. Het is niet makkelijk om conclusies te trekken, daar de al of niet aanwezige urgentie een zwaarwegende factor is.
4 CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland	Nee			NZa pilot advies nog niet beschikbaar. Voorbereiden van een advies voor CTG toepassing binnen de RAV.
5 Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen	Nee			RAV heeft ambulance personeel aanvullende scholing aangeboden. Staat hoog op de agenda bij de regionale scholingscoördinator.
6 Kraamzorg inrichten met partusteam s	Ja			Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
7 Regionale aanpassingen in Lelystad	Ja			Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie





Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Geboortezorg

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Versterken van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
2 Samenwerking tussen verloskundigen-praktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
3 Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze	Ja	●	●	Data is beschikbaar. Het is niet makkelijk om conclusies te trekken, daar de al of niet aanwezige urgentie een zwaarwegende factor is.
4 CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland	Nee	●	●	NZa pilot advies nog niet beschikbaar. Voorbereiden van een advies voor CTG toepassing binnen de RAV.
5 Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen	Nee	●	●	RAV heeft ambulance personeel aanvullende scholing aangeboden. Staat hoog op de agenda bij de regionale scholingscoördinator.
6 Kraamzorg inrichten met partusteam s	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.
7 Regionale aanpassingen in Lelystad	Ja	●	●	Er gaat ondersteuning komen voor de verloskundige in de regio, de inhoud daarvan wordt bepaald in overleg met de verloskundigen en de beroepsgroep.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie



Rittijden



tijden

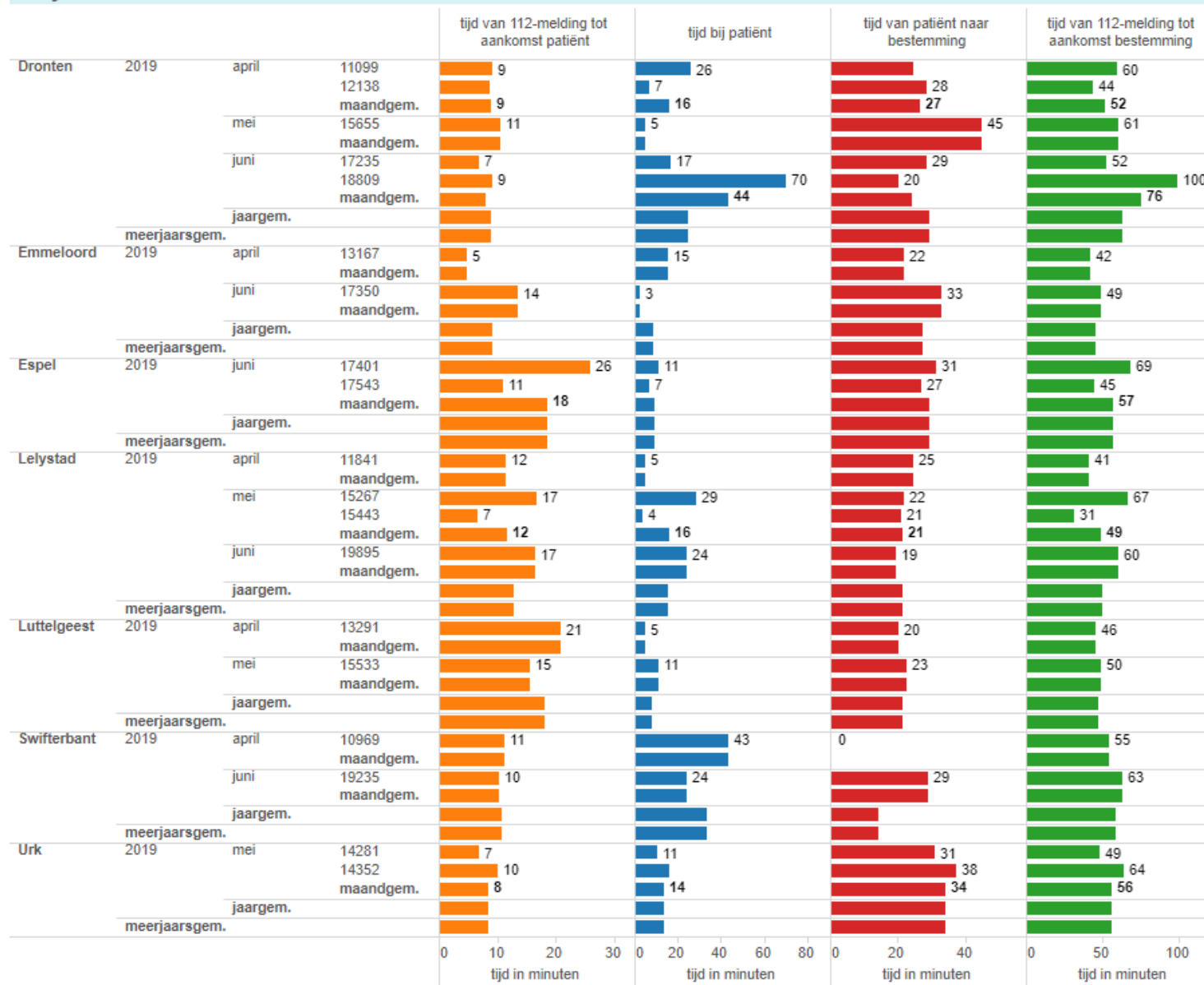
 tijd van 112-melding tot aankomst patiënt

 tijd bij patiënt

 tijd van patiënt naar bestemming

 tijd van 112-melding tot aankomst bestemming

Rittijden



tijden

 tijd van 112-melding tot aankomst patiënt

 tijd bij patiënt

 tijd van patiënt naar bestemming

 tijd van 112-melding tot aankomst bestemming

Rittijden



tijden

 tijd van 112-melding tot aankomst patiënt

 tijd bij patiënt

 tijd van patiënt naar bestemming

 tijd van 112-melding tot aankomst bestemming



Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Kwetsbare groepen

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Realiseren anderhalvelijnsvoorziening in de regio - Lelystad/Dronten	Nee			Een eerste verkennings is gedaan. Vervolg staat gepland om te komen tot een duidelijk zorgprofiel en randvoorwaarden in kaart brengen.
1 Realiseren anderhalvelijnsvoorziening in de regio - Noordoostpolder/Urk	Nee			Gezamenlijke visie ontwikkelen voor de vormgeving van het nieuwe gezondheidscentrum door stuurgroep met behulp van projectleider.
2 Uitwerken mogelijkheden OZO verbindzorg binnen een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk	Nee			Er is commitment vanuit de VVT, Medrie, overheden. Implementatieplan wordt gemaakt.
3 Inzetten van bestaande e-health initiatieven	Nee			E-health inkoopmodules zijn bij verschillende ziekenhuizen ingekocht. Antonius Zorggroep organiseert een symposium e-health.
4 Uitwerken mogelijkheden positieve gezondheid	Nee			Gemeenten en andere organisaties zijn bezig met positieve gezondheid. Het is nog wel versnipperd. Stroomlijnen van alle verschillende initiatieven.
5 Uitvoeren van impactanalyse huisartsenzorg	Nee			Inventarisatie heeft plaatsgevonden. Er wordt een plan van aanpak uitgewerkt.
6 Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen	Nee			Inrichten van structurele OV voorzieningen lopen tegen wettelijke kaders aan. Voorstel plan voor financiering van pendeldienst St Jansdal opgesteld.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie





Agenda voor de zorg in Flevoland

Voortgangsrapportage Zorgetafel, pijler: Kwetsbare groepen

Agendapunt	Hulpvraag / Mededeling	Activiteiten- planning [status]	Mijlpalen op inhoud [status]	Toelichting
1 Realiseren anderhalvelijnsvoorziening in de regio - Lelystad/Dronten	Nee			Een eerste verkennings is gedaan. Vervolg staat gepland om te komen tot een duidelijk zorgprofiel en randvoorwaarden in kaart brengen.
1 Realiseren anderhalvelijnsvoorziening in de regio - Noordoostpolder/Urk	Nee			Gezamenlijke visie ontwikkelen voor de vormgeving van het nieuwe gezondheidscentrum door stuurgroep met behulp van projectleider.
2 Uitwerken mogelijkheden OZO verbindzorg binnen een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk	Nee			Er is commitment vanuit de VVT, Medrie, overheden. Implementatieplan wordt gemaakt.
3 Inzetten van bestaande e-health initiatieven	Nee			E-health inkoopmodules zijn bij verschillende ziekenhuizen ingekocht. Antonius Zorggroep organiseert een symposium e-health.
4 Uitwerken mogelijkheden positieve gezondheid	Nee			Gemeenten en andere organisaties zijn bezig met positieve gezondheid. Het is nog wel versnipperd. Stroomlijnen van alle verschillende initiatieven.
5 Uitvoeren van impactanalyse huisartsenzorg	Nee			Inventarisatie heeft plaatsgevonden. Er wordt een plan van aanpak uitgewerkt.
6 Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen	Nee			Inrichten van structurele OV voorzieningen lopen tegen wettelijke kaders aan. Voorstel plan voor financiering van pendeldienst St Jansdal opgesteld.

Legenda

- Loopt (volgens schema)
- Aandachtspunt(en)
- Loopt niet (volgens schema)
- Geen informatie



Maandelijkse wachttijden monitor ziekenhuizen regio Flevoland

Wachttijden ziekenhuizen regio Flevoland

Oktober 2019



Toelichting

In dit document worden de gemiddelde wachttijden (in weken) weergegeven voor polikliniekbezoeken voor de volgende instellingen:

- Antonius
- Flevovast
- Geire
- Isala
- Meander
- St. Jansdal
- Tergooi
- Tjongerschans

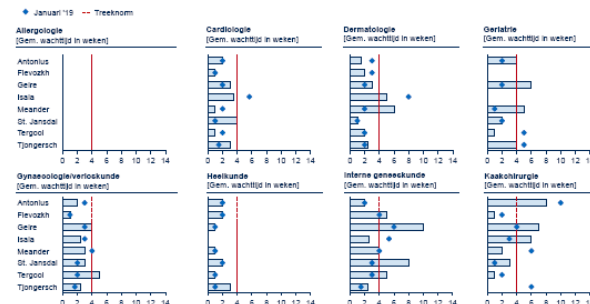
- Indien er geen wachttijd vermeld staat is er geen wachttijd bekend of het specialisme wordt niet aangeboden.
- Maandelijkse wordt de data vernet met de stand van de lopende maand zoals deze ook op het voorblad staat vermeld.
- De wachttijd van Januari '19 blijft na iedere update staan zodat de ontwikkeling vanaf dat punt zichtbaar blijft.
- De wachttijd die wordt weergegeven is de gemiddelde wachttijd van alle locaties die genoemd staan in bijlage 1.
- De maximale wachttijd die wordt weergegeven is 14 weken. Als de wachttijd hoger is of gelijk aan 14 dan wordt 14 getoond.

Index

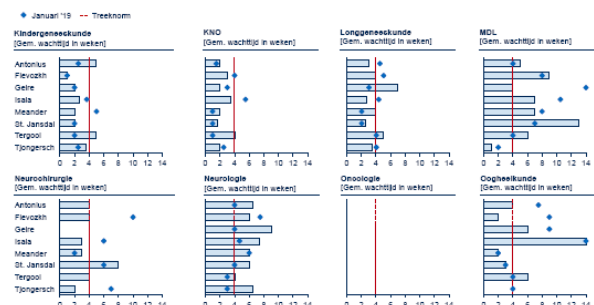
(selecteer het gewenste specialisme om direct te navigeren)

[Allergologie](#)
[Cardiologie](#)
[Dermatologie](#)
[Geriatric](#)
[Gynaecologie / Verloskunde](#)
[Heelkunde](#)
[Interne Geneeskunde](#)
[Kindergeneeskunde](#)
[KNO](#)
[Longeneeskunde](#)
[Maag, darm en leverziekten](#)
[Neurochirurgie](#)
[Neurologie](#)
[Oncologie](#)
[Oogheelkunde](#)
[Orthopedie](#)
[Plastische Chirurgie](#)
[Psychiatrie](#)
[Radiologie](#)
[Radiotherapie](#)
[Reumatologie](#)
[Revalidatiegeneeskunde](#)
[Thoraxchirurgie](#)
[Urologie](#)

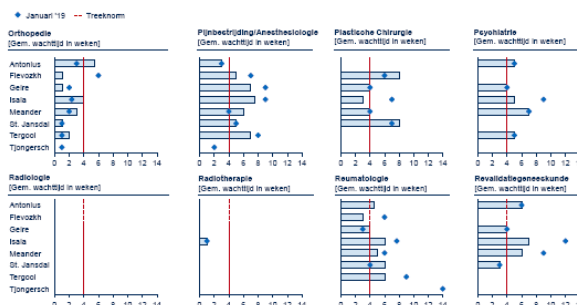
Gemiddelde wachttijd polikliniek in weken voor de specialismen A - I



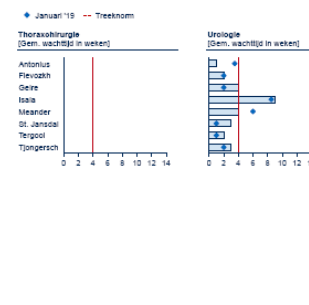
Gemiddelde wachttijd polikliniek in weken voor de specialismen K - O



Gemiddelde wachttijd polikliniek in weken voor de specialismen O - R



Gemiddelde wachttijd polikliniek in weken voor de specialismen R - U



Bijlage 1: Overzicht van de locaties per instelling waarover de gemiddelde wachttijd is berekend

Antonius
 Antonius Ziekenhuis, loc. Dronkewijk
 Antonius Ziekenhuis, loc. Lelystad
 Antonius Ziekenhuis, loc. Dronkewijk
 Flevovast
 Flevovast Ziekenhuis
 GGD, polikliniek Almere (Flevovast Ziekenhuis)
 Geire
 Geire Ziekenhuis, loc. Apeldoorn
 Isala
 Isala, loc. Zwolle
 Isala, polikliniek Almere
 Isala, polikliniek Dronkewijk
 Isala, polikliniek Dronkewijk
 Meander
 Meander Medisch Centrum, loc. Amersfoort
 St. Jansdal
 St. Jansdal
 St. Jansdal, polikliniek Dronkewijk
 St. Jansdal, polikliniek Dronkewijk

Tergooi
 Tergooi, loc. Blerick
 Tjongerschans
 Tjongerschans, loc. Heerlen
 Tjongerschans, loc. Lelystad
 Tjongerschans, loc. Dronkewijk
 Tjongerschans, loc. Dronkewijk

Hoe nu verder?

De agendapunten uit het rapport vragen nadere uitwerking

- Concretiseren
- Tijdspad

Opdracht: Op de volgende slide staat een blanco voorbeeld van een format dat per agendapunt gevuld kan worden.

Doel: Met behulp van dit format zijn we in staat de voortgang te monitoren en naar de Zorgetafel te rapporteren en waar nodig het Voortgangsoverleg

Deadline: 13 december 2019

In de bijlage staan deze formats per agendapunt ingevuld op basis van het rapport en de gesprekken die hebben plaatsgevonden tussen projectmanagers en betrokken partijen.



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: **JA/NEE**
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: **JA/NEE**
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag / mededeling: JA/NEE
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: JA/NEE
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten

uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: **JA/NEE**
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten

uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: **JA/NEE**
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



Agendapunt

Onze opdracht

Opdracht omschrijving vanuit Rapport
'toekomstverkenning zorg in Flevoland'

Hulpvraag /
mededeling: **JA/NEE**
Toelichting hulpvraag/
mededeling

Betrokken partijen

- ☐ Trekker
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☐ Betrokkenen
- ☒ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/inwoners?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Wat merkt de patiënt (of inwoner) van de
voortgang op dit agendapunt?

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Welke inhoudelijke mijlpalen zijn
bereikt en wat staat nog open?

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

Welke activiteiten zijn afgelopen
periode uitgevoerd?

Voor de komende Zorgtafel:

Welke activiteiten staan op planning tot
komende Zorgtafel?



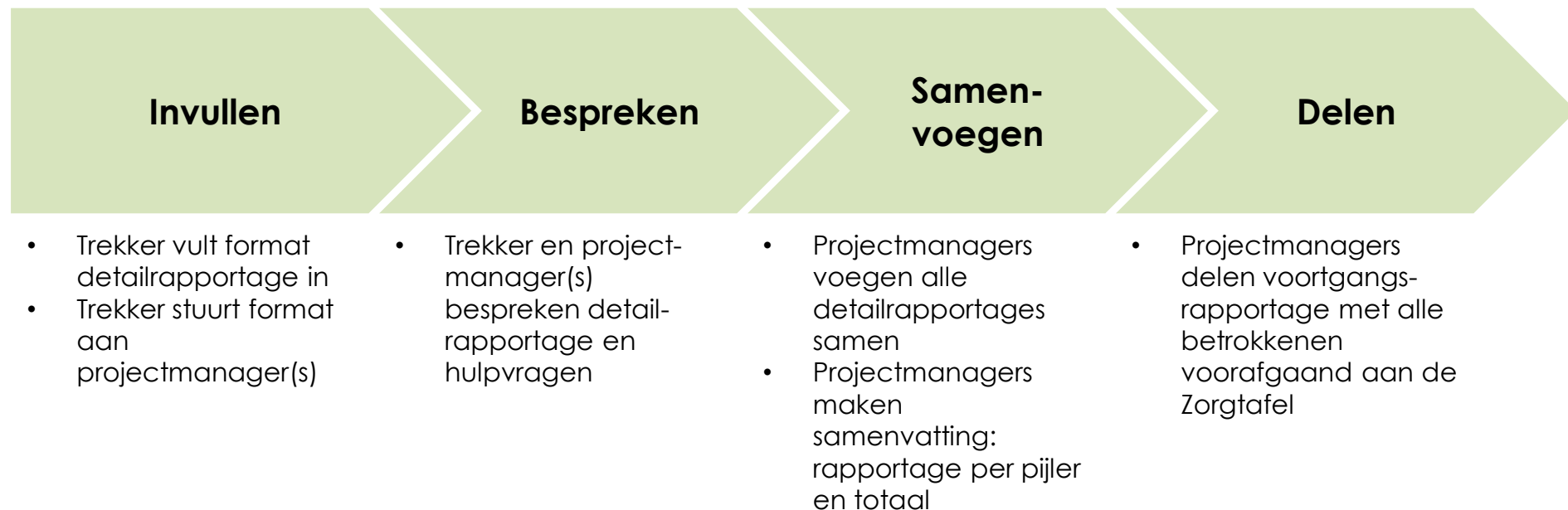
De Zorgtafel rapporteert elk kwartaal over voortgang op de agenda

Proces van rapporteren



De Zorgtafel rapporteert elk kwartaal over voortgang op de agenda

Proces van rapporteren



Tijdslijn:

3 weken voor de
Zorgtafel

14 februari 2020

3 weken voor de
Zorgtafel

14 februari 2020

2 weken voor de
Zorgtafel

21 februari 2020

Week voor de Zorgtafel

28 februari 2020



Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



Voorstel communicatie regieteam instellen voor Zorgtafel

Een belangrijke opdracht is om het publieke vertrouwen in de zorg in Flevoland te versterken. Het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen heeft immers een grote impact gehad in de regio. Dat vereist een goede regie over de communicatie en goede communicatie over de voortgang van de acties van de Zorgtafel richting burgers en betrokken stakeholders.

Opdracht communicatie regieteam:

1. De Zorgtafel Flevoland adviseren over de communicatiestrategie
2. Regie en coördinatie van de uitvoering van de communicatie over de werkzaamheden en de resultaten van de Zorgtafel

Opdracht Zorgtafel 22 november:

Aanvullingen/feedback op het voorstel en namen van te betrekken communicatie collega's sturen naar:

john.gabrielse@zilverenkruis.nl (Issuemanager Zilveren Kruis)



Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



Heeft u vragen over deze presentatie?

Neem contact op met de projectmanagers van Zilveren Kruis en VGZ:

Laura van Loon	laura.van.loon@zilverenkruis.nl	06 82 457 521
Eefje van der Hoorn	eefje.van.der.hoorn@significant.nl	06 81 509 895

Deze projectmanagers:

- zijn inhoudelijk betrokken en vullen de voortgangsrapportage o.b.v. inbreng van alle deelnemers
- zijn aanspreekpunten voor vragen over de zorg in Flevoland
- bereiden, samen met de voorzitter, de Zorgtafel-bijeenkomsten en bijbehorende stukken voor
- dragen zorg voor informatievoorziening naar alle belanghebbenden



Agenda

Introductie voorzitter

Terugblik afgelopen periode

Voortgangsrapportage november

Communicatie

Rondvraag

Bijlagen



De agendapunten uit het rapport vragen nadere uitwerking

- Concretiseren
- Tijdspad

Opdracht: Per agendapunt het format aanvullen met, huidige status, mijlpalen (inclusief deadlines) en betrokkenen.

Doel: Met behulp van dit format zijn we in staat de voortgang te monitoren en naar de Zorgtafel te rapporteren en waar nodig het Voortgangsoverleg

Deadline: 3 weken na de Zorgtafel (13 december 2019)



Monitoren van SEH-instroom in omliggende ziekenhuizen:

1 volumes acute zorg

Onze opdracht

Monitoren van regionale capaciteit en beschikbaarheid in de acute zorgketen; volgen van acute patiëntvolumes

- 1) Zorgen voor een helder beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende ziekenhuizen in de regio, zodat investeringen in onder andere personeel goed te onderbouwen zijn.

Hulpvraag /

mededeling: JA

Alle partijen wordt verzocht om elke maand de data-uitvraag acute zorg aan te leveren

Betrokken partijen

- ☒ Frank de Groot, SpoedZorgNet
- ☒ Corina de Groot, SpoedZorgNet
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Als monitoring structureel beschikbaar is:

- Patiëntenstromen dienen als basis voor investeringen in acute zorg. Geld volgt patiëntenstromen.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- 1) **Model voor monitoring gereed** **JA**
(data-uitvraag, welke parameters, hoe rapporteren)
- 2) **Monitor structureel elk kwartaal beschikbaar voor betrokkenen** **-**

Zijn noodzakelijke activiteiten

uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Maken van model voor monitoring
- Rapporteren (door IG&H t/m april 2019)
- Overdragen van monitoring-model IG&H aan Spoedzorgnet
- Data-uitvraag gedaan bij betrokken partijen

Voor de komende Zorgtafel:

- Maken en delen van actuele rapportage
- Structureel beschikbaar maken van actuele rapportage



Realiseren van *real time* inzicht in capaciteit en coördinatie met ketenpartners om piekbelasting te voorkomen

Onze opdracht
Realiseren van inzicht in capaciteit en zorgbemiddeling/coördinatie met ketenpartners om piekbelasting te voorkomen door betere spreiding en doelmatige inzet van capaciteit.

- 1) Inzicht in de beschikbare capaciteit bovenregionaal tot landelijk vormgeven (naast Acuut Zorgportaal)
- 2) Doelmatige zorg op de juiste plek door zorgcoördinatie

Hulpvraag / mededeling: JA
Commitment voor subsidie aanvraag zorgcoördinatie

Betrokken partijen

- ☒ Gijs Roest, RAV Flevoland G&V
- ☒ Frank de Groot, SpoedZorgNet
- ☒ Corina de Groot, SpoedZorgNet
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten?
[behaalde resultaten voor patiënten]

Door verbetering van de samenwerking tussen de meldpunten van acute zorgvragen en het realiseren van toegankelijk dashboard met real time capaciteitsoverzichten van zorginstellingen worden patiënten naar de juiste plek verwezen, wordt er optimaal gebruik gemaakt van de beschikbaarheid waardoor wachttijden worden tegengegaan.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?
[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1) Real time Inzicht in capaciteit beschikbaar | JA |
| 2) Aanvraag zorgcoördinatie ingediend | JA |
| 3) Aanvraag zorgcoördinatie door alle partijen ondertekend | NEE |
| 4) Aanvraag zorgcoördinatie goedgekeurd | NEE |
| 5) Implementeren van het plan | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?
[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

- Afgelopen periode:**
- Aanvraag zorgcoördinatie ingediend. Deze is aangehouden bij ontbreken van handtekeningen van aantal zorgaanbieders uit regio Almere, er is wel getekend door partijen in het Gooi, St Jansdal en Antonius
 - Partijen zijn in gesprek over het vervolgen van de aanvraag
- Voor de komende Zorgtafel:**
- Commitment van alle partijen: alle benodigde handtekeningen binnen.
 - April 2020 tweede beoordeling van de aanvraag.
 - Voorbereidingen blijven doorlopen.



3 Opzetten van een regionaal data science team acute zorg

Onze opdracht

Opzetten van een regionaal data science team acute zorg.

- 1) Maken van afspraken (afgebakende scope) en inrichten van team
- 2) Bestaande procesdata over duur van stappen in de acute keten op gedetailleerd niveau analyseren om het verbeterpotentieel in de regio in kaart te brengen.

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Gijs Roest, RAV Flevoland G&V
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Gedetailleerd inzicht in duur van verschillende processtappen in acute keten draagt bij aan vertrouwen in zorg.

Kwantitatieve onderbouwing van verbeterpotentieel draagt bij aan initiëren van projecten gericht op verbetering van beschikbaarheid en effectiviteit van de acute zorg.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

1) **Bestaande data in kaart gebracht (inclusief data uit publieke bronnen)** **NEE**

2) **Inzicht in wijze waarop databronnen van andere zorgaanbieders te koppelen zijn** **NEE**

3) **Regionaal verbeterpotentieel in beeld gebracht** **NEE**

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- geen activiteiten. Had voor afgelopen periode geen prioriteit.

Voor de komende Zorgtafel:

- Initiëren van een eerste denktank (brainstorm sessie) met data-analisten vanuit verschillende zorgorganisaties





Uitwerken van het zorgaanbod en de positionering van

4 spoedpoli in Lelystad

Onze opdracht
Uitwerken van het zorgaanbod en de positionering van spoedpoli (ziekenhuiszorg) en spoedpost (huisartsenzorg).
1) Evalueren en uitwerken van zorgaanbod en de diagnostische mogelijkheden, incl. initiatieven als APOP
2) Onderzoeken van mogelijkheden voor integratie tussen de HAP en de 2e lijnszorg.

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

- Betrokken partijen**
- ☒ Relinde Weil, St Jansdal
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?
[behaalde resultaten voor patiënten]

Basis acute zorg dichtbij huis beschikbaar voor bevolking Lelystad

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?
[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|------------|
| 1. Spoedpoli dagelijks geopend | JA |
| 2. Verkenning wenselijkheid toekomstige aanpassingen uitgevoerd: o.a. verdere integratie HAP en 2 ^e lijn (m.b.t. aanvragen diagnostiek), inzet technologie, APOP | NEE |
| 3. Communicatie richting patiënten, zorg- en hulpverleners | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?
[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

- Afgelopen periode:**
- St Jansdal spoedpoli is geopend sinds 1 maart.
 - Interne evaluaties zijn gepland
 - Externe evaluaties worden gepland
- Voor de komende Zorgtafel:**
- Evaluaties uitvoeren en resultaten terugkoppelen



Uitwerken van het zorgaanbod en de positionering van

4 spoedpost in Emmeloord

Onze opdracht
Uitwerken van het zorgaanbod en de positionering van spoedpoli (ziekenhuiszorg) en spoedpost (huisartsenzorg).
1) Evalueren en uitwerken van zorgaanbod en de diagnostische mogelijkheden, incl. initiatieven als APOP
2) Onderzoeken van mogelijkheden voor integratie tussen de HAP en de 2e lijnszorg.

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

- Betrokken partijen**
- ☒ Marcel Kuin, Antonius Ziekenhuis
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?
[behaalde resultaten voor patiënten]

Basis acute zorg dichtbij huis beschikbaar voor bevolking Emmeloord

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?
[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|-----|
| 1. Spoedpoli dagelijks geopend | NEE |
| 2. Verkenning wenselijkheid toekomstige aanpassingen uitgevoerd: o.a. verdere integratie HAP en 2 ^e lijn (m.b.t. aanvragen diagnostiek), inzet technologie, APOP | NEE |
| 3. Communicatie richting patiënten, zorg- en hulpverleners | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?
[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

- Afgelopen periode:**
- Ontwikkelingen lopen via het nieuwe zorgcentrum in Emmeloord.
 - Gesprekken gevoerd met betrokken partijen hoe vorm te geven aan een dergelijke spoedpost.

Voor de komende Zorgtafel:

- ...



Verdiepen van risicogroepen met acute zorgvraag tijdens herziening 45-minutennorm door de Gezondheidsraad

Onze opdracht
Verdiepen van risicogroepen acute zorgvraag tijdens herziening 45-minutennorm door de Gezondheidsraad.
1) Onderbouwing van norm bij CVA en acute verloskunde
2) Onderbouwing van norm bij sepsis en COPD-exacerbaties (impactanalyse/medische onderbouwing)
3) Vaststellen van impact van de tijdsduur (melding tot start behandeling) op gezondheidsuitkomsten.

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

- Betrokken partijen**
- ☒ Rolien Pruis, Gezondheidsraad
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?
[behaalde resultaten voor patiënten]

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?
[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?
[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

...	1. Advies Gezondheidsraad beschikbaar	NEE
-----	--	------------

Afgelopen periode:
- De GR is gestart met het literatuuronderzoek.

Voor de komende Zorgtafel:
- Literatuuronderzoek afmaken
- Advies formuleren n.a.v. het onderzoek (juni 2020)



Verdiepen van risicogroepen met acute zorgvraag tijdens herziening 45-minutennorm door de Gezondheidsraad

Nadere toelichting bij status van dit agendapunt

De hoofdvragen van het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de 45 minutennorm zijn:

- Gegeven dat binnen 15 minuten na ontvangst van een spoedmelding een ambulance ter plaatse is bij de patiënt en met de behandeling kan starten voor welke acute medisch-specialistische zorgvragen
 - Is er een wetenschappelijke onderbouwing voor de relatie tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis met een bij de medisch-specialistische zorgvraag passend zorgprofiel met een ambulance te kunnen bereiken?
 - Kunt u hierbij een indicatie geven van een relevant tijdinterval en aangeven hoe dit zich verhoudt tot de huidige 45 minutennorm?
- Daarnaast vraag ik u inzichtelijk te maken welke medisch-inhoudelijke afwegingen worden gemaakt ten aanzien van de spreiding van ziekenhuizen in omliggende landen of in andere landen die qua bevolkingsdichtheid en kwaliteit van zorg met Nederland vergelijkbaar zijn. Wat kan Nederland hiervan leren?





Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op

6 Urk

Onze opdracht
Versneld evalueren van de inzet van de extra ambulance op Urk, waarbij de bijdrage aan het publieke vertrouwen in beschikbaarheid van acute zorg moet meewegen.

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

- Betrokken partijen**
- ☒ **Gijs Roest, RAV Flevoland G&V**
 - ☒ Paul Martina, Zilveren Kruis
 - ☐ ...
 - ☐ ...
 - ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?
[behaalde resultaten voor patiënten]

Resultaat voor burgers moet blijken uit de evaluatie.

Verwachting is:

- Kortere wachttijd in acute situaties, dankzij beschikbaarheid van extra ambulance
- Groter gevoel van veiligheid onder bevolking en eerstelijns professionals

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?
[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- 1) **Extra ambulance inzetbaar** **JA**
- 2) **Onderzoeksopdracht geformuleerd en uitvoerende partij geselecteerd** **JA**
- 3) **Evaluatierapport beschikbaar** **NEE**

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?
[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

- Afgelopen periode:**
- Onderzoeksvragen geformuleerd en besproken met wethouder Urk
 - Selectie onderzoeksbureaus uitgevoerd
- Voor de komende Zorgtafel:**
- Uitvoeren van de evaluatie



7 Onderzoeken van de herindeling van de ROAZ-regio's

Onze opdracht

Onderzoeken van de herindeling van de ROAZ-regio's.

- 1) Vaststellen van mogelijkheden voor wijziging regio-indeling (van drie naar twee ROAZ-regio's)
- 2) Onderzoeken van meerwaarde van herindeling op patiënten en zorgverleners
- 3) Bij positieve bevindingen in (2) organiseren van herindeling

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Frank de Groot, SpoedZorgNet
- ☐ (RAV Flevoland)
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Verwacht resultaat voor burgers moet blijken uit de verkenning.

Verwachting is:

- Kortere wachttijd in acute situaties voor patiënten in de Noordoostpolder

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- 1) **Inzicht in meerwaarde van herindeling beschikbaar** **NEE**
- 2) **Indien grote meerwaarde, dan realisatie herindeling** **NEE**

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Geen activiteiten, onderwerp had geen prioriteit

Voor de komende Zorgtafel:

- Verkennen van verwachte effecten van herindeling Noordoostpolder op aanrijtiden





Verstevigen van bestaande samenwerkingsafspraken tussen

1 zorgverleners

Onze opdracht

Verstevigen van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners

1. Maximale uniformiteit in protocollen tussen ziekenhuizen
2. Overdracht tussen verloskundigen, gynaecologie, kinderartsen en ambulancepersoneel optimaliseren.
3. Streven naar maximale informatie-uitwisseling tussen zorgverlener die nu gestart zijn met samenwerking.

Hulpvraag / mededeling: **JA**

Wens tot concretisering van het agendapunt

Betrokken partijen

- ☒ Marieke Adrichem, EchoNOP
- ☒ Marijn Geurts, Zilveren Kruis
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Uniformiteit in protocollen tussen ziekenhuizen vergroot de veiligheid van de zwangere tijdens acute situaties en zorgt dat zij zorg krijgen waar ze op voorbereid zijn.

Door voorkennis van betrokken verloskundigen en gynaecologen mee te nemen in het besluit van het ambulancepersoneel kan het ziekenhuis met de juiste patiëntinformatie de juiste voorbereidingen treffen.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1. Uniformiteit in zorgprotocollen | NEE |
| 2. Overdracht van informatie geoptimaliseerd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Gesprekken gevoerd met betrokken partijen over ondersteuning
- Eerste vergelijking van protocollen tussen ziekenhuizen uitgevoerd, afstemming daarover wordt verkend.
- Nieuwe samenwerkingsafspraken gemaakt tussen verloskundigen en gynaecologen

Voor de komende Zorgtafel:

- Helder formuleren wat inhoudelijke mijlpalen zijn, wat daarvoor nodig is, wie daarvoor verantwoordelijk is en welke ondersteuning nodig is.
- Starten van ondersteuning zorg-aanbieders op de agendapunten voor de geboortezorg is gestart





Samenwerking tussen verloskundigenpraktijken intensiveren en

2 duurzaam ondersteunen

Onze opdracht

Samenwerking tussen verloskundigenpraktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen

Hulpvraag / mededeling: **JA**

Wens tot concretisering van het agendapunt

Betrokken partijen

- ☒ Marieke Adrichem, EchoNOP
- ☒ Marijn Geurts, Zilveren Kruis
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Continuïteit van zorg tijdens zwangerschap en kraambed. Dit betekent dat een zwangere continu een beroep kan doen op één van de verloskundigen in de praktijk waar zij onder begeleiding is.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1. Evaluatie van inzet van extra achterwachten over 2019 uitgevoerd | NEE |
| 2. Samenwerkingsafspraken tussen verloskundigenpraktijken vastgelegd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Gesprekken gevoerd met betrokken partijen over benodigde ondersteuning
- (Eerste) samenwerkingsafspraken tussen verloskundigenpraktijken zijn gemaakt.

Voor de komende Zorgtafel:

- Helder formuleren wat inhoudelijke mijlpalen zijn, wat daarvoor nodig is, wie daarvoor verantwoordelijk is en welke ondersteuning nodig is.
- Starten van ondersteuning zorgaanbieders op de agendapunten voor de geboortezorg is gestart





Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze

Onze opdracht

Evalueren van A1-ambulanceritten voor acute verloskunde op systematische wijze

Onderbouwing van reistijd tijdens de bevalling om de kloof tussen theorie en praktijk te kunnen verkleinen.

Hulpvraag / mededeling: JA

Delen en mondeling toelichten van beschikbare data.

Moeten we onderscheid maken in diagnoses?

Betrokken partijen

☒ Gijs Roest, RAV Flevoland G&V

☐ ...

☐ ...

☐ ...

☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Resultaat voor burgers moet blijken uit de evaluatie.

Verwachting is:

- Acceptabele wachttijd in acute situaties
- Groter gevoel van veiligheid onder bevolking en eerstelijns professionals

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|-----|
| 1. Beschikbare data geanalyseerd | JA |
| 2. Dialoog binnen VSV over daadwerkelijke reistijden en bijbehorende uitkomsten gevoerd | NEE |
| 3. Eventueel: maatregelen die volgen uit dialoog uitgevoerd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Data geanalyseerd, niet makkelijk om conclusies te trekken uit de data (zie bijlage)

Voor de komende Zorgtafel:

- Dialoog tussen zorgverleners a.h.v. inzichten uit data starten





4 CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland

Onze opdracht

CTG-technologie maximaal inzetten in Flevoland

1. Na positieve uitkomsten Nza pilot, overnemen van deze werkwijze
2. Mogelijkheden verkennen voor mobiel CTG tijdens ambulanceritten

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Marieke Adrichem, EchoNOP
- ☒ Gijs Roest, RAV Flevoland
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Mogelijk:

Zorg bij huis, in de eerste lijn, waarbij doorverwijzing naar tweede lijn en daarmee ziekenhuisbezoek wordt voorkomen, doordat verloskundige zelf een CTG maakt.

In spoedsituaties is het ziekenhuis beter voorbereid dankzij de extra informatie uit het CTG dat in de ambulance is gemaakt.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1. Besluit over toepassing van CTG in eerste lijn (o.b.v. resultaten NZa pilot elders) | NEE |
| 2. Eventueel (nav #1): standaard inzet van CTG in eerste lijn in Flevoland | NEE |
| 3. Inzicht in (on)mogelijkheden van CTG tijdens ambulancerit | NEE |
| 4. Eventueel (nav #3): CTG standaard mogelijk in lokale ambulances | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Verloskundigen hebben aanvraag ingediend om aan te sluiten bij NZa pilot.
- Voorbereidingen getroffen voor een advies voor CTG toepassing in RAV

Voor de komende Zorgtafel:

- Besluitvorming over CTG in eerste lijn n.a.v. uitkomsten NZa pilot
- Testen van CTG in ambulance (RAV)
- Verzamelen ervaringen uit regio waar mobiel CTG in ambulance is getest
- Bilateraal overleg verloskundigen en RAV over CTG in ambulance





Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen

Onze opdracht

Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ **Gijs Roest, RAV Flevoland**
- ☐ Verloskundigen?
- ☐ Huisartsen?
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Hulpverleners die met toegenomen vertrouwen werkzaamheden verrichten en zelfverzekerd op de juiste manier handelen en juiste inschattingen maken indien tijd een cruciale factor is in acute situaties.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|------------|
| 1. Aanvullende scholing verloskundigen | NEE |
| 2. Aanvullende scholing verloskundig actieve huisartsen | NEE |
| 3. Aanvullende scholing ambulanceverpleegkundigen | JA |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Facultatief aanbod van externe scholing waar een groot deel van de RAV-professionals gebruik maken/hebben gemaakt (PEPP, PHPLS, POET, NLS).

Voor de komende Zorgtafel:

- RAV haalt bij verloskundigen in Lelystad en Urk de afspraken en ervaringen t.a.v. de samenwerking op, om deze te evalueren en zo nodig aanvullende acties te organiseren.





6 Kraamzorg inrichten met partusteam

Onze opdracht

Kraamzorg inrichten met partusteam

Hulpvraag / mededeling: JA

Wens tot concretisering van het agendapunt

Betrokken partijen

- ☒ Marieke Adrichem, EchoNOP
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Goede samenwerking tussen verloskundige en kraamzorg.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Mijlpalen nader te concretiseren in overleg met betrokken partijen

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Gesprekken gevoerd met betrokken partijen over benodigde ondersteuning

Voor de komende Zorgtafel:

- Helder welke inhoudelijke mijlpalen bereikt moeten worden, wat daarvoor nodig is, wie daarvoor verantwoordelijk is en welke ondersteuning nodig is.
- Ondersteuning op de agendapunten voor de geboortezorg is gestart





7 Regionale aanpassingen in Lelystad

Onze opdracht

Regionale aanpassingen in Lelystad

- 1) Verkennen van mogelijkheden voor een bevalkamer in Lelystad
- 2) Onderzoeken van de inzet van (Wmo) taxivervoer om barende in ziekenhuis te krijgen

Hulpvraag / mededeling: **JA**

Wens tot concretisering van het agendapunt

Betrokken partijen

- ☒ Marieke Adrichem, EchoNOP
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Indien de thuissituatie ongeschikt is voor een bevalling, maar medisch gezien niet noodzakelijk is om in een ziekenhuis te bevallen en de zwangere geen voorkeur heeft voor een poliklinische bevalling, er een veilig alternatief is dat de thuissituatie kan na bootsen.

Door inzet van (Wmo) taxivervoer is de drempel om naar het ziekenhuis te gaan voor zwangeren zonder financiële middelen en zonder sociaal netwerk lager. Dit bevordert de toegankelijkheid van zorg voor deze doelgroep en heeft daardoor mogelijk positieve effecten op de uitkomst van de zwangerschap.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|-----|
| 1. Inzicht in (on)mogelijkheden van een bevalkamer Lelystad | NEE |
| 2. Indien noodzakelijk en gewenst (nav #1): Realiseren van bevalkamer in Lelystad | NEE |
| 3. Aangepast taxivervoer (Wmo) beschikbaar voor zwangeren | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Gesprekken gevoerd met betrokken partijen over benodigde ondersteuning

Voor de komende Zorgtafel:

- Helder welke inhoudelijke mijlpalen bereikt moeten worden, wat daarvoor nodig is, wie daarvoor verantwoordelijk is en welke ondersteuning nodig is.
- Ondersteuning op de agendapunten voor de geboortezorg is gestart





Realiseren van een anderhalvelijnsvoorziening in de regio's

1 Lelystad/Dronten

Onze opdracht

Realiseren van anderhalvelijnsvoorziening Lelystad/Dronten

- 1) Uitwerken van zorgconcept (innovatieve oplossingen, positieve gezondheid, observatiebedden, etc.)
- 2) Uitwerken van organisatiemodel (o.a. zorgprocessen) en PvE nieuwbouw
- 3) Maken en uitvoeren van implementatieplan

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Laura van Loon, Zilveren Kruis
- ☒ Henny Bulten, St Jansdal
- ☒ Stefanie Kost, Coloriet
- ☒ Ruth Veenvliet, Medrie
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Na realisatie voorziening:

Integrale zorg dicht bij huis beschikbaar.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1. Probleemdefinitie beschikbaar | NEE |
| 2. Plan van aanpak geformuleerd op basis van overzicht in mogelijke oplossingen voor probleem | NEE |
| 3. Indien #2 anderhalvelijnsvoorziening bevat: detailuitwerking plan van aanpak beschikbaar (met daarin o.a. definitie doelgroep, zorgconcept, governance, vergoedingsmodel) | NEE |
| 4. Indien #2 anderhalvelijnsvoorziening bevat: voorziening geopend | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Data analyses zijn uitgevoerd om tot een duiding te komen van doelgroep, benodigde omvang, zorgaanbod en betrokken disciplines.

Voor de komende Zorgtafel:

- Scherp te aanbrengen in duiding van lokale knelpunten in zorg die een anderhalvelijnscentrum zou oplossen
- Plan opstellen voor het realiseren van een oplossing voor knelpunt(en) waarbij een anderhalvelijnsvoorziening deel van de oplossing kan zijn (hoeft niet)





Realiseren van een anderhalvelijnsvoorziening in de regio's

1 Noordoostpolder/Urk

Onze opdracht

Realiseren van anderhalvelijnsvoorziening in NOP/Urk

- 1) Uitwerken van zorgconcept (innovatieve oplossingen, positieve gezondheid, observatiebedden, etc.)
- 2) Uitwerken van organisatiemodel (o.a. zorgprocessen) en PvE nieuwbouw
- 3) Maken en uitvoeren van implementatieplan

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

[toelichting bij eventuele hulpvraag]

Betrokken partijen

- ☒ Marcel Kuin, Antonius Ziekenhuis
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Pas na realisatie voorziening:

Integrale zorg dicht bij huis beschikbaar.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|--|-----|
| 1. Probleemdefinitie beschikbaar | NEE |
| 2. Plan van aanpak geformuleerd op basis van overzicht in mogelijke oplossingen voor probleem | NEE |
| 3. Indien #2 anderhalvelijnsvoorziening bevat: detailuitwerking plan van aanpak beschikbaar (met daarin o.a. definitie doelgroep, zorgconcept, governance, vergoedingsmodel) | NEE |
| 4. Indien #2 anderhalvelijnsvoorziening bevat: voorziening geopend | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Stuurgroep gevormd en onafhankelijk projectleider aangesteld

Voor de komende Zorgtafel:

- Ontwikkelen van gezamenlijke visie
- Vervolg bepalen voor uitvoeren van visie, vertaalslag van visie naar uitvoering.





Uitwerken van mogelijkheden OZO verbindzorg binnen een

2 integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk

Onze opdracht

Uitwerken van mogelijkheden OZO verbindzorg binnen een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Ruth Veenvliet, Medrie
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ Patiëntenfederatie

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Patiënt heeft zelf regie over het digitale systeem en bepaalt wie er wordt toegevoegd, waardoor hulp- en zorgverleners en mogelijk ook mantelzorgers beter kunnen samenwerken en geïnformeerd zijn. Dit resulteert in toegenomen patiënt-activatie, efficiëntie, verbinding tussen zorgverleners, hulpverleners en gemeenten en een afname van het aantal ziekenhuisbezoeken.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Mijlpalen nader te concretiseren in overleg met betrokken partijen

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Commitment van Medrie, VVT en gemeenten na verschillende sessies met betrokken partijen.
- Gemeente en provincie nemen (mede) financiële verantwoordelijkheid

Voor de komende Zorgtafel:

...



3 Inzetten van bestaande e-health initiatieven

Onze opdracht

Inzetten van bestaande e-health initiatieven

- 1) Inzet van Hartwacht
- 2) Inzet van COPD in Beeld

Hulpvraag /
mededeling: **JA**
Wens tot
concretisering van
aanpak en trekkers

Betrokken partijen

- ☒ ... (TREKKER)
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

E-healthoplossingen dragen bij aan zelfmanagement van chronische aandoeningen. Patiënt heeft meer ziekte-inzicht en voelt zich zekerder

Op termijn kan dit leiden tot afname van poliklinische consulten, SEH-bezoeken en afname van opnameduur.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|-----|
| 1. Overzicht van lokaal beschikbare e-health oplossingen | NEE |
| 2. Overzicht van bestaande e-health initiatieven die nog niet in Flevoland beschikbaar zijn, terwijl dat wel wenselijk is | NEE |
| 3. Alle initiatieven uit #2 geïmplementeerd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Verzekeraars hebben e-health ingekocht bij verschillende ziekenhuizen en o.a. GGZ

Voor de komende Zorgtafel:

- Antonius Zorggroep organiseert symposium mbt e-health mogelijkheden.





4 Uitwerken van mogelijkheden positieve gezondheid

Onze opdracht

Uitwerken mogelijkheden positieve gezondheid

Hulpvraag /
mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Provincie
- ☒ Gemeenten
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Het concept positieve gezondheid draagt bij aan het verbeteren van kwaliteit van leven en het voorkomen van zorggebruik.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

Mijlpalen nader te concretiseren in overleg met betrokken partijen

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Gemeenten en andere organisaties werken al geruime tijd aan positieve gezondheid.

Voor de komende Zorgtafel:

- In kaart brengen van alle (regionale) initiatieven op positieve gezondheid, daartoe o.a. bijeenkomst op 3 dec





5 Uitvoeren van impactanalyse huisartsenzorg

Onze opdracht

Uitvoeren van impactanalyse huisartsenzorg

- 1) In kaart brengen van verwachte ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod
- 2) In kaart brengen van belangrijkste kansen en uitdagingen in de regio

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ Ruth Veenvliet, Medrie
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Op termijn:

Voldoende huisartsen werkzaam in de regio. Patiënt heeft geen moeite zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|-----|
| 1) Plan van aanpak voor impactanalyse beschikbaar | NEE |
| 2) Impactanalyse uitgevoerd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Inventarisatie vanuit Medrie georganiseerd

Voor de komende Zorgtafel:

- Plan van aanpak n.a.v. inventarisatie





6 Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen

Onze opdracht

Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen.

- 1) Zorgen voor goede OV-verbinding met ziekenhuizen
- 2) Zorgen voor Wmo-vervoer (regio- of deeltaxi) aanvullend op openbaar vervoer
- 3) Zorgen voor aanvullend vervoer (vanuit zorgverleners) voor patiënten en bezoekers

Hulpvraag / mededeling: **NEE**

Betrokken partijen

- ☒ St Jansdal
- ☒ Provincie
- ☒ Gemeenten
- ☐ ...
- ☐ **Patiëntenfederatie**

Wat merken patiënten/burgers?

[behaalde resultaten voor patiënten]

Gebrek aan financiële middelen is niet problematisch voor bezoek aan ziekenhuis:

Patiënten, bezoek en personeel kunnen dagelijks kosteloos gebruik maken van een pendeldienst tussen de St Jansdal locaties in Harderwijk en Lelystad.

Zijn inhoudelijke mijlpalen bereikt?

[Inhoudelijke mijlpalen met deadline]

- | | |
|---|------------|
| 1. Pendeldienst gerealiseerd | JA |
| 2. Subsidieaanvraag ingediend | NEE |
| 3. Subsidieaanvraag goedgekeurd en daarmee vervoersoplossing bestendigd | NEE |

Zijn noodzakelijke activiteiten uitgevoerd?

[activiteitenplanning op hoofdlijnen]

Afgelopen periode:

- Voorstel geschreven voor co-financiering pendeldienst St Jansdal door provincie, gemeente en St Jansdal.

Voor de komende Zorgtafel:

- Indienen van subsidievraag (door St Jansdal)
- Besluiten over aanvraag (door GS en gemeenten)



ONDERZOEKSRaad
VOOR VEILIGHEID

Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeer- ziekenhuizen

Risico's voor patiëntveiligheid



Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeer- ziekenhuizen

Risico's voor patiëntveiligheid

Den Haag, december 2019

De rapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid zijn openbaar en te vinden op onderzoeksraad.nl.

Coverfoto: ANP foto/Koen van Weel

De Onderzoeksraad voor Veiligheid

Als zich een ongeval of ramp voordoet, onderzoekt de Onderzoeksraad voor Veiligheid hoe dat heeft kunnen gebeuren, met als doel daar lessen uit te trekken. Op die manier draagt de Onderzoeksraad bij aan het verbeteren van de veiligheid in Nederland. De Raad is onafhankelijk en besluit zelf welke voorvallen hij onderzoekt. Daarbij richt de Raad zich in het bijzonder op situaties waarin mensen voor hun veiligheid afhankelijk zijn van derden, bijvoorbeeld van de overheid of bedrijven. In een aantal gevallen is de Raad verplicht onderzoek te doen. De onderzoeken gaan niet in op schuld of aansprakelijkheid.

Onderzoeksraad

Voorzitter: ir. J.R.V.A. Dijsselbloem
prof. dr. ir. M.B.A. van Asselt
prof. dr. mr. S. Zouridis

Secretaris-directeur: mr. C.A.J.F. Verheij

Bezoekadres: Lange Voorhout 9
2514 EA Den Haag

Postadres: Postbus 95404
2509 CK Den Haag

Telefoon: 070 333 7000

Website: onderzoeksraad.nl
E-mail: info@onderzoeksraad.nl

Samenvatting	6
Beschouwing	11
Aanbevelingen	15
Lijst van afkortingen	17
1 Inleiding	18
1.1 Aanleiding	18
1.2 Doel en focus van het onderzoek.....	19
1.3 Betrokken partijen	19
1.4 Referentiekader	23
1.5 Opbouw van het rapport	25
2 Voorvalbeschrijving	26
2.1 Beschrijving van de gebeurtenissen	26
2.2 Risico's voor patiëntveiligheid	44
3 Analyse van aanloop naar faillissement.....	48
3.1 Sleutelmomenten in de aanloop naar de faillissementen	48
3.2 Dynamiek van handelen: voorbereiding op het scenario faillissement.....	52
3.3 Invulling zorgplicht	63
3.4 Werking van het zorgstelsel voorafgaand aan een faillissement.....	71
4 Analyse van de afbouw van zorg.....	75
4.1 Sleutelmomenten in de afbouw van zorg.....	75
4.2 Dynamiek van handelen tijdens de afbouw van zorg.....	76
4.3 Conflicterende belangen.....	87
4.4 Rolopvatting betrokken organisaties.....	88
5 Conclusies	93
6 Aanbevelingen	96
Bijlage A. Onderzoeksverantwoording	98
Bijlage B. Reacties op conceptrapport	105
Bijlage C. Beschrijving van het zorgstelsel.....	106

Bijlage D. Uitwerking referentiekader.....	111
Bijlage E. Reconstructie aanloop naar faillissementen MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen.....	114

Op 23 oktober 2018 werd aan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling verleend. MC Slotervaart zag zich vrijwel onmiddellijk genoodzaakt om alle operaties af te zeggen en de klinische patiënten over te dragen aan andere ziekenhuizen. MC IJsselmeerziekenhuizen besloot een dag later de afdeling voor acute en klinische verloskunde te sluiten. In beide ziekenhuizen leidden de aanvragen van surseance en de daarop volgende faillissementsverklaringen op 25 oktober 2018 tot een turbulente periode, waarin het medisch personeel en de patiënten plotseling geconfronteerd werden met een onzekere toekomst als gevolg van een mogelijk op handen zijnde sluiting of overname van 'hun' ziekenhuis. Hier lag geen operationeel draaiboek voor klaar. De afwikkeling van de faillissementen kreeg het karakter van een 'harde landing', waarbij onder meer vragen rezen over de borging van de patiëntveiligheid.

Naar aanleiding van de gebeurtenissen heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid besloten onderzoek te doen naar de wijze waarop is omgegaan met het belang van de veiligheid van patiënten in de aanloop naar en de afwikkeling van het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de (verbetering van de) patiëntveiligheid binnen een zorgstelsel waarin ziekenhuizen failliet kunnen gaan.

Verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid

Uit het onderzoek van de Raad is gebleken dat er tijdens de afbouw en/of doorstart van zorg bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen zich verschillende risico's voor de patiëntveiligheid hebben gemanifesteerd. Er hebben zich – voor zover bekend – geen 'calamiteiten'¹ voorgedaan. Een aantal risico's hebben zich bij de afwikkeling van de faillissementen wel gelijktijdig voorgedaan, waardoor er sprake is geweest van een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid ten opzichte van een ziekenhuis in normaal bedrijf. Voor MC Slotervaart ging dit om de volgende risico's:

- het wegvallen van de vaste organisatiestructuur leidde tot een chaotische situatie;
- patiënten werden in het ziekenhuis behandeld zonder achtervang om complicaties op te vangen;
- er was te weinig operationele capaciteit in de ontvangende ziekenhuizen, waardoor behandelingen van patiënten werden vertraagd;
- ontvangende ziekenhuizen hadden niet altijd de beschikking over de patiëntgegevens;
- onderbreking van behandelrelaties als gevolg van de sluiting leidde tot risico's op vertraging, terugval en/of zorgmijding.

¹ Volgens de definitie gegeven in artikel 1 van de Wkkgz. Een calamiteit wordt daarin omschreven als: 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'.

In MC IJsselmeerziekenhuizen speelden de volgende risico's:

- patiënten in en rond MC IJsselmeerziekenhuizen werden behandeld zonder achtervang om complicaties op te vangen (onder andere als gevolg van het sluiten van acute en klinische verloskunde zonder voorafgaande afstemming in de regio);
- er was beperkte operationele capaciteit in de ontvangende ziekenhuizen, waardoor de opvang van patiënten met een acute zorgvraag werd bemoeilijkt;
- beschikbaarheid van patiëntgegevens was niet gegarandeerd doordat de doorstartende partij van MC IJsselmeerziekenhuizen worstelde met het overnemen van het grote aantal patiënten en hun gegevens;
- onderbreking van behandelrelaties als gevolg van vertrekkende artsen leidde tot risico's op vertraging, terugval en/of zorgmijding.

Sommige risico's voor de patiëntveiligheid zijn specifiek terug te voeren op het verloop van de faillissementen, zoals het wegvallen van de vaste organisatiestructuur en de ongecontroleerde uitval van zorgfuncties. Andere risico's zijn terug te voeren op meer generieke vraagstukken die ook spelen in andere ziekenhuizen. Door de faillissementen werden deze vraagstukken nog prangender, doordat zij nu onder hoge tijdsdruk moesten worden opgelost. Te denken valt aan de achterstand in de actualisering van de patiëntendossiers en de uitdagingen rondom het opvangen van acute patiënten op regionaal niveau. Juist in het samenspel tussen deze specifieke en generieke omstandigheden – en de daaruit voortkomende risico's – is de continuïteit van goede en veilige zorg onder druk komen te staan. Volgens de Onderzoeksraad zijn de genoemde risico's controleerbaar of mogelijk vermijdbaar met een gepaste voorbereiding op een faillissement.

Aanloop naar de faillissementen

MC Slotervaart, MC IJsselmeerziekenhuizen en de zorgverzekeraar hadden sinds de zomer van 2018 een scenario in beeld om de in financieel zwaar weer verkerende ziekenhuizen te sluiten. Dit scenario werd echter niet concreet uitgewerkt. Een belangrijke reden hiervoor was dat de ziekenhuizen voornamelijk gericht waren op de eigen bedrijfscontinuïteit en de daarmee samenhangende transitie naar een financieel gezonde bedrijfsvoering. Ook waren de ziekenhuizen terughoudend in het delen van informatie over de financiële problemen. Ze wilden voorkomen dat hun inspanningen voor de transitie zouden worden ondermijnd en een faillissement zou worden bespoedigd. Ten slotte wilde ook de zorgverzekeraar geen ruchtbaarheid geven aan het scenario van een faillissement. Hierdoor werden voorafgaand aan de faillissementen geen afspraken gemaakt met omliggende ziekenhuizen over een mogelijke overdracht van zorg.

Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) adviseerde de ziekenhuizen om voorzichtig te zijn met het benaderen van externe stakeholders. Ze vroeg de ziekenhuizen wel om een continuïteitsplan op te stellen, zodat zij zouden nadenken over een scenario waarbij de ziekenhuizen onverhoopt failliet zouden gaan. De opgestelde plannen waren uiteindelijk niet bruikbaar als operationeel draaiboek voor de afbouw en overdracht van zorg na een faillissement.

Tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden. De problemen van de ziekenhuizen waren immers niet nieuw en bij alle betrokkenen bekend. Aanvankelijk honoreerde de zorgverzekeraar in de zomer van 2018 een verzoek van de ziekenhuizen voor financiële ondersteuning om transitieplannen uit te werken. Vervolgens wees de zorgverzekeraar een tweede verzoek voor financiële ondersteuning in oktober 2018 af. De zorgverzekeraar had geen vertrouwen meer in de toekomstplannen van de ziekenhuizen en besloot om per direct de inkomende declaraties met openstaande schulden te gaan verrekenen. Hierdoor werd een faillissement voor beide ziekenhuizen onafwendbaar. De ziekenhuizen waren zich hiervan bewust en verzochten de zorgverzekeraar de volledige afbouw van zorg in MC Slotervaart en de gedeeltelijke afbouw van zorg in MC IJsselmeerziekenhuizen te financieren. Ook dit verzoek wees de zorgverzekeraar af. De zorgverzekeraar achtte het gecontroleerd afbouwen van zorgactiviteiten voorafgaand aan het uitspreken van een faillissement te onzeker, aangezien hij niet wist hoeveel dit zou gaan kosten. Gevolg was dat de ziekenhuizen onvoldoende middelen hadden om zorg te dragen voor een gecontroleerde afbouw van zorg.

De IGJ was verrast door de snelheid waarmee de faillissementen uiteindelijk tot stand kwamen. De toezichthouder had erop vertrouwd dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar samen aan een concreet plan van afbouw zouden werken. Achteraf bleek dat dit niet het geval was.

De huidige wet- en regelgeving omtrent de zorgplicht is niet expliciet over de rol van de zorgverzekeraar ten aanzien van de voorbereiding op een ziekenhuisfaillissement. In de casussen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen gaf de zorgverzekeraar op een nauwe manier invulling aan de zorgplicht; naar aanleiding van de financiële problemen bij de ziekenhuizen werd de vraag gesteld of er voldoende alternatief aanbod in de regio was en niet hoe een eventuele afbouw van zorg concreet zou worden vormgegeven en wat dit voor de individuele patiënt van de gefailleerde ziekenhuizen zou betekenen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), als toezichthouder op de zorgplicht, onderschreef deze invulling van de zorgplicht. Hierdoor heeft de zorgplicht van de zorgverzekeraar niet gefunctioneerd als een waarborg voor het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg.

Afwikkeling van de faillissementen

De surseance en het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen betekenden dat de klinische en poliklinische zorg moest worden afgebouwd en/of doorgestart. Voor MC Slotervaart begon deze afbouw abrupt, doordat het personeel dat niet in loondienst was op de dag van surseance stopte met werken. Veel van deze medewerkers werkten in de acute as (zoals spoedeisende hulp, IC en OK's) van het ziekenhuis. Zonder hen kon de patiëntveiligheid niet langer geborgd worden en moesten de klinische patiënten direct worden ontslagen of overgedragen aan andere ziekenhuizen. Het medisch personeel heeft met veel inzet gewerkt aan deze overdracht, zonder dat de organisatorische randvoorwaarden daarvoor aanwezig waren. Onder grote tijdsdruk werd de overdracht binnen drie dagen gerealiseerd. Bij MC IJsselmeerziekenhuizen bleef de klinische zorg in eerste instantie in stand, waardoor de overdracht van klinische patiënten niet per direct noodzakelijk was. Hier kon de personele bezetting van de acute as (met uitzondering van de acute en klinische verloskunde) in stand worden gehouden

doordat de curatoren een overeenkomst bereikten met de zorgverzekeraars over de financiering voor het in bedrijf houden van het ziekenhuis tot aan de doorstart.

Bij MC Slotervaart kostte de overdracht van de poliklinische patiënten beduidend meer tijd dan de overdracht van de klinische patiënten. Het ging hierbij om veel meer patiënten, die bovendien nog in kaart moesten worden gebracht. Omdat de mogelijkheid van een doorstart bestond, hielden artsen bovendien patiënten aan zich gebonden waardoor de overdracht werd vertraagd. Daarbij verkeerden de poliklinische patiënten geruime tijd in onzekerheid over de continuïteit van hun diagnose- en/of behandeltrajecten.

In het verzorgingsgebied van MC IJsselmeerziekenhuizen was de wijze waarop acute patiënten konden worden opgevangen door omliggende ziekenhuizen een regionaal vraagstuk. Daarnaast waren er poliklinische zorgfuncties die na de doorstart op een andere locatie werden voortgezet, zoals bariatrie (behandeling van obesitas). Met name tijdens deze overnameperiode ontstond er onduidelijkheid en onzekerheid bij groepen patiënten met betrekking tot waar zij terecht konden om hun diagnose- en behandeltrajecten voort te zetten.

De Onderzoeksraad concludeert dat het gebrek aan voorbereiding de afbouw van zorg na de faillissementen heeft gecompliceerd. Daarnaast werd de overdracht van patiënten en hun gegevens gehinderd door inherente problemen die ontstaan na een faillissement van een ziekenhuis. Ten eerste moesten veel patiëntendossiers nog geactualiseerd worden voordat deze konden worden overgedragen aan alternatieve zorgaanbieders. Ten tweede ontstond er onduidelijkheid bij betrokken partijen (gefaillieerde en overnemende ziekenhuizen, maar ook IGJ en NZa) over de manier waarop patiëntgegevens konden worden overdragen zonder dat de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) zou worden geschonden. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) wilde zich hier als toezichthouder niet op voorhand over uitspreken en gaf aan achteraf te toetsen of partijen zich aan de AVG hadden gehouden. Dit stond een snelle overdracht van patiënten en hun gegevens in de weg.

Tot slot werd de afwikkeling gecompliceerd door de aanwezigheid van tegenstrijdige belangen met betrekking tot de overdracht van patiënten. Direct nadat bekend werd dat MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling hadden aangevraagd, handelde het medisch personeel en andere betrokken partijen in de gefaillieerde ziekenhuizen in het belang van de patiënt. Zo werd in MC Slotervaart met vereende krachten de acute zorg afgebouwd. Op het moment dat patiënten met een minder hoge zorgnood (klinische patiënten zonder acute zorgvraag, poliklinische patiënten) moesten worden overgedragen, ontstond ruimte voor het behartigen van andere aanwezige belangen. Het ging hierbij om:

- Het belang van artsen (al dan niet in maatschap verenigd) ten aanzien van het behoud van zekerheden gerelateerd aan hun baan, carrière, inkomen en/of marktpositie. Dit belang leidde tot strategisch handelen ten tijde van de afbouw van zorg: artsen hielden patiënten aan zich gebonden, om op die manier een commercieel interessante marktspeler te blijven.

- Het belang van schuldeisers van de gefailleerde ziekenhuizen, behartigd door de curatoren. De curatoren werden geconfronteerd met een afweging tussen het belang van schuldeisers, die het liefst zoveel mogelijk uitstaande schuld terugbetaald krijgen, en het belang van patiënten die een (tijdelijke) voortzetting van zorgactiviteiten in de gefailleerde ziekenhuizen nodig hebben.
- Het belang van omliggende ziekenhuizen van de gefailleerde ziekenhuizen met betrekking tot een gezonde financiële bedrijfsvoering. De omliggende ziekenhuizen moesten een beslissing nemen over welke patiënten(groepen) overgenomen konden worden en welk personeel moest worden aangenomen, terwijl er geen zekerheden waren over de uiteindelijke inkomsten. De komst van patiënten bleef namelijk onzeker vanwege de vrijheid die patiënten genieten ten aanzien van de keuze voor een zorgverlener of zorginstelling.
- Het privacybelang van patiënten, vastgelegd in de AVG. Gezien de schaal waarop patiëntendossiers moesten worden overgedragen, bleken de eisen aan privacy een snelle overdracht te belemmeren.
- Het belang voor de zorgverzekeraars om de zorg betaalbaar te houden door middel van het herinrichten van het zogeheten zorglandschap. Vanuit hun inkooprol konden de zorgverzekeraars invloed uitoefenen waar patiënten naartoe werden overgedragen. De voorkeur was niet altijd in overeenstemming met de voorkeur van de gefailleerde ziekenhuizen en zorgde voor vertraging.

De aanwezigheid van deze belangen conflicteerden met het belang van de patiënt met betrekking tot de continuïteit van individuele behandel- en diagnosetrajecten. De uitkomst in deze casus was dat het belang van de patiënt niet altijd de vereiste prioriteit kreeg.

Ziekenhuizen kunnen failliet gaan, dat is één van de uitgangspunten van het Nederlandse zorgstelsel. Tegelijkertijd moet de patiënt erop kunnen vertrouwen dat hij of zij veilig de zorg zal kunnen ontvangen wanneer hij of zij dat nodig heeft. Uit het onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen blijkt dat de faillissementen ongecontroleerd plaatsvonden met verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid als gevolg. De Onderzoeksraad constateert dat er te weinig geregeld is voor *de manier waarop* ziekenhuisfaillissementen moeten plaatsvinden. Dit is een omissie in het huidige Nederlandse zorgstelsel.

Ongecontroleerd faillissement

Patiënten zijn voor hun veiligheid bij een faillissement afhankelijk van de afspraken die zorgaanbieders en -verzekeraars met elkaar maken over tijd, geld, materieel en medische handelingen. In deze casussen zijn de patiënten de dupe geworden van het onvermogen van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar om een gecontroleerd faillissement te realiseren.

De faillissementen van beide ziekenhuizen leidden tot een opeenstapeling van risico's voor de patiëntveiligheid. Zorgactiviteiten tussen ziekenhuisafdelingen waren niet meer op elkaar afgestemd, geplande operaties werden afgezegd en medicijnen waren niet op tijd beschikbaar. Wekenlang wisten patiënten niet waar zij voor de voortzetting van hun diagnose en/of behandeling terecht konden. De continuïteit en kwaliteit van zorg was niet meer geborgd, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is gekomen.

Cruciale zorgplicht

Het zorgstelsel voorziet in een zorgplicht van zorgverzekeraars om de rechten van patiënten te beschermen. Deze wettelijke plicht moet ervoor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben en wettelijk aanspraak op kunnen maken. Om invulling te geven aan hun zorgplicht kopen zorgverzekeraars zorg in bij onder andere ziekenhuizen. Uiteindelijk hebben de zorgverzekeraar (vanuit de zorgplicht) en het ziekenhuis met het medisch personeel (vanuit de verplichtingen die voortvloeien uit onder andere de *wet op de geneeskundige behandelovereenkomst* en de *wet kwaliteit klachten en geschillen zorg*) een gezamenlijke verantwoordelijkheid richting patiënten om continuïteit van zorg te organiseren.

In de casussen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen gaf de zorgverzekeraar – voorafgaand aan de faillissementen – invulling aan de zorgplicht door in te schatten hoe de faillissementen de toegankelijkheid van het regionale zorgaanbod zouden beïnvloeden. De zorgverzekeraar beoordeelde op basis van een capaciteitsraming dat hij aan zijn zorgplicht kon blijven voldoen wanneer de ziekenhuizen failliet zouden gaan.

De NZa, als toezichthouder op de zorgplicht, onderschreef deze op populatieniveau gerichte invulling van de zorgplicht. Welke invloed het wegvallen van de ziekenhuizen had op de continuïteit van diagnose- en behandeltrajecten voor individuele patiënten bleef daarmee buiten beschouwing.

De zorgverzekeraar wees uiteindelijk het verzoek van de ziekenhuizen om gezamenlijk tot een gecontroleerde afbouw te komen af. Met het besluit om de declaraties die de ziekenhuizen indienden per direct te verrekenen met openstaande schulden, verkortte de zorgverzekeraar de voorbereidingstijd op een gecontroleerd faillissement. Hiermee werd de geldkraan feitelijk dichtgedraaid, zonder de wettelijke eisen die uit de zorgplicht voortvloeien te schenden. De zorgverzekeraar heeft zich niet op het specifieke belang van de individuele patiënten gericht, maar op het algemene belang van zijn premiebetalers. De zorgverzekeraar kon de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op de faillissementen op deze manier volledig bij de ziekenhuizen leggen. Op basis van de zorgplicht werden geen aanvullende inspanningen van de zorgverzekeraar geëist, ofschoon dit in het belang van de veiligheid van patiënten wel noodzakelijk was. Dit duidt op een ontwerpfout binnen het zorgstelsel.

De zorgplicht is geen waarborg gebleken voor een gecontroleerde afbouw van zorg in een faillerend ziekenhuis en voor de continuïteit van individuele diagnose- en behandeltrajecten. Dit zou het volgens de Onderzoeksraad wel moeten zijn. Dit houdt in dat zorgverzekeraars, als onderdeel van de gezamenlijke verantwoordelijkheid, faillerende ziekenhuizen moeten faciliteren bij de gecontroleerde afbouw of doorstart van hun zorgactiviteiten.

Geen regulier faillissement

Het faillissement van een ziekenhuis verschilt van een regulier faillissement doordat een ziekenhuis niet onmiddellijk zijn zorgactiviteiten kan beëindigen: de zorg voor patiënten moet worden afgebouwd in het failliete ziekenhuis en moet worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder. Daar is tijd en geld voor nodig. Door het faillissement wordt een ziekenhuis echter in een wettelijke en strategische context geplaatst die niet past bij de maatschappelijke functie die het vervult.

Het faillissementsrecht houdt niet expliciet rekening met de mogelijkheid van ziekenhuisfaillissementen en de maatschappelijke functie die ziekenhuizen vervullen. Het faillissementsrecht is hoofdzakelijk gericht op de belangen van de schuldeisers. De curator moet ernaar streven om na het faillissement zoveel mogelijk geld beschikbaar te maken voor de schuldeisers. In de loop der jaren zijn hier door jurisprudentie zwaarwegende maatschappelijke belangen bij gekomen zoals behoud van werkgelegenheid of de opsporing van mogelijk strafbare feiten. Het belang van de gezamenlijke schuldeisers staat echter nog altijd voorop. Bij een ziekenhuisfaillissement krijgt een curator de verantwoordelijkheid om de zorg gecontroleerd af te bouwen en/of voort te zetten totdat een doorstart is gerealiseerd. Deze verantwoordelijkheid kan conflicteren met de wettelijke taak van de curator om de onderneming te liquideren en daarbij zoveel mogelijk geld te verzamelen waarmee vorderingen van schuldeisers kunnen worden voldaan. Er bestaat momenteel geen garantie dat de curator het maatschappelijke belang van patiëntveiligheid boven het belang van de schuldeisers plaatst.

Het faillissementsrecht is hierdoor niet geschikt om een veilige afwikkeling van de activiteiten van een ziekenhuis te garanderen.

De vele partijen die bij de aanloop en afwikkeling van het faillissement betrokken zijn, hebben ieder ook eigen belangen, denk aan het beperken van financiële verliezen, het behouden of juist winnen van patiënten als klant, en een eigen rol zoals het betaalbaar houden van de zorg. Het onderzoek laat zien dat de dynamiek (van de marktwerking) binnen het zorgstelsel ertoe kan leiden dat deze belangen gaan concurreren met het directe belang van patiënten om goede, tijdige en veilige zorg te krijgen. Zelfs toen de IGJ in de aanloop naar de faillissementen aan partijen vroeg zich achter het belang van patiëntveiligheid te verenigen en zich gezamenlijk op het faillissement voor te bereiden, bleven andere strategische en financiële belangen de boventoon voeren. Dit is onwenselijk in het licht van patiëntveiligheid; bij de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement moet het belang van gedupeerde patiënten centraal staan.

Ingezette oplossingsrichting VWS

Ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) concludeert in de Kamerbrief over *'doorontwikkeling beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen'* (d.d. 11 oktober 2019) dat een ongecontroleerd faillissement tot te grote risico's voor de patiëntenzorg kan leiden. Het is van cruciaal belang dat het gevaar van ongecontroleerde ziekenhuisfaillissementen wordt onderkend. Zeker omdat bekend is dat diverse ziekenhuizen in Nederland kampen met financiële problemen. In een onderzoek naar de financiële gezondheid van ziekenhuizen over het jaar 2018 (oktober 2019, BDO Accountants) wordt geconcludeerd dat elf van de 64 geanalyseerde ziekenhuizen een onvoldoende scoren.

Om hier verandering in te brengen is de minister van plan om meer inzicht te krijgen in de financiële problemen van ziekenhuizen, zodat hij in de toekomst vroegtijdig een coördinerende rol kan aannemen wanneer partijen er onderling niet uitkomen. Hiertoe is het ministerie bezig om het systeem van vroegsignalering van zorgaanbieders met financiële problemen uit te breiden. De plannen van de minister richten zich daarmee hoofdzakelijk op de zorgaanbieder. Uit het onderzoek van de Onderzoeksraad komt naar voren dat ook het handelen van zorgverzekeraars van invloed is op de beschikbare tijd om een gecontroleerd ziekenhuisfaillissement mogelijk te maken. De nadruk die de minister legt op betere informatiedeling en samenwerking tussen de betrokken partijen gaat bovendien voorbij aan de strategische dynamiek die ontstaat rond een ziekenhuisfaillissement. Wanneer een ziekenhuis kampt met financiële problemen kan het er namelijk niet op vertrouwen dat openheid over zijn financiële problemen leidt tot samenwerking met zijn concurrenten (andere ziekenhuizen) en tegenspelers (zorgverzekeraars) op de zorgmarkt.

Het onderzoek laat zien dat vroegsignalering, informatiedeling en samenwerking niet vanzelfsprekend zijn in de context van de marktdynamiek in het zorgstelsel. Bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen was in juli 2018 bij alle betrokken partijen bekend dat er financiële problemen waren. Toch kwamen de partijen niet gezamenlijk tot een scenario waarbij een ongecontroleerd faillissement werd voorkomen.

Geen garantie op een veilig ziekenhuisfaillissement

De garantie op een gecontroleerd faillissement is een essentiële randvoorwaarde voor een zorgstelsel waarin ziekenhuizen failliet kunnen gaan. De Onderzoeksraad constateert echter dat het zorgstelsel het mogelijk maakt dat ziekenhuizen failliet kunnen gaan zonder waarborgen voor een gecontroleerde afbouw en overdracht van zorg. De zorgplicht functioneert binnen het huidige stelsel niet als waarborg voor de voortzetting van goede en veilige zorg. De verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg is niet expliciet en niet samenhangend belegd binnen het stelsel. Ook blijkt het huidige faillissementsrecht niet toegesneden op de werkelijkheid van een ziekenhuisfaillissement. Alles overziend stelt de Onderzoeksraad vast dat de veiligheid van patiënten bij een ziekenhuisfaillissement momenteel niet is geborgd.

AANBEVELINGEN

Een faillissement van een ziekenhuis mag niet de oorzaak zijn van aanvullende of verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid. Hiertoe is het van belang dat de afbouw en overdracht van zorg op een gecontroleerde wijze plaatsvindt, waarbij de continuïteit van zorg voor de individuele patiënt wordt gegarandeerd. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat hij of zij de zorg ontvangt waar hij of zij recht op heeft. Een herijking van de zorgplicht moet ertoe leiden dat zorgverzekeraars samen met de faillierende ziekenhuizen een gecontroleerde afwikkeling van het faillissement realiseren. De NZa moet hier als toezichthouder op de zorgplicht op toezien.

Vanwege de strategische dynamiek die ontstaat rond een ziekenhuisfaillissement is de timing van het treffen van voorbereidende maatregelen van cruciaal belang. Een ziekenhuis is voor de uitvoering van zijn zorgactiviteiten grotendeels afhankelijk van financiering vanuit zorgverzekeraars. Na het faillissement dienen zorgverzekeraars het ziekenhuis financieel te blijven ondersteunen totdat de zorg van patiënten is overgedragen aan andere zorgaanbieders – of tot het moment dat een doorstart is gerealiseerd.

De Onderzoeksraad doet daarom de volgende aanbeveling:

Aan de minister voor Medische Zorg en Sport:

1. Zorg ervoor dat de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement te allen tijde gecontroleerd plaatsvindt. Daarbij acht de Raad het volgende van belang:
 - a. herijk de zorgplicht van zorgverzekeraars zodanig dat de continuïteit van individuele diagnose- en behandeltrajecten bij een ziekenhuisfaillissement is gegarandeerd.
 - b. verplicht zorgverzekeraars om, op grond van hun zorgplicht, collectief financieel garant te staan voor de middelen die in geval van een ziekenhuisfaillissement noodzakelijk zijn om de zorg gecontroleerd af te bouwen en/of over te dragen. Dit kan bijvoorbeeld door het vormen van een gezamenlijk fonds of een gezamenlijke waarborgregeling.

De zorg die een ziekenhuis levert, vervult een maatschappelijke functie. Naast een tijdige voorbereiding dient – bij een afweging tussen conflicterende belangen tijdens de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement – het publieke belang van de patiëntveiligheid te prevaleren boven de private belangen van de schuldeisers. Op dit moment worden bovenstaande belangenweging en voorbereiding niet gewaarborgd binnen de faillissementswetgeving. In samenhang met de bovenstaande aanbeveling doet de Onderzoeksraad daarom de volgende aanbeveling, waarvoor het lopende wetgevingsprogramma 'Herijking faillissementsrecht' benut kan worden:

Lees verder op de volgende pagina ➔

Aan de minister voor Rechtsbescherming:

2. Pas het faillissementsrecht met betrekking tot ziekenhuisfaillissementen zodanig aan dat:
 - a. een ziekenhuis alleen failliet kan gaan na een periode van stil bewind, waarbij in die periode voorbereidingen getroffen worden voor een gecontroleerde afwikkeling van het ziekenhuisfaillissement.
 - b. de curator bij een afweging tussen conflicterende belangen het maatschappelijke belang van een patiëntveilige afbouw en/of voortzetting van zorgactiviteiten laat prevaleren boven de belangen van de schuldeisers.

ir. J.R.V.A. Dijsselbloem
Voorzitter van de Onderzoeksraad

mr. C.A.J.F. Verheij
Secretaris-directeur

LIJST VAN AFKORTINGEN

Amsterdam UMC	Amsterdam Universitair Medisch Centrum
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BMS	Bestuur medische staf
HAP	Huisartsenpost
IC	Intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Operatiekamer
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
PNIL	Personeel niet in loondienst
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RAV	Regionale ambulancevoorziening
RvC	Raad van commissarissen
RvB	Raad van bestuur
SBZL	Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad
SEH	Spoedeisende hulp
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidzorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZiROP	Ziekenhuis rampen opvang plan
Zvw	Zorgverzekeringswet

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Op 23 oktober 2018 wordt aan de ziekenhuizen MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling verleend. Nadat de surseance bekend wordt gemaakt, stopt het personeel dat niet in loondienst is (zogenoemd PNIL) met het werk in MC Slotervaart en voor een deel in MC IJsselmeerziekenhuizen. Zonder dit personeel kan de continuïteit van de personele bezetting op de intensive care (IC) en in de operatiekamers (OK) van MC Slotervaart niet meer worden gewaarborgd. Dit noopt MC Slotervaart om de operaties en klinische zorg direct af te bouwen en patiënten over te dragen aan andere ziekenhuizen. Bij MC IJsselmeerziekenhuizen wordt direct na surseance besloten de afdeling voor acute en klinische verloskunde te sluiten.

Op 25 oktober 2018 worden zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen failliet verklaard. Een dag later zijn de klinieken van MC Slotervaart gesloten en is het beddenhuis leeg. In de weken erna worden alle poliklinische patiënten van MC Slotervaart verdeeld over verschillende ziekenhuizen in de regio. Het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen leidt er uiteindelijk toe dat vanaf 5 november 2018 de spoedeisende hulp (SEH) gedurende de nacht gesloten is. Op 13 november 2018 worden de laatste (complexe) operaties uitgevoerd en op 14 november 2018 zijn er geen klinisch patiënten meer in het ziekenhuis. Uiteindelijk zijn de poliklinieken van MC IJsselmeerziekenhuizen open gebleven.

De aanvraag van surseance leidt in beide ziekenhuizen tot een turbulente periode waarin het medisch personeel en patiënten plotseling geconfronteerd worden met een mogelijk op handen zijnde sluiting of overname van 'hun' ziekenhuis. In beide ziekenhuizen worden zorgfuncties per direct stopgezet zonder dat een gepaste voorbereiding heeft plaatsgevonden. Daarnaast is er onduidelijkheid over alternatief zorgaanbod. Hierdoor ontstaat onrust en onzekerheid bij patiënten. Door deze situatie krijgt de afwikkeling van beide faillissementen het karakter van een 'harde landing'. De faillissementen van de ziekenhuizen leiden tot grote maatschappelijke onrust, waarbij onder meer vragen rijzen over de borging van de patiëntveiligheid.²

Naar aanleiding van de gebeurtenissen heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid besloten een onderzoek uit te voeren naar de wijze waarop is omgegaan met het belang van de veiligheid van patiënten in de aanloop naar en de afwikkeling van het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen.

² In de media verschenen tegenstrijdige berichten met koppen als 'Faillissement MC Slotervaart bracht patiënt in levensgevaar' (Het Parool, 31 oktober 2018), 'Geen sprake van calamiteiten bij MC Slotervaart' (Persbericht MC Slotervaart, 31 oktober 2018) en 'Huisartsen Flevoland vrezen voor onveilige zorg bij sluiting spoedeisende hulp Lelystad'. (De Stentor, 5 november 2018).

1.2 Doel en focus van het onderzoek

Het onderzoek van de Onderzoeksraad biedt de mogelijkheid om met de focus op de patiëntveiligheid te analyseren hoe de continuïteit van zorg in Nederland gewaarborgd is binnen een zorgstelsel waarin gereguleerde marktwerking het fundament is en ziekenhuizen failliet kunnen gaan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de (verbetering van de) patiëntveiligheid³.

Deze focus heeft geleid tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke risico's voor patiëntveiligheid hebben zich gemanifesteerd in de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en hoe zijn de betrokken partijen hiermee omgegaan?
2. Hoe kan verklaard worden dat de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben geleid tot een harde landing?
3. Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken?

Het onderzoek is gericht op de gebeurtenissen rond de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Hierbij ligt de focus op de periode vanaf het moment waarop de financiële problemen - als aanleiding van het uiteindelijke faillissement - in de openbaarheid kwamen (zomer 2018) tot het moment dat de zorg van patiënten weer op de rails is gezet. De bedrijfsvoering in een ziekenhuis, de achtergronden van de financiële problemen bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en in het verlengde hiervan de vraag of de faillissementen van de ziekenhuizen voorkomen hadden kunnen worden, maken geen onderdeel uit van de scope van het onderzoek.

In bijlage A zijn de onderzoeksvragen verder uitgewerkt in deelonderzoeksvragen en wordt de afbakening van het onderzoek nader toegelicht.

1.3 Betrokken partijen

Hoofdpelers in de gebeurtenissen van de faillissementen betreffen de twee ziekenhuizen – MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen – en de zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Deze partijen maken deel uit van het zorgstelsel waar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als toezichthouders actief zijn.⁴ Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor het zorgstelsel. De betrokken partijen worden hieronder nader beschreven.

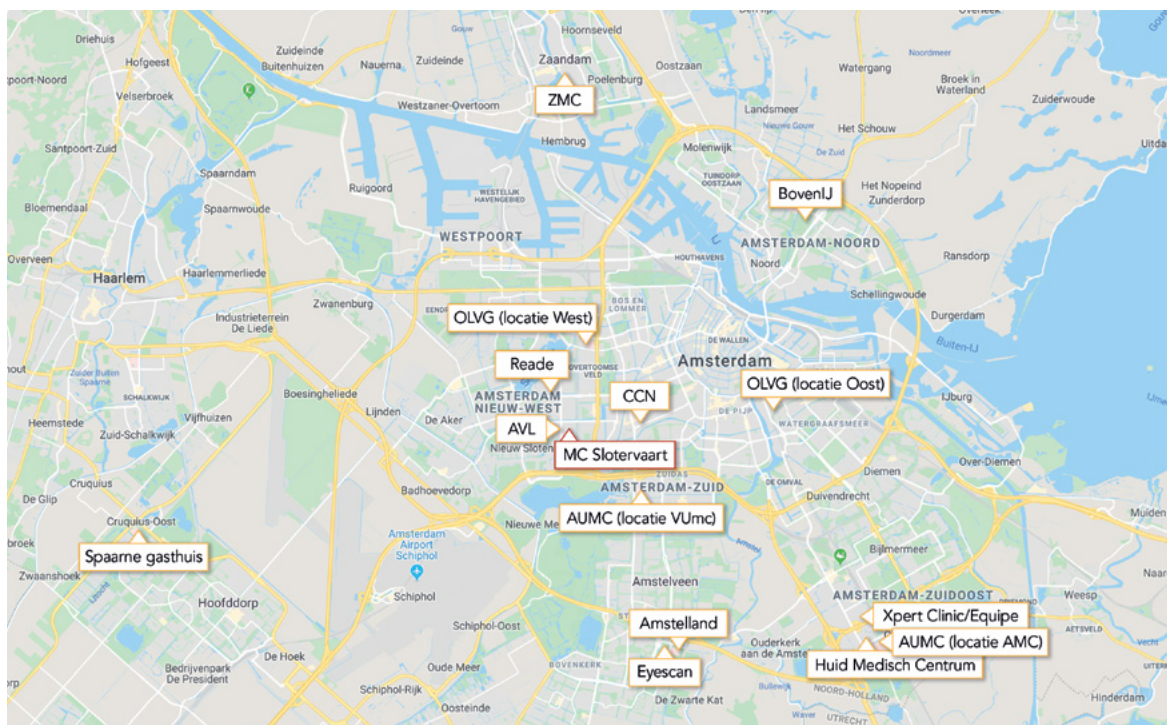
³ Patiëntveiligheid wordt gedefinieerd in paragraaf 1.4.

⁴ Een derde toezichthouder is de Autoriteit Consument & Markt, die in het belang van patiënten en verzekerden toeziet op mededinging in de zorg en welzijn. Deze toezichthouder heeft geen rol gespeeld in de aanloop naar de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en heeft een beperkte rol gehad in de afwikkeling van de faillissementen.

Bijlage C bevat een toelichting op de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel. In deze bijlage wordt ook beschreven hoe in dit zorgstelsel beoogd is de continuïteit van ziekenhuiszorg te waarborgen in geval van een faillissement van een ziekenhuis.

MC Slotervaart

MC Slotervaart⁵ was een algemeen en opleidingsziekenhuis dat algemene en specialistische zorg verleende met als speerpunten geriatrie, bariatric, neurochirurgie en slaapstoornissen. In het jaar voorafgaand aan het faillissement werden in MC Slotervaart ongeveer 55.000 patiënten behandeld. Het ziekenhuis had een opnamecapaciteit van 130 bedden en er waren 1.095 mensen in dienst.



Figuur 1: Kaart met locatie MC Slotervaart en de ziekenhuizen die patiënten hebben opgevangen in de regio.
(Bron: Google maps)

Het Slotervaartziekenhuis was in 1975 gesticht door de gemeente Amsterdam. In 1997 werd het Gemeentelijke Slotervaartziekenhuis geprivatiseerd en op 1 juli 1997 ging het ziekenhuis verder als Stichting Slotervaartziekenhuis. Het ziekenhuis had op dat moment te kampen met financiële problemen, bestuurlijke onrust en conflicten binnen de medische staf.

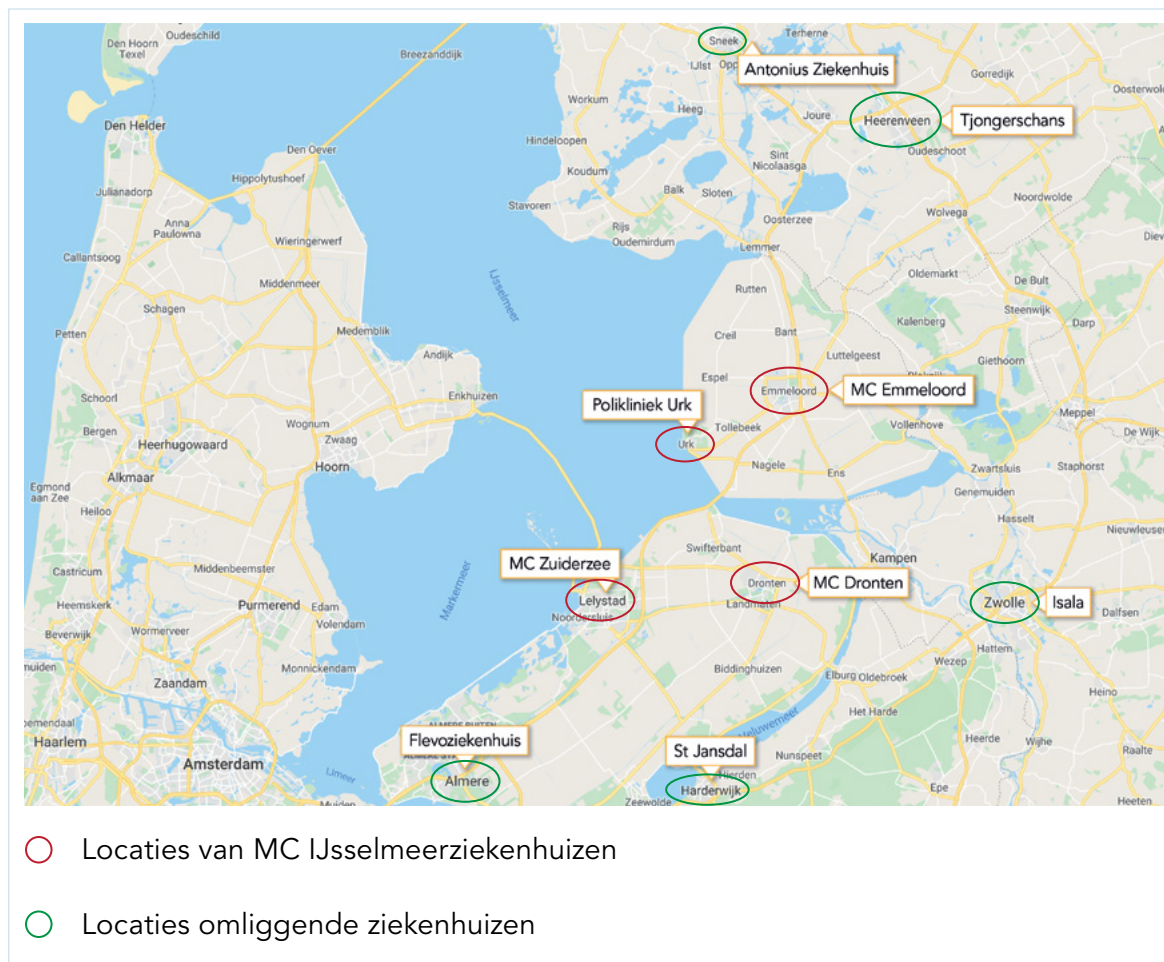
Het Slotervaartziekenhuis werd op 31 augustus 2006 overgenomen door Meromi Holding B.V. Op 31 december 2013 waren alle aandelen van het noodlijdende Slotervaartziekenhuis overgedragen aan MC Zuiderzee B.V. (later MC Slotervaartziekenhuis Holding B.V.), bestuurd door twee zorgondernemers. In 2014 vond een reorganisatie plaats om het ziekenhuis weer levensvatbaar te maken.

⁵ De juridische entiteit is Slotervaartziekenhuis B.V.

Vanwege de verlate publicatie van het jaarverslag van 2016 ontstond in mei 2018 onrust in het ziekenhuis over de financiële situatie die ondanks de reorganisatie nog steeds nijpend was, en over de positie van de aandeelhouders (deels vertegenwoordigd binnen de raad van bestuur). Een interne brandbrief van het bestuur medische staf werd gelekt naar de media.

MC IJsselmeerziekenhuizen

MC IJsselmeerziekenhuizen⁶ bestond uit vier locaties: het ziekenhuis MC Zuiderzee in Lelystad, het dagbehandelcentrum MC Emmeloord, polikliniek MC Dronten en een polikliniek op Urk. Ten tijde van het faillissement werkten er ongeveer 1.000 medewerkers bij MC IJsselmeerziekenhuizen; de opnamecapaciteit bestond op dat moment uit 350 bedden. De grootste locatie van de vier, MC Zuiderzee, omvatte onder andere een intensive care, de cardio care unit (voor hartpatiënten) en de spoedeisende hulp (SEH). Met de vier locaties vervulde MC IJsselmeerziekenhuizen een regionale zorgfunctie voor de inwoners van de gemeenten Noordoostpolder, Urk, Lelystad en Dronten.



Figuur 2: Kaart met locaties MC IJsselmeerziekenhuizen en omliggende ziekenhuizen. (Bron: Google maps)

6 De juridische entiteit is MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.

MC IJsselmeerziekenhuizen was in 1990 ontstaan uit een fusie tussen het ziekenhuis in Lelystad (Zuiderzeeziekenhuis) en het ziekenhuis in Emmeloord (Dokter J.H. Jansenziekenhuis). Na de fusie werd de klinische zorg grotendeels geconcentreerd in Lelystad en werd poliklinische zorg aangeboden in Lelystad, Emmeloord⁷, Dronten en op Urk. In 2009 nam een samenwerking van drie investeerders de ziekenhuisgroep over met financiële steun (in de vorm van leningen) van de overheid.

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis

Zilveren Kruis is één van de grotere zorgverzekeraars van Nederland.⁸ Een zorgverzekeraar verzekert consumenten op het gebied van zorgkosten en heeft een zorgplicht richting zijn verzekerden. Deze zorgplicht betekent dat de zorgverzekeraar verplicht is ervoor te zorgen dat de verzekerde tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgt waar hij/zij behoefte aan en wettelijke aanspraak op heeft. Hiervoor sluit de zorgverzekeraar contracten af met zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen.

Zilveren Kruis was de representerende zorgverzekeraar van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen. Zilveren Kruis was de grootste zorgverzekeraar in de regio van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en bereidde als zodanig namens alle zorgverzekeraars de additionele zorginkoop voor patiënten voor, waaronder ook voor verzekerden van andere zorgverzekeraars.

Curatoren

De rechtbank Amsterdam en de rechtbank Midden-Nederland hebben het faillissement uitgesproken over respectievelijk MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en voor beide ziekenhuizen werden twee curatoren aangewezen om het faillissement af te wikkelen.⁹ De primaire taak van de curator is het liquideren van de onderneming en het verzamelen van zoveel mogelijk geld waarmee (een deel van) de vorderingen van de schuldeisers kunnen worden voldaan.¹⁰

Op grond van de faillissementswet is het de curator die besluit om de activiteiten van de gefailleerde onderneming te beëindigen of (tijdelijk) voort te zetten. In dit geval gaat het om een ziekenhuis dat zorg levert aan patiënten.¹¹ Dit betekent dat de curator bestuurlijk verantwoordelijk is voor de zorg die op dat moment geleverd wordt in het gefailleerde ziekenhuis.

⁷ In Emmeloord vonden ook dagopnames plaats.

⁸ Achmea is het moederbedrijf van Zilveren Kruis. Achmea heeft daarnaast nog andere verzekeringsmerken, waaronder Interpolis, FBTO en Avéro Achmea.

⁹ De aangestelde curatoren van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen betroffen dezelfde personen die bij verlening van surseance aangesteld werden als bewindvoerder. Een bewindvoerder voert samen met de schuldenaar het beheer over diens zaken. Doel van een surseance is een onderneming (de schuldenaar) tijd en gelegenheid te geven zijn zaken op orde te krijgen. Wanneer dat niet lukt, wordt een faillissement uitgesproken en wordt een curator aangesteld.

¹⁰ Het is ook de taak van de curator om onderzoek te doen naar de oorzaken van het faillissement en onregelmatigheden in het algemeen. Onderdeel hiervan is om te onderzoeken of het bestuur van een gefailleerde onderneming aansprakelijk kan worden gesteld. Indien er sprake blijkt te zijn van 'kennelijk onbehoorlijk bestuur', en er dus sprake is van bestuurdersaansprakelijkheid, zal de curator de bestuurders verzoeken (een deel van) het tekort in het faillissement te vergoeden.

¹¹ Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2017 voor deze situatie een handreiking opgesteld: *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren* (mei 2017).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders. Dat doet de IGJ bij ziekenhuizen door het (laten) ontwikkelen en beoordelen van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen, het analyseren van meldingen en calamiteiten en het doen van onderzoek naar risicovolle thema's, zoals het operationele proces.

Op basis van het uitgangspunt dat gezonde financiën en goede kwaliteit van zorg vaak hand in hand gaan is 'goed bestuur' met de financiële bedrijfsvoering als onderwerp in 2016 een expliciet onderwerp voor toezicht van de IGJ geworden. Hierbij wordt samengewerkt met de NZa. Gezamenlijk hebben de toezichthouders een kader voor toezicht op goed bestuur opgesteld.¹²

Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg.¹³ De NZa stelt regels op om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te bevorderen. Daarbij ziet de NZa toe op de manier waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich aan deze regels houden. Zo let de NZa erop of zorgaanbieders de geleverde zorg correct registreren en declareren. Ook ziet de NZa erop toe dat informatie over onder meer de kwaliteit van zorg, diensten en wachttijden volledig, transparant en toegankelijk is. Als onderdeel van toezicht op de naleving van de wettelijke kaders ziet de NZa toe op de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de inrichting en werking van het zorgstelsel, zowel waar dit de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt als de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar betreft. Het Directoraat-Generaal Curatieve zorg van het ministerie houdt zich bezig met het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van het beleid op het gebied van (onder andere) de ziekenhuiszorg en het premie- en verzekeringsstelsel. Deze onderwerpen zijn belegd bij de directie Curatieve Zorg en de directie Patiënt en Zorgordening. Het ministerie heeft geen directe bemoeienis met de uitvoering van de zorgverlening.

1.4 Referentiekader

De Onderzoeksraad voor Veiligheid hanteert bij zijn onderzoeken een referentiekader. Door afwijkingen ten opzichte van het referentiekader te identificeren, maakt de Onderzoeksraad inzichtelijk waar verbeteringen mogelijk zijn. In deze paragraaf worden de uitgangspunten van de Onderzoeksraad gegeven ten aanzien van de beheersing van de risico's voor patiëntveiligheid in het geval dat een ziekenhuis failliet gaat.

¹² IGZ, NZa, *Toezicht op Goed Bestuur*, juli 2016.

¹³ Artikel 16a Wet marktordening gezondheidszorg.

Goede en veilige zorg

Het gedachtegoed achter het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op de volgende grondbeginselen: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering en goede kwaliteit van zorg.¹⁴ Het zorgstelsel moet ervoor zorgen dat patiënten met een zorgbehoefte tijdig toegang hebben tot kwalitatief goede en veilige zorg. Veilige zorg houdt in dat bij de te leveren zorg de risico's voor de patiëntveiligheid worden geminimaliseerd, dan wel zo goed als redelijkerwijs mogelijk worden beheerst. In dit onderzoek wordt patiëntveiligheid als volgt gedefinieerd¹⁵:

Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte vermijdbare schade door handelen en/of nalaten van medewerkers of door tekortkomingen in het zorgsysteem.

Het begrip schade is omschreven als¹⁶:

Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden.

Volgens bovengenoemde definitie van schade kunnen ook zaken als uitgestelde operaties, onrust en onzekerheid bij patiënten en de niet-beschikbaarheid van patiëntgegevens bij de overdracht van zorg tot schade leiden. Hiermee hanteert de Onderzoeksraad een referentiekader dat de risico's voor patiëntveiligheid meeromvattend beoordeelt dan alleen op basis van de risico's op fysiek letsel.

Faillissement van een ziekenhuis in het zorgstelsel

Het huidige zorgstelsel met gereguleerde marktwerking waarin een ziekenhuis failliet kan gaan, wordt voor dit onderzoek als een gegeven beschouwd. Tegelijkertijd mag een faillissement van een ziekenhuis geen belemmering zijn voor goede en veilige zorg voor patiënten. Dit houdt in ieder geval in dat patiënten ook bij een faillissement van een ziekenhuis de zorg op het juiste moment moeten blijven krijgen en dat de zorg aansluit bij wat patiënten nodig hebben.¹⁷ Oftewel, de continuïteit van behandeltrajecten mag niet in het geding komen. Een faillissement mag geen oorzaak zijn van aanvullende of verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid, anders dan de risico's die horen bij het normale bedrijf van de zorg in een ziekenhuis.

Afbouw van zorg bij een faillissement

Een faillissement waarbij de zorg in het ziekenhuis wordt afgebouwd en patiënten moeten worden overgedragen aan andere ziekenhuizen is een omvangrijke onderneming die potentiële veiligheidsrisico's voor patiënten van het gefailleerde ziekenhuis met zich meebrengt. Beheersing van deze risico's vereist een voorbereiding om te inventariseren wat individuele patiënten nodig hebben aan zorg en waar deze zorg geleverd kan worden.

¹⁴ Ministerie van VWS, *Het Nederlandse zorgstelsel*, (brochure) januari 2016.

¹⁵ NEN, NEN 8009, *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*, 2018.

¹⁶ NEN, NEN 8009, *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*, 2018.

¹⁷ Dit is een onderdeel van de beschrijving van goede (langdurige) zorg zoals gegeven door het ministerie van VWS (<https://www.informatielangdurigezorg.nl/woordenlijst/goede-zorg>).

Zo is afstemming met andere zorgaanbieders nodig om afspraken te maken over de overdracht van patiënten.

De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg ligt in het Nederlandse zorgstelsel bij zorgverzekeraars. Om hier invulling aan te geven, kopen zij zorg in bij zorgaanbieders. Op grond van hun wettelijke zorgplicht zijn zorgverzekeraars gehouden om, behoudens situaties van overmacht, zorg voor hun verzekerden beschikbaar te houden. Ook wanneer een zorgaanbieder failliet is gegaan, moeten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat hun verzekerden zorg (blijven) ontvangen.

Indien als gevolg van een faillissement de afbouw van zorg in het ziekenhuis noodzakelijk is, dan moet het betrokken ziekenhuis samen met betrokken zorgverzekeraars ervoor zorgen dat condities aanwezig zijn dat patiënten goede en veilige zorg krijgen bij een andere zorgaanbieder of in het eigen ziekenhuis, zolang dit nodig is.

Verwachtingen ten aanzien van betrokken partijen bij een faillissement van een ziekenhuis
Het faillissement van een ziekenhuis is tot op zekere hoogte een geplande gebeurtenis. Dit betekent volgens de Onderzoeksraad dat alle betrokken partijen inspanningen moeten verrichten om de voorbereiding en afwikkeling van het faillissement optimaal in te richten in het belang van de patiëntveiligheid. Hiertoe moeten de partijen zich inspannen om een gecontroleerde afbouw van zorg te realiseren en dienen zij maatregelen te nemen om de risico's voor individuele patiënten die uit het faillissement kunnen volgen, te mitigeren. Gegeven de complexiteit van de situatie waarin partijen moeten werken en de risico's waaraan patiënten kunnen worden blootgesteld, is het van belang dat betrokken partijen wanneer nodig uit de traditionele en formele rol stappen om de patiëntveiligheid te garanderen.

In Bijlage D zijn de voornaamste verwachtingen van de Onderzoeksraad per actor nader uitgewerkt.

1.5 Opbouw van het rapport

Het volgende hoofdstuk beschrijft de gebeurtenissen vanaf het moment dat MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling hebben aangevraagd. Ook worden in dit hoofdstuk de risico's voor de patiëntveiligheid geduid. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de aanloop naar de faillissementen van de ziekenhuizen geanalyseerd om te begrijpen hoe het heeft kunnen gebeuren dat de faillissementen uiteindelijk zijn uitgemond in een harde landing van de ziekenhuizen. Hoofdstuk 4 bevat een analyse van de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Hierbij wordt onderzocht hoe de betrokken partijen zijn omgegaan met de knelpunten die zich voordeden in de afbouw van zorg. Tot slot worden in hoofdstuk 5 conclusies getrokken en zijn in hoofdstuk 6 aanbevelingen geformuleerd.

2 VOORVALBESCHRIJVING

2.1 Beschrijving van de gebeurtenissen

Deze paragraaf geeft een beschrijving van het voorval: de wijze waarop de afbouw en de overdracht van zorg in MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben plaatsgevonden, inclusief de risico's voor de patiëntveiligheid die daarbij zijn opgetreden. Deze risico's worden in blauwe kaders geschetst.¹⁸ De voorvalbeschrijving betreft voor MC Slotervaart de periode vanaf de aanvraag van surseance van betaling tot het moment waarop de zorg voor de patiënten is overgedragen aan andere zorgpartijen. De risico's voor de patiëntveiligheid speelden zich in Flevoland ook af gedurende de periode waarin het ziekenhuis St Jansdal de zorg van MC IJsselmeerziekenhuizen voorbereidde en overnam. Om die reden is deze periode in de voorvalbeschrijving van MC IJsselmeerziekenhuizen opgenomen.

2.1.1 Afbouw van zorg in MC Slotervaart

Op 23 oktober 2018 vraagt de raad van bestuur van MC Slotervaart surseance van betaling aan. Bij verlening van surseance worden twee bewindvoerders benoemd. Om 10.00 uur worden het Bestuur Medische Staf (BMS) en verschillende ziekenhuismanagers hierover ingelicht. Men reageert aanvankelijk geschokt. In de stafvergaderingen van begin oktober heerste nog het beeld dat het ziekenhuis zeker tot januari 2019 open zou kunnen blijven. In de week van 15 oktober raakt het faillissement echter in een stroomversnelling. Tot dat moment had niemand voorzien dat het zo snel zou gaan. De zojuist geïnformeerde staf formeert direct een operationeel crisisteam. Hierin nemen onder andere de managers Kwaliteit en Veiligheid en leden van het BMS plaats. Doel van dit crisisteam is om de kwaliteit en veiligheid van zorg te waarborgen in de turbulente periode die zou kunnen ontstaan. Parallel aan het operationeel crisisteam wordt ook een bestuurlijk crisisteam ingericht. Hierin nemen de raad van bestuur en de bewindvoerders (hierna: het bestuur) zitting.

Het bestuur informeert om 12.00 uur de rest van het personeel over de surseance van betaling. Uitzend- en detacheringsbureaus blijken niet langer bereid het 'personeel niet in loondienst' (PNIL) aan MC Slotervaart uit te lenen. Dit personeel vertrekt daarom nog diezelfde dag – even na 12.00 uur. Omdat het (zorg)personeel op de IC en OK van MC Slotervaart voor een groot deel uit PNIL bestaat (tussen de 30% en 40%)¹⁹, kan de continuïteit van de personele bezetting op de IC en de OK niet meer worden geborgd.

¹⁸ De risico's die in de blauwe kaders worden geschetst zijn gebaseerd op meldingen en signalen ontvangen door de IGJ, meldingen ontvangen door de SBZL, signalen uit de media en interviews. De Onderzoeksraad heeft deze bronnen gebruikt om duiding te geven aan de verschillende soorten risico's voor patiëntveiligheid die bij de ziekenhuisfaillissementen zijn opgetreden. De geschetste risico's zijn gebaseerd op verschillende bronnen. Met uitzondering van interviews wordt er naar de gebruikte bronnen verwezen in de betreffende voetnoten.

¹⁹ CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1)*, 9 januari 2019.

De capaciteit die nog wel beschikbaar is, is nodig als 'achtervang' voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten voor het geval hun toestand zou verslechteren.

Eerste fase: afbouw van klinische zorg

In verband met de directe onderbezetting op de IC en OK – en in het licht van het waarborgen van de patiëntveiligheid – besluit het bestuur om de instroom van de IC per direct te beëindigen. Dit gebeurt door:

1. de spoedeisende hulp (SEH) op 23 oktober om 12.30 uur te sluiten;
2. geen overnames meer uit andere ziekenhuizen te accepteren;
3. het electieve²⁰ OK-programma te beëindigen.

Onder aanvoering van de bewindvoerders informeert MC Slotervaart vervolgens het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), de meldkamer ambulancedienst, de omliggende ziekenhuizen en zorgaanbieder Acibadem IMC over het sluiten van de SEH, IC en OK.²¹

Om de overdracht en afbouw van zorg te begeleiden, moet het operationeel crisisteam in kaart brengen hoeveel patiënten welke vormen van zorg krijgen. Deze cijfers moeten op de dag van surseance nog worden geïnventariseerd. Het aantal IC-patiënten en klinische patiënten dat naar een ander ziekenhuis moet worden overgebracht, is snel duidelijk. Er is echter meer tijd nodig om het aantal patiënten dat ingepland staat voor het electieve OK-programma, het aantal geplande poliklinische afspraken en het aantal 'slapende' patiënten in beeld te brengen. Daarom besluit het crisisteam om de afbouw en overdracht van de zorg die door MC Slotervaart wordt geleverd, gefaseerd tot stand te laten komen. In de eerste fase wordt de klinische zorg afgebouwd, in de tweede fase wordt een oplossing gezocht voor de poliklinische zorg. Zilveren Kruis zegt boedelkrediet toe om de zorg die na faillissement wordt geleverd te financieren.

Aantal over te dragen patiënten

In het faillissementsverslag van de curatoren is gereconstrueerd dat er op 23 oktober 98 klinische patiënten in MC Slotervaart aanwezig waren. Twee van deze patiënten waren opgenomen op de IC. Daarnaast stonden 336 patiënten ingepland voor het electieve OK-programma.²² Verder stonden in de periode tussen 23 oktober en eind december 2018 circa 18.000 poli-afspraken gepland en was er sprake van ongeveer 37.000 'slapende' patiënten met wie geen afspraak stond gepland, maar waarvan de verwachting was dat zij op termijn weer naar het ziekenhuis zouden komen.

Zonder een operationele IC en OK als 'achtervang' wordt het risicovoller om op andere afdelingen medische handelingen uit te voeren. Als er iets misgaat, moet een patiënt terecht kunnen op de IC en/of OK. Een allergische reactie tijdens een relatief eenvoudige ingreep kan bijvoorbeeld minder adequaat worden opgevangen wanneer de OK en de

²⁰ Er is sprake van electieve zorg wanneer het medisch verantwoord is om bepaalde zorg uit te stellen.

²¹ CMS, Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1), 9 januari 2019.

²² CMS, Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1), 9 januari 2019.

IC gesloten zijn, of wanneer hierover geen afspraken zijn gemaakt met omliggende ziekenhuizen. In het geval van MC Slotervaart blijkt het zonder OK en IC niet langer mogelijk om het zorgaanbod 'in normaal bedrijf' te continueren. Het wegvallen van de 'acute as' van het ziekenhuis zorgt ervoor dat de afbouw van het ziekenhuis turbulent en in een stroomversnelling moet plaatsvinden. Geïnterviewde zorgverleners omschrijven de periode die volgt als totale chaos, waarin artsen niet weten waar zij aan toe zijn en de bestuurlijke crisisorganisatie onduidelijk was.

Een chaotische, ongecontroleerde situatie

Artsen in MC Slotervaart maken zich ernstige zorgen en vragen zich af of in de ontstane situatie wel veilige zorg geleverd kan worden. Artsen doen daarom in deze fase verschillende meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).²³ Een arts meldt dat hij de kans op schade of de dood van patiënten groot acht door de ongeorganiseerde overdracht van honderden patiënten en hun medische gegevens naar andere ziekenhuizen. Dit alles moet volgens de arts gebeuren zonder draaiboek en duidelijkheid van de urgentie voor zorgverlener of patiënt. De zorgverlener kan hierdoor geen verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit of continuïteit van zorg.

Een andere arts geeft aan dat veel diagnostiek niet meer beschikbaar is, terwijl veel patiënten nog wel poliklinisch gezien worden. De arts benadrukt deze patiënten niet te kunnen helpen en verwijst ze ter plekke door naar het OLVG en het Amsterdam UMC. Deze ontvangende ziekenhuizen geven op hun beurt aan geen capaciteit te hebben. De arts omschrijft het als een 'oorlogssituatie'.

Ook tijdens een onaangekondigd inspectiebezoek van de IGJ op 31 oktober beklagen verschillende artsen zich over de ongecontroleerde situatie van de afgelopen dagen. De artsen kunnen met hun vragen nergens terecht, worstelen met hun positie, maar vooral de positie van de patiënt baart de artsen zorgen. Patiëntveiligheid is volgens hen niet meer geborgd.²⁴

De 98 klinische patiënten die op 23 oktober in MC Slotervaart zijn opgenomen, worden op dezelfde dag door hun specialist gezien, waarbij de vraag wordt gesteld of directe overplaatsing nodig is.²⁵ In overleg met bestuurders van ziekenhuizen in de regio wordt besloten om uiterlijk vrijdagmiddag 26 oktober alle klinische patiënten te hebben overgedragen aan een ander ziekenhuis nu de zorg door MC Slotervaart niet meer kan worden gewaarborgd.²⁶ Tussen 23 en 26 oktober worden 24 patiënten aan een ander ziekenhuis overgedragen en worden 12 patiënten overgedragen aan verpleeg- of verzorgingshuizen. De overige klinische patiënten worden vóór 26 oktober door hun behandelend arts volgens protocol ontslagen.²⁷

²³ IGJ, *Wkkgz meldingen faillissement, 26 oktober 2018 t/m 18 december 2018*.

²⁴ IGJ, *Verslag Onaangekondigd bezoek MC Slotervaart, VGR 2007434, 31 oktober 2018*.

²⁵ CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1), 9 januari 2019*.

²⁶ Tegelijkertijd speelt er een ander probleem in een ander Amsterdams ziekenhuis, waardoor daar ook patiënten (tijdelijk) moeten worden overgedragen (met heen en weer rijdende ambulances en bellende ziekenhuizen tot gevolg): de SEH en poliklinieken van het VUMC worden gesloten vanwege een grote ICT-storing.

²⁷ CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1), 9 januari 2019*.

Overdracht naar verkeerd ziekenhuis

De overdracht van klinische patiënten krijgt veel aandacht in het nieuws. Met name de korte termijn waarop de overdracht moet plaatsvinden wordt ter discussie gesteld. Tijdens de afbouw wordt een specifiek incident door artsen gedeeld met de media.²⁸ Het incident is echter niet gemeld bij de IGJ. De strekking van het incident is als volgt:

Op donderdag 25 oktober wordt een patiënt die een specifieke vorm van chemotherapie krijgt naar het verkeerde ziekenhuis gestuurd. Bij het ondergaan van deze therapie bestaat het risico dat de zuurgraad van het bloed beneden een bepaald niveau daalt. Als de zuurgraad een paar uur beneden niveau is, slaat het middel neer in de nieren en kunnen die het niet meer verwerken. Het middel stapelt zich op en uiteindelijk zal de patiënt overlijden. Daarom moet elke paar uur de urine van de patiënt gecontroleerd worden. De behandelend arts van MC Slotervaart denkt dat zijn patiënt moet worden overgeplaatst naar het VUMC, omdat men daar ervaring heeft met deze specifieke chemokuur. Omdat het echter een hematologische aandoening betreft, moet de patiënt volgens de afspraken die zijn gemaakt met de omliggende ziekenhuizen naar het OLVG. De patiënt komt bij het VUMC aan, zonder dat zijn gegevens bekend zijn en zonder dat de zorgverleners weten dat monitoring van de zuurgraad cruciaal is. Omdat de dienstdoend arts van het VUMC direct navraag doet bij MC Slotervaart, kan het VUMC snel de juiste acties ondernemen. Als de arts dit echter een uur later had gedaan, had het voor deze patiënt fataal kunnen aflopen.

Alle operatieve ingrepen die ingepland staan vanaf de avond van 23 oktober worden afgezegd. Patiënten met een geplande operatieve behandeling, waarvan het ongewenst wordt geacht deze verder uit te stellen, moeten door de behandelende specialisten zo snel mogelijk worden overgedragen aan andere ziekenhuizen. Het operationeel crisisteam zal inventariseren om hoeveel patiënten het gaat.

²⁸ Het Parool, *Faillissement MC Slotervaart bracht patiënt in levensgevaar*, 31 oktober 2018.

Blinde overdracht

De zorg voor veel patiënten wordt overgedragen aan andere partijen. Betrokken zorgverleners benadrukken dat dit in meerdere gevallen gebeurt zonder dat wordt overlegd of overdracht wel mogelijk is, of wat er moet gebeuren om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Een voorbeeld speelt zich af in de thuiszorg. Voor het faillissement waren er relatief veel oudere patiënten in MC Slotervaart opgenomen, omdat deze patiënten niet langer konden worden verzorgd door mantelzorgers en/of thuiszorgorganisaties en er geen plek kon worden gevonden in verpleeg- of verzorgingshuizen. Verschillende artsen geven in interviews aan dat deze partijen nu de verantwoordelijkheid voor de zorg voor deze patiënten (terug) krijgen, zonder dat MC Slotervaart heeft gecontroleerd of dat wel kan.

Ook omliggende ziekenhuizen zijn niet altijd voorbereid op de opvang van patiënten. Zo melden twintig 'schemapatiënten' zich bij de ziekenhuisapothek van het OLVG om hun chemomedicatie op te halen. De apothek accepteert het recept dat zij van hun arts bij MC Slotervaart hebben gekregen echter niet; het is volgens de apothek nodig dat de patiënten eerst gezien worden door een arts van het OLVG. Omdat hierover geen afspraken zijn gemaakt, zitten deze patiënten twee weken zonder medicatie.²⁹

Ondertussen worden op 24 oktober ook alle nieuwe patiënten met een afspraak op de spreekuren van de poliklinieken afgebeld. De reeds geplande afspraken met bestaande patiënten worden, waar noodzakelijk geacht door de behandelend arts, gehandhaafd om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.³⁰ Daarnaast is de overdracht van de poliklinische- en dagbehandelingen ingezet. 's Avonds vindt er een overleg plaats tussen de ziekenhuizen in de regio, de bewindvoerders van MC Slotervaart en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Het doel van dit overleg is om afspraken te maken over het garanderen van zorg en patiëntveiligheid.

²⁹ Trouw, *Twintig patiënten Slotervaart zaten tijdelijk zonder kankermedicijn*, 20 december 2018.

³⁰ CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1)*, 9 januari 2019.

Tijdigheid en toegankelijkheid van zorg leunen op doortastende patiënt

Betrokken zorgverleners geven aan dat nieuwe patiënten, die een diagnostische afspraak hebben staan op de poli's, worden terugverwezen naar hun huisarts. Via de huisarts kunnen deze patiënten dan een nieuwe verwijzing krijgen naar een alternatieve zorgaanbieder. Dit terugverwijzen gebeurt zonder dat er zicht is op de medische reden voor de afspraak van de patiënt – bijvoorbeeld of er sprake is van een acuut gezondheidsrisico – en zonder dat huisartsen weten bij welke alternatieve zorgaanbieders de patiënten terecht kunnen.³¹ In deze periode wordt een patiënt met een dramatisch verslechterde nierfunctie alleen direct onderzocht omdat hij zelf aan de bel trekt en niet afwacht op instructies van het ziekenhuis.

Op 25 oktober 2018 wordt het faillissement van MC Slotervaart uitgesproken. Er komen onvoldoende liquide middelen beschikbaar om de continuïteit van de onderneming te kunnen waarborgen, waaronder de betaling van de salarissen aan het personeel over de maand oktober 2018. Daarnaast bestaat er onvoldoende vooruitzicht dat de gezamenlijke schuldeisers na verloop van redelijke tijd kunnen worden betaald. Daarom is de rechtbank Amsterdam verzocht het faillissement van MC Slotervaart uit te spreken.³² In de media en in de wandelgangen van MC Slotervaart wordt over een mogelijke doorstart gesproken. De bewindvoerders van MC Slotervaart worden met de uitspraak van het faillissement benoemd als curatoren. Zij krijgen hiermee de beheers- en beschikkingsbevoegdheid over het ziekenhuis. De bestuursvoorzitter van MC Slotervaart blijft op verzoek van de curator betrokken om werkzaamheden bij de afbouw te verrichten.

Als gevolg van het faillissement loopt op 25 oktober om 15:00 uur de aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis af. Veel zorgverleners verrichten hun diensten onder de aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis. Door het wegvallen van deze verzekering moeten de zorgverleners onder nog grotere onzekerheid handelen. In de ochtend lopen de spanningen onder de zorgverleners op en om 12:00 uur maken de medisch specialisten bekend over te zullen gaan tot evacuatie van het ziekenhuis wanneer de dekking van de aansprakelijkheidsverzekering niet wordt voortgezet. Binnen een uur wordt geregeld dat de dekking ook na 15:00 uur van kracht blijft, mede door inzet van de curatoren en de garantstelling van VWS voor het eigen risico van 2,9 miljoen euro. Een spoedevacuatie is van de baan en de afbouw van klinische zorg kan worden voortgezet. Op een later moment zegt Zilveren Kruis een garantie toe voor een aanvullende verlenging van de aansprakelijkheidsverzekering. Hierdoor is deze verzekering voor een langere periode geregeld.

Tweede fase: overdracht poliklinische patiënten

Na het uitspreken van het faillissement op 25 oktober en het beëindigen van de klinische capaciteit van MC Slotervaart op 26 oktober, breekt een nieuwe fase aan. Er moet nu ook een oplossing worden gevonden voor de 50.000 poliklinische patiënten die het ziekenhuis

³¹ Volkskrant, *Chaotische situatie rondom patiënten MC Slotervaart. 'Het komt erop neer dat je alles zelf moet regelen'*, 2 november 2018.

³² CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1)*, 9 januari 2019.

op jaarbasis bezoeken. Deze patiënten moeten worden ondergebracht bij andere ziekenhuizen. Daarnaast staan er nog ruim driehonderd patiënten op de OK-wachtlijsten van MC Slotervaart. Daarvan worden 56 operaties geormerkt als spoedingrepen. Deze patiënten moeten zo snel mogelijk worden overgedragen.³³

Er zijn inmiddels specifieke patiëntengroepen geïdentificeerd waarvan MC Slotervaart de voorkeur heeft om die als groep (cohort) onder te brengen bij een ander ziekenhuis, waar mogelijk inclusief de medische staf die deze groepen onder behandeling heeft. Over afbouw en overdracht vindt één tot twee keer per week bestuursoverleg plaats met de andere Amsterdamse ziekenhuizen. Voor de patiënten blijft de situatie erg onzeker omdat er nog geen duidelijkheid gegeven kan worden over waar zij terecht kunnen.

Patiënten worden blind doorverwezen naar en door omliggende ziekenhuizen

Ontvangende ziekenhuizen krijgen patiënten overgedragen vanuit MC Slotervaart. Ondertussen nemen sommige patiënten zelf contact op met ontvangende ziekenhuizen. Daarmee bewandelen zij niet allemaal de route van de gemaakte afspraken met betrekking tot welk ziekenhuis welke groepen patiënten overneemt. De combinatie van volgens afspraken overgehevelde patiënten(dossiers) en op eigen gelegenheid aankloppende patiënten leidt tot grote (ervaren) drukte bij de ontvangende ziekenhuizen. Zorgverleners bij de ontvangende ziekenhuizen zien zich genooddaakt om patiënten blind door te verwijzen, waarbij een risico ontstaat op vertraagde diagnostiek en behandeling.³⁴

IGJ krijgt een melding dat bij een omliggend ziekenhuis een mevrouw met een *reveal* (ingebouwde hartmonitor), die zich meldt met klachten over duizeligheid en flauwvallen, wordt geweigerd. Zij kan alleen een afspraak maken met een verwijzing van haar huisarts of via MC Slotervaart. Als vanuit MC Slotervaart contact wordt gelegd met het ziekenhuis over deze patiënt, wordt duidelijk dat de patiënt telefonisch contact op moet nemen met de harthulplijn van het OLVG. Aan de telefoon krijgt de patiënt vervolgens te horen dat haar klachten geen cardiale klachten betreffen en dat het OLVG het te druk heeft met het opvangen van patiënten uit MC Slotervaart. Pas in januari 2019 zullen cardiologen uit MC Slotervaart bij het OLVG komen werken. Met de patiënt wordt tot die tijd geen afspraak gemaakt.³⁵

Op 31 oktober 2018 brengt de IGJ een onaangekondigd inspectiebezoek aan MC Slotervaart. De medisch specialisten vertellen de inspectie dat zij voor elk noodscenario goed getraind zijn, maar niet voor een faillissement. Zij laten weten dat de besluitvorming te snel is gegaan, waardoor de patiëntveiligheid niet is geborgd.³⁶ Een dag later stuurt het BMS een noodsignaal aan de IGJ en de curatoren. Het beperkte tijdspad maakt een zogenoemde 'warme overdracht' onmogelijk. Het BMS schrijft dat door de abrupte

³³ Verslag van overleg tussen NZa, IGJ, MC Slotervaart, curatoren en Zilveren Kruis, 30 oktober 2018.

³⁴ IGJ, *Wkkgz meldingen faillissement*, 26 oktober 2018 t/m 18 december 2018.

³⁵ IGJ, *Wkkgz meldingen faillissement*, 26 oktober 2018 t/m 18 december 2018.

³⁶ IGJ, *Verslag Onaangekondigd bezoek MC Slotervaart*, VGR 2007434, 20 september 2018.

sluiting van MC Slotervaart en de onduidelijke berichtgevingen over de opvang van de patiëntenzorg, een oncontroleerbare chaotische stroom van dwalende patiënten op gang is gekomen. De medisch specialisten kunnen de verantwoordelijkheid die zij voelen voor hun patiënten niet goed ten uitvoer brengen. Daarbij ontbreekt de tijd om een warme overdracht met zorgvuldigheid uit te voeren. Ze eindigen de brief met de oproep om de specialisten te faciliteren met tijd om voor een warme overdracht te kunnen zorgen.³⁷

Ondertussen zijn de curatoren met de verkoopprocedure van MC Slotervaart gestart. Er zijn verschillende geïnteresseerde partijen – ook de medisch specialisten willen het ziekenhuis overnemen. Ze hebben aangegeven hierover met de curator en Zilveren Kruis in gesprek te willen gaan. De curatoren reageren dat zij het plan serieus zullen nemen.

In overleg met de curatoren is Zilveren Kruis – gelijktijdig met de door de curatoren georganiseerde verkoopprocedure – een ‘Plan B’ gestart. Dit plan houdt in dat de zorgverzekeraar vanuit zijn inkooprol voor alle patiëntengroepen onderzoekt in welke zorginstelling de electieve klinische zorg en poliklinische zorg het beste zou kunnen worden voortgezet. In verband met de beperkt beschikbare tijd is het volgens Zilveren Kruis en curatoren onverantwoord om eerst de uitkomsten van de verkoopprocedure af te wachten en pas te starten met Plan B wanneer een doorstart niet haalbaar blijkt te zijn.³⁸ Op 1 en 2 november voert Zilveren Kruis daarom ‘synthesegesprekken’ met bestuurders van omliggende ziekenhuizen over de overdrachtsplannen van de zorgverzekeraar. Uit deze gesprekken volgt dat de ziekenhuizen beschikken over voldoende ruimtelijke capaciteiten, maar dat aanvullende personele capaciteit noodzakelijk zal zijn bij een overname van productie uit MC Slotervaart.³⁹

Op 2 november is de OK-planning van MC Slotervaart tot en met 23 november 2018 in kaart gebracht. Deze blijkt nog te bestaan uit 336 patiënten. Het crisisteam merkt op dat het lang heeft geduurd voordat deze lijst beschikbaar kwam, mede omdat niet alle vakgroepen en/of individuele artsen zich coöperatief opstelden.⁴⁰ Zij vulden bijvoorbeeld de OK-lijsten en dagkurenlijsten niet in. In een vergadering van MC Slotervaart en Zilveren Kruis op 5 november wordt nogmaals aangekaart dat een aantal artsen niet meewerkt.⁴¹ Om ervoor te zorgen dat de vakgroepen betrokken worden in de besluitvorming, stuurt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 5 november drie externe experts naar MC Slotervaart. Zij zullen de curatoren bijstaan met zorginhoudelijke kennis en expertise. Twee van hen richten zich op de aansturing en ondersteuning van de medische staf, de derde krijgt een rol op bestuurlijk niveau bij de inrichting van de crisisorganisatie.

³⁷ BMS MC Slotervaart, *NOODSIGNAAL warme overdracht*, 1 november 2018.

³⁸ MC Slotervaart, *conceptverslag Stuurgroep Crisisteam*, 1 november 2018.

³⁹ Zilveren Kruis, *MC Slotervaart: beantwoording vragen NZa*, 11 november 2018.

⁴⁰ MC Slotervaart, *conceptverslag Stuurgroep Crisisteam*, 1 november 2018.

⁴¹ MC Slotervaart, *verslag Stuurgroep Crisisteam*, 5 november 2018.

Op 8 november stuurt een aantal omliggende ziekenhuizen een brief aan de curatoren over de overdracht van poliklinische patiënten.⁴² In de brief geven zij aan dat deze overdracht maar mondjesmaat op gang komt. Volgens de ziekenhuizen verloopt het afbouwproces niet goed, omdat de mogelijkheid van een doorstart tegengestelde belangen met zich meebrengt. De omliggende ziekenhuizen benadrukken dat de medisch specialisten van MC Slotervaart er belang bij hebben om groepen poliklinische patiënten niet over te dragen. Resterende zorgactiviteiten van MC Slotervaart vertegenwoordigen namelijk een interessanter pakket voor een overnamekandidaat.

Op 9 november vorderen 43 medisch specialisten van MC Slotervaart in een kort geding dat de curator wordt gelast om de verkoop en overdracht van activa van MC Slotervaart op te schorten tot uiterlijk 19 november 2018, teneinde meer voorbereidingstijd te krijgen voor een eigen bod op MC Slotervaart.⁴³ De voorzieningenrechter wijst de vorderingen van de medisch specialisten af omdat het bieden van extra tijd niet in het belang is van de patiënten; de curatoren hoeven de pogingen een doorstart te bewerkstelligen niet op te schorten.

Operaties worden uitgesteld, behandeltrajecten stagneren

Veel operaties worden vanwege het faillissement uitgesteld. In sommige gevallen, zoals in de bariatricie, hebben patiënten een lang voortraject gehad in de aanloop naar hun geplande operatie (bijvoorbeeld maagverkleining). Zij weten nu niet of, wanneer en door wie ze geopereerd kunnen worden en op welke manier leefstijlbegeleiding en postoperatieve controles worden voortgezet. Deze onzekerheid wordt versterkt door het feit dat bariatricie-afdelingen in Nederland verschillende voortrajecten kennen en eigen criteria hanteren voor het in aanmerking komen voor een operatie.

De vakgroep bariatricie uit MC Slotervaart had een voorkeur om over te gaan naar het Spaarne Gasthuis. Zilveren Kruis had een voorkeur voor het Zaans Medisch Centrum.⁴⁴ De vakgroep is uiteindelijk overgegaan naar het Spaarne Gasthuis. De IGJ merkt op dat tijdens de onderhandelingen tussen MC Slotervaart, Zilveren Kruis en omliggende ziekenhuizen vooral nadruk wordt gelegd op de operatieve ingrepen. Daarbij wordt er volgens de IGJ te weinig aandacht besteed aan de overname van de noodzakelijke leefstijlbegeleiding en postoperatieve controles. De IGJ benadrukt richting de onderhandelende partijen dat het van belang is dat de ingezette behandeltrajecten op consistente wijze worden voortgezet door ontvangende ziekenhuizen. Wanneer een behandeltraject na overdracht op belangrijke onderdelen afwijkt, is er – naar het oordeel van de IGJ – onvoldoende sprake van continuïteit van individuele patiëntenzorg, met risico's op terugval of afstel tot gevolg.⁴⁵

⁴² Amsterdam UMC, Antoni van Leeuwenhoek, BovenIJ, OLVG en Amstelland, *brief aan curatoren MC Slotervaart*, 8 november 2018.

⁴³ <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2018:8121>, geraadpleegd op 4 oktober 2019.

⁴⁴ IGJ, *verslag IGJ bezoek MC Slotervaart*, 19 november 2018.

⁴⁵ IGJ, *brief aan MC Slotervaart betreffende Overdracht bariatrische zorg MC Slotervaart*, 19 november 2018.

De IGJ stuurt de curatoren een brief over de belangrijkste bevindingen van de periode tussen 25 oktober en 8 november 2018.⁴⁶ Onder meer de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden en het belang van een adequate overdracht van patiëntenzorg en patiëntendossiers worden benoemd als aandachtspunten. Volgens de IGJ dienen op 8 november nog 34 patiënten voor een spoed-OK te worden overgeplaatst naar andere ziekenhuizen. De inspectie stelt dinsdag 13 november (10.00 uur) als deadline waarop MC Slotervaart schriftelijk dan wel per e-mail aan de inspectie moet bevestigen dat deze patiënten elders zijn ondergebracht, met een toelichting op de wijze waarop dit is gebeurd en hoe de patiënten daarover zijn geïnformeerd. De patiëntendossiers moeten daarnaast voor 23 november zijn overgedragen.

Op 12 november bezoekt de IGJ MC Slotervaart en voert daar gesprekken met de medisch adviseurs van VWS. De medische adviseurs geven aan zich zorgen te maken of de overdracht van patiëntendossiers voor 23 november gaat lukken. Zij zien grote risico's voor de patiëntveiligheid omdat er tienduizenden dossiers overgedragen moeten worden en hier geen structuur voor is. De medische adviseurs benadrukken richting de IGJ dat vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid een doorstart de meest veilige optie is; al zou dat alleen maar de polikliniek betreffen. In dat geval zouden de patiëntendossiers op locatie kunnen blijven, en de artsen ook.⁴⁷

Diezelfde dag beoordeelt Zilveren Kruis het plan van de laatst overgebleven overnamekandidaat. Zilveren Kruis oordeelt dat het onverantwoord is om op basis van het voorliggende plan een toezegging te geven op contractering. Volgens Zilveren Kruis duldt het tijdsplan dat resteert voor het finaliseren van een doorstartscenario uit oogpunt van patiëntveiligheid, geen langer uitstel. De zorgverzekeraar vindt het, in het belang van de patiënt en de zorgplicht, niet verantwoord om nog langer te wachten met het uitrollen van Plan B.⁴⁸

Een dag later maken de curatoren bekend dat een doorstart definitief van de baan is. Nu kan Zilveren Kruis beginnen met de nadere uitwerking van Plan B: het inrichten van de zogenoemde 'landingsbanen' voor de patiëntoverdracht. De landingsbanen van Zilveren Kruis worden met alle vakgroepen in MC Slotervaart besproken; 's avonds bespreken de externe experts van het ministerie van VWS het plan met de raden van bestuur van omliggende ziekenhuizen. Belangrijke vragen zijn onder meer wanneer de ontvangende ziekenhuizen (delen van) vakgroepen kunnen accommoderen. Hebben zij vacatures? Wat hebben zij nodig en wat moet MC Slotervaart nog doen? Er wordt nog niet gesproken over de overdracht van individuele medewerkers.⁴⁹

In de periode daarna maakt Zilveren Kruis afspraken met de omliggende ziekenhuizen om de zorg te contracteren. Een probleem in het maken van die afspraken is dat de patiënten niet te sturen zijn vanwege de vrijheid die zij hebben ten aanzien van de keuze voor een zorgverlener of zorginstelling. Om die reden zijn ziekenhuizen terughoudend met toezeggen dat ze zorg willen overnemen. Dit zou immers betekenen dat zij medisch

⁴⁶ IGJ, *Stand van zaken patiëntveiligheid en overdracht patiëntenzorg en –dossiers*, 8 november 2018.

⁴⁷ IGJ, *Verslag inspectiebezoek MC Slotervaart*, 12 november 2018.

⁴⁸ Zilveren Kruis, *brief aan curatoren MC Slotervaart*, 12 november 2018.

⁴⁹ MC Slotervaart, *Stuurgroep Crisisteam definitief verslag*, 14 november 2018.

specialisten en ondersteunend personeel moeten aannemen om die zorg te kunnen leveren. Dat is een investering waarvan de ziekenhuizen niet weten of ze dat terug zullen verdienen. Het is immers nog niet zeker dat patiënten daadwerkelijk naar hen zullen overstappen.

De voorzitter van het BMS meldt in de media dat de overdracht van de dossiers van tienduizenden patiënten naar omliggende ziekenhuizen op deze korte termijn een “*schier onmogelijke en zorgontwrichtende taak*” is.⁵⁰ Op 16 november komt in het overleg van het bestuurlijk crisisteam naar voren dat - met de deadline van 23 november in het vooruitzicht - de operatie op de werkvloer met de dag meer in de problemen komt. De werkdruk als gevolg van de grote groep patiënten die moet worden overgedragen, is onverminderd groot. Sommige vakgroepen bellen de patiënten niet af, omdat ze niet kunnen vertellen naar welk ziekenhuis de patiënten toe kunnen gaan. Andere afdelingen hebben wel gebeld met de boodschap dat de patiënten hierover nog nader bericht ontvangen.⁵¹

Geriatrische patiënten worden niet herinnerd aan hun afspraak

In de geriatrie is het de gewoonte om patiënten tijdig voor een nieuwe afspraak op te bellen om hen te herinneren en/of voor te bereiden op de afspraak in het ziekenhuis. De afdeling geriatrie wordt in haar geheel overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, dat geen toestemming van de patiënt heeft om diens gegevens in te zien. Hierdoor voorziet de vakgroep dat, op last van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), de patiënten voor een herinnering waarschijnlijk niet meer gebeld mogen worden vanuit het nieuwe ziekenhuis. Het BMS stelt dat hiermee een reëel risico op zorgmijding gemoeid is: patiënten vergeten afspraken, weten niet duidelijk waar ze naartoe moeten en kunnen daardoor zorg gaan mijden. De inspectie geeft op 27 november aan dat snel duidelijk moet worden hoe deze patiënten actief benaderd kunnen (blijven) worden wanneer de geriatrie afdeling is overgeplaatst naar een ander ziekenhuis.⁵²

Op 21 november, bijna een maand na het faillissement, wordt op de website van MC Slotervaart een lijst openbaar gemaakt met de verdeling van de verschillende specialismen over andere ziekenhuizen. De 53.000 patiënten van MC Slotervaart worden over twaalf verschillende ziekenhuizen verdeeld. Na de publicatie van de lijst op 21 november 2018 waren er nog gesprekken over de verdeling van de patiëntengroepen tussen de omliggende ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Dit leidde tot aanvullingen en aanpassingen van de lijst. Hierdoor was de definitieve lijst van de landingsbanen medio december bekend. Op 20 december 2018 waren alle patiënten geïnformeerd over de voortzetting van hun zorg. In totaal sturen de curatoren 73.000 brieven.⁵³ Een oplossing voor de overdracht van patiëntendossiers is dan nog niet gevonden.

⁵⁰ Het Parool, *Alles over het einde van MC Slotervaart*, 10 januari 2019.

⁵¹ MC Slotervaart, *Stuurgroep Crisisteam definitief verslag*, 16 november 2018.

⁵² IGJ, *Verslag inspectiebezoek MC Slotervaart*, 27 november 2018.

⁵³ CMS, *Faillissementsverslag Slotervaartziekenhuis B.V. en I.S.M. - Nederland B.V. (nr. 1)*, 9 januari 2019.

2.1.2 Afbouw van zorg in MC IJsselmeerziekenhuizen

Op 23 oktober 2018 vraagt MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aan.⁵⁴ Er worden twee bewindvoerders benoemd, die nog diezelfde dag op de locatie in Lelystad komen kijken. De bewindvoerders beoordelen direct na het verlenen van de surseance de financiële situatie van MC IJsselmeerziekenhuizen. Daaruit blijkt dat er geen vooruitzicht is dat de ziekenhuizen na verloop van tijd de schuldeisers kunnen terugbetalen. Er was bovendien geen geld om de salarissen van de werknemers te betalen.

Een dag later voeren de bewindvoerders een gesprek met Zilveren Kruis over de noodzaak van de financiering van zorg en het bijbehorende boedelkrediet. In de tussentijd kan dan – na het uitspreken van het faillissement – worden gesproken met partijen die onderdelen van het ziekenhuis mogelijk willen overnemen. Diezelfde dag (24 oktober 2018) wordt de afdeling voor acute en klinische verloskunde gesloten. Daarbij wordt verwezen naar een intern advies van 26 september, waarin wordt voorgesteld om de klinische verloskunde en acute en klinische kindergeneeskunde in Lelystad af te bouwen.⁵⁵ Redenen voor deze voorgestelde afbouw zijn een formatietekort (aan kinderartsen) en de inzet van waarnemers (wat geen duurzame oplossing biedt).

Zilveren Kruis meldt op 24 oktober bij de NZa dat er in Flevoland prioriteit wordt gegeven aan het waarborgen dat patiënten de komende periode tijdig de juiste zorg krijgen, al dan niet in andere ziekenhuizen. Daarnaast benadrukt Zilveren Kruis dat de zorgverzekeraar op de langere termijn wil waarborgen dat er in ieder geval poliklinische zorg blijft in (de omgeving van) Lelystad. Dat zou deels tegemoet komen aan de zorgen van het gemeentebestuur. Verder geeft Zilveren Kruis aan gesproken te hebben met alle ziekenhuizen die zorg zouden kunnen overnemen van MC IJsselmeerziekenhuizen. Een belangrijk aandachtspunt is het personeel. Het kan noodzakelijk zijn om versneld personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen naar andere ziekenhuizen over te brengen.⁵⁶

Ondertussen trekken twee uitzend- en detacheringsbureaus enkele verpleegkundigen uit MC IJsselmeerziekenhuizen terug. Gezien de financiële problemen bij de ziekenhuizen hebben de bureaus er onvoldoende vertrouwen in dat MC IJsselmeerziekenhuizen hen voor geleverde diensten zal betalen. Een derde detacheringsbureau trekt zijn personeel niet terug. De twintig mensen die via dit bureau werken worden voornamelijk in de acute zorg ingezet. Volgens de directeur van het bureau kan dit werk niet plotseling worden stopgezet, omdat het bureau ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft. Alle drie bureaus melden dat MC IJsselmeerziekenhuizen nog openstaande rekeningen heeft.⁵⁷

⁵⁴ Van Benthem en Keulen, *Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V. en haar gefailleerde dochtervennootschappen (Nummer 1)*, 23 november 2018.

⁵⁵ MC IJsselmeerziekenhuizen, *Beslisdocument klinische verloskunde en klinische en acute kindergeneeskunde*, 26 september 2018.

⁵⁶ E-mailwisseling tussen het ministerie van VWS, IGJ en NZa.

⁵⁷ Omroep Flevoland, *Uitzendbureaus trekken personeel MC IJsselmeerziekenhuizen terug*, 24 oktober 2018.

Het ministerie van VWS (directie Curatieve Zorg) neemt op 24 oktober contact op met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Flevoland. VWS vraagt of en hoe er door de RAV gewerkt wordt aan een plan om patiënten te kunnen blijven vervoeren bij een mogelijk veranderend zorglandschap rondom MC IJsselmeerziekenhuizen.⁵⁸ De mogelijkheid bestaat dat naast de acute en klinische verloskunde ook de SEH wordt gesloten. Voor de RAV zal het wegvallen van de SEH (naast de afdeling acute verloskunde) meer ritten en langere ritduren betekenen. Hiervoor zijn niet alleen meer ambulances nodig. Ook het bemensen van de ambulances vormt een probleem. De RAV wil daarom zogenoemde 'burenhulp' inschakelen van andere RAV's, maar geeft aan dat zij ook krap in het personeel zitten. Een dag eerder heeft Zilveren Kruis reeds contact gehad met de RAV en financiering toegezegd voor de inzet van extra ambulances.

Het is duidelijk dat het wegvallen van de acute en klinische verloskunde – evenals het mogelijk beëindigen van de SEH-functie van MC IJsselmeerziekenhuizen – negatieve consequenties zal hebben voor de aanrijtijden.⁵⁹ Het ministerie van VWS geeft daarom op 24 oktober richting het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) aan dat het ROAZ de acute keten in de regio integraal moet gaan bekijken.⁶⁰ Het ministerie van VWS vraagt de NZa en de IGJ hier op toe te zien.

MC IJsselmeerziekenhuizen heeft het ROAZ niet vooraf geïnformeerd over de sluitingen van de acute en klinische verloskunde op 24 oktober. Volgens afspraken binnen het ROAZ had zij dit wel moeten doen.⁶¹ Gevolg is dat in het ROAZ-overleg op 29 oktober partijen voor het eerst met elkaar bespreken hoe zij met de ontstane situatie kunnen omgaan. Door de sluitingen zal moeten worden uitgeweken naar Harderwijk, Almere, Zwolle, Heerenveen of Sneek. Voor sommige woonkernen (onder andere Urk) lopen de ambulance vervoertijden⁶² op tot 40 minuten.⁶³

⁵⁸ E-mailwisseling tussen het ministerie van VWS, IGJ en NZa.

⁵⁹ E-mailwisseling tussen het ministerie van VWS, IGJ en NZa.

⁶⁰ Kerntaken van het ROAZ zijn onder andere het identificeren en oplossen van risico's voor de continuïteit van acute zorg op regionaal niveau.

⁶¹ SpoedZorgNet en Netwerk acute zorg regio Zwolle, *Verslag gelegenheid ROAZ i.v.m. de situatie rondom MC Zuiderzee verloskunde*, 29 oktober 2018.

⁶² Met ambulance vervoertijd wordt hier bedoeld: de tijd die nodig is om met de patiënt naar spoedeisende hulp te rijden (Bron: AZN, Factsheet: 45 minuten norm - geen norm voor ambulancezorg, april 2019).

⁶³ SpoedZorgNet en Netwerk acute zorg regio Zwolle, *Verslag gelegenheid ROAZ i.v.m. de situatie rondom MC Zuiderzee verloskunde*, 29 oktober 2018.

Factoren die eerder doorverwijzen belemmeren

Naar aanleiding van de sluitingen van de acute en klinische verloskunde in Lelystad worden eerstelijns verloskundigen gevraagd om bij thuisbevallingen rekening te houden met een langere totale ritduur van de ambulance.⁶⁴ Verloskundigen zullen, als de situatie daar om vraagt, eerder moeten doorverwijzen naar het ziekenhuis. De verloskundigen merken op dat juist in woonkernen als Urk relatief veel cliënten met multi-problematiek wonen die eerder doorverwijzen belemmert. Het gaat bijvoorbeeld om vrouwen die op basis van hun geloofsovertuiging niet verzekerd zijn en daarom niet (eerder dan strikt noodzakelijk) naar een ziekenhuis willen. Daarnaast kan een bevalling van een vrouw die al meerdere keren is bevallen heel snel gaan. Ook taalbarrières kunnen eerder doorverwijzen in de weg staan. De verloskundigen benadrukken op 29 oktober in het ROAZ-overleg dat zij de veiligheid van de zorg bij thuisbevallingen niet langer kunnen garanderen.⁶⁵

Op 25 oktober 2018 verklaart de rechtbank Midden-Nederland MC IJsselmeerziekenhuizen failliet.⁶⁶ Het betreft de ziekenhuizen MC Zuiderzee (in Lelystad), MC Emmeloord, MC Dronten, de verloskundigenpraktijk De Kreek (in Lelystad) en de polikliniek op Urk. De rechter-commissaris heeft de curatoren toestemming gegeven voor een voortzetting van de activiteiten van MC IJsselmeerziekenhuizen, waaronder de spoedeisende hulp in Lelystad. Op basis van berichten van de curatoren is de rechter-commissaris wel van oordeel dat de komende periode moet worden gebruikt om de spoedeisende hulp af te bouwen.⁶⁷ De curatoren laten in een persbericht weten dat zij met de zorgverzekeraars overeenstemming hebben bereikt. De zorgverzekeraars stellen geld ter beschikking om een door de curatoren ingezette *“voortvarende en gecontroleerde afbouw van de zorg in het ziekenhuis en de perifere locaties mogelijk te maken.”*⁶⁸ De curatoren benadrukken in het persbericht dat het ziekenhuis dus niet meteen helemaal wordt gesloten. *“Dit brengt rust en garandeert de veiligheid van de zorg voor de patiënten.”*⁶⁹ De curatoren zullen met de medische staf en de zorgverzekeraars een plan voor de afbouw van zorg opstellen.

Een dag later, op 26 oktober, wordt een extra ambulance in Lelystad geplaatst die dag en nacht beschikbaar is. Ook voor de Noordoostpolder en Urk wordt extra ambulancecapaciteit georganiseerd.⁷⁰

⁶⁴ Met totale ritduur wordt hier bedoeld: de totaal tijd die nodig is om met de ambulance de patiënt te bereiken en daarna naar de spoedeisende hulp te rijden (Bron: AZN, *Factsheet: 45 minuten norm - geen norm voor ambulancezorg*, april 2019).

⁶⁵ SpoedZorgNet en Netwerk acute zorg regio Zwolle, *Verslag gelegenheid ROAZ i.v.m. de situatie rondom MC Zuiderzee verloskunde*, 29 oktober 2018.

⁶⁶ Van Benthem en Keulen, *Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V. en haar gefailleerde dochtervennootschappen* (Nummer 1), 23 november 2018.

⁶⁷ <https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Rechtbanken/Rechtbank-Midden-Nederland/Nieuws/Paginas/Toestemming-verleend-voor-afbouw-spoedeisende-hulp-IJsselmeerziekenhuizen.aspx>, geraadpleegd op 25 november 2019.

⁶⁸ MC Groep, *MC IJsselmeerziekenhuizen persbericht #2*, 25 oktober 2018.

⁶⁹ MC Groep, *MC IJsselmeerziekenhuizen persbericht #2*, 25 oktober 2018.

⁷⁰ *Kamerstukken II 2018/2019*, 31016, nr. 140, 7 november 2018.

De curatoren zijn naar eigen zeggen onder meer bezig met het belang van patiënten en het verkennen van de mogelijkheid voor een doorstart. De termijn waarop partijen hun interesse bij de curatoren bekend kunnen maken ten aanzien van een doorstart loopt tot 2 november. Met leveranciers zijn de benodigde afspraken gemaakt over het leveren van middelen om de zorg voor de patiënten te kunnen garanderen. De SEH en IC zijn op dat moment nog open. Ook kunnen de geplande operaties doorgang vinden. De afdeling acute en klinische verloskunde is inmiddels wel volledig gesloten. De patiënten van deze afdelingen zijn overgeplaatst naar andere ziekenhuizen. Tot nader order blijft de poliklinische dagbehandeling van kindergeneeskunde en poliklinische gynaecologie geopend.⁷¹

De minister voor Medische Zorg stelt op 31 oktober 2018 in de Tweede Kamer dat de basiszorg, SEH en acute verloskunde behouden moeten blijven voor Lelystad.⁷²

Om de veiligheid en kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen, werken de curatoren samen met andere zorgverleners in de regio aan een plan voor een zorgvuldige en gefaseerde afschaling van zorgtaken. In tegenstelling tot de belofte van de minister in de Tweede Kamer zijn de curatoren daarbij voornemens om de SEH in Lelystad vanaf 5 november 's nachts te sluiten, waarna volledige sluiting op een later moment kan volgen. Tevens is het voornemen om vanaf deze datum geen nieuwe patiënten meer in te plannen op de poliklinieken in Lelystad, Emmeloord, Dronten en Urk. De zorg aan de bestaande (poli)klinische patiënten zal vooralsnog worden voortgezet.⁷³

Er hebben zich inmiddels meerdere serieuze kandidaten voor een doorstart van MC IJsselmeerziekenhuizen gemeld, waaronder het ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk. Het proces vindt plaats in overleg met de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. Ook vindt afstemming plaats met de IGJ, de NZa, de Autoriteit Consument en Markt, het College sanering zorginstellingen en de rechter-commissaris. In het weekend van 3 en 4 november spreekt de minister met partijen die MC IJsselmeerziekenhuizen willen overnemen. Hij geeft daarbij nogmaals aan dat hij bereid is financieel bij te dragen aan het continueren van een SEH en acute verloskunde in Lelystad.⁷⁴

Na afstemming in het ROAZ worden op 5 november de eerste maatregelen voor de afbouw van de zorg geëffectueerd: het ziekenhuis sluit de deuren voor nieuwe klinische patiënten. Ook de SEH is vanaf nu tussen 22.00 en 08.00 uur gesloten. De afschaling van het beddenhuis houdt in dat de laatste operaties zullen worden uitgevoerd op dinsdag 13 november en dat een dag later, op 14 november, alle bedden in het ziekenhuis leeg moeten zijn. Het besluit om de SEH af te schalen leidt tot een noodkreet van de medische staf in de vorm van een open brief op 11 november. In deze brief stellen zij dat er doden gaan vallen als de SEH van MC IJsselmeerziekenhuizen in zijn geheel sluit.

⁷¹ Van Benthem en Keulen, *Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V. en haar gefailleerde dochtervennootschappen (Nummer 1)*, 23 november 2018.

⁷² *Handelingen II (Tweede Kamer) 2018/19*, 17, p. 26 (31 oktober 2018).

⁷³ Van Benthem en Keulen, *Faillissementsverslag van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V. en haar gefailleerde dochtervennootschappen (Nummer 1)*, 23 november 2018.

⁷⁴ Ministerie van VWS, *Commissiebrief Tweede Kamer inzake aanvullende vragen over de gestuurde brieven en antwoorden inzake het faillissement van ziekenhuizen*, 15 november 2018.

Te weinig capaciteit in omliggende ziekenhuizen

Door het (gedeeltelijk) sluiten van de SEH en klinische zorg in Lelystad komt er meer druk te staan op de klinische capaciteit van omliggende ziekenhuizen. Deze blijken niet altijd in staat om zorg tijdig en gecontroleerd op te vangen. Zo zijn de ziekenhuizen rondom het verzorgingsgebied van MC IJsselmeerziekenhuizen in eerste instantie niet op de hoogte van elkaars patiëntenstops.⁷⁵ Het is gebruikelijk dat ziekenhuizen dergelijke patiëntenstops regionaal afstemmen in ROAZ-verband. De ziekenhuizen rondom MC IJsselmeerziekenhuizen zijn echter lid van verschillende ROAZ-verbanden. Een gebrek aan onderlinge afstemming tussen deze verbanden resulteert in een situatie waarin twee ziekenhuizen rondom MC IJsselmeerziekenhuizen tegelijkertijd een patiëntenstop doorvoeren. De IGJ spreekt de ziekenhuizen hierop aan en vraagt de ziekenhuizen om elkaar te informeren.⁷⁶

Na het afbouwen van de kliniek in Lelystad kampen omliggende ziekenhuizen met toegenomen drukte op de SEH.⁷⁷ Soms moeten wel vijf omliggende ziekenhuizen worden gebeld voordat een patiënt kan worden opgenomen. Hierover zal de – op dat moment nog niet opgerichte – Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad (SBZL) in een later stadium verschillende meldingen ontvangen. Eén patiënt, met mogelijk een longembolie/longinfarct en longontsteking, moet van de polikliniek in Lelystad worden overgebracht naar een ander ziekenhuis. Deze patiënt moet zes uur wachten op een bed, omdat de omliggende ziekenhuizen vol liggen. Andere patiënten moeten een dag lang op de SEH van een ziekenhuis wachten voordat zij een kamer toegewezen krijgen in het betreffende ziekenhuis.⁷⁸

Op 7 november schrijven de curatoren in een persbericht dat zij *“in gesprek zijn met diverse serieuze kandidaten, die zich bij hen hebben gemeld met een plan voor een doorstart van MC IJsselmeerziekenhuizen.”*⁷⁹ Een week later, op 14 november, verschijnt een brief van de minister voor Medische Zorg aan de Tweede Kamer waarin staat dat er met één partij (St Jansdal) wordt onderhandeld over een doorstart van het ziekenhuis. Volgens de minister wordt de zorg ondertussen wel verder afgebouwd met het oog op patiëntveiligheid.⁸⁰ Zodra er overeenstemming is bereikt over een doorstart, zal er een plan worden gemaakt om de afgeschaalde werkzaamheden weer op te bouwen en voort te zetten.⁸¹

Op 20 november volgt een Kamerbrief waarin staat dat het niet gaat lukken de SEH en de acute verloskunde in Lelystad in stand te houden, terwijl de minister eerder had aangekondigd daarnaar te streven en daarvoor ook geld beschikbaar te stellen;

⁷⁵ Een patiëntenstop betekent dat aan ambulancepersoneel wordt gevraagd de SEH van het desbetreffende ziekenhuis tijdelijk te ontzien (meestal voor een periode van twee uur). In geval van een levensbedreigende situatie kunnen patiënten altijd terecht op de desbetreffende SEH (dus ook als sprake is van een stop).

⁷⁶ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 186.

⁷⁷ De Stentor, *Extreme drukte spoedeisende hulp St. Jansdal Harderwijk, ambulances worden doorgestuurd*, 13 april 2019.

⁷⁸ Meldingen aan de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad.

⁷⁹ MC Groep, *MC IJsselmeerziekenhuizen persbericht #6*, 7 november 2018.

⁸⁰ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 145.

⁸¹ MC Groep, *MC IJsselmeerziekenhuizen persbericht #8*, 13 november 2018.

onder andere een tekort aan personeel zou de reden zijn.⁸² Dit tekort wordt een dag later in de media door de medische staf ontkend.⁸³ Daarnaast onderzoeken de curatoren samen met Stichting Antonius Zorggroep de mogelijkheden voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in de Noordoostpolder en op Urk. Dit staat los van de eventuele doorstart van de zorgactiviteiten in Lelystad en Dronten door Ziekenhuis St Jansdal.

Geen spoedzorg in nabije omgeving

Op 5 november waarschuwen artsen voor gevaarlijke situaties als de SEH in Lelystad helemaal wordt gesloten. Voor spoedzorg moeten patiënten dan uitwijken naar omliggende ziekenhuizen. Daardoor worden de aanrijtijden langer. Dit zou in sommige situaties een verschil tussen leven en dood kunnen betekenen.⁸⁴ Een maand later worden er bij de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad verschillende meldingen gedaan die betrekking hebben op het wegvallen van de SEH in Lelystad. Zo wordt volgens een melding ontvangen door de stichting een patiënt met herseninfarct – een situatie waarin geldt *'time is brain'* – doorverwezen naar Amsterdam-Noord.⁸⁵ Volgens artsen in Lelystad komt het omgekeerd ook voor dat behandelaars besluiten om een patiënt met een herseninfarct juist wel in MC IJsselmeerziekenhuizen te behandelen (trombolysen), terwijl de wenselijke achtervang volgens deze artsen hiervoor niet aanwezig is.

Door het (gedeeltelijk) sluiten van de SEH in Lelystad worden artsen gedwongen een afweging te maken tussen: I) een mogelijk risico (kans op bloedingen door actief behandelen/oplossen stolsels) dat minder adequaat kan worden opgevangen zonder achtervang; en II) een zeker risico (blijvende schade door een uitgestelde behandeling van de stolsels) wanneer de patiënt wordt doorverwezen naar een ziekenhuis met achtervang.

Twee dagen later, op 22 november, volgt overeenstemming tussen het St Jansdal en MC IJsselmeerziekenhuizen over de doorstart van zorgactiviteiten in Lelystad en Dronten.⁸⁶ Op dat moment is nog onduidelijk welke behandelingen St Jansdal op welke locatie wil aanbieden en welke zorgverleners vanuit de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen zullen worden behouden.

⁸² Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 149.

⁸³ NRC, *Medische Staf: "wel genoeg personeel voor spoedzorg Lelystad"*, 21 november 2018.

⁸⁴ Medisch Contact, *Artsen vrezen gevaarlijke situatie zonder SEH in Lelystad*, 12 november 2018.

⁸⁵ Meldingen aan de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad.

⁸⁶ MC Groep, *MC IJsselmeerziekenhuizen persbericht #11*, 22 november 2018.

Operaties worden afgezegd

Alle operaties van bariatrische patiënten worden in november 2018 afgezegd. Begin december krijgen deze patiënten een brief waarin wordt vermeld dat zij kunnen kiezen tussen een overdracht naar een ander ziekenhuis, of wachten op de doorstart van de bariatrische afdeling. De patiënten worden vervolgens in december telefonisch geïnformeerd dat het St Jansdal de bariatrische zorg niet gaat overnemen in Lelystad. Daarna wordt het stil.⁸⁷

Op 21 februari 2019 laat het Flevoziekenhuis in Almere weten overeenstemming te hebben bereikt met de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen over de overname van bariatrische zorg in de regio. Het Flevoziekenhuis benadrukt dat het van plan is om op 1 maart 2019 te starten met de concrete voorbereiding op de uitvoering van bariatrische operaties bij patiënten die nu op de wachtlijst staan van MC IJsselmeerziekenhuizen.⁸⁸

Op 11 december wordt de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad (SBZL) opgericht. Deze stichting maakt zich sterk voor een ziekenhuis in Lelystad en verzamelt meldingen van incidenten om aan te tonen dat het ziekenhuis en de zorg in de regio momenteel niet functioneren. De stichting heeft de meldingen meerdere malen besproken met de IGJ.

Op 10 januari 2019 wordt bekend dat de Antonius Zorggroep uit Sneek de zorg overneemt voor patiënten uit de Noordoostpolder en Urk.

Vanaf 15 februari wordt door het St Jansdal begonnen met het inplannen van afspraken met patiënten op haar nieuwe locatie in Lelystad. De officiële start van het St Jansdal in Lelystad is 1 maart 2019.

⁸⁷ Meldingen aan de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad.

⁸⁸ Flevoziekenhuis, *Flevoziekenhuis start met aanbieden bariatrische zorg*, 21 februari 2019.

Diagnose- en behandeltrajecten worden onderbroken

Voor patiënten van de afdeling dermatologie ontstaat tijdens de doorstart onduidelijkheid over de invulling van hun reeds ingezette diagnose- en behandeltraject. Zo is bij een patiënt in januari 2019 een basaalcelcarcinoom weggehaald. Er blijken naderhand nog foute cellen aanwezig te zijn. Er wordt de patiënt toegezegd dat hij voor 1 april 2019 behandeld zal worden door zijn dermatoloog. Mocht de patiënt niets meer horen, dan moet hij zelf halverwege maart contact opnemen. Wanneer de patiënt 13 maart 2019 contact opneemt met de dermatoloog, is het niet meer mogelijk om voor 1 april behandeld te worden. De patiënt kan uitwijken naar Harderwijk, maar kan daar niet voor 23 april terecht.⁸⁹ Ook andere dermatologiepatiënten krijgen geen opvolging van gemaakte afspraken.

Het St Jansdal geeft op 13 april 2019 aan dat het niet gaat lukken alle 18.000 patiënten die formeel aan hen zijn overgedragen te spreken voor eind april 2019. Het St Jansdal raadt patiënten die op de korte termijn zorg nodig hebben daarom aan om zelf contact op te nemen met het ziekenhuis.⁹⁰ Wanneer enkele patiënten zelf contact opnemen met de dermatologieafdeling van het St Jansdal krijgen zij te horen dat ze niet langer in Lelystad terecht kunnen en of naar Dronten of naar Harderwijk moeten gaan. Een (vervolg)afpraak in Lelystad is de eerste maanden niet mogelijk.⁹¹

2.2 Risico's voor patiëntveiligheid

Uit bovenstaande reconstructies is gebleken dat er tijdens de afbouw van MC Slotervaart en doorstart van MC IJsselmeerziekenhuizen verschillende risico's zijn opgetreden voor de patiëntveiligheid. Het is de Onderzoeksraad niet bekend hoe het verdere zorgtraject van individuele patiënten, bij wie deze risico's zijn opgetreden, is verlopen. Er hebben zich, voor zover bekend, geen 'calamiteiten' volgens de wettelijke definitie van een calamiteit⁹² voorgedaan. Een aantal risico's hebben zich bij de afwikkeling van de faillissementen gelijktijdig voorgedaan, waardoor er wel sprake is geweest van een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid ten opzichte van een ziekenhuis in normaal bedrijf. Deze risico's voor de patiëntveiligheid worden hieronder geclusterd naar overkoepelende thema's en voorzien van een nadere analyse.

Wegvallen vaste organisatie leidt tot chaotische situatie

In zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen wist het personeel door de surseance – en de daaropvolgende faillissementen – niet meer waar ze zelf aan toe waren. Daar komt bij dat in MC Slotervaart na het aanvragen van surseance vrijwel per

⁸⁹ Meldingen aan de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad.

⁹⁰ De Stentor, *Extreme drukte spoedeisende hulp St. Jansdal Harderwijk, ambulances worden doorgestuurd*, 13 april 2019.

⁹¹ Meldingen aan de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad.

⁹² Volgens de definitie gegeven in artikel 1 van de Wkkgz. Een calamiteit wordt daarin omschreven als: 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'.

direct de vaste organisatie wegviel. Voor de zorgverleners in MC Slotervaart ontstond daardoor niet alleen een emotionele, maar ook chaotische situatie. De zorgverleners in MC Slotervaart wisten niet meer welke zorginhoudelijke handelingen ze – mede in het licht van het wegvallen van de ‘acute as’ – nog konden en/of mochten uitvoeren. Omdat er geen uitgewerkt draaiboek lag om de zorg gecontroleerd af te bouwen, moesten de zorgverleners naar eer en geweten handelen en improviseren.

Dankzij de inzet van deze zorgverleners werden patiënten in de klinische afbouwfase van MC Slotervaart zo veilig mogelijk overgeplaatst naar andere zorgverleners. Dat ging niet altijd goed. Zo werd een patiënt naar het verkeerde ziekenhuis gestuurd, die uiteindelijk kon worden opgevangen door oplettende zorgverleners. Medisch personeel kon echter niet terugvallen op organisatorische randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg.⁹³

Behandelen zonder achtervang om complicaties op te vangen

Na de aanvraag van de surseance van betaling vielen er functies in de ziekenhuizen weg en waren materialen niet meer voorhanden. Zo werden bij MC Slotervaart de IC, OK en SEH per direct gesloten, terwijl bij MC IJsselmeerziekenhuizen per direct de acute en klinische verloskunde werden gesloten.

Zorgverleners in – en in de omgeving van – een ziekenhuis maken dagelijks professionele, weloverwogen (risico)inschattingen met betrekking tot de manier waarop zij een patiënt het beste kunnen behandelen. Daarbij maken zij onderscheid tussen mogelijke risico's (bijvoorbeeld kans op bloedingen door actief oplossen stolsels) en zekere risico's (bijvoorbeeld kans op schade door verlate behandeling van stolsels). Deze risico-afwegingen maken zij mede op basis van de aanwezige functies en materialen in het ziekenhuis, waar een beroep op kan worden gedaan in het geval er complicaties optreden.

Na het aanvragen van surseance was het voor zorgverleners in MC Slotervaart en voor zorgverleners in de omgeving van MC IJsselmeerziekenhuizen niet duidelijk welke functies en materialen nog in de ziekenhuizen beschikbaar waren. In deze periode werden er verschillende zorginhoudelijke beslissingen genomen zonder dat bekend was of de noodzakelijke achtervang wel of niet aanwezig was in de ziekenhuizen, en zonder dat was afgestemd met nabij gelegen ziekenhuizen en zorgverleners in de eerste lijn. Patiënten hebben hierdoor een verhoogd risico gelopen dat niet adequaat opgetreden zou kunnen worden bij complicaties.

Te weinig operationele capaciteit bij ontvangende ziekenhuizen leidt tot vertraging⁹⁴

Door de plotselinge faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen kregen de ziekenhuizen in de nabije omgeving te maken met ongebruikelijke patiëntenstromen. Zo werden er in de omgeving van MC IJsselmeerziekenhuizen in eerste instantie nog SEH-stops afgekondigd door omliggende ziekenhuizen zonder dat

⁹³ Artikel 3 van de Wkkgz stelt: ‘de zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een instelling is, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.’

⁹⁴ In de medische wereld wordt de term *delay* gebruikt voor vertraging die medisch relevant is.

deze ziekenhuizen dat met elkaar hadden afgestemd. In Amsterdam werden poliklinische patiënten die zich meldden bij overnemende ziekenhuizen teruggestuurd naar hun huisarts vanwege capaciteitsproblemen. Huisartsen wisten vervolgens ook niet waar hun patiënten dan wél terecht konden. Mondige patiënten wisten een alternatieve plek te vinden, voor afwachterende patiënten brak een periode van onzekerheid aan.

De toegenomen drukte bij de ontvangende ziekenhuizen heeft ertoe geleid dat de toegankelijkheid en tijdigheid van zowel de acute als de poliklinische zorg onder druk zijn komen te staan. Hierbij zijn risico's opgetreden voor verlate diagnoses en behandelingen. Een gebrek aan regionale voorbereiding en/of afstemming was hier mede debet aan. Er is een groot beroep gedaan op de oplettendheid van patiënten zelf om zorg te dragen voor continuïteit in hun diagnose- en behandeltrajecten.

Problematische overdracht patiëntgegevens

Voor het continueren van veilige zorg is het van belang dat artsen inzage hebben in de medische geschiedenis van een patiënt. Die informatie staat in het medisch dossier van een patiënt. Als de arts-patiëntrelatie in stand blijft, bijvoorbeeld wanneer zowel de arts als de patiënt naar hetzelfde ziekenhuis overstappen, is de overdracht van patiëntendossiers relatief eenvoudig. Echter, wanneer de patiënt aan een andere arts wordt overgedragen, dient ook het dossier overgedragen te worden, wat problemen kan opleveren.

De overdracht van patiëntgegevens is in beide ziekenhuizen problematisch geweest. Bij MC Slotervaart waren bij meerdere vakgroepen de dossiers niet bijgewerkt. Het afronden van een consult of opname doet de ene arts dezelfde dag, maar een andere arts soms maanden later. Als dan de arbeidsovereenkomst eindigt vanwege een faillissement, is het medisch dossier in dat laatste geval niet volledig en actueel. De vakgroepen die het meest achterliepen met hun dossiers hielden hun dossier vrijwel geheel handmatig bij. Daardoor was voor meerdere dossiers onduidelijk of het wel of niet afgesloten was. Hierdoor wist MC Slotervaart niet exact hoeveel poliklinische patiënten het had. Ziekenhuis St Jansdal, de doorstartende partij van MC IJsselmeerziekenhuizen, had het probleem dat de gegevens van een groot aantal patiënten veelal verspreid waren opgeslagen.⁹⁵

De patiëntendossiers moesten na de faillissementen op orde worden gemaakt. Bij MC Slotervaart moest dit onder grote tijdsdruk gebeuren. Ontvangende artsen beschikten daardoor niet altijd over juiste en volledige patiëntgegevens. Ook het St Jansdal worstelde met het overnemen van het grote aantal patiënten en hun gegevens. Voor beide ziekenhuizen bracht dit risico's voor de continuïteit van zorg met zich mee.

Onderbreking van behandelrelaties met risico op vertraging, terugval en/of zorgmijding

Terwijl de gefailleerde ziekenhuizen, ontvangende ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelden over de opvang van patiëntengroepen, wachtten patiënten die reeds een diagnose- of behandeltraject waren gestart af waar, wanneer en hoe hun zorg gecontinueerd kon worden. Deze periode bracht specifieke risico's met zich mee. Ten eerste betekenden de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen

⁹⁵ Dit staat uitgebreider beschreven in paragraaf 4.2.5.

voor sommige patiënten dat de afstand tot zorg aanzienlijk werd vergroot. Niet alle patiënten beschikten over de financiële middelen of fysieke gesteldheid om grotere afstanden af te leggen. Zilveren Kruis heeft een regeling ingevoerd om reiskosten van patiënten te vergoeden. Desondanks kon de grotere afstand een drempel voor deze patiënten zijn om zorg te zoeken. Diverse zorgverleners waarschuwden voor het risico op zorgmijding.

Ten tweede werden bestaande behandelrelaties afgebroken. Zelfs daar waar een doorstart werd gerealiseerd (zoals in Lelystad), moesten veel artsen vertrekken. Voor patiënten betekende dit veelal dat ze zelf nieuwe afspraken moesten maken met nieuwe zorgverleners. Deze afspraken konden vaak niet op dezelfde locatie worden ingepland en in veel gevallen later dan met de vertrekkende arts was afgesproken. Ook in die gevallen werd een groot beroep gedaan op de oplettendheid van patiënten zelf om continuïteit in hun diagnose- en behandeltrajecten aan te brengen.

Ten slotte volgde een aantal patiënten van MC Slotervaart een hoog complex behandeltraject, waarin verschillende zorghandelingen op elkaar moesten worden afgestemd en tijdig moesten worden opgevolgd. Voorbeelden zijn bariatrische patiënten (combinatie van biomedische behandeling en psychologische ondersteuning) en oncologische schemapatiënten (opeenvolging van chemotherapieën). Vertraging van deze behandelingen verhoogde niet alleen de onzekerheid bij deze patiënten, maar bracht ook een risico op terugval met zich mee.

Door de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen werden behandelrelaties afgebroken en reeds gestarte diagnose- en behandeltrajecten onderbroken. Dit heeft het risico op vertraging, terugval en/of zorgmijding verhoogd.

Stapelings van risico's

Uit de hierboven beschreven risico's volgt dat het kunnen leveren van goede, veilige en doorlopende zorg onder druk stond tijdens de afbouw en/of doorstart van zorg in MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Hierdoor is de patiëntveiligheid in het geding gekomen. Sommige risico's voor de patiëntveiligheid zijn specifiek terug te voeren op het verloop van de faillissementen. Voorbeelden zijn: het niet langer kunnen borgen van de personele bezetting, het wegvallen van de vaste organisatiestructuur, de ongecontroleerde uitval van zorgfuncties en de tegenstrijdige belangen bij het overdragen van poliklinische patiënten(groepen). Andere risico's zijn terug te voeren op meer generieke vraagstukken die ook spelen in andere ziekenhuizen. Voorbeelden zijn: benodigde actualisatie van patiëntendossiers, de uitdagingen rondom het opvangen van acute patiënten op regionaal niveau en de dagelijkse afwegingen die artsen maken tussen het tijdig behandelen van een patiënt en het behandelen op locaties met voldoende achtervang.

Juist in de opeenstapeling en het samenspel tussen bovengenoemde specifieke en generieke omstandigheden – en de daaruit voortkomende risico's – is de continuïteit van goede en veilige zorg onder druk komen te staan. Het chaotische, ad hoc karakter van de afbouw van zorg leidde tot een opeenstapeling van risico's waarbij de patiëntveiligheid in het geding is geweest.

3 ANALYSE VAN AANLOOP NAAR FAILLISSEMENT

De geconstateerde risico's voor de patiëntveiligheid na de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen leiden tot de vraag hoe kan worden verklaard dat de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben geleid tot een harde landing. In dit hoofdstuk wordt nader geanalyseerd welke voorbereiding de betrokken actoren in aanloop naar de faillissementen hebben getroffen om tot een gecontroleerde afbouw van zorg te komen. Hiertoe wordt eerst een beschrijving gegeven van de sleutelmomenten in de aanloop naar de faillissementen. Deze gebeurtenissen zijn van belang om te kunnen verklaren hoe de voorbereiding van de betrokken partijen tot stand is gekomen. In paragraaf 3.2 volgt een analyse van de dynamiek van handelen van de betrokken partijen. Om te verklaren hoe deze dynamiek tot stand is gekomen, volgt in paragraaf 3.3 een thematische analyse van de invulling van de zorgplicht door verschillende partijen. In paragraaf 3.4 wordt tot slot een analyse gegeven van de manier waarop partijen invulling hebben gegeven aan hun rol binnen het zorgstelsel in relatie tot het voorbereiden van een gecontroleerde afbouw van zorg.

3.1 Sleutelmomenten in de aanloop naar de faillissementen

In bijlage E is een reconstructie opgenomen van de aanloop naar de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Op basis van deze reconstructie wordt in deze paragraaf een aantal sleutelmomenten voor het verloop van de voorbereiding op de faillissementen benoemd.

3.1.1 Eerste verzoek om financiële ondersteuning

Op 17 juli 2018 vond een crisisoverleg plaats, waarbij de bestuurders en aandeelhouders van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, zorgverzekeraars, ING als huisbankier en PricewaterhouseCoopers (PwC) aanwezig waren. De financiële situatie van de twee ziekenhuizen was penibel. Er werd besproken dat de bestaande vorm van de ziekenhuizen niet toekomstbestendig was. Daartoe presenteerden de ziekenhuizen verschillende toekomstscenario's. Er werd een variant besproken voor een afgeslankt ziekenhuis, een variant met aanzienlijke afbouw met behoud van de poliklinische inrichting en een variant om de zorg in het geheel af te bouwen, resulterend in sluiting van de ziekenhuizen.

De raden van bestuur van de ziekenhuizen deden de volgende verzoeken aan Zilveren Kruis:

- een *standstill* periode van vier maanden, waarin openstaande vorderingen van zowel MC Slotervaart (vordering van te veel betaalde OHW⁹⁶-financiering van circa 6,2 miljoen euro en een vordering op de eindafrekening van 2015) als MC IJsselmeerziekenhuizen (vordering van te veel betaalde OHW-financiering van circa 5,7 miljoen euro) niet zouden worden verrekend met gedeclareerde zorg;
- het continueren van reguliere betalingen (geen verrekeningen) en OHW-financiering voor beide ziekenhuizen;
- een verzoek tot voorschot voor MC Slotervaart van 1.437.000 euro;
- de bereidheid om actief mee te denken over de vormgeving en de toekomst van beide ziekenhuizen.

Andere zorgverzekeraars kregen een soortgelijk verzoek met andere bedragen. Tevens werd aan andere zorgverzekeraars een voorschot voor MC IJsselmeerziekenhuizen gevraagd. Dat verzoek werd niet aan Zilveren Kruis gedaan.

Op 20 juli 2018 reageerde Zilveren Kruis op de verzoeken van de ziekenhuizen. Onder voorwaarden was Zilveren Kruis bereid om mee te werken aan een *standstill* periode. Ook het voorschotverzoek werd gehonoreerd. Op basis van het gesprek op 17 juli waren de besturen van beide ziekenhuizen verder gegaan met het ontwikkelen van een concreet plan, dat in de beleving van de ziekenhuizen paste bij het verzoek van Zilveren Kruis om een positieve business case te presenteren. In het verslag van de vergadering van de raad van commissarissen van MC Slotervaart op 25 juli 2018 werd de situatie als volgt geduïd: *“Met de banken en verzekeraars is een standstill afgesproken voor 4 maanden; er worden geen aflossingen en geen rente betaald. Er is aan hen toegezegd dat in oktober het strategisch plan (position paper) gepresenteerd wordt met daarbij de beoogde financiering.”*

3.1.2 Tweede verzoek om financiële ondersteuning

Op maandagavond 8 oktober 2018 kwam de voltallige top van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen bijeen met vertegenwoordigers van Zilveren Kruis. Het doel van de bijeenkomst was om een positieve business case aan de zorgverzekeraar te presenteren. De ziekenhuizen verkeerden inmiddels in acute financiële nood. Zonder financiële injectie konden de salarissen in oktober niet worden betaald. De bestuursvoorzitters van de ziekenhuizen schetsten verschillende toekomstscenario's binnen een kader van radicale krimp. Zij vroegen nog een paar maanden de tijd voor de exacte uitwerking van de plannen. Om die tijd te overbruggen hadden de ziekenhuizen gezamenlijk een 'tijdelijk vangnet' nodig. Voor MC Slotervaart betrof het een vangnet van 8,4 miljoen euro, voor MC IJsselmeerziekenhuizen 7,3 miljoen euro. De ziekenhuizen boden aan het vastgoed te verkopen; uit de verwachte opbrengst van enkele tientallen miljoenen euro's zouden de zorgverzekeraars moeten worden terugbetaald, waarschijnlijk al binnen een periode van ongeveer vier maanden.

⁹⁶ OHW staat voor onderhanden werk: werkzaamheden die wel al zijn verricht, maar waarvoor nog geen factuur is gestuurd naar de opdrachtgever.

Zilveren Kruis nam het voorstel in beraad. Hierbij speelde dat het bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht van de IGJ was geplaatst en de NIAZ-accreditatie⁹⁷ van het ziekenhuis niet was verlengd. Dat laatste is een voorwaarde voor contractering door Zilveren Kruis. Zilveren Kruis schatte voor MC IJsselmeerziekenhuizen in dat er onvoldoende perspectief was om in te kunnen gaan op het verzoek: er waren beperkte liquide middelen, een verlieslatende exploitatie en instabiliteit in het bestuur. Gezien de dure infrastructuur en de achterblijvende patiëntstromen was de zorgverzekeraar sceptisch over het zelfstandig voortbestaan van de ziekenhuizen.⁹⁸

Op 15 oktober 2018 belde Zilveren Kruis met de bestuursvoorzitters van beide ziekenhuizen. Het verzoek voor de financiële ondersteuning werd door Zilveren Kruis afgewezen. Daarnaast gaf Zilveren Kruis een terugkoppeling van de afwijzing door de overige contracterende zorgverzekeraars, zowel voor MC Slotervaart als voor MC IJsselmeerziekenhuizen. Een dag later kregen de beide raden van bestuur een brief waarin Zilveren Kruis de afwijzing van het vangnet toelichtte en bekrachtigde.

Het was een combinatie van factoren die maakte dat Zilveren Kruis geen vertrouwen had in de plannen van de ziekenhuizen: de jarenlange pogingen van beide ziekenhuizen om patronen te doorbreken, de cultuur, het beperkte draagvlak in de organisatie, bestuurlijke instabiliteit, scenario's die volgens de zorgverzekeraar niet tot een duurzaam profiel zouden leiden en de acute financiële situatie. Volgens Zilveren Kruis ontbrak een stabiele basis om de beoogde transitie te bewerkstelligen. Daarbij speelde ook dat de zorgverzekeraar kansen zag om door middel van het faillissement de bestaande capaciteit in Amsterdam beter te benutten. In de afwijzingsbrief schreef Zilveren Kruis tevens dat de financiële situatie op 8 oktober 2018 acuut verslechterd was ten opzichte van de liquiditeitsbegrotingen.

Zilveren Kruis gaf in de afwijzingsbrief van 16 oktober aan zich genooddaakt te zien om rechtsgeldige declaraties die de ziekenhuizen indienden per direct te gaan verrekenen met de vorderingen die het op de ziekenhuizen had. Dit betekende dat er per direct veel minder geld bij de ziekenhuizen binnenkwam; een faillissement werd daarmee een reëel scenario.

3.1.3 Verzoek voor financiering afbouw zorg

Nadat het tweede verzoek om financiële ondersteuning onherroepelijk was afgewezen door Zilveren Kruis, was het voor de raden van bestuur van de ziekenhuizen duidelijk dat de ziekenhuizen op een faillissement afstevenden. Op 17 oktober 2018 vond daarom een tweede crisioverleg plaats tussen het bestuur van beide ziekenhuizen, zorgverzekeraars, aandeelhouders, de ING en PwC, waarin de ziekenhuizen een nieuw voorstel presenteerden. MC Slotervaart deed een aanbod aan alle zorgverzekeraars om samen

⁹⁷ "Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven." Bron: www.niaz.nl/over-niaz.

⁹⁸ Zilveren Kruis, *Gespreksverslag bestuurlijk overleg MC IJsselmeerziekenhuizen – Zilveren Kruis*, 19 september 2018.

met een afvaardiging van de zorgverzekeraars de volgende vier weken een afbouwplan uit te werken met als doel liquidatie en volledige afbouw van het ziekenhuis binnen een periode van vier maanden.⁹⁹ Deze aanpak had volgens het ziekenhuis het voordeel dat chaos en maatschappelijke onrust kon worden voorkomen en was daarmee beter voor patiënten en werknemers. Het was daarbij duidelijk dat er financiële middelen nodig waren om de zorg in vier maanden tijd af te kunnen bouwen.

Zilveren Kruis heeft hierop intern advies ingewonnen bij de afdeling juridische zaken. Deze gaf het advies niet op het verzoek in te gaan omdat dit in de lange relatie met de ziekenhuizen het zoveelste nieuwe plan betrof. De inschatting was dat het plan niet in het belang van de patiënten en de zorgverzekeraar was. Het risico bestond dat het personeel bij een dergelijk traject elders emplooi zou zoeken, hetgeen de zorg niet ten goede zou komen. Bovendien zou de zorgverzekeraar volgens dit plan niet meer gaan verrekenen, maar juist opnieuw geld in het ziekenhuis steken waardoor de vordering op het ziekenhuis zou groeien. De angst bestond dat deze investering uiteindelijk deels gebruikt zou worden om andere schuldeisers van het ziekenhuis te betalen. Zilveren Kruis zag enkel nadelen aan het plan, zowel nadelen voor patiënten en het voldoen aan de zorgplicht als financiële nadelen. Door te gaan verrekenen, luidde het interne advies bij Zilveren Kruis, genoot de zorgverzekeraar in ieder geval nog het financiële voordeel van elke dag waarop werd verrekend – met de verrekende bedragen zou de vordering van de zorgverzekeraar worden verminderd tot de dag van het faillissement. De conclusie van Zilveren Kruis was daarom dat een faillissement van MC Slotervaart voor de zorgverzekeraar voordeliger was en ook beter aan de premiebetaler uit te leggen was.

Ook MC IJsselmeerziekenhuizen vroeg Zilveren Kruis in te stemmen met een verzoek voor financiële steun voor een overbruggingsperiode. Het doelscenario was hierbij echter niet volledige afbouw, maar een gedeeltelijke afbouw van het ziekenhuis in combinatie met het intensiveren van de samenwerking met andere ziekenhuizen. MC IJsselmeerziekenhuizen lichtte toe dat zij graag tijd wilde krijgen om een transitieplan door te rekenen. Dit betrof op hoofdlijnen een plan waarbij verschuiving plaats zou vinden van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en de acute afdeling zou worden afgeschaald. Dit plan moest resulteren in een *“significant lagere schadelast en verhoging kwaliteit”*.¹⁰⁰

MC IJsselmeerziekenhuizen zag nog een mogelijkheid voor een positieve exploitatie en vroeg tijd om dit scenario uit te werken. De afdeling inkoop van Zilveren Kruis heeft hierop intern advies ingewonnen bij de juridische afdeling met de vraag of de zorgverzekeraar het ziekenhuis nog zou moeten bevoorschotten. De juridische afdeling adviseerde dit alleen te doen als dit goed uit zou werken voor de markt, patiënten en de zorgverzekeraars. Als het vertrouwen er niet was, dan raadde juridische zaken aan om net als bij MC Slotervaart de positie van Zilveren Kruis zo veel mogelijk veilig te stellen en zo snel mogelijk declaraties te gaan verrekenen met openstaande vorderingen. Uiteindelijk concludeerde de zorgverzekeraar dat een faillissement de minst nadelige optie voor de zorgverzekeraar en de premiebetaler was.

⁹⁹ MC Slotervaart, Brief betreffende *formeel verzoek MC Slotervaart*, 17 oktober 2018.

¹⁰⁰ MC Groep, *Presentatie aan Zorgverzekeraars*, 17 oktober 2018.

Op 19 oktober kreeg de raad van bestuur van MC Slotervaart een afwijzing van alle zeven zorgverzekeraars voor het voorgestelde plan om afbouw te organiseren.¹⁰¹ Op die dag informeerde Zilveren Kruis MC Slotervaart dat de zorgverzekeraar niet meewerkte aan een *standstill* periode van vier weken. Gezien de bestaande financiële instabiliteit van het ziekenhuis zag Zilveren Kruis ook voor dit plan onvoldoende grond om aan mee te werken. De zorgverzekeraar liet weten dat hij niet gezamenlijk verantwoordelijk kon en wilde zijn voor de liquidatie van het ziekenhuis. Daarnaast was het voor de zorgverzekeraar onduidelijk welke kosten met dit verzoek gemoeid waren en twijfelde Zilveren Kruis aan de haalbaarheid van dit plan om tot een gecontroleerde afbouw te komen.

Op dezelfde dag informeerde Zilveren Kruis ook MC IJsselmeerziekenhuizen dat hij geen financiële steun toezegde ter overbrugging van vier weken. De beoogde transitie van het ziekenhuis kon volgens de zorgverzekeraar weliswaar aansluiten op de visie van Zilveren Kruis, maar de zorgverzekeraar zag ook veel onzekerheden en risico's in de uitvoerbaarheid van het plan, onder meer vanwege de afhankelijkheid van andere partijen. Het leek Zilveren Kruis onvermijdelijk dat na de periode van vier weken aanvullende steun nodig zou zijn. Daarnaast zag de zorgverzekeraar zichzelf primair verantwoordelijk voor het inkopen van zorg – een rol die hij naar eigen zeggen niet kon verenigen met een rol waarbij hij aan het verzoek van financiële steun zou voldoen.¹⁰²

Voor Zilveren Kruis was het een overweging om de financiële schade zo veel mogelijk te beperken, zodat er geen premiegeld in een faillissement zou verdwijnen. De zorgverzekeraar wist wat de consequentie van het afwijzen van het financieringsverzoek zou zijn en dat surseance van betaling zonder meer zou overgaan in faillissement. Het doel van surseance is om een akkoord te sluiten met schuldeisers en om een faillissement te voorkomen. Aangezien Zilveren Kruis een schuldeiser was en hij niet bereid was tot het sluiten van een akkoord, werd een faillissement een zeer reëel scenario.

Op het moment dat duidelijk werd dat Zilveren Kruis afwijzend reageerde op de financieringsverzoeken van de ziekenhuizen, resteerde voor de ziekenhuizen de aanvraag tot surseance van betaling. Op 23 oktober 2018 vroegen MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aan. Dit werd verleend door de rechtbank. Op 25 oktober 2018 werden beide ziekenhuizen failliet verklaard.

3.2 Dynamiek van handelen: voorbereiding op het scenario faillissement

Uit de sleutelmomenten volgt dat MC Slotervaart, MC IJsselmeerziekenhuizen en de zorgverzekeraar sinds de zomer van 2018 het scenario om de in financieel zwaar weer verkerende ziekenhuizen te sluiten in beeld hadden. Op dat moment honoreerde de zorgverzekeraar aanvankelijk nog het eerste verzoek voor financiële ondersteuning om transitieplannen verder uit te werken. De zorgverzekeraar wees het tweede verzoek voor financiële ondersteuning in oktober 2018 af. Op dat moment had de zorgverzekeraar geen vertrouwen meer in de toekomstplannen van de ziekenhuizen en besloot hij om

¹⁰¹ MC Slotervaart, *Conceptverslag Raad van Commissarissen*, 18 oktober 2018.

¹⁰² Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Verzoek tot financiële steun MC IJsselmeerziekenhuizen*, 19 oktober 2018.

per direct de inkomende declaraties met openstaande vorderingen te gaan verrekenen. Hierdoor werd faillissement voor beide ziekenhuizen onafwendbaar. De ziekenhuizen realiseerden zich dit en verzochten de zorgverzekeraar de volledige afbouw van zorg in MC Slotervaart en gedeeltelijke afbouw in MC IJsselmeerziekenhuizen te financieren. Ook dit verzoek wees de zorgverzekeraar af.

Zoals in hoofdstuk 2 is geconcludeerd, resulteerden deze gebeurtenissen uiteindelijk in een faillissement van de twee ziekenhuizen zonder dat er een voorbereiding had plaatsgevonden om tot een gecontroleerde afbouw van zorg op het niveau van individuele patiënten te komen.

In deze paragraaf zal het handelen van de betrokken partijen rondom deze gebeurtenissen worden geanalyseerd om inzichtelijk te maken hoe zij zich in aanloop naar de faillissementen hebben voorbereid op het scenario van een faillissement. Hiertoe wordt achtereenvolgens het handelen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, van de zorgverzekeraar en van de omliggende zorgaanbieders geduid. Aansluitend wordt het toezicht op de getroffen voorbereiding geanalyseerd.

3.2.1 De ziekenhuizen

In de zomer van 2018 werkten MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen aan verschillende toekomstscenario's. Ook de totale afbouw van zorg behoorde hierbij tot de mogelijkheden. MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen richtten zich echter hoofdzakelijk op de bedrijfscontinuïteit, en kozen ervoor zich tijdens de *standstill* in te spannen voor de transitie van hun ziekenhuizen. Er werd beperkt tijd besteed aan de uitwerking van een scenario waarin gecontroleerd en volledig alle zorgactiviteiten afgebouwd zouden worden. De raad van commissarissen van MC Slotervaart liet weten dat het ziekenhuis zich in de eigen voet zou hebben geschoten door tijd en energie te investeren in een volledig afbouwscenario wanneer de mogelijkheid van transitie nog bestond. De raden van commissarissen van beide ziekenhuizen steunden in de zomer van 2018 hun bestuur in de inspanningen gericht op transitie.

Op 17 juli 2018 organiseerden de raden van bestuur van de beide ziekenhuizen een crisisbijeenkomst met hun belangrijkste financiers met als doel een oplossing te vinden voor de problemen voor de bedrijfscontinuïteit. Een aantal dagen eerder, op 12 juli 2018, hadden de ziekenhuizen een bestuurlijk overleg met Zilveren Kruis, waar uitkwam dat de zorgverzekeraar de financiële positie van de ziekenhuizen zorgelijker vond dan hij eerder had aangenomen. Daarop stelde Zilveren Kruis nog dezelfde dag een excassoblokkade in, zodat er tijdelijk geen betalingen werden gedaan aan de ziekenhuizen.

Daarnaast concludeerde de IGJ dat de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen de IGJ onvoldoende had geïnformeerd over de financiële positie van het ziekenhuis. Voor de IGJ was dat één van de redenen om het bestuur onder verscherpt toezicht te stellen. Hoewel de ziekenhuizen dus (financiële) informatie moesten delen om ademruimte te krijgen, vormde de reactie van andere partijen op deze informatie een risico op de mogelijkheid van de ziekenhuizen om hun transitieplannen te verwezenlijken. Dit werkte een terughoudende houding ten aanzien van informatiedeling in de hand.

De terughoudendheid met betrekking tot informatiedeling bij de raden van bestuur van de ziekenhuizen werd versterkt door de angst om ruchtbaarheid te geven aan ernstige financiële problemen. Het risico was dat op het moment dat partijen zouden bemerken dat een ziekenhuis mogelijk failliet zou gaan, er een ongewenste dynamiek zou ontstaan. Personeel kon versneld op zoek gaan naar een andere werkgever, leveranciers konden hun leveringen uitstellen of annuleren en zorgverzekeraars konden mogelijk betalingen opschorten. Dit bracht het risico met zich mee dat een faillissement in gang zou worden gezet of zou worden bespoedigd. Een zorgvuldige voorbereiding vraagt betrokkenheid van meerdere partijen, alsmede het delen van informatie tussen deze partijen en binnen deze partijen. Om een gecontroleerde afbouw voor te bereiden is het onder meer nodig om een inventarisatie te maken van patiënten en deze te categoriseren: patiënten die bijzondere aandacht nodig hebben, in een strak schema van medicatie zitten of een verhoogd risico lopen op complicaties. Voor deze inventarisatie is informatie van artsen en verpleegkundigen over hun patiënten nodig. Echter, het delen en/of opvragen van informatie kan een faillissement juist in de hand werken en om die reden werd slechts een beperkte kring van ingewijden op de hoogte gebracht van de nijpende financiële situatie van de ziekenhuizen. Het beschermen van de mogelijkheid op transitie prevaleerde boven het veiligstellen van een gecontroleerde afbouw. Hierin is terug te zien dat in deze fase het handelen van het ziekenhuisbestuur vooral gericht is op het veiligstellen van de continuïteit van de onderneming.

Begin zomer 2018 heeft de raad van bestuur van MC Slotervaart een informatief gesprek gevoerd met advocaten die curator waren geweest bij een eerder faillissement van een ziekenhuis. Het doel hiervan was om zich te laten informeren over de vraag hoe te handelen in een (dreigende) situatie van surseance van betaling of faillissement. In eerste instantie hebben de advocaten samen met PwC de financiële situatie van het ziekenhuis bekeken. Daarnaast is er gekeken naar herstructurering en reorganisatie om vast te stellen welke plannen er mogelijk waren om MC Slotervaart te behouden. Toen in oktober 2018 bleek dat er geen mogelijkheden voor de continuïteit van het ziekenhuis meer waren, hebben zij zich met het bestuur ingespannen om een gecontroleerde afbouw van zorg te bewerkstelligen.

De IGJ had de beide ziekenhuizen in juli 2018 opdracht gegeven om continuïteitsplannen op te stellen ter voorbereiding op een mogelijke crisissituatie bij een faillissementsscenario. Het doel hiervan was om voorbereidingen te treffen om de continuïteit van individuele patiëntenzorg te garanderen in het geval de financiële situatie verder zou verslechteren en zorg onverhoopt niet meer gegarandeerd zou kunnen worden als gevolg van een faillissement. Het plan moest de continuïteit van zorg garanderen in een crisissituatie. Een dergelijk plan is echter iets wezenlijk anders dan een volledig uitgewerkt scenario voor gecontroleerde afbouw en/of overdracht van individuele patiëntenzorg: in het eerste geval wordt gereageerd op een crisissituatie die zich onverhoopt voordoet; in het tweede geval worden de mogelijkheden uiteengezet om zelfstandig en weloverwogen tot volledige afbouw van zorg te komen.

Een continuïteitsplan is geen officieel toezichtsinstrument van IGJ. Er bestond hierdoor geen vastgesteld raamwerk voor de inhoud van een dergelijk plan en de ziekenhuizen hadden geen voorbeeld beschikbaar om zich op te baseren. De IGJ zag het continuïteitsplan als een instrument om bewustwording te creëren bij de ziekenhuizen

voor het belang van de continuïteit van zorg en om op hoofdlijnen na te denken over de zaken die komen kijken bij een abrupte sluiting van een ziekenhuis. De ziekenhuizen hebben een continuïteitsplan met een voorbereiding op hoofdlijnen aangeleverd, maar waren tegelijkertijd bezig om een strategisch plan voor transitie op te stellen. De plannen van de ziekenhuizen lagen in lijn met wat de IGJ voor ogen had.¹⁰³

Op 12 oktober 2018 wees de IGJ beide ziekenhuizen erop dat ook de medische staf en de verpleegkundigen tijdig betrokken moesten worden bij de continuïteitsplannen. Vanwege de mogelijke gevolgen van ruchtbaarheid aan de financiële problemen werden de plannen echter niet breder uitgezet binnen de medische staf. De argumentatie van de ziekenhuizen hiervoor was dat het breed delen van de informatie risico's voor de bedrijfsvoering met zich meebracht.¹⁰⁴

Tijdens hetzelfde gesprek heeft de IGJ de ziekenhuizen er ook op geattendeerd dat de inrichting van de crisisorganisatie verdere uitwerking behoefde. De plannen gaven geen inzicht in de precieze verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van betrokkenen. Over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de partijen stond in de continuïteitsplannen enkel opgetekend dat *"[o]verwogen wordt om in een volgende versie ook een juridische en financiële paragraaf uit te werken en toe te voegen. Eventuele input van de IGJ en de NZa en/of zorgverzekeraars kan daarin worden meegenomen. In dat kader zal ook de vraag beantwoord worden wie gedurende dit proces verantwoordelijk is, de regie voert en de kosten betaalt om de afbouw en overdracht van zorg te realiseren."*¹⁰⁵

De ziekenhuizen gingen in de plannen uit van een langere periode voorafgaand aan faillissement, waarin de afstemming met stakeholders geregeld had moeten worden. Zo is in beide plannen een disclaimer opgenomen waarin staat beschreven: *"Gezien de strategische en politieke gevoeligheid en de fase waarin MC Slotervaart zich thans bevindt, heeft ter voorbereiding van dit continuïteitsplan geen overleg kunnen plaatsvinden met collega-zorgaanbieders binnen of buiten de regio Amsterdam. Mocht een eventueel faillissement niet afwendbaar blijken, dan zal uiteraard contact worden opgenomen met collega-zorgaanbieders."*¹⁰⁶ De raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen voerde nog wel gesprekken met omliggende ziekenhuizen over een mogelijke overname van MC IJsselmeerziekenhuizen. Deze gesprekken hadden geen betrekking op het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg.

De opgestelde continuïteitsplannen waren de enige voorbereiding die beide ziekenhuizen hadden getroffen op een faillissementsscenario. Er was geen gedetailleerder plan uitgewerkt. Tot het laatste moment poogden de ziekenhuizen om de zorginstellingen te continueren. Toen het bestuur van de ziekenhuizen zich medio oktober 2018

¹⁰³ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

¹⁰⁴ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

¹⁰⁵ MC Slotervaart, *Continuïteitsplan Zorg*, oktober 2018; MC IJsselmeerziekenhuizen, *Continuïteitsplan Zorg*, 22 augustus 2018 (in het plan van MC IJsselmeerziekenhuizen staat 'september 2018' in plaats van 'een volgende versie').

¹⁰⁶ MC Slotervaart, *Continuïteitsplan Zorg*, oktober 2018; MC IJsselmeerziekenhuizen, *Continuïteitsplan Zorg*, 22 augustus 2018 (in het plan van MC IJsselmeerziekenhuizen staat dezelfde disclaimer, met MC IJsselmeerziekenhuizen als onderwerp en de regio Flevoland als locatie).

realiseerde dat een faillissement onafwendbaar was, verschoof de focus van het bestuur van het belang van de bedrijfscontinuïteit naar het belang van de continuïteit van zorg. In de week voor het faillissement deden de ziekenhuizen daarom een poging om tijd te kopen voor het voorbereiden van een gecontroleerde afbouw van zorg. De zorgverzekeraar wees dit verzoek af. Hierdoor resteerde er geen tijd meer om een gecontroleerde afbouw voor te bereiden.

Het bestuur van MC Slotervaart heeft daarop het ministerie van VWS om bijstand gevraagd, maar het ministerie gaf aan formeel geen rol in deze fase te hebben. Ook de IGJ, de NZa en de gemeente zijn volgens het bestuur van de ziekenhuizen om steun gevraagd, maar ook zij gaven aan dat zij niets konden betekenen.

Na de uitspraak tot faillissement bleken de continuïteitsplannen op operationeel niveau te beperkt uitgewerkt om inhoudelijk houvast te kunnen bieden voor de ontstane situatie. Betrokkenen geven aan dat het plan daardoor nauwelijks is gebruikt. De crisisorganisatie had behoefte aan een gedetailleerd draaiboek, maar in die behoefte konden de continuïteitsplannen niet voorzien. Zo was voor de plannen niet geïnventariseerd welke patiënten mogelijk kwetsbaar zouden zijn bij een faillissement; werd geen onderbouwde schatting gegeven hoeveel patiënten – klinisch en poliklinisch – door het faillissement geraakt zouden worden; was niet in kaart gebracht welke medische handelingen nog doorgang zouden mogen vinden bij een sluiting van de SEH, IC en OK's; was er geen protocol uitgedacht voor de overdracht van en toegang tot patiëntendossiers na faillissement; en waren de vakgroepen binnen de ziekenhuizen niet om input gevraagd voor een medisch-inhoudelijke toets van veiligheid voor patiënten van de geplande afbouw.

Deelconclusies

Het delen van informatie is cruciaal om een gedegen voorbereiding op een faillissement te kunnen treffen. MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen waren terughoudend in het delen van informatie. Hieraan lag ten grondslag dat ruchtbaarheid aan de financiële problemen een faillissement in gang zou kunnen zetten of bespoedigen en de inspanningen voor transitie van het ziekenhuis zouden worden ondermijnd.

De ziekenhuizen waren in de periode voorafgaand aan de aanvraag tot surseance van betaling hoofdzakelijk gericht op het garanderen van de eigen bedrijfscontinuïteit. Zij hadden geen scenario uitgewerkt om gecontroleerd de zorg volledig af te bouwen. Dit aanbod deden zij aan de zorgverzekeraar op het moment dat een faillissement onafwendbaar was.

Beide ziekenhuizen beschikten over een continuïteitsplan. Deze plannen waren echter niet zodanig uitgewerkt dat zij functioneerden als operationeel draaiboek voor een gecontroleerde afbouw van zorg.

3.2.2 De zorgverzekeraar

In anticipatie op een mogelijk faillissementsscenario vroeg de NZa in juli 2018 Zilveren Kruis hoe de continuïteit van zorg geborgd was en welke acties Zilveren Kruis in het kader van de zorgplicht ondernam voor het geval de ziekenhuizen failliet zouden gaan. In reactie op de vragen liet Zilveren Kruis weten met beide ziekenhuizen in gesprek te zijn.

De gesprekken met de ziekenhuizen leidden uiteindelijk tot een voorschot van bijna anderhalf miljoen euro van Zilveren Kruis voor MC Slotervaart en de afspraak over een *standstill* periode van vier maanden, waarin openstaande vorderingen van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen niet werden verrekend met gedeclareerde zorg. Ook andere zorgverzekeraars zegden bevoorschotting toe. Volgens Zilveren Kruis werden de ziekenhuizen door de *standstill* in de gelegenheid gesteld om verschillende toekomstscenario's uit te werken, waaronder een scenario van volledige afbouw van de ziekenhuizen en sluiting.

Zilveren Kruis beraadde zich in de zomer van 2018 over de herinrichting van het zorglandschap en formuleerde ambities voor verschillende zorgmarkten. Daar kwam uit dat de zorgverzekeraar de onderlinge competitie van SEH's in stedelijk gebied wilde verminderen en in niet-stedelijk gebied de SEH wilde vervangen door een huisartsenpost. Zowel het verdwijnen van de SEH van MC Slotervaart als het verdwijnen van de SEH in Lelystad pasten daarmee in de strategie van Zilveren Kruis, maar stonden haaks op het voorkeursscenario van de ziekenhuizen. De zorgverzekeraar inventariseerde bovendien met welke ziekenhuizen hij wel en niet verder wilde gaan en gebruikte een afwegingskader om deze keuze te objectiveren. De zorgverzekeraar gebruikte daarin MC Slotervaart als testcasus, waaruit bleek dat gecontroleerde afbouw – te beginnen met een sluiting van de SEH – voor Zilveren Kruis een goede optie was.¹⁰⁷ In de plannen noemt Zilveren Kruis de impact van een faillissement van MC Slotervaart “ongunstig voor patiënten”. Voor de Flevopolder heeft Zilveren Kruis een adviesbureau opdracht gegeven de capaciteit in die regio te inventariseren. Hieruit bleek dat omliggende ziekenhuizen mogelijk te weinig capaciteit hadden om de te verplaatsen zorg op te vangen.

Terwijl de ziekenhuizen bezig waren om het zorgprofiel van het eigen ziekenhuis te formuleren en een voorkeur hadden voor continuering van de zorgactiviteiten, ontwikkelde Zilveren Kruis dus een eigen visie op wat het profiel van het zorglandschap zou moeten zijn. De zorgverzekeraar had hierbij een voorkeur voor gecontroleerde afbouw van heel MC Slotervaart en afbouw van de SEH, IC en OK in Lelystad.

Net als de ziekenhuizen wilde ook Zilveren Kruis geen ruchtbaarheid geven aan een mogelijk faillissement. Als voorbereiding op een faillissementsscenario en de overdracht van zorg heeft Zilveren Kruis op basis van eigen data een capaciteitsraming gemaakt van omliggende ziekenhuizen in de regio Amsterdam. Idealiter had de zorgverzekeraar deze raming willen toetsen bij de ziekenhuizen, omdat er een verschil kan zitten tussen de raming en de daadwerkelijke capaciteit bij omliggende ziekenhuizen. Om geen ruchtbaarheid te geven aan een mogelijk faillissement toetste Zilveren Kruis deze raming niet. Daardoor had Zilveren Kruis geen zekerheid of alle patiënten elders terecht konden voor hun zorg.

¹⁰⁷ Interne documentatie Zilveren Kruis inzake de herinrichting van het zorglandschap.

Vanuit juridisch perspectief is het vóór een faillissement wel mogelijk om afspraken te maken met andere zorgaanbieders op het moment dat de zorgplicht in het geding is. De juridische afdeling van Zilveren Kruis raadde dit echter af. Door de zorg vóór een daadwerkelijk faillissement bij andere aanbieders te contracteren, kon de stelling zijn dat Zilveren Kruis 'de stekker eruit zou hebben getrokken', terwijl MC Slotervaart nog bezig was met een noodscenario. Hierdoor had Zilveren Kruis het risico kunnen lopen om van een onrechtmatige daad te worden beschuldigd, omdat het een faillissement zou kunnen versnellen en daarmee andere schuldeisers zouden kunnen worden benadeeld. De juridische afdeling adviseerde daarom om te wachten tot MC Slotervaart failliet was. Op dat moment was het voor Zilveren Kruis veiliger om in overleg met de curator te treden over het contracteren van andere zorgaanbieders. Door te wachten kon Zilveren Kruis pas na uitspraak van het faillissement om tafel met omliggende ziekenhuizen. Dit betekende dat na het faillissement begonnen kon worden met de implementatie van de additionele zorginkoop.

Uiteindelijk besloot Zilveren Kruis op 16 oktober 2018 om declaraties van de ziekenhuizen te verrekenen met openstaande vorderingen. De liquiditeitspositie van beide ziekenhuizen was sinds de zomer van 2018 afhankelijk van zorgverzekeraars, waardoor het besluit om te gaan verrekenen ook daadwerkelijk een snel einde van de ziekenhuizen zou betekenen. De zorgverzekeraar nam dit besluit zonder een volledig beeld van de consequenties voor de continuïteit van zorg voor verzekerden die op dat moment bij de ziekenhuizen in zorg waren.

Na het tweede verzoek van financiële ondersteuning te hebben afgewezen en na het besluit om te gaan verrekenen, kreeg Zilveren Kruis op 17 oktober van beide ziekenhuizen een ultimatum aanbod om gezamenlijk de zorgverlening gecontroleerd af te bouwen. De zorgverzekeraar zag voor zichzelf geen rol weggelegd bij het organiseren van de afbouw en wilde naar eigen zeggen niet gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de liquidatie van het ziekenhuis. Daarnaast achtte Zilveren Kruis het gecontroleerd afbouwen van zorgactiviteiten voorafgaand aan het uitspreken van een faillissement te onzeker. Zilveren Kruis wist namelijk niet hoeveel het gecontroleerd afbouwen zou gaan kosten. De zorgverzekeraar heeft om deze reden de verzoeken van beide ziekenhuizen afgewezen, zonder hier verder over in gesprek te gaan.

Met het besluit om geen gecontroleerde afbouw van zorg te financieren behartigde de zorgverzekeraar het collectieve financiële belang van zijn premiebetalende verzekerden. Zilveren Kruis had echter ook verzekerden die ten tijde van de faillissementen in zorg waren bij MC Slotervaart dan wel MC IJsselmeerziekenhuizen. Het individuele zorgbelang van deze patiënten, continuïteit van zorg, werd met het afwijzen van het verzoek tot een gecontroleerde afbouw niet gediend.

Zilveren Kruis heeft bij beide ziekenhuizen niet proactief geïnventariseerd of een abrupte sluiting mogelijk risico's voor patiënten zou opleveren, ofschoon er wel signalen waren dat er problemen ten aanzien van patiëntveiligheid konden optreden als gevolg van de mogelijke capaciteitsproblemen in de Flevopolder. De zorgverzekeraar legde de verantwoordelijkheid voor de afbouw van zorg bij de ziekenhuizen zelf en heeft zich voorafgaand aan de faillissementen niet ingespannen om MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen te faciliteren de daadwerkelijke afbouw van zorg te organiseren.

De NZa heeft kort voor het faillissement bij Zilveren Kruis het belang van een gecontroleerde afbouw benadrukt.¹⁰⁸ Het door de NZa benadrukte belang van een gecontroleerde afbouw heeft bij de zorgverzekeraar niet tot aanvullende voorbereidingsmaatregelen geleid.

Zilveren Kruis geeft in gesprekken aan te hebben verwacht dat er meer tijd tussen surseance van betaling en faillissement beschikbaar zou zijn, waarin gezamenlijk met een bewindvoerder de afbouw van zorg zou kunnen worden georganiseerd. De verwachting bij Zilveren Kruis dat er meer tijd zou zijn geweest staat op gespannen voet met het feit dat binnen Zilveren Kruis het doel van surseance van betaling bekend was: een akkoord sluiten met schuldeisers, teneinde faillissement te voorkomen. Intern werd gecommuniceerd dat dit doel in geval van de ziekenhuizen niet zou werken, omdat Zilveren Kruis een belangrijke schuldeiser was en niet bereid was om een akkoord te sluiten. Het faillissement volgde in de praktijk kort na de aanvraag tot surseance van betaling.

Deelconclusies

Zilveren Kruis wilde geen ruchtbaarheid geven aan het scenario van het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit maakte dat Zilveren Kruis voorafgaand aan de faillissementen geen afspraken maakte met omliggende ziekenhuizen over de overdracht van zorg.

Zilveren Kruis is niet ingegaan op het verzoek van de ziekenhuizen om een periode voor de afbouw van zorg te financieren. De zorgverzekeraar nam dit besluit vanwege een gebrek aan inzicht in de kosten die gepaard zouden gaan met het gecontroleerd afbouwen van zorgactiviteiten.

De zorgverzekeraar legde de verantwoordelijkheid voor de afbouw van zorg daarmee bij de ziekenhuizen zelf. Zilveren Kruis faciliteerde MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen niet om de afbouw van zorg in de aanloop naar faillissement te organiseren, ook niet toen een faillissement onafwendbaar was.

3.2.3 Omliggende zorgaanbieders

Vanwege het risico dat ruchtbaarheid aan de financiële problemen bij zou dragen aan een faillissement, is er nauwelijks informatie gedeeld met andere stakeholders die een rol hadden kunnen spelen in de voorbereiding op de afbouw van zorg. Hierdoor waren weinig van deze stakeholders op de hoogte van de op handen zijnde faillissementen en hebben zij zich niet kunnen voorbereiden.

¹⁰⁸ De zorgverzekeraar geeft aan dat deze benadrukking van het belang van een gecontroleerde afbouw door NZa bij hem niet bekend is.

Omliggende ziekenhuizen wisten veelal dat er mogelijk continuïteitsproblemen voor de ziekenhuizen zouden kunnen zijn. Ook zij volgden immers de mediaberichten. Bovendien kregen zij ook signalen aan de hand van onderlinge contracten tussen de ziekenhuizen en leveranciersdiensten die over en weer werden geleverd. Voor een aantal omliggende ziekenhuizen was dat een vroege indicatie dat de financiële problemen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen nijpender werden.

Ziekenhuis St Jansdal heeft, naar aanleiding van de gesprekken over de mogelijke overname van MC IJsselmeerziekenhuizen, een eigen noodplan opgesteld voor het geval MC IJsselmeerziekenhuizen failliet zouden gaan.

Ongeveer twee weken vóór het faillissement kreeg één van de omliggende ziekenhuizen wel een discrete vraag van Zilveren Kruis of, als het zo zou zijn dat MC Slotervaart in discontinuïteit terecht zou komen, het omliggende ziekenhuis dan mee zou werken aan het zo goed mogelijk verdelen van de zorg in de regio. Zilveren Kruis maakte zich namelijk zorgen over de spreiding en verdeling van zorg in de nieuwe situatie na het faillissement.

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is niet geïnformeerd of ingeschakeld. Voor zover bekend zijn er vanuit het ROAZ geen initiatieven geweest of maatregelen getroffen om de regio voor te bereiden op deze faillissementen.

Deelconclusie

Omliggende ziekenhuizen zijn voorafgaand aan de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen nauwelijks betrokken bij de voorbereiding op de afbouw en overdracht van zorg. Hierdoor hebben de omliggende ziekenhuizen zichzelf en de regio niet kunnen voorbereiden op een faillissementsscenario.

3.2.4 Extern toezicht

De NZa ziet toe op het handelen van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa controleert of zorgverzekeraars en ziekenhuizen zich aan de regels van het marktstelsel houden. Zij ziet onder meer toe op de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht. In paragraaf 3.3.2 wordt nader ingegaan op de rol van de NZa tijdens de voorbereiding op de faillissementen.

De IGJ ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders. Voor de IGJ staat (financiële) bedrijfsvoering in nauw verband met kwaliteit van zorg. Financiële problemen van ziekenhuizen zijn dan ook een belangrijk signaal in het risicogestuurde toezicht op de kwaliteit van zorg. De IGJ ontvangt het jaardocument van ziekenhuizen en heeft naar eigen zeggen medewerkers aangesteld met expertise om financiële informatie te duiden. In samenwerking met de inspecteurs die primair toezicht houden op kwaliteit en veiligheid van zorg wordt nader uitgewerkt hoe deze financiële informatie in het toezicht wordt betrokken. De IGJ werkt op financieel gebied samen met de NZa ten aanzien van de risico's voor de continuïteit van zorg.

In reactie op mediaberichtgeving over de slechte financiële situatie van de ziekenhuizen, vroeg de IGJ in de zomer van 2018 aan beide ziekenhuizen een continuïteitsplan op te stellen. Voor de IGJ is een continuïteitsplan een middel om ziekenhuizen te stimuleren om na te denken over wat er met de patiëntenzorg moet gebeuren als het ziekenhuis die zorg zelf niet meer kan leveren. Dit plan moet zijn afgestemd op de eigen patiëntenpopulatie en is bedoeld om de ziekenhuizen actief na te laten denken over de mogelijkheid van een faillissement. IGJ beoogde hiermee dat ziekenhuizen zelf zouden nadenken over de manier waarop zij met hun patiëntenstromen zouden omgaan en over de manier waarop zij de continuïteit van zorg konden waarborgen.

De IGJ complimenteerde de ziekenhuizen met de opgestelde plannen. Tegelijkertijd merkte de IGJ in gesprek met de ziekenhuizen op dat een belangrijk aandachtspunt het informeren van stakeholders was. Het risico bestond dat schuldeisers hun vorderingen zouden opeisen en leveranciers niet meer zouden leveren op het moment dat zij lucht zouden krijgen van voorbereidingen op een faillissementsscenario. Daarnaast was ook de mogelijke uitstroom van (zorg)personeel een aandachtspunt. Aan de andere kant merkte de inspectie op dat het belangrijk was om van te voren na te denken over de verdeling van zorg en dit tot op het niveau van de individuele patiënt zorgvuldig te regelen. Daarvoor was het juist nodig om vooraf met ontvangende ziekenhuizen en zorgverzekeraars te spreken. De IGJ drong er dan ook op aan om afstemming te zoeken met de zorgverzekeraar. Daarnaast adviseerde IGJ de ziekenhuizen om de kring van ingewijden binnen het ziekenhuis geleidelijk groter te maken.

Naast het opvragen en bespreken van continuïteitsplannen, heeft de IGJ in de zomer van 2018 haar toezicht op beide ziekenhuizen geïntensiveerd. Het bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen werd onder verscherpt toezicht geplaatst. De redenen hiervoor waren het aanhoudend intensief toezicht (sinds september 2017), de recente bestuurlijke wisselingen en de zorgelijke financiële situatie. Het is gebruikelijk om verscherpt toezicht openbaar te maken; het houdt feitelijk in dat de inspecteur nauwer contact gaat onderhouden met de zorginstelling (denk aan onverwachte bezoeken en het formuleren van - en toezien op - resultaatverplichtingen). Behalve het aankondigen van verscherpt toezicht op MC IJsselmeerziekenhuizen, heeft de inspectie een bestuursgesprek aangevraagd bij MC Slotervaart. In tegenstelling tot verscherpt toezicht worden bestuursgesprekken niet openbaar gemaakt. De IGJ ziet bestuursgesprekken als 'vijf voor twaalf'-gesprekken die onderdeel zijn van een toezichtstraject dat wel of 'net niet' leidt tot handhaving.

Als onderdeel van bovenstaande intensivering van toezicht heeft de IGJ aan MC Slotervaart gevraagd om wekelijks een update van de financiële situatie te sturen. In eerste instantie moesten in deze update de volgende onderwerpen aan bod komen: de stand van de rekening-courant, de mogelijkheid om salarissen van medewerkers te kunnen betalen en de crediteurendruk. De IGJ bleef echter zoeken naar welke financiële informatie voor hun toezicht relevant was. Twee maanden na de intensivering van het toezicht gaf de IGJ aan meer inzicht te willen hebben in de financiële situatie van het ziekenhuis. De informatie die was verstrekt, bleek ontoereikend voor IGJ om een beeld te kunnen vormen van de financiële situatie op de korte termijn en middellange termijn en op de consequenties daarvan voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Terwijl de IGJ haar toezicht op beide ziekenhuizen intensiverde, probeerde de IGJ de zorgverzekeraar juist op afstand te houden. De IGJ ziet in het stelsel dat zorgverzekeraars informatie vanuit de IGJ (zoals het instellen van verscherpt toezicht) soms als aanleiding gebruiken om de geldstroom te beperken. Dat kan een zorginstelling met kwaliteitsproblemen op dat moment juist niet gebruiken. Vanwege dat patroon is de IGJ in de loop der jaren proactiever met zorgaanbieders in gesprek gegaan om een situatie waarin een verscherpt toezicht aan de orde komt te voorkomen. Ook probeert de IGJ in openbare uitingen zodanig te communiceren dat ongewenste gevolgen van bijvoorbeeld een handhavingsmaatregel zoveel mogelijk worden voorkomen. De IGJ vroeg aan de ziekenhuisbestuurders om zelf in gesprek te gaan met de zorgverzekeraars over de recente voornemens en bevindingen van de IGJ (zoals het voornemen voor het instellen van verscherpt toezicht bij MC IJsselmeerziekenhuizen).

Tijdens de zomer en het najaar van 2018 benadrukten de ziekenhuizen herhaaldelijk richting de IGJ dat zij niet uitgingen van faillissement. Op 12 oktober lieten MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen bijvoorbeeld nog aan de IGJ weten dat ze in goed gesprek waren met de zorgverzekeraars. Vijf dagen later sloeg deze toon echter om. Op 17 oktober liet de raad van bestuur van MC Slotervaart weten dat zij er niet uit waren gekomen met de zorgverzekeraar. Bovendien leek de zorgverzekeraar voor een harde lijn te kiezen; Zilveren Kruis wilde verrekenen in plaats van een gecontroleerde afbouw bekostigen, zoals voorgesteld door de raad van bestuur van MC Slotervaart.

De IGJ heeft veelvuldig contact gehad met de NZa over de situatie rondom MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. De IGJ wilde als toezichthouders gezamenlijk optreden en de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar opdragen om samen na te denken over de gecontroleerde afbouw van zorg bij een faillissementsscenario. Toen de situatie medio oktober 2018 daadwerkelijk op een faillissement leek uit te draaien, liet de IGJ aan de NZa weten dat zij de ziekenhuizen zou opdragen om – op basis van het continuïteitsplan – een concrete uitwerking te maken van de manier waarop zorg op de korte termijn moest worden afgeschaald. De IGJ voegde daaraan toe dat dit plan in afstemming met de zorgverzekeraars moest worden uitgewerkt. De IGJ vroeg aan de NZa om de zorgverzekeraars een soortgelijke opdracht te geven, maar liet het aan de NZa over hoe deze dit wilde oppakken. In het contact met de zorgverzekeraar wees de NZa de zorgverzekeraar in dat kader op zijn zorgplicht (zie paragraaf 3.3.1).

Achteraf benadrukte de IGJ verrast te zijn geweest door de snelheid waarmee de faillissementen uiteindelijk tot stand zijn gekomen en het korte tijdspad waarin zorg moest worden afgebouwd. De IGJ verwachtte dan ook dat de ziekenhuizen meer tijd zouden hebben om de continuïteitsplannen uit te werken tot concrete afbouwplannen – en dat dat in afstemming met de zorgverzekeraar zou gebeuren. Uit interviews komt naar voren dat deze verwachting deels was gebaseerd op de berichten van de bestuurders, waaruit de ernst van de financiële situatie niet naar voren kwam. Ook speelde mee dat de IGJ geen inzicht had in de voornemens van de zorgverzekeraar.

Deelconclusies

In de aanloop naar de faillissementen heeft de IGJ de ziekenhuizen gestimuleerd om zich voor te bereiden op een faillissementsscenario. Dit deed de IGJ door het uitvragen van continuïteitsplannen. Daarbij adviseerde de IGJ de ziekenhuizen om voorzichtig te zijn met het benaderen van externe stakeholders. Tegelijkertijd drong de IGJ er bij de ziekenhuizen op aan om afstemming te zoeken met de zorgverzekeraar.

De IGJ was verrast door de snelheid waarmee de faillissementen tot stand kwamen en het beperkte tijdspad waarin continuïteitsplannen geconcretiseerd en geoperationaliseerd konden worden. De IGJ vertrouwde erop dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar samen aan een concreet plan van afbouw zouden werken. Ondanks dat de IGJ het belang van een gezamenlijke aanpak benadrukte, bleek in de praktijk achteraf dat de ziekenhuizen en zorgverzekeraar niet samenwerkten in de mate die de IGJ verwacht had.

3.3 Invulling zorgplicht

In de *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*¹⁰⁹ staat beschreven dat het huidige beleid rondom de continuïteit van zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) is verwoord in de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer getiteld *Waarborgen voor continuïteit van zorg*. De conclusie van de brief is dat ziekenhuizen in het Nederlandse zorgstelsel failliet mogen gaan, mits ze geen cruciale zorg leveren.¹¹⁰ In de brief wordt benadrukt dat partijen een verantwoordelijkheid hebben om de continuïteit van zorg te organiseren, wanneer een ziekenhuis failliet dreigt te gaan. Een van de meest belangrijke waarborgen daartoe betreft de zorgplicht van zorgverzekeraars.

In deze paragraaf wordt geanalyseerd op welke wijze verschillende partijen invulling geven aan de zorgplicht. Daarbij wordt onderzocht op welke wijze de zorgplicht een relatie heeft met het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg. Deze paragraaf omvat daartoe een analyse van de rolinterpretatie, de context en de samenloop van omstandigheden om te verklaren hoe de harde landing mogelijk was ondanks dat de zorgverzekeraar een zorgplicht had waar de NZa toezicht op hield.

¹⁰⁹ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

¹¹⁰ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

3.3.1 Zorgplicht volgens de zorgverzekeraar

In lid 1 artikel 11 van de Zorgverzekeringswet staat beschreven dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben:

“De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of*
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.”*

De zorgplicht is niet gebonden aan een bepaalde zorginstelling, het is de plicht van een zorgverzekeraar om te zorgen dat zijn verzekerden de zorg krijgen die ze nodig hebben. Zorgplicht is een resultaatverplichting en betekent dat *“de zorgverzekeraar ervoor moet waken dat de zorg toegankelijk en bereikbaar is voor zijn verzekerden en dat hij waar nodig actie onderneemt om de continuïteit te borgen”*.¹¹¹

In de brief aan de Tweede Kamer getiteld *Waarborgen voor continuïteit van zorg* staat beschreven dat zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht, zijn *“gehouden om (...) zorg voor hun verzekerden beschikbaar te houden.”*¹¹² Om dit te bewerkstelligen wordt in de brief benadrukt dat een zorgverzekeraar *“proactief beleid [zal] moeten opstellen (terugvalplan) dat beschrijft welke stappen hij onderneemt om aan zijn zorgplicht te kunnen blijven voldoen na een signaal van een aanbieder.”*

In gesprekken met Zilveren Kruis geeft de zorgverzekeraar aan dat de zorgplicht geen directe betrekking heeft op het organiseren van de continuïteit van zorg voor individuele patiënten in een ziekenhuis. De zorgverzekeraar ziet de zorgplicht als een verplichting om te garanderen dat er voor patiëntgroepen voldoende zorgcapaciteit beschikbaar is, om zo de toegankelijkheid en tijdigheid van zorg te waarborgen voor zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet zorgen dat er genoeg plaatsen zijn, maar kan niet de individuele patiëntrelatie overnemen; dat is aan artsen. Een zorgverzekeraar weet ongeveer hoeveel patiënten in een ziekenhuis liggen en hoe die over de verschillende specialismen verdeeld zijn, maar heeft op individueel niveau geen zicht wat de specifieke zorgbehoefte is. De zorgverzekeraar geeft aan dat hij dit niet voor elk individu kan organiseren, de ziekenhuizen hebben daar samen een belangrijke rol in. Individuele casuïstiek moet altijd tussen artsen onderling worden opgelost. Individuele patiënten kunnen wel bij de afdeling zorgbemiddeling van hun zorgverzekeraar terecht.

¹¹¹ NZa, *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars* Zw, 14 november 2017.

¹¹² Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

Het is voor een zorgverzekeraar beperkt mogelijk om, vóór een faillissement, in gesprek te gaan met andere ziekenhuizen om te bezien hoeveel zorg zij kunnen overnemen en hier afspraken over te maken. Voorafgaand aan een faillissement kan de zorgverzekeraar al wel een inschatting maken of aan de zorgplicht kan worden voldaan. De zorgverzekeraar kent het zorglandschap goed en heeft op basis van eigen data een beeld van hoeveel zorg vanuit de ziekenhuizen overgeplaatst moet worden en hoeveel capaciteit andere ziekenhuizen beschikbaar hebben.

In interne documentatie schreef Zilveren Kruis dat hij niet zeker wist of er op het gebied van capaciteit verplichtingen uit de zorgplicht voort zouden komen, maar hij had wel signalen dat andere aanbieders patiënten over konden nemen. Zilveren Kruis schreef dat hij dit echter pas zeker zou weten op het moment dat er een beroep op die capaciteit zou worden gedaan.

Zilveren Kruis schatte in dat de capaciteit er qua beddenaantallen wel zou zijn. Op het gebied van de personele bezetting van deze bedden en de poli's was er echter geen zekerheid. Zilveren Kruis constateerde, in reactie op vragen van de NZa, dat zowel Amstelland als BovenIJ erg veel extra capaciteit moest vrijmaken om de zorg over te kunnen nemen; er was respectievelijk een groei van 21% en 35% nodig. Voor de regio van MC IJsselmeerziekenhuizen werd geschat dat inwoners van het verzorgingsgebied binnen 45 minuten bij een SEH zouden kunnen zijn. Ondanks de nodige onzekerheden constateerde de zorgverzekeraar dat er geen problemen met de naleving van de zorgplicht te verwachten waren.

Behalve het organiseren van voldoende capaciteit ziet de zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht ook een verplichting om verzekerden te informeren.¹¹³ Daarnaast benoemt Zilveren Kruis het verantwoord omgaan met de zorgpremie als een belangrijke invulling van de zorgplicht.

Het besluit om binnenkomende declaraties te gaan verrekenen met openstaande vorderingen heeft volgens Zilveren Kruis geen relatie tot de zorgplicht, ook niet gegeven de reële kans op een faillissement die daaruit volgt. De zorgplicht gaat volgens de zorgverzekeraar immers nadrukkelijk over de continuïteit van zorg en niet over het in stand houden van de zorgaanbieder. Daar komt bij dat beide ziekenhuizen niet als gevoelig waren aangemerkt en dat de zorgverzekeraar inschatte dat er bij de omliggende ziekenhuizen voldoende capaciteit was om patiënten op te vangen. Zilveren Kruis heeft daarom geen contact opgenomen met de NZa over het voornemen om te gaan verrekenen, noch over het daadwerkelijk besluit. De zorgverzekeraar heeft dus niet voorafgaand aan het faillissement bij de toezichthouder getoetst of er mogelijk toch aanvullende inspanningen op grond van de zorgplicht verwacht werden.

De zorgverzekeraar wist dat de kans groot was dat het besluit om te gaan verrekenen tot een faillissement zou leiden en had daarbij geen inzicht in de mate waarin het ziekenhuis in staat zou zijn om de zorg op een veilige manier af te bouwen. De verantwoordelijkheid van het voorkomen van een faillissement ligt volgens Zilveren Kruis bij de raad van

¹¹³ In dat kader heeft Zilveren Kruis na de faillissementen het callcenter opgeschaald en een noodwebsite gemaakt om mensen met vragen over de nieuwe situatie te kunnen informeren.

bestuur van een ziekenhuis. De zorgverzekeraar bevindt zich als inkoper echter wel in de positie om een concreet tijdspad te verbinden aan de snelheid waarmee een faillissement tot stand komt en de snelheid waarmee zorg daaropvolgend moet worden afgebouwd. Hierbij heeft de zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht geen noodzaak gezien om aanvullende inspanningen te verrichten en/of condities te scheppen om een gecontroleerde afbouw van zorg mogelijk te maken.

In het licht van toegankelijkheid en bereikbaarheid monitort de zorgverzekeraar het correct naleven van de zorgplicht door het monitoren van de wachtlijsten in de regio: als die na een faillissement niet langer worden, heeft het faillissement volgens Zilveren Kruis geen afbreuk aan de zorgplicht gedaan. De zorgplicht wordt door Zilveren Kruis niet afgemeten aan de patiëntervaring en het verloop van de afbouw van zorg, maar aan de vraag of de benodigde zorg in principe door de regio opgevangen kan worden.

Deelconclusie

Voor Zilveren Kruis betekende de zorgplicht voorafgaand aan het faillissement dat hij moest inschatten of er genoeg zorgcapaciteit aanwezig was in de regio. De zorgverzekeraar zag op basis van de zorgplicht geen rol voor zichzelf in de voorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg. De zorgplicht heeft hierdoor niet gefunctioneerd als waarborg voor het voorkomen van de harde landing.

3.3.2 Zorgplicht volgens de Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Hiermee is de NZa ook belast met het toezicht op de naleving van de zorgplicht. In de beleidsregel *Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*¹¹⁴ staat de zorgplicht van de zorgverzekeraar omschreven als *“één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden in het zorgstelsel die de rechtspositie van de verzekerde waarborgen”*. De zorgplicht behelst dat: *“de zorgverzekeraar er continu voor moet waken dat zorg toegankelijk en bereikbaar is voor zijn verzekerden en waar nodig actie onderneemt om de continuïteit te borgen.”* De zorgplicht is voor de NZa een resultaatsverplichting van een zorgverzekeraar richting zijn individuele verzekerden. Dit houdt in dat deze verplichting moet worden waargemaakt op het moment dat een verzekerde behoefte heeft aan zorg.

De zorgplicht betreft een open norm. Dit betekent dat de zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders zelf een belangrijke rol spelen bij het bepalen van wat tijdige en bereikbare zorg is. *“De NZa zal enkel waar nodig en mogelijk de zorgplicht nader invullen.”*¹¹⁵ Het toezicht op de zorgplicht wordt uitgeoefend met behulp van de bepalingen genoemd in de hierboven genoemde beleidsregel. De NZa kan formeel handhaven op de zorgplicht middels het opleggen van een aanwijzing of een last onder dwangsom. Ook kan de NZa in bepaalde gevallen overgaan tot openbaarmaking.

¹¹⁴ NZa, *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*, 14 november 2017.

¹¹⁵ NZa, *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*, 14 november 2017.

De NZa kan geen boete opleggen of anderszins escaleren voor het niet naleven van de zorgplicht door een zorgverzekeraar. Belangrijke instrumenten om bij te sturen op de naleving van de zorgplicht betreffen daarnaast het stellen van vragen en het aangaan van gesprekken.

In interviews geeft de NZa aan dat het open karakter van de norm ertoe leidt dat het moeilijk is om daadwerkelijk te kunnen handhaven op de uitvoering van zorgplicht. Zo is het moeilijk om te bepalen of en wanneer een zorgverzekeraar de zorgplicht goed invult. Hierbij valt te denken aan de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar en de inspanningen die hij verricht om mensen in de juiste zorgomgeving te plaatsen. De NZa beschouwt de zorgplicht niet altijd als een ondubbelzinnige norm waaraan een zorgverzekeraar op een specifiek moment ofwel voldoet, ofwel niet voldoet. De NZa benadrukt dat het vooral gaat om de processtappen die door de zorgverzekeraar worden gezet. Hierbij neemt de NZa een constructieve houding aan ten opzichte van de zorgverzekeraars. De NZa probeert begrip te hebben voor de lastige positie waarin zorgverzekeraars zich kunnen bevinden en denkt in de toezicht- en handhavingsrol waar mogelijk met de zorgverzekeraars mee. Door bijvoorbeeld een landelijk tekort aan personeel kan het logischerwijs lastig zijn voor een zorgverzekeraar om wachtlijsten weg te werken. In een dergelijk scenario verwacht de NZa dat een zorgverzekeraar in beweging komt en al het mogelijke doet om de situatie te verbeteren. Hoewel de NZa in het toezichtskader aangeeft dat de zorgplicht een resultaatsverplichting is, acht de NZa het geen productieve vorm van toezicht om direct resultaat te eisen, maar beoordeelt zij de manier waarop de zorgverzekeraar zich inspant om het probleem zo goed mogelijk op te lossen.

Deze constructieve benadering is in lijn met de toezichtsfilosofie die de NZa voor de toekomst heeft geformuleerd. Het toezicht maakt een ontwikkeling door van *rule based* naar *principle based* toezicht. Dit betekent in deze context dat de toezichthouder niet langer exact voorschrijft wat zorgverzekeraars moeten doen, met gedetailleerde voorschriften en procedures, maar meer ruimte en vertrouwen geeft aan de zorgverzekeraars om zelf afwegingen te maken ten aanzien van welke maatregelen zij precies nemen om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Het toezicht spitst zich hierdoor toe op het doel van de regelgeving. De verantwoordelijkheid voor wat precies gedaan moet worden om aan de zorgplicht te voldoen, komt meer bij de zorgverzekeraar te liggen en wordt minder door de NZa voorgeschreven. De NZa toetst of het door de wet beoogde doel wordt bereikt. Het huidige *Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars*¹¹⁶ is het resultaat van de verschuiving naar *principle based* toezicht.

In juli 2018 heeft de NZa contact gehad met Zilveren Kruis over de invulling van de zorgplicht met betrekking tot de financiële problemen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. De NZa vroeg onder andere hoe Zilveren Kruis aankeek tegen de financiële positie van de ziekenhuizen en of er mogelijk sprake was van een faillissement; op welke wijze Zilveren Kruis hierover in gesprek was met beide ziekenhuizen; hoe de continuïteit van zorg geborgd was en welke acties Zilveren Kruis ondernam mochten MC Slotervaart en/of MC Zuiderzee (locatie Lelystad van

¹¹⁶ NZa, *Beleidsregel toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars* Zwv, 14 november 2017.

MC IJsselmeerziekenhuizen) failliet gaan.¹¹⁷ De zorgverzekeraar antwoordde dat hij met beide instellingen in gesprek was, dat de financiële situatie van beide instellingen zorgelijk was, maar dat de ziekenhuizen met hun stakeholders in gesprek waren over de situatie. De ziekenhuizen hadden bovendien met Zilveren Kruis hun plan van aanpak besproken dat de situatie zou moeten stabiliseren en tot een toekomstbestendig perspectief moest leiden. Op de vraag hoe de continuïteit van zorg geborgd was en welke acties Zilveren Kruis ondernam mochten MC Slotervaart en/of MC Zuiderzee omvallen, antwoordde de zorgverzekeraar dat er voldoende capaciteit beschikbaar was in de regio om de zorgvraag op te vangen bij een eventueel faillissement. Dat was voor de NZa op dat moment voldoende.

Op 18 oktober 2018 vroeg de NZa, na contact met de IGJ over de verslechterde financiële situatie, nogmaals hoe de continuïteit geborgd was en welke acties Zilveren Kruis ondernam, mochten MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen failliet gaan.

Een dag later, op 19 oktober 2019, benadrukte de NZa het belang van een gecontroleerde afbouw bij de zorgverzekeraar. De NZa had hiermee voor ogen dat het overplaatsingsproces reeds vóór het daadwerkelijke faillissement proactief ingericht zou worden, om te voorkomen dat patiënten van de ene op de andere dag overgeplaatst zouden moeten worden – zoals dat bij een plotseling faillissement het geval kan zijn. Dezelfde dag ontving de NZa conceptanalyses over de capaciteit in de regio in het geval MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen zouden wegvallen. Deze analyses bevatten echter niet de feitelijke weergave van de capaciteit bij omliggende ziekenhuizen. Naast de eerder genoemde terughoudendheid in verband met het risico op ruchtbaarheid gaf Zilveren Kruis aan ook om mededingingsrechtelijke redenen geen expliciete uitvraag te kunnen doen bij deze ziekenhuizen.

In een brief van 13 november 2018, gericht aan Zilveren Kruis, beschrijft de NZa dat het contact met de zorgverzekeraar in de periode tussen de aanvraag tot surseance van betaling en het faillissement werd geïntensiveerd. De NZa vroeg in die periode expliciet aan Zilveren Kruis om zijn zorgplicht te waarborgen voor de patiënten van het MC Slotervaart. Daarbij gaf de NZa richting de zorgverzekeraar aan dat een gedegen afbouwplan noodzakelijk zou zijn. Tevens vroeg de NZa aan Zilveren Kruis om inzichtelijk te maken wat de daadwerkelijke capaciteit in de regio was. Ook wees de NZa de zorgverzekeraar erop dat het noodzakelijk was om nadere afspraken te maken met naburige zorgaanbieders om aan de zorgplicht te voldoen. Tot slot benadrukte de NZa in de brief van 13 november het belang dat de zorgverzekeraar *“proactief handelt, zodanig dat bij discontinuïteit van de betrokken aanbieder op ieder moment de voortzetting van de zorg verzekerd is.”*¹¹⁸

Bovenstaande proactiviteit van de zorgverzekeraar voor wat betreft het realiseren van een gecontroleerde afbouw werd door de NZa niet geëist in de periode voorafgaand aan surseance. Op 19 oktober benadrukte de NZa weliswaar het belang van een gecontroleerde afbouw richting de zorgverzekeraar, maar pas na het aanvragen van surseance stelde de NZa dat een afbouwplan noodzakelijk was.

¹¹⁷ E-mailwisseling tussen de NZa en Zilveren Kruis.

¹¹⁸ NZa, brief aan Zilveren Kruis betreffende *Reactie op uw verklaring rondom zorgplicht Slotervaartziekenhuis*, 13 november 2018.

Ondanks de aandachtspunten die de toezichthouder in de brief van 13 november benoemde, oordeelde de NZa in de brief dat de zorgplicht in de regio Amsterdam ook zonder MC Slotervaart geborgd was.¹¹⁹ De NZa bevestigde aan Zilveren Kruis dat hij de NZa in voldoende mate had aangetoond dat de ziekenhuizen in de regio Amsterdam in staat waren de patiënten van MC Slotervaart op te vangen. Daarbij sprak de NZa nog wel een aantal verwachtingen uit richting de zorgverzekeraar omtrent, onder meer, het samen met alle relevante betrokkenen doorgaan met het borgen van de continuïteit van zorg. Ook gaf zij aan het van belang te vinden dat de afbouw van poliklinische zorg in MC Slotervaart zorgvuldig plaats zou vinden

Het oordeel van de NZa dat de zorgplicht van Zilveren Kruis in de regio Amsterdam was geborgd, had betrekking op de vraag of patiënten zonder MC Slotervaart bij voldoende alternatieve aanbieders terecht konden. Daarmee benaderde de NZa de zorgplicht als een capaciteitsvraagstuk. In dit oordeel verdween de nadruk die de NZa eerder legde op: 1) het voorkomen dat patiënten van de ene op de andere dag overgeplaatst zouden moeten worden; en 2) het inrichten van een overplaatsingsproces voor faillissement.

Door deze invulling die aan het toezicht op de zorgplicht werd gegeven, viel een aantal zaken die essentieel waren voor het organiseren en/of faciliteren van een beheerste afbouw buiten de vraagstelling van de toezichthouder. Uit het toezicht op de zorgplicht vloeiden voorafgaand aan de faillissementen alleen eisen ten aanzien van de beschikbare capaciteit in de regio voort. Deze eisen waren niet verstrekkend: uit begrip voor de complexe situatie dat niemand ruchtbaarheid aan het naderend faillissement wilde geven, kon de zorgverzekeraar volstaan met een inschatting van de capaciteit op basis van de eigen gegevens. Deze inschatting hoefde voor het faillissement niet geverifieerd te worden bij de omliggende ziekenhuizen. De NZa deed daarnaast voorafgaand aan deze faillissementen geen navraag naar de inspanningen van de zorgverzekeraar ten aanzien van het uitwerken van een gedetailleerd afbouwplan, het vooraf faciliteren van voldoende capaciteit bij ontvangende ziekenhuizen, het vergewissen van de ernst van de (financiële) problemen bij het te failleren ziekenhuis, het vergewissen van de mogelijke risico's voor patiënten – zowel bij het ziekenhuis in financiële problemen als bij de ontvangende ziekenhuizen.

Doordat de zorgplicht primair werd benaderd als een capaciteitsvraagstuk, betekende dit dat de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht kon blijven voldoen indien er genoeg capaciteit in de regio was. De aanwezigheid van voldoende regionale capaciteit is een signaal dat verzekerden bij andere zorgaanbieders kunnen worden ondergebracht. Vanuit deze benadering op systeemniveau hoefde Zilveren Kruis voor de NZa voorafgaand aan het faillissement geen inzicht te hebben in de consequenties voor de individuele verzekerden die op dat moment patiënt waren in één van beide ziekenhuizen, noch wat de exacte beschikbare capaciteit van de omliggende ziekenhuizen was voor de over te dragen patiënten.

¹¹⁹ NZa, brief aan Zilveren Kruis betreffende *Reactie op uw verklaring rondom zorgplicht Slotervaartziekenhuis*, 13 november 2018.

Bovenstaande ligt in lijn met de invulling die de NZa aan haar toezicht op de zorgplicht geeft. De toezichthouder houdt de zorgverzekeraar aan het resultaat; het bepalen van de precieze activiteiten die nodig zijn om aan dit resultaat – in dit geval de zorgplicht – te kunnen voldoen is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Om zich ervan te vergewissen dat (waar nodig proactief) de juiste stappen worden gezet, kan de NZa in het kader van haar toezicht informatie opvragen en bijsturen waar nodig. Een gecontroleerde afbouw genoot in deze casus weliswaar de voorkeur van de NZa, maar de toezichthouder beschikte niet over de mogelijkheden om dit te garanderen of af te dwingen.

De NZa geeft aan dat in dit geval meespeelde dat zij de faillissementen niet op tijd zag aankomen. De tijd die resteerde voor een beheerste afbouw en het sturen daarop was daardoor korter dan verwacht. De verklaring hiervoor ziet zij in het feit dat zij niet beschikte over actuele informatie over de financiële situatie van de ziekenhuizen. Daarbij had de NZa ook weinig inzicht in het handelingsperspectief en de strategische keuzes van de zorgverzekeraar. Zilveren Kruis heeft de NZa niet meegenomen in het voornemen en het besluit om te gaan verrekenen. Dit besluit heeft de resterende tijd om tot een beheerste afbouw te komen verkort.

Tegelijkertijd biedt de filosofie van het *principle based* toezicht ook de mogelijkheid om meer in de geest van de zorgplicht toezicht te houden. Het toezichtskader is in deze casus op een manier toegepast, waarbij in de periode vóór de faillissementen minimale afstemming was over de inspanningen van de zorgverzekeraar ten aanzien van de individuele patiënt. Het toezicht op de zorgplicht werd op deze wijze in de periode voorafgaand aan de faillissementen met name een technische exercitie om te beoordelen hoe de beschikbare capaciteit was afgezet tegen het aantal patiënten.

Deelconclusies

De NZa heeft voorafgaand aan de faillissementen het belang van een gecontroleerde afbouw benadrukt bij de zorgverzekeraar. De NZa zag echter geen aanleiding om hier op dat moment verder op te sturen.

Bij haar beoordeling of de zorgplicht in de regio Amsterdam was geborgd na faillissement, legde de NZa nadruk op de vraag of er genoeg capaciteit in de regio was om patiënten op te vangen. De NZa benaderde de zorgplicht daarmee op systeemniveau.

De NZa stelt in haar toezichtskader op de zorgplicht geen eisen aan een zorgverzekeraar voor de manier waarop een ziekenhuis moet worden afgebouwd. Het toezicht door de NZa heeft hiermee niet bijgedragen aan het voorkomen van de harde landing.

3.4 Werking van het zorgstelsel voorafgaand aan een faillissement

De eerdere paragrafen van dit hoofdstuk gaven op het handelingsniveau van de verschillende actoren antwoord op de vraag hoe kan worden verklaard dat de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben geleid tot een harde landing. De mogelijke gevolgen van ruchtbaarheid aan de financiële problemen belemmerden ziekenhuizen en zorgverzekeraar in het treffen van een vergaande voorbereiding en zij kwamen samen niet tot akkoord voor een gecontroleerde afbouw van zorg. De zorgverzekeraar en de NZa oordeelden dat een gecontroleerde afbouw van zorg geen noodzakelijke voorwaarde was voor het voldoen aan de zorgplicht.

In deze paragraaf gaan we nader in op vraag hoe we in het licht van bovengenoemde bevindingen de rol van het stelsel in het ontstaan van de problematiek kunnen verklaren.

Centraal staan:

- Het dilemma binnen het stelsel op het moment dat ziekenhuizen in financiële problemen worden geconfronteerd met een mogelijk faillissement.
- De verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg.

3.4.1 Afweging bedrijfscontinuïteit en zorgcontinuïteit

Een ziekenhuis levert niet alleen zorg, maar spant zich ook in om binnen het stelsel te overleven. MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hadden in de zomer van 2018 weliswaar verschillende scenario's geschetst, waaronder een volledige afbouw, maar hebben uitsluitend de transitieplannen uitgewerkt. De redenering die hieraan ten grondslag lag was dat inspanningen gericht op afbouw de mogelijkheid voor transitie zouden kunnen ondermijnen.

Datzelfde gold voor het delen van informatie met andere partijen binnen het stelsel. Ziekenhuizen in financiële problemen lopen een risico door informatie bloot te stellen aan de krachten van de markt. Door een bericht van financiële onrust kunnen marktpartijen en patiënten het vertrouwen in het ziekenhuis verliezen, waardoor de situatie voor het noodlijdende ziekenhuis verslechtert. Een noodlijdend ziekenhuis kan zich daardoor tot geen enkele partij binnen het stelsel wenden zonder het risico te lopen hiermee het definitieve faillissement te garanderen of te bespoedigen. Het risico bestaat dat de zorgverzekeraar het vertrouwen in het voortbestaan van de onderneming verliest en bijvoorbeeld een blokkade op de betalingen instelt. Voorts bestaat het risico de IGJ in de financiële problemen aanleiding ziet om de kwaliteit van zorg in twijfel te trekken, waardoor het ziekenhuis verder in de problemen kan raken. Daarnaast concurreren omliggende ziekenhuizen met elkaar op dezelfde zorg- en arbeidsmarkt.

Vanwege het risico dat het delen van informatie over financiële problemen een faillissement juist naderbij brengt is het verklaarbaar dat een ziekenhuis in financiële problemen zich focust op het veiligstellen van de bedrijfscontinuïteit en transitie scenario's, en daardoor beperkte openheid van zaken geeft. Voor het waarborgen van zorgcontinuïteit is het echter van belang dat een ziekenhuis zich zowel intern als extern voorbereid.

Intern vraagt dit bijvoorbeeld om het opstellen van een operatieplanning, het actualiseren van patiëntendossiers, afstemming over de volgorde van de afbouw van zorgfuncties en interne communicatie hierover. Voor de externe voorbereiding moeten ziekenhuizen afspraken maken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio over de zorgoverdracht en afstemming zoeken over het zorgaanbod na het faillissement. Voor beide vormen van voorbereiding is een vorm van openheid noodzakelijk.

De mogelijke gevolgen van transparantie over financiële problemen maakte het voor MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen moeilijk om een gedegen voorbereiding te treffen voor een afbouwscenario waarbij samen met andere partijen de overdracht van patiënten op individueel niveau zou worden geregeld. De marktwerking in het zorgstelsel gaf daarmee prikkels om deze voorbereiding uit te stellen tot het laatste moment. Pas op het moment dat de ziekenhuizen zeker wisten dat een faillissement onafwendbaar was, konden zij binnen het huidige stelsel overgaan tot een voorbereiding op de gecontroleerde afbouw van zorg. Dit was voor de ziekenhuizen het natuurlijke moment om een afbouwplan operationeel uit te werken. Pogingen dit op een eerder moment te doen hadden een faillissement kunnen bespoedigen, waardoor het risico zou ontstaan dat er onvoldoende tijd zou zijn om een gedegen voorbereiding te treffen en dat de afbouw van zorg alsnog gehaast, geïmproviseerd en onvoorbereid had moeten plaatsvinden.

Deelconclusie

Vanwege mogelijk nadelige effecten van het uitwerken van een afbouwscenario richtten MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen zich lang op het behoud van de eigen bedrijfscontinuïteit en begonnen zij niet tijdig aan de voorbereiding op het faillissement. Pas op het moment dat het faillissement onafwendbaar was, vervielen voor hen de belemmeringen voor het treffen van een voorbereiding op een faillissementsscenario. Marktwerking in het zorgstelsel geeft prikkels om deze voorbereiding uit te stellen tot het laatste moment.

3.4.2 Verantwoordelijkheid voor organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg

Vorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg kost tijd en geld. Een ziekenhuis dat op het punt staat om failliet te gaan beschikt niet over de financiële middelen om dit te kunnen organiseren. MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen waren afhankelijk geworden van de zorgverzekeraar om de voorbereidingsperiode te bekostigen.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor het organiseren van continuïteit van zorg is de zorgverzekeraar gehouden aan de zorgplicht. Om hier aan te voldoen, heeft de zorgverzekeraar voorafgaand aan de faillissementen de capaciteit van het zorgaanbod in de regio geraamd. De ziekenhuizen hadden de zorgverzekeraar nodig om tot gecontroleerde afbouw van zorg te komen, maar in de huidige wet- en regelgeving is niet expliciet geformuleerd wat de rol van de zorgverzekeraar is bij het garanderen van een gecontroleerd ziekenhuisfaillissement. Hierdoor zag de zorgverzekeraar voorafgaand aan de faillissementen geen rol voor zichzelf om gezamenlijk met de ziekenhuizen aan een plan voor gecontroleerde afbouw te werken. Omdat de NZa had verwacht dat er

meer tijd zou zijn voor de voorbereiding op de faillissementen, verlangde zij voorafgaand aan de faillissementen geen verantwoording over de garanties om tot gecontroleerde afbouw te komen. In die periode heeft de NZa zich ervan vergewist of de zorgverzekeraar over voldoende alternatief zorgaanbod zou kunnen beschikken voor zijn verzekerden en heeft hierbij het belang van een gecontroleerde afbouw benadrukt. De zorgplicht voorzag niet in een expliciete verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar om bij te dragen aan een gezamenlijk afbouwplan. Hierdoor kwam de voorbereiding van een gecontroleerde afbouw volledig aan op de bijna failliete ziekenhuizen, die na het besluit om te gaan verrekenen niet over de middelen beschikten om hierin te kunnen voorzien.

De ziekenhuizen hadden echter in de aanloop naar de faillissementen andere verwachtingen ten aanzien van de manier waarop Zilveren Kruis invulling zou geven aan zijn zorgplicht. Zo beschreef de bestuurder van een van de ziekenhuizen op 22 oktober 2018 de zorgplicht als volgt: *“Onderdeel van de zorgplicht is dat de zorgverzekeraar actief meedenkt met de gecontracteerde zorgaanbieder over het herstel en/of het afbouwplan of een scenario waarin de zorgaanbieder wordt overgenomen om daarmee te bereiken dat voldoende zorg op een veilige wijze beschikbaar zal zijn.”*¹²⁰

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg is in de huidige wet- en regelgeving niet expliciet en samenhangend belegd. Het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg komt niet aan de orde in de brief *Waarborgen voor continuïteit van zorg*, en wordt niet uitgewerkt in het *Toezichtkader zorgplicht*. Het onderwerp komt wél aan de orde in de *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*. Dit document spreekt over een *“verantwoorde afbouw van zorg”*.¹²¹ Een curator, die aan de slag gaat met dit document, wordt echter pas actief op het moment dat het faillissement eenmaal een feit is. In de casus van MC Slotervaart bleek dit moment te laat om nog een gecontroleerde afbouw van acute zorg te organiseren. In de casus van MC IJsselmeerziekenhuizen bleek dit moment te laat om nog een gecontroleerde afbouw van acute en klinische verloskunde voor te bereiden.

De toezichthouders zijn niet bij machte gebleken om binnen het stelsel een gecontroleerde afbouw van zorg af te dwingen. De IGJ kan de ziekenhuizen hooguit adviseren op welke manier zij om kunnen gaan met de dilemma's die het stelsel opwerpt, maar erkent tegelijkertijd de complexiteit van deze exercitie. De NZa onderstreepte het belang van een gecontroleerde afbouw bij de zorgverzekeraar, maar was beperkt in haar mogelijkheden om dit af te dwingen. Het externe toezicht functioneerde hiermee niet als een waarborg binnen het stelsel om een gecontroleerde afbouw van zorg voor individuele patiënten af te dwingen.

Het ministerie van VWS heeft geen actieve rol op zich genomen in de aanloop naar de faillissementen. Zijn uitgangspunt was dat het ministerie formeel geen rol heeft in het stelsel om voorafgaand aan een faillissement van een niet-cruciale zorgaanbieder in actie te komen en dat het stelsel zijn werk moest doen. Ook het ministerie heeft het belang

¹²⁰ E-mailwisseling tussen de IGJ en een bestuurder van één van de failliete ziekenhuizen.

¹²¹ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

van een gecontroleerde afbouw benadrukt, maar geeft aan dat de keuze voor een gecontroleerde afbouw uiteindelijk een afweging van de partijen zelf betreft.

Deelconclusies

Om tot een gecontroleerde afbouw van zorg te komen hebben zorgaanbieder en zorgverzekeraar elkaar nodig. De verantwoordelijkheidsverdeling voor het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg is binnen het stelsel echter niet expliciet en samenhangend belegd. Zo is de zorgplicht niet expliciet over de rol van de zorgverzekeraar ten aanzien van de voorbereiding op een ziekenhuisfaillissement en is er geen expliciete wettelijke verplichting om een ziekenhuisfaillissement gecontroleerd te laten verlopen. In deze casus werd de verantwoordelijkheid voor het afbouwen van zorg bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen neergelegd, die hier niet in konden voorzien vanwege de ernstige financiële problemen. Daarnaast zijn de toezichthouders niet bij machte gebleken om binnen het stelsel een gezamenlijke en gecontroleerde afbouw van zorg af te dwingen.

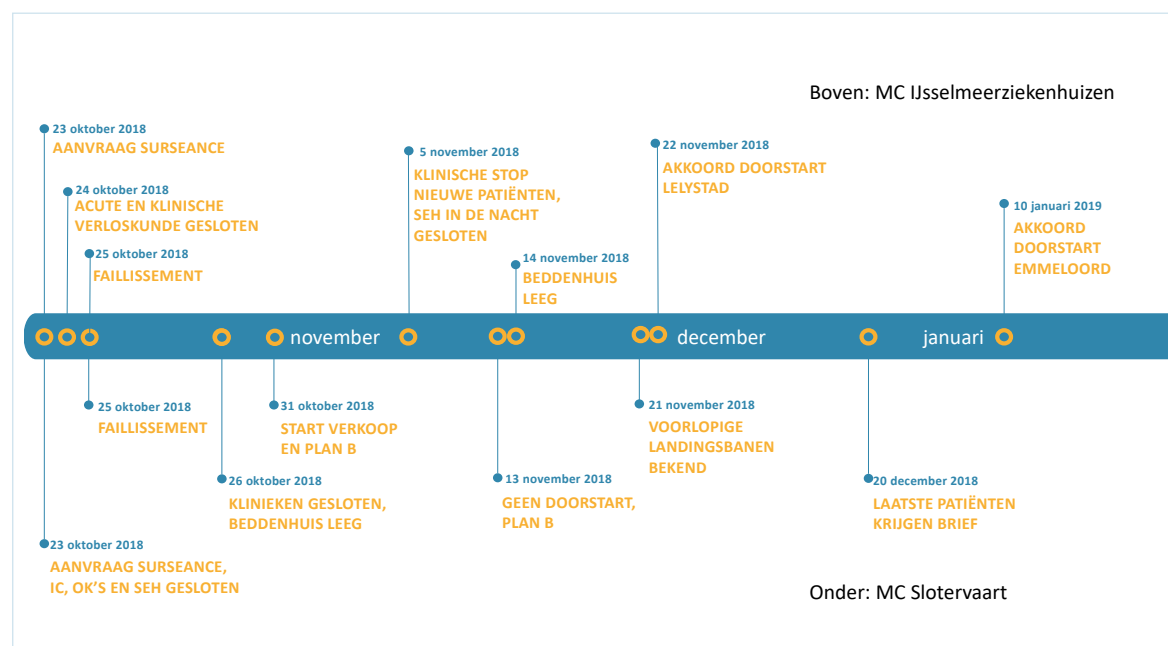
De zorgplicht en het toezicht hebben niet gefunctioneerd als waarborgen binnen het stelsel om tot een gecontroleerde afbouw van zorg te komen.

4 ANALYSE VAN DE AFBOW VAN ZORG

In hoofdstuk 2 is de wijze waarop de afbouw en overdracht van zorg in MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen heeft plaatsgevonden beschreven en wordt ingegaan op de risico's voor de patiëntveiligheid die hierbij zijn ontstaan. In hoofdstuk 3 is de aanloop naar de faillissementen beschreven en is geanalyseerd waarom er een gebrek aan voorbereiding was. Dit gebrek aan voorbereiding is van grote invloed geweest op de wijze waarop de afbouw van zorg heeft plaatsgevonden tijdens de afwikkeling van de faillissementen. Dit hoofdstuk beschrijft de dynamiek van handelen tijdens de afwikkeling van de faillissementen. Aan de ene kant is deze dynamiek bepalend geweest voor de wijze waarop risico's voor de patiëntveiligheid werden beheerst. Aan de andere kant kwamen er in deze dynamiek ook nieuwe risico's voor de patiëntveiligheid tot stand. Paragraaf 4.1 somt een aantal sleutelmomenten in de afwikkeling van de faillissementen op. In paragraaf 4.2 worden vervolgens een vijftal knelpunten uitgelicht in de afbouw, overdracht en/of doorstart van zorg tijdens de afwikkeling van de faillissementen. Twee achterliggende thema's van deze knelpunten zijn tegengestelde belangen en de rolopvatting van betrokken partijen. Deze worden respectievelijk besproken in paragraaf 4.3 en 4.4.

4.1 Sleutelmomenten in de afbouw van zorg

In de onderstaande tijdlijn zijn de sleutelmomenten in de afbouw van zorg benoemd.



Figuur 3: Tijdlijn van de afwikkeling van de afbouw van zorg van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen.

De surseance en het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen betekenden dat de (poli)klinische zorg moest worden afgebouwd en/of doorgestart. Voor MC Slotervaart begon deze afbouw abrupt, omdat in de acute as van het ziekenhuis veel personeel niet in loondienst werkte dat niet meer kwam werken. De IC, OK en SEH moesten worden gesloten en klinische patiënten moesten worden overgedragen aan andere ziekenhuizen.

Tijdens de afbouw van klinische zorg in MC Slotervaart heeft het medisch personeel met veel inzet gewerkt aan de overdracht van de klinische patiënten aan omliggende ziekenhuizen. Dit werd onder grote tijdsdruk, binnen drie dagen gerealiseerd. Het overdragen van de poliklinische patiënten kostte echter meer tijd. Het ging om veel meer patiënten, die bovendien nog in kaart moesten worden gebracht. Daarnaast bestond de mogelijkheid van een doorstart van het ziekenhuis, wat bij sommige partijen tot vertragend, strategisch gedrag heeft geleid. Zodoende verkeerden de poliklinische patiënten geruime tijd in onzekerheid over de continuïteit van hun diagnose- en/of behandeltrajecten. Dit wordt verder uiteengezet in de volgende paragrafen.

Bij MC IJsselmeerziekenhuizen bleef de klinische zorg in eerste instantie in stand (met uitzondering van acute en klinische verloskunde en de SEH), waardoor overdracht van klinische patiënten niet per direct noodzakelijk was. Dit kwam mede doordat de personele bezetting van de acute as in stand kon worden gehouden, omdat de curatoren een overeenkomst bereikten met zorgverzekeraars over de financiering van de zorg tot aan de doorstart. Een belangrijk vraagstuk was hoe acute patiënten in het verzorgingsgebied van MC IJsselmeerziekenhuizen konden worden opgevangen door omliggende ziekenhuizen. Er waren daarnaast ook poliklinische zorgfuncties die na de doorstart op een andere locatie werden voortgezet, zoals bariatrie.

4.2 Dynamiek van handelen tijdens de afbouw van zorg

Op het moment dat MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aanvroegen, werd direct duidelijk dat er gehandeld moest worden om zowel klinische als poliklinische patiënten veilige zorg en continuïteit van individuele diagnose- en behandeltrajecten te bieden. Deze paragraaf beschrijft het handelen van betrokken partijen om deze veiligheid en continuïteit van zorg te bieden en de knelpunten die daarbij zijn ontstaan.

4.2.1 De opdracht van een curator

Toen op 25 oktober 2018 MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen failliet werden verklaard, werden bij beide ziekenhuizen de bewindvoerders die waren aangesteld op de dag van surseance op dat moment aangesteld als curator. Bij hun aanstelling werden deze curatoren geconfronteerd met twee verschillende opdrachten.

Vanuit de Faillissementswet is een curator belast met het beheer en de vereffening van de failliete boedel.¹²² Vanuit die opdracht dienen zij de belangen van schuldeisers zo

¹²² Artikel 68, Faillissementswet.

goed mogelijk te behartigen. In het belang van de schuldeisers kan een curator ervoor kiezen om de activiteiten van een zorginstelling te stoppen.¹²³ Op grond van de faillissementswet is een curator echter ook bevoegd om het gefailleerde bedrijf voort te zetten.¹²⁴ Deze voortzetting kan in het belang zijn van de schuldeisers, bijvoorbeeld wanneer voortzetting de kans op een doorstart vergroot.

Wanneer een curator ervoor kiest om de zorgactiviteiten van een ziekenhuis te continueren, wordt de WTZi-toelating¹²⁵ van het ziekenhuis voortgezet. Tegelijkertijd betekent dit dat een curator het eerste aanspreekpunt wordt voor de IGJ en daarbij verantwoordelijk wordt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.^{126,127} Deze verantwoordelijkheid is vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en wordt benadrukt in de *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*.¹²⁸ In deze handreiking staat dat de “curator zich er van moet vergewissen dat voortzetting dan wel afbouw op een voor de patiënt veilige en verantwoorde wijze plaatsvindt.” De curator handelt hiermee primair in het belang van de patiënten.

Aan de ene kant kregen de curatoren dus de opdracht mee om de belangen van schuldeisers zo goed mogelijk te behartigen. Dit betekent dat getracht wordt om schuldeisers zo veel mogelijk terug te betalen. Tegelijkertijd moesten de curatoren ervoor zorgen dat de afbouw, dan wel doorstart van de zorg, op een voor de patiënt veilige en verantwoorde wijze plaatsvond. Van belang hierbij is dat voortzetting van zorgactiviteiten altijd nodig is om een gecontroleerde, patiëntveilige afbouw van zorg te waarborgen; ook wanneer de curator ervoor kiest om een doorstart niet na te streven. Een afbouw of doorstart van zorg naar aanleiding van een ziekenhuisfaillissement brengt dus altijd een investering in personeel, diensten en middelen met zich mee, waarvoor een zorgverzekeraar boedelkrediet ter beschikking kan stellen. Dergelijke uitgaven zijn primair in het belang van de patiënt. Indien het boedelkrediet niet of niet tijdig beschikbaar komt, moet een curator een afweging maken of hij uitgaven doet ten behoeve van de patiënt of handelt in het belang van de schuldeisers.

Wanneer schuldeisers het gevoel hebben dat aan hun belang onvoldoende tegemoet is gekomen, kunnen zij de curator aansprakelijk stellen. Tijdens het balanceren tussen de twee opdrachten die de curatoren meekregen, liepen zij dan ook een persoonlijk risico door zich op het belang van de patiënt en de patiëntveiligheid te richten.

Daar komt bij dat een curator over het algemeen geen ervaring heeft met de afwikkeling van een failliet ziekenhuis. Een curator die binnenkomt in een ziekenhuis dat in rep en roer is, heeft behoefte aan een duidelijk handelingsperspectief: te ondernemen acties om de continuïteit van zorg te garanderen. De *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren* geeft een overzicht van hoe de zorg in grote lijnen werkt, maar biedt

¹²³ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

¹²⁴ Artikel 98, Faillissementswet. Indien er geen commissie uit de schuldeisers is benoemd, heeft de curator de machtiging van de rechter-commissaris nodig om het gefailleerde bedrijf voort te zetten.

¹²⁵ Wet Toelating zorginstellingen. Een zorgaangebieder moet een WTZi-toelating aanvragen als deze organisatie zorg wil leveren die wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet of de Wet Langdurige Zorg.

¹²⁶ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

¹²⁷ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Brief V2007434: *Stand van zaken patiëntveiligheid en overdracht patiëntenzorg en -dossiers*. 8 november 2018.

¹²⁸ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

geen handelingsperspectief. De curatoren van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen geven aan dat de handreiking niet heeft kunnen voorzien in de behoeften die zij tijdens de afwikkeling van het faillissement hadden (zie voorbeelden in blauwe kader).

Doorbetaling ziekenhuispersoneel

Voor de curatoren was het van belang dat personeel binnen de ziekenhuizen beschikbaar bleef. Om die reden moest de doorbetaling van personeel zeker worden gesteld. Bij een faillissement neemt het UWV de loonbetalingen van personeel in loondienst voor maximaal zes weken over. Deze regeling geldt echter niet voor personeel dat niet in loondienst is. Gevolg was dat een groot aantal zorgverleners na de aanvragen van de surseances van betaling niet meer kwam werken. Daarnaast bleek de termijn van zes weken te kort te zijn voor de afbouw van zorgactiviteiten in de ziekenhuizen. De curatoren van beide ziekenhuizen moesten het personeel eerst ontslaan om vervolgens een deel van hen opnieuw in dienst te nemen.¹²⁹ Het UWV betaalt bovendien een maximumdagloon. Indien het loon boven dit bedrag uitkomt, betaalt het UWV maximaal 150% van dit maximumdagloon. De salarissen van de medisch specialisten in MC Slotervaart lagen boven dit maximum. Deze specialisten wilden het verschil tussen hun oude salaris en de maximale UWV-uitkering gecompenseerd krijgen. Als dat niet zou gebeuren, dreigden ze het werk neer te leggen. Onder deze druk heeft Zilveren Kruis de UWV-uitkering aangevuld tot het salaris dat de specialisten vóór het faillissement ontvingen.

Vervallen van de medische aansprakelijkheidsverzekering

Het faillissement was direct aanleiding voor het vervallen van de medische aansprakelijkheidsverzekering. Ziekenhuizen verzekeren hun medisch personeel tegen het risico van medische aansprakelijkheid. Deze verzekering was in dit geval afgesloten door MC IJsselmeerziekenhuizen en specialisten van MC Slotervaart waren op dezelfde polis meeverzekerd. De verzekering betrof een zogenaamde *claims-made* polis, waarvoor het ziekenhuis eerst een eigen risico betaalt voordat de verzekeraar uitkeert. Op het moment dat MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aanvroeg, verviel deze medische aansprakelijkheidsverzekering. Nadat in eerste instantie het ministerie van VWS garant stond voor het eigen risico, heeft uiteindelijk Zilveren Kruis deze garantie op zich genomen.

Om het gebrek aan ervaring met de afwikkeling van een ziekenhuis op te vangen, kan een curator gebruik maken van zorginhoudelijke expertise. Ook in dat geval is het afhankelijk van de curator hoe deze daarmee omgaat. Zo bood het ministerie van VWS de curatoren externe adviseurs aan om hen bij te staan met inhoudelijke en organisatorische expertise. De curatoren van MC Slotervaart hebben het aanbod van het ministerie geaccepteerd, maar de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen hebben de aangeboden expertise uiteindelijk afgeslagen. Zij hebben kortstondig een externe

¹²⁹ Normaliter vindt een doorstart uiterlijk aan het einde van de opzegtermijn (zes weken) plaats. De doorstartende partij stelde niet klaar te zijn voor de doorstart, waarop personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen is ontslagen en weer is aangenomen om gedurende de transitieperiode de zorg voort te kunnen zetten.

expert aan zich verbonden, maar na verloop van tijd voor de zorginhoudelijke expertise voornamelijk gebruik gemaakt van de medische staf en de IGJ. In beide gevallen hebben de curatoren zich zorginhoudelijk laten adviseren, maar het is geen gegeven dat een volgende curator dit ook doet.

Deelconclusies

De opdracht van een curator om aan het belang van de schuldeisers tegemoet te komen kan conflicteren met de verantwoordelijkheid voor het waarborgen van de patiëntveiligheid. Het is afhankelijk van de curator hoe deze omgaat met de situatie. Binnen het stelsel zijn geen waarborgen dat een curator het maatschappelijk belang boven het belang van de schuldeisers stelt.

Een curator wordt geconfronteerd met gangbare handelingsprincipes na een faillissement, zoals de zeswekentermijn en het maximumdagloon voor personeel en het komen te vervallen van verzekeringen. Dergelijke principes zijn echter onvoldoende toegesneden op het faillissement van een ziekenhuis, wat de continuïteit van zorg in het geding brengt.

4.2.2 De crisisorganisatie in MC Slotervaart

Ziekenhuizen zijn wettelijk verplicht zich voor te bereiden op rampen en grootschalige ongevallen. Daartoe stellen zij *Ziekenhuis Rampen Opvang Plannen* (ZiROP's) op. Dit zijn plannen waarin de rollen, taken, verantwoordelijkheden en een aansturingsketen beschreven staan bij een rampscenario. Daarnaast vroeg de IGJ aan de ziekenhuizen om een continuïteitsplan op te stellen. Betrokkenen geven aan dat het ZiROP en het continuïteitsplan in het geval van het faillissement van MC Slotervaart geen effectieve instrumenten bleken om de crisisorganisatie vorm te geven. Dit had een aantal redenen.

Ten eerste was het ongecontroleerd faillissement een interne organisatorische crisis. De raad van bestuur verloor de zeggenschap over de financiële aansturing van het ziekenhuis. De curatoren, die geen ervaring hadden in het aansturen van een ziekenhuis, zetten de activiteiten van MC Slotervaart tijdelijk en gedeeltelijk voort. De IGJ schoof een aantal inspecteurs naar voren om intensiever toezicht te houden en de curatoren te voorzien van zorginhoudelijk advies. Door deze veranderingen kwam de aansturingsketen in het ziekenhuis onder druk te staan. Er was tijd nodig om de organisatiestructuren opnieuw in te richten.

Ten tweede moest de klinische zorg in MC Slotervaart na het wegvallen van het personeel niet in loondienst (PNIL) onverwacht snel worden afgebouwd als beheersmaatregel om de patiëntveiligheid te kunnen garanderen.¹³⁰ Daarnaast waren er vooraf geen afspraken gemaakt met leveranciers over de levering en beschikbaarheid van materieel.

¹³⁰ Het hoge percentage PNIL stond al jaren op de agenda als een financieel risico voor de bedrijfsvoering van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen. Geen enkele partij had zich echter van tevoren gerealiseerd dat er ook een risico voor de continuïteit van zorg aan verbonden was.

Zo is er kortdurend sprake geweest van een tekort aan bloed in het ziekenhuis.¹³¹ Door het acute wegblijven van PNIL en de onzekerheid over de beschikbaarheid van materieel was het voor medisch personeel onduidelijk welke functies in het ziekenhuis nog operationeel waren. Hierdoor wisten zorgverleners niet zeker welke zorginhoudelijke handelingen nog veilig konden worden uitgevoerd en of er wel achtervang aanwezig was om eventuele complicaties op te vangen.

Tot slot had deze crisis gevolgen die het medisch personeel raakten in hun persoonlijk leven. Tegelijkertijd werd van hen verwacht dat zij zich zouden blijven inzetten voor de zorg voor patiënten; zonder dat daarvoor de organisatorische randvoorwaarden aanwezig waren. In tegenstelling tot de rampen- en continuïteitplannen waarin rollen, taken verantwoordelijkheden en aansturingsketens waren gedefinieerd, werd tijdens de praktische afwikkeling van het faillissement van MC Slotervaart dus een beroep gedaan op het improvisatievermogen en de veerkracht van zorgverleners om zo goed mogelijk zorg te blijven leveren.

Een lid van het operationeel crisisteam van MC Slotervaart geeft in een gesprek aan dat het in de eerste fase opviel dat niemand echt wist wat hij moest doen. Het crisisteam kon niet terugvallen op het continuïteitsplan, omdat dit plan operationeel geen houvast bood. De bestuurlijke en operationele crisisteams hebben vooral veel overleg gevoerd om een duidelijk beeld van de situatie te krijgen, maar hadden moeite om hieraan concrete acties te verbinden. Een aantal leden van de crisisorganisatie is individueel aan de slag gegaan om samen met het overgebleven medisch personeel op eigen inzicht te doen wat nodig was. Het medisch personeel geeft in gesprekken met de Onderzoeksraad aan dat niet duidelijk was wie waarvoor verantwoordelijk was, waar risico's gemeld konden worden en wat onder de crisisomstandigheden gedaan moest worden. Daarnaast was het medisch personeel dermate aangeslagen dat de normale processen niet meer volledig werden gevolgd. Zo heeft een arts een patiënt met een zeer hoge bloeddruk door het hele ziekenhuis moeten begeleiden omdat ander medisch personeel niet op de gebruikelijke manier te bereiken waren.

Deelconclusie

Doordat een faillissement een ziekenhuis raakt in de kern van de organisatie, wordt ook de organisatie van het crisismanagement geraakt. Een ongecontroleerd faillissement leidt tot chaotische situaties. Hierbij wordt een groot beroep gedaan op het improvisatievermogen en de veerkracht van het medisch personeel, zonder dat de condities zijn georganiseerd om het medisch personeel in staat te stellen kwaliteit en veiligheid van zorg te blijven leveren.

¹³¹ Een tekort aan bloed en andere essentiële zaken komt vaker voor bij ziekenhuizen. Dan wordt het probleem aangepakt volgens protocol; in de chaotische context van het faillissement, waar al veel geregeld moest worden, vergrootten dergelijke problemen de complexiteit en de verwarring.

4.2.3 De coördinatie in de regio van MC IJsselmeerziekenhuizen

Na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen werden de meeste zorgfuncties op dezelfde locatie per 1 maart 2019 overgenomen door de doorstartende partij, het ziekenhuis St Jansdal. Klinische patiënten konden voorlopig blijven omdat het ziekenhuis in Lelystad open bleef. Dit gold niet voor de acute en klinische verloskunde van MC IJsselmeerziekenhuizen, die werden de dag na het aanvragen van surseance van betaling gesloten. Het opvallende hieraan is dat de bestuursvoorzitter van MC IJsselmeerziekenhuizen op 4 oktober 2018 in gesprek met de IGJ nog aangaf acute verloskunde tot enkele weken na het faillissement te willen continueren vanwege beperkte uitwijkmogelijkheden.

Indien het aanbod van acute zorg door een ketenpartner in een ROAZ-gebied gewijzigd wordt, dient dit op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) vooraf gemeld te worden aan het ROAZ. Om te voorkomen dat er gaten vallen in het aanbod van acute zorg worden voorgenomen wijzigingen vervolgens in het ROAZ beoordeeld op de effecten voor de totale beschikbaarheid van de acute zorg in de regio. In het verslag van het ROAZ van 29 oktober 2018 staat echter dat “[d]oor specifieke omstandigheden deze weg bij de MC Zuiderzee voor wat betreft de verloskunde niet [is] gevolgd en [daarom] proberen we nu achteraf vast te stellen waar de risico’s liggen om samen met de zorgverzekeraars de knelpunten op te kunnen pakken”.¹³² Dit betekent dat er bij MC IJsselmeerziekenhuizen acute functies zijn stopgezet zonder dat hierover overleg plaats had gevonden met de ziekenhuizen in de regio. De risico’s die hieruit volgden moesten met terugwerkende kracht worden geanalyseerd en geadresseerd.

In de eerste fase na het faillissement vond er tevens een simultane SEH-stop plaats in de regio van MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit kon gebeuren doordat ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk binnen het ROAZ van de regio Zwolle valt, en het ziekenhuis in Almere binnen het ROAZ van de regio AMC. Hierdoor waren de SEH-stops niet op elkaar afgestemd. Pas na druk vanuit de IGJ kwam het binnen het ROAZ tot onderlinge afstemming met betrekking tot de SEH-stops. Ook op dit punt vond de regionale coördinatie over de effecten van het faillissement reactief plaats.

Deelconclusie

In de regio van MC IJsselmeerziekenhuizen zijn acute functies in het zorgaanbod stopgezet, zonder dat dit met de ziekenhuizen in de regio is afgestemd. Hierdoor moesten na stopzetting de risico’s voor de patiëntveiligheid worden geïnventariseerd en beheersmaatregelen worden genomen.

¹³² SpoedZorgNet en Netwerk acute zorg regio Zwolle, *Verslag gelegenheid ROAZ i.v.m. de situatie rondom MC Zuiderzee verloskunde*, 29 oktober 2018.

4.2.4 De overdracht van patiënten

De overdracht van patiënten begon in MC Slotervaart met de overdracht van klinische patiënten. De klinische afbouwfase liet zich kenmerken door het uitgangspunt van het patiëntbelang: het handelen van betrokkenen was er op gericht om klinische patiënten op een zo veilig mogelijke manier continuïteit van zorg te bieden. In MC Slotervaart begonnen daarna, in de poliklinische fase, parallelle trajecten te lopen: een traject om een overnamekandidaat te vinden en een traject om de zorg af te bouwen en het ziekenhuis te sluiten. MC IJsselmeerziekenhuizen bleef in de eerste fase na het faillissement open, waardoor klinische patiënten konden blijven en volgens hun behandeltraject werden ontslagen. Daarom waren bij MC IJsselmeerziekenhuizen in de eerste fase minder patiënten¹³³ die moesten worden overgedragen dan bij MC Slotervaart. Doordat MC IJsselmeerziekenhuizen geen nieuwe patiënten opnam, kwam het beddenhuis uiteindelijk ook leeg te staan. Een grote groep poliklinische patiënten kon uiteindelijk in Lelystad blijven, omdat ziekenhuis St Jansdal een doorstart realiseerde. Aangezien St Jansdal weinig medisch personeel overnam van MC IJsselmeerziekenhuizen, moesten veel poliklinische patiënten worden overgedragen aan een nieuwe arts.

In de manier waarop de overdracht van poliklinische patiënten heeft plaatsgevonden ontstonden twee knelpunten. Ten eerste ontbrak het in de eerste twee weken aan regie op de overdracht van deze patiënten. Zo stuurde Zilveren Kruis in het eerste weekend van november 2018 een e-mail aan de curatoren van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, omdat er misverstanden dreigden te ontstaan over de rol van zorgverzekeraars. In de e-mail stelde Zilveren Kruis dat medisch specialisten, op grond van goed hulpverlenerschap, verplicht zijn om te zorgen voor een goede overdracht van patiënten en hun medische dossiers. De zorgverzekeraar vervolgde dat het ziekenhuis medeverantwoordelijk was en aansprakelijkheid droeg om ervoor te zorgen dat een overdracht van patiënten en hun gegevens binnen de beschikbare tijd plaats zou vinden. Zilveren Kruis stelde dat de verantwoordelijkheid voor de overdracht derhalve bij de curatoren en medisch specialisten lag, een lezing die op een later moment door de NZa en de IGJ werd onderschreven. In het geval de curatoren zouden concluderen dat de specialisten niet in staat waren om de overdracht binnen de beschikbare tijd te realiseren, zou volgens de zorgverzekeraar een unieke situatie ontstaan en verwees in dat geval voor advies naar de IGJ.

De curator van MC Slotervaart sprak de lezing van Zilveren Kruis tegen, omdat hij van mening was dat deze te veel van de gebruikelijke situatie uit bleef gaan. De bijzondere context van het failliete ziekenhuis maakte dat het zonder de steun van andere partijen, waaronder de zorgverzekeraar, zijn verplichtingen niet kon nakomen. De curatoren waren belast met het beheer en de vereffening van de boedel, wat wezenlijk anders was dan de *“voortzetting van de op het ziekenhuis rustende zorgplicht richting de patiënt”*.¹³⁴ Deze zorgplicht van het ziekenhuis hield volgens de curator een vorm van voortzetting van zorgactiviteiten in, terwijl een faillissement zich richtte op liquidatie in het geval een doorstart niet aan de orde zou zijn. MC Slotervaart kon bovendien alleen zorg voortzetten met de financiële steun van de zorgverzekeraars en het was de verwachting dat medisch specialisten zouden vertrekken. Daardoor lag volgens de curatoren de primaire

¹³³ Ten tijde van de afschaling van het beddenhuis op 14 november 2018 is één patiënt door MC IJsselmeerziekenhuizen uitgeplaatst.

¹³⁴ E-mailwisseling tussen curatoren MC Slotervaart en Zilveren Kruis, 4 november 2018.

verantwoordelijkheid voor de (tijdelijke) continuïteit van zorg in het ziekenhuis eerder bij de zorgverzekeraars dan bij curatoren. Oftewel, Zilveren Kruis en de curatoren legden de verantwoordelijkheid voor zorgoverdracht bij elkaar neer.

Het tweede knelpunt was dat de overdracht van poliklinische patiënten van MC Slotervaart werd beïnvloed door de mogelijkheid van een doorstart. Om de kans op een doorstart zo groot mogelijk te maken, was het belangrijk om de ziekenhuizen zo goed mogelijk in de markt te zetten. Een van de factoren die bijdraagt aan een aantrekkelijk aanbod voor een doorstartpartij, betreft het aantal patiënten en de zorgproductie die met de doorstart gemoeid zijn. Hierdoor gaf het vooruitzicht op een mogelijke doorstart prikkels om de overdracht van zorg te vertragen. Zolang de mogelijkheid van een doorstart bestond, was het voor de curatoren en het medisch personeel aantrekkelijk om de overdracht van bepaalde poliklinische patiëntgroepen zo lang mogelijk uit te stellen. Voor medisch personeel ontstond een verwarrende situatie, waarin zij hun patiënten moesten overdragen terwijl er doorstartonderhandelingen liepen.

Vijf omliggende ziekenhuizen schreven hierover een brief aan de curatoren van MC Slotervaart. In deze brief beklagden zij zich over het gebrek aan voortgang bij de overdracht van poliklinische patiënten. De overdracht van patiënten naar omliggende ziekenhuizen kwam 'maar mondjesmaat' op gang – tot frustratie van patiënten en medewerkers. Ook de rechtbank van Amsterdam heeft zich uitgesproken over dit thema. Op 9 november vorderden 43 medisch specialisten van MC Slotervaart in een kort geding dat de curator gelast zou worden om de verkoop en overdracht van activa van MC Slotervaart op te schorten tot uiterlijk 19 november 2018, teneinde meer voorbereidingstijd te krijgen voor een eigen bod op MC Slotervaart. De voorzieningenrechter heeft deze vordering direct afgewezen. In het oordeel gaat de rechtbank in op de patstelling van tegenstrijdige belangen die na een faillissement van een ziekenhuis kunnen gaan spelen om patiënten ofwel zo snel mogelijk over te dragen, ofwel zo lang mogelijk aan het ziekenhuis verbonden te houden. *“Een belang dat de specialisten in hun kielzog meevoeren is het belang van de patiëntenzorg, dat voor iedereen voorop staat. Geconstateerd wordt dat de curatoren, (...) het Zilveren Kruis en de Inspectie allen menen dat het in het belang van de patiënten is dat er geen extra tijd wordt genomen voor het biedingsproces. De specialisten zien dat anders.”*¹³⁵

De rechter en omliggende ziekenhuizen geven aan dat de patiëntzorgprocessen in het geding kwamen doordat de mogelijkheid van een doorstart tegengestelde belangen aan een snelle overdracht van patiënten met zich meebracht. Hierdoor werden patiënten langer in onzekerheid gehouden en kregen patiënten niet de zorg die ze op dat moment nodig hadden. Het handelen van de curatoren en medisch personeel tijdens de overdracht van poliklinische patiënten, waarin een doorstart nog tot de mogelijkheden behoorde, werd gekenmerkt door het belang van bedrijfscontinuïteit. De betrokken partijen geven aan dat de overdracht van patiënten beter op gang kwam nadat op 13 november 2018 duidelijk was geworden dat de mogelijkheid van een doorstart van MC Slotervaart definitief van de baan was.

¹³⁵ <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2018:8121> geraadpleegd op 4 oktober 2019.

Zilveren Kruis wilde niet wachten op een mogelijke doorstart en had inmiddels bekeken welke omliggende ziekenhuizen het beste zorg uit MC Slotervaart konden overnemen. De zorgverzekeraar maakte daartoe zorgclusters, gebaseerd op zorg die bij elkaar paste. Op basis van deze clusters heeft Zilveren Kruis een uitvraag gedaan bij omliggende ziekenhuizen welke zorg zij over zouden willen en kunnen nemen. Het had daarbij de voorkeur van Zilveren Kruis om zorg te spreiden over meerdere ziekenhuizen, waarbij vakgroepen zouden worden opgedeeld. Amsterdam telde namelijk een aantal ziekenhuizen dat er financieel niet goed voor stond en door zorg vanuit MC Slotervaart naar deze ziekenhuizen te verplaatsen, zou het verhoogde volume deze ziekenhuizen ondersteunen. Zilveren Kruis probeerde zo het faillissement te gebruiken om het zorglandschap te herschikken.

Naar aanleiding van de zorgclusters wilde de zorgverzekeraar afspraken maken met ziekenhuizen over de aanvullende te contracteren zorg. Daar kwam uit dat een aantal goed aangeschreven specialismen uit MC Slotervaart, zoals geriatrie, bariatric en neurochirurgie, gewild waren bij omliggende ziekenhuizen. Tussen de vakgroep bariatric en Zilveren Kruis was onenigheid over welk ziekenhuis de vakgroep het beste kon overnemen. Zilveren Kruis wilde de vakgroep onderbrengen bij een ziekenhuis dat OK's beschikbaar had voor operaties, in combinatie met poliklinische zorg in de nabijheid. De vakgroep bariatric had echter een andere voorkeur. Door deze onenigheid liep de overdracht vertraging op. Andere specialismen, zoals urologie, waren minder gewild, zeker omdat op een later moment bleek dat Zilveren Kruis de aanvullende zorg tegen 80% van het budget bij de omliggende ziekenhuizen wilde inkopen. Die 20% marge wilde de zorgverzekeraar aanhouden, omdat het vanwege de keuzevrijheid van de patiënt onzeker was of alle patiënten vanuit MC Slotervaart daadwerkelijk zouden overstappen naar het door Zilveren Kruis gecontracteerde omliggende ziekenhuis. Ziekenhuizen waren vanwege deze financiële redenen terughoudend met de toezegging dat ze de zorg wilden overnemen. Die toezegging zou er namelijk toe leiden dat ze medisch personeel moesten aannemen om die zorg te leveren. Dat betekende een investering waarvan de ontvangende ziekenhuizen niet wisten of ze dat terug zouden verdienen.

Waar Zilveren Kruis een voorkeur had voor het opdelen van zorg en spreading over meerdere omliggende ziekenhuizen, zagen de curatoren en de externe adviseurs van MC Slotervaart meer in het overbrengen van complete vakgroepen. Daarmee zouden patiënten en medisch personeel in zijn geheel overgaan en zou er bovendien geen probleem ontstaan met de privacy van patiënten, aangezien de arts-patiëntrelatie in stand bleef. MC Slotervaart kreeg bijval van het ministerie van VWS, dat ook meer zag in de overdracht per vakgroep, omdat het de snelste manier leek om patiënten elders onder te brengen en omdat het ministerie niet wilde dat patiënten nog langer in onzekerheid bleven. Door alle vertraging kregen veel patiënten uiteindelijk pas in december 2018 een brief waarin stond naar welk ziekenhuis zij toe konden.

Deelconclusie

De overdracht van patiënten is een cruciale gebeurtenis in de afwikkeling van de faillissementen. Direct na het faillissement was echter niet duidelijk welke partij primair verantwoordelijk was voor de patiëntoverdracht. Daarnaast ontstond er een onderhandelingsdynamiek tijdens de overdrachtsfase die leidde tot vertraging.

4.2.5 De overdracht van patiëntendossiers

Bij zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen was de overdracht van patiëntendossiers problematisch. Ten tijde van het faillissement waren veel patiëntendossiers nog niet geactualiseerd. Vooral bij de afbouw van zorg van MC Slotervaart ontstond daardoor een probleem. Bij een reguliere doorverwijzing is er contact tussen artsen en 'reist' een patiëntendossier met de patiënt mee. In dat geval kan een gebrekkige dossiervorming worden opgevangen door het voorbereidende werk van de doorverwijzende arts en vervolgens door het contact tussen de doorverwijzende en ontvangende arts. Deze vorm van overdracht van patiënten en hun gegevens kon bij MC Slotervaart nog worden gehandhaafd tijdens de acute afbouwfase: de overdracht van de klinische patiënten. Voor de gegevens van ongeveer 50.000 poliklinische patiënten van MC Slotervaart was deze vorm van overdracht echter niet mogelijk. Ten eerste vanwege de schaal waarop gegevens moesten worden verzameld, gekoppeld en opgeslagen. Er moest namelijk een inhaalslag worden gemaakt voor grote groepen patiënten die in zogenoemde 'cohorten' moesten worden overgedragen. Ten tweede vanwege het feit dat onbekend was waar de gegevens van deze groepen patiënten naartoe moesten en/of mochten worden gestuurd.

Een ander probleem bij MC Slotervaart was de daadwerkelijke overdracht van de dossiers. De curatoren zochten naar een manier om het belang van een veilige overdracht van patiënten en hun gegevens op een pragmatische wijze af te zetten tegen het belang van privacy. Voor de overdracht van het dossier naar een andere behandelend arts was namelijk op basis van de AVG toestemming van de patiënt nodig. Gegeven de snelheid van de afbouw en de schaal waarop patiënten zouden moeten worden benaderd, was het niet haalbaar om alle patiënten individueel te benaderen met een toestemmingsverzoek. Uiteindelijk hebben de IGJ en de NZa met de curatoren meegedacht over de manier waarop patiëntendossiers konden worden overgedragen, zonder de AVG-wetgeving te overtreden. Na veelvuldig overleg tussen deze partijen bleek de enige mogelijkheid om de patiënt per brief te informeren waar en bij welke nieuwe zorgverlener hij of zij terecht kon. Het proces moest dan vervolgens zo worden ingericht dat de patiënt aan de balie bij de nieuwe zorgverlener een toestemmingsformulier voor de overdracht van zijn/haar dossier kon invullen. De laatste informerende brieven werden uiteindelijk in december 2018 verstuurd. In de tussentijd haalden sommige poliklinische patiënten van MC Slotervaart zelf hun dossier op, wat niet altijd goed werd geregistreerd. Andere poliklinische patiënten wachtten af totdat ze waren benaderd voor hun overplaatsing.

Tijdens de zoektocht naar een oplossing voor de overdracht van de patiëntendossiers wilde de Autoriteit Persoonsgegevens zich vanuit zijn rol als toezichthouder niet op voorhand uitspreken over de manier waarop patiëntendossiers overgedragen mochten worden.

Zij gaven aan dat zij als toezichthouder achteraf zouden oordelen of de AVG-wetgeving was overtreden in specifieke situaties. Hierdoor werd de afweging tussen privacywetgeving en patiëntveiligheid uiteindelijk bij de curatoren neergelegd, waarbij de curatoren het risico liepen om een boete te krijgen.

Tot slot was de overdracht in MC Slotervaart ook technisch ingewikkeld, temeer omdat de ICT verouderd was. Om de medisch specialist in het ontvangende ziekenhuis toegang te geven tot het dossier van een patiënt uit MC Slotervaart, kregen deze medisch specialisten op afstand toegang tot het dossier door middel van een digitale sleutel. Met deze oplossing zouden artsen toegang krijgen tot alle dossiers van het gefailleerde ziekenhuis. Dit was onwenselijk in het licht van de privacy van de patiënten. Daardoor moest er een autorisatiemechanisme worden ingebouwd in dit systeem. Dit was vanwege de schaal en de tijdsdruk geen werkbare oplossing. Een alternatieve oplossing was om de patiëntendossiers op usb-sticks op te slaan en mee te geven aan patiënten. Het nadeel daarvan was de weergave van het dossier: een groot en ongestructureerd document, dat voor ontvangende artsen niet goed toegankelijk was.

De overdracht van patiëntendossiers leverde ook bij MC IJsselmeerziekenhuizen problemen op. MC IJsselmeerziekenhuizen was een zogenaamde *medicall mall*¹³⁶, waarbij het ziekenhuis infrastructuur biedt aan ZBC's. Het ziekenhuis had weliswaar één elektronisch patiëntendossier waar betrokken zorgverleners toegang toe hadden, maar patiëntinformatie werd verspreid opgeslagen. Onder het elektronisch patiëntendossier draaiden twintig systemen met 200 applicaties en medische apparatuur, waarop patiëntgegevens stonden. Aangezien ziekenhuis St Jansdal een doorstart realiseerde, hebben de curatoren met St Jansdal de afspraak gemaakt dat de medische staf de dossiers voorafgaand aan de doorstart op orde zou brengen.

Naast de uitdaging om de dossiers te ordenen, wierp ook het omgaan met privacygevoelige gegevens een drempel op bij MC IJsselmeerziekenhuizen. St Jansdal ontving een belijst met daarop 18.000 patiënten, die allemaal twee keer gebeld moesten worden. Tijdens de eerste belronde werd de patiënt gevraagd of hij of zij over wilde stappen naar St Jansdal en hun patiëntgegevens overgedragen mochten worden. In een tweede belronde werd een eerste afspraak ingepland.

Deelconclusie

De overdracht van patiëntendossiers van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen is een tijdrovend vraagstuk geweest tijdens de afbouw en doorstart van zorg. Belangrijke knelpunten waren de beperkte mate waarin dossiers waren geactualiseerd en het spanningsveld tussen privacybescherming en patiëntveiligheid.

¹³⁶ Het kenmerk van een *medical mall* is dat er infrastructuur wordt aangeboden en elke participerende ZBC een deel van die infrastructuur verkrijgt. Deelnemende partijen zouden daarbij geen toegang moeten hebben tot elkaars systemen. De infrastructuur van MC IJsselmeerziekenhuizen voldeed in dat opzicht niet volledig aan het principe van een *medicall mall*. Zowel medewerkers van de ZBC's als de medewerkers van MC IJsselmeerziekenhuizen hadden toegang tot elkaars patiëntgegevens.

4.3 Conflicterende belangen

Zoals blijkt uit paragraaf 4.2 lopen de betrokken partijen tegen verschillende knelpunten aan die de afbouw van zorg na het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben bemoeilijkt. Een belangrijke oorzaak van de knelpunten was dat er geen adequate voorbereiding voor een gecontroleerde afbouw had plaats gevonden. Dit uitte zich in de ongestructureerde crisisorganisatie in MC Slotervaart en een gebrek aan coördinatie in de regio rond MC IJsselmeerziekenhuizen. Een tweede achterliggende factor was, dat betrokken partijen in de dynamiek van handelen bij de afwikkeling van zorg geconfronteerd werden met andere belangen die de overdracht van patiënten belemmerden.

Direct nadat bekend werd dat MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling hadden aangevraagd, handelde het aanwezige medisch personeel en andere betrokken partijen in de gefailleerde ziekenhuizen in het belang van de patiënt. In MC Slotervaart werd met vereende krachten de acute zorg afgebouwd. Op het moment dat patiënten met een minder hoge zorgnood (klinische patiënten zonder acute zorgvraag, poliklinische patiënten) moesten worden overgedragen, ontstond ruimte voor het behartigen van andere aanwezige belangen. Andere belangen conflicteerden met het belang van de patiënt met betrekking tot de continuïteit van individuele behandelen en diagnosetrajecten. Het ging hierbij om:

- Het belang van artsen (al dan niet in maatschap verenigd) ten aanzien van het behoud van hun positie. Het ging hierbij om het behoud van zekerheden gerelateerd aan hun baan, carrière, inkomen en/of marktpositie. Dit belang veroorzaakte strategisch handelen ten tijde van de afbouw van zorg: artsen hadden er belang bij om patiënten aan zich te binden om op die manier een commercieel interessante marktspeler te blijven.
- Het belang van schuldeisers van de gefailleerde ziekenhuizen, behartigd door de curatoren. De curatoren werden geconfronteerd met een afweging tussen het belang van schuldeisers, die het liefst zoveel mogelijk uitstaande schuld terugbetaald krijgen, en het belang van patiënten die een (tijdelijke) voortzetting van zorgactiviteiten in de gefailleerde ziekenhuizen nodig hebben.
- Het belang van omliggende ziekenhuizen van de gefailleerde ziekenhuizen met betrekking tot een gezonde financiële bedrijfsvoering. De omliggende ziekenhuizen moesten een beslissing nemen over welke patiënten(groepen) overgenomen konden worden en welk personeel moest worden aangenomen, terwijl er geen zekerheden waren over de uiteindelijke inkomsten. De daadwerkelijke komst van patiënten bleef namelijk onzeker.
- Het belang van de zorgverzekeraars om de zorg betaalbaar te houden door middel van het herinrichten van het zogeheten zorglandschap. Vanuit hun inkooprol konden de zorgverzekeraars invloed uitoefenen waar patiënten naartoe werden overgedragen. De voorkeur was niet altijd in overeenstemming met de voorkeur van de gefailleerde ziekenhuizen en zorgde voor vertraging.
- Het privacybelang van patiënten, behartigd door de Autoriteit Persoonsgegevens. Gezien de schaal waarop patiëntendossiers moesten worden overgedragen, bleken de eisen aan privacy een snelle overdracht te belemmeren.

De aanwezigheid van deze belangen betekent dat het belang van de patiënt onderdeel was van een afweging met andere belangen. De uitkomst in deze casus was dat het belang van de patiënt niet altijd de hoogste prioriteit kreeg.

Artsen, omliggende ziekenhuizen, zorgverzekeraars, leveranciers aan ziekenhuizen spelen een rol in het geheel van het zorgstelsel. Dit maakt dat zij ook een verantwoordelijkheid hebben om hun bijdrage te leveren, opdat ziekenhuizen goede zorg kunnen blijven leveren. Tegelijkertijd hebben deze partijen andere belangen op het moment dat een ziekenhuis failliet gaat en deze belangen conflicteren met het belang van de door het faillissement gedupeerde patiënten.

Deelconclusie

Het belang van de door het faillissement gedupeerde patiënten met betrekking tot de continuïteit van individuele behandel- en diagnosetrajecten was onderdeel van een afweging met andere belangen, zoals het belang van artsen ten aanzien van hun positie, het financieel belang van schuldeisers, het privacybelang van patiënten, het belang van omliggende ziekenhuizen ten aanzien van een gezonde bedrijfsvoering en het belang van zorgverzekeraars voor een betaalbaar zorglandschap. De uitkomst in deze casus was dat het belang van de patiënt niet altijd de hoogste prioriteit kreeg.

4.4 Rolopvatting betrokken organisaties

De rolopvatting van betrokken partijen heeft een rol gespeeld bij de in paragraaf 4.2 beschreven knelpunten. Na het uitspreken van faillissement ontstaat er een crisissituatie, waarbij onduidelijkheid bestaat voor patiënten, maar ook voor betrokken organisaties. Het is daardoor niet in alle gevallen duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Teneinde hierover duidelijkheid te scheppen heeft de IGJ in een brief¹³⁷ van 8 november 2018 aan de curatoren van MC Slotervaart de verantwoordelijkheden uiteen gezet. IGJ gaf hierbij aan dat partijen gezamenlijk verantwoordelijk waren en partijen daar tegelijkertijd individueel op aanspreekbaar zouden zijn. De verantwoordelijkheden verwoordde de IGJ als volgt:

1. *“Binnen de relatie tussen zorgverlener en patiënt blijft de zorgverlener verantwoordelijk voor (...) goed hulpverlenerschap.*
2. *De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede zorg binnen MC Slotervaart berust bij de curatoren, zoals de raden van bestuur van ketenpartners die verantwoordelijkheid dragen binnen hun zorginstelling.*
3. *Ketenpartners zijn individueel en gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van de samenwerking, zodanig dat goede en veilige zorg mogelijk is en blijft.*

¹³⁷ IGJ, Brief V2007434: Stand van zaken patiëntveiligheid en overdracht patiëntenzorg en –dossiers. 8 november 2018.

4. Wanneer zorg wordt overgedragen, zijn zowel de overdragende zorginstelling (MC Slotervaart) als de overnemende zorgaanbieder (bijv. ziekenhuis, verpleeghuis, huisarts) gezamenlijk verantwoordelijk voor het resultaat: opvolgende zorg die voldoet aan de vereisten van goede zorg.
5. De zorgverzekeraars dragen zorgplicht voor de toegankelijkheid van voldoende en tijdig beschikbare zorg.
6. De inspectie ziet toe op kwaliteit en veiligheid van zorg, de NZa op de toegankelijkheid en continuïteit van zorg.
7. Diverse partijen (Gemeente Amsterdam, ministerie van VWS, het ondersteuningsteam bestaande uit de heren [namen hier niet opgenomen]) ondersteunen MC Slotervaart op verschillende manieren maar dragen geen verantwoordelijkheid voor goede zorg en/of toegankelijkheid van zorg."

De IGJ wees partijen op het belang van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en riep hen op om alle acties doorlopend te vertalen naar de gevolgen voor iedere individuele patiënt en plannen te toetsen aan signalen van patiënten. Vijf partijen, te weten het ministerie van VWS, de IGJ, de NZa, Zilveren Kruis en de ziekenhuizen, hebben in het zogenoemde vijfpartijenoverleg veelvuldig met elkaar overlegd over de ontstane situatie. De rolopvatting van deze vijf partijen en het effect daarvan op de ontstane crisis wordt hieronder besproken.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het ministerie van VWS wilde aanvankelijk afstand houden van de ontstane situatie om het stelsel zijn werk te laten doen. De minister voor Medische Zorg gaf direct na de faillissementen aan dat ziekenhuizen nou eenmaal failliet kunnen gaan en ziekenhuizen in financiële problemen niet hoeven te rekenen op financiering vanuit het ministerie. De minister voegde daar aan toe: *"Het gaat ons niet om het bewaken van een stapel stenen."*

Na verloop van tijd realiseerde het ministerie van VWS zich dat het stelsel in theorie redelijk goed werkt, maar dat de praktijk weerbarstiger is. Door de faillissementen was een crisis ontstaan, waardoor meer inspanningen vereist waren. In de week na het faillissement zegde de minister, onder druk van de Tweede Kamer, toe om zich in te spannen voor het behoud van basiszorg in Lelystad, inclusief acute verloskunde en een spoedeisende hulp die 24 uur per dag, zeven dagen in de week beschikbaar is. Voor de beschikbaarheid van acute zorg zegde de minister financiering toe. Twee weken na het faillissement heeft het ministerie de curatoren van MC Slotervaart ondersteund met twee medisch specialisten en een bestuurlijke ondersteuner in een poging te waarborgen dat het handelen van de curatoren ingegeven zou worden door medisch inhoudelijke expertise. Het ministerie heeft tevens het belang van een snelle patiëntoverdracht benadrukt en daarbij aangegeven dat het overdragen van patiënten van MC Slotervaart in cohorten de snelheid ten goede zou komen.

Het ministerie zag ongeveer vier weken na het faillissement dat de grootste chaos gekalmeerd was en partijen meer zicht en grip kregen op het proces. In die periode werd ook de lijst met specialismen bij omliggende ziekenhuizen bekendgemaakt op de website van MC Slotervaart en gingen partijen met elkaar om tafel zitten. In die fase daalde het besef in dat een gezamenlijke aanpak, over de grenzen van de traditionele rollen heen, noodzakelijk was. Het ministerie noemt dit een kantelpunt in de rolopvatting

van partijen en geeft aan dat dit uiteindelijk de sleutel is geweest om de moeilijke situatie het hoofd te kunnen bieden.

Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa bleef rolvast in het toezicht op de zorgplicht. De toezichthouder constateerde dat de zorgplicht niet in het geding was, omdat er voldoende ziekenhuizen in de omgeving waren. De NZa ging daarbij voorbij aan het feit dat veel patiënten niet wisten waar ze naartoe moesten of waar ze aan toe waren. In de eerste fase hield de NZa zich hoofdzakelijk bezig met de langetermijneffecten van de faillissementen op het zorglandschap. Vier dagen na het faillissement schreef de voorzitter van de NZa een *blogpost*¹³⁸ met als strekking dat de maatschappelijke discussie op dat moment niet zou moeten gaan over de faillissementen, maar over de stijgende zorgkosten en de toekomst van het zorglandschap. Het uitgangspunt was dat faillissementen nu eenmaal mogelijk zijn binnen het Nederlandse zorgstelsel en dat de ontstane situaties in Amsterdam en Flevoland in grote mate *business as usual* waren.

Door de faillissementen was een crisissituatie ontstaan, die op de korte termijn het hoofd moest worden geboden. De NZa nam, in samenwerking met de IGJ, regie om een doorbraak te forceren in het spanningsveld tussen privacywetgeving en de overdracht van patiëntendossiers. Na veelvuldig overleg tussen betrokken partijen bleek de enige mogelijkheid om de patiënt per brief te informeren waar en bij welke nieuwe zorgverlener hij of zij terecht kon.

Waar de NZa rolvast bleef in het toezicht op de zorgplicht, trad de NZa juist buiten deze toezichthoudende rol door mee te denken over een oplossing voor de overdracht van patiëntendossiers. Dat bespoedigde de overdracht van zorg, met behoud van privacy voor patiënten.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De IGJ besloot om na de faillissementen dagelijks in beide ziekenhuizen aanwezig te zijn. Aanvankelijk koos de IGJ ervoor om op een traditionele manier toezicht te houden op de kwaliteit van zorg. De inspectie stelde vast dat vanwege de chaotische situatie de kwaliteit en veiligheid van zorg in het geding kwam. De IGJ rapporteerde dat de kwaliteit van zorg moest verbeteren. De overige partijen waren zich hiervan bewust en deden er al alles aan om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. De bijdrage van IGJ werd daarom op dat moment als niet-productief ervaren door andere partijen.¹³⁹ Er was op dat moment behoefte aan een meer constructieve bijdrage vanuit de kennis en expertise van de IGJ, zodat men wist wat er moest gebeuren. De IGJ nam daarop een meer adviserende rol aan. In gesprekken geeft de IGJ aan risico's te zien in deze rol. Immers, als extern toezichthouder moet de IGJ ook kunnen ingrijpen als de situatie daarom vraagt. Dat wordt bemoeilijkt wanneer zij inhoudelijk advies heeft gegeven.

¹³⁸ <https://www.skipr.nl/blogs/id3709-failliet-gaan-en-ingrijpen-is-van-alle-tijden.html> geraadpleegd op 4 oktober 2019.

¹³⁹ De curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen laten weten de bijdrage van de IGJ juist wel als productief te hebben ervaren.

Zoals in voorgaande paragraaf beschreven heeft de IGJ een bijdrage geleverd om een doorbraak te realiseren in de overdracht van patiëntendossiers, binnen de mogelijkheden van de AVG-wetgeving. Ook hierin trad de IGJ, net als de NZa, buiten de traditionele toezichthoudende rol, teneinde de ontstane crisis te bezweren.

Zilveren Kruis

Zilveren Kruis bleef in de aanloop naar de faillissementen dicht bij zijn rol als inkoper van zorg. De zorgverzekeraar wilde blijven voldoen aan zijn zorgplicht, door aanvullende zorg in omliggende ziekenhuizen in te kopen. In de voorbereiding op de faillissementen maakte Zilveren Kruis daartoe een inschatting welke patiëntgroepen door welk ziekenhuis konden worden overgenomen. Vóór de faillissementen was Zilveren Kruis ook bezig met een herinrichting van het zorglandschap, wat van invloed was op de verdeling van patiënten over omliggende ziekenhuizen na de faillissementen.

Na de faillissementen wilde Zilveren Kruis patiënten van MC Slotervaart bij voorkeur onderbrengen volgens het criteria 'de juiste zorg op de juiste plek'. In een dergelijke crisissituatie kost dat echter tijd en hiermee was het niet een snelle oplossing voor de crisis in de gefailleerde ziekenhuizen. Zilveren Kruis legde de verantwoordelijkheid voor de overdracht van zorg bij de curatoren neer, zich beroepend op zijn interpretatie van de zorgplicht vanuit de inkooprol. Tussen beide partijen bestond de eerste weken na het faillissement onduidelijkheid over de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling en welke inspanningen, gegeven de bijzondere context van het faillissement, op basis van de zorgplicht van de zorgverzekeraar konden worden verwacht.

Nadat de rechtbank de faillissementen had uitgesproken, stelde Zilveren Kruis boedelkrediet beschikbaar. Volgens de zorgverzekeraar betrof dit een gezamenlijk boedelkrediet aan beide ziekenhuizen. In de periode na de faillissementen werden ook knelpunten zichtbaar die financieel van aard waren, zoals het verschil tussen het loon van artsen en het maximumdagloon van het UWV en het garant staan voor de medische aansprakelijkheidsverzekering. Dit betreft geen inkoop van zorg, maar zijn wel uitgaven die noodzakelijk bleken om de (overdracht van) zorg te continueren. Door onder meer deze kosten voor zijn rekening te nemen, is Zilveren Kruis verder gegaan dan zijn rol als inkoper van zorg.

Ziekenhuizen

De ziekenhuizen werden na het faillissement bestuurd en vertegenwoordigd door de curatoren, die bij hun aanstelling geconfronteerd werden met twee belangen: het belang van de schuldeisers van de ziekenhuizen en het belang van de patiënten die door het faillissement waren gedupeerd.

De curatoren van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen stelden dat zij, met name in de eerste periode na het faillissement, handelden in het belang van de patiënt en bezig waren met activiteiten gericht op het leveren van zorg. Zo moesten bijvoorbeeld op de eerste dag na het faillissement medicijnen worden besteld en betaald. Voor de patiënten van beide ziekenhuizen hebben de curatoren deze afweging vanuit maatschappelijk plichtsbesef gemaakt.

Deelconclusie

In de eerste weken na het faillissement vertrouwden overheidspartijen erop dat het stelsel, inclusief het bijbehorende toezicht, zou voorzien in een gecontroleerde en veilige afwikkeling van de faillissementen. Deze opvatting veranderde naarmate duidelijk werd dat het faillissement van een ziekenhuis een bijzondere aangelegenheid is. Om knelpunten ten aanzien van de continuïteit van individuele behandel- en diagnosetrajecten van patiënten op te lossen, was het nodig dat betrokken partijen meer deden dan zij volgens hun eigen rolopvatting zouden moeten doen. Daar hebben zij na verloop van tijd ook naar gehandeld.

5 CONCLUSIES

De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft zich in dit onderzoek gericht op de vraag hoe is omgegaan met het belang van de patiëntveiligheid in de aanloop naar en de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit hoofdstuk bevat de hoofdconclusies uit het onderzoek.

Verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid

De afwikkeling van het faillissement van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen heeft geleid tot verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid.

Hoewel beide faillissementen anders van aard waren, hebben beide geresulteerd in een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid. Er hebben zich – voor zover bekend – geen 'calamiteiten' voorgedaan. In MC Slotervaart ontstond een chaotische situatie als gevolg van de snelheid waarmee onvoorbereid zorg moest worden afgebouwd. MC IJsselmeerziekenhuizen kende een meer geleidelijke afbouw van zorg, maar ook daar is een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid ontstaan doordat er op regionaal niveau geen voorbereiding en afstemming tot stand was gekomen. Na het aanvragen van surseance was het voor zorgverleners in MC Slotervaart en voor zorgverleners in de omgeving van MC IJsselmeerziekenhuizen niet duidelijk welke functies en materialen nog in de ziekenhuizen beschikbaar waren. Zo zijn er voor beide ziekenhuizen patiënten geweest die werden behandeld zonder achtervang om complicaties op te vangen. Daarnaast waren veel patiënten onzeker over de voortzetting van hun behandeltraject en liepen diagnose- en behandeltrajecten vertraging op. Een aantal risico's heeft zich bij de afwikkeling van de faillissementen gelijktijdig voorgedaan, waardoor sprake is geweest van een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid ten opzichte van een ziekenhuis in normaal bedrijf.

De afbouw van zorg in de ziekenhuizen deed een groot beroep op de inzet en het improvisatievermogen van het medisch personeel in en rond de gefailleerde en de overnemende ziekenhuizen. De afwikkeling van de faillissementen was afhankelijk van de veerkracht van het medisch personeel, zonder dat de benodigde randvoorwaarden waren gecreëerd om goede en veilige zorg te blijven leveren.

Geen voorbereiding op een gecontroleerde afbouw

Het zorgstelsel maakt het mogelijk dat ziekenhuizen failliet kunnen gaan, maar garandeert geen gecontroleerde afbouw van zorg in een failliet ziekenhuis. In het stelsel is de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg niet expliciet en samenhangend belegd. Hierdoor is het veiligheidsbelang van door een faillissement gedupeerde patiënten niet gewaarborgd.

Het bestuur en interne toezicht van de gefailleerde ziekenhuizen en de betrokken zorgverzekeraars zijn er in de aanloop naar de faillissementen niet in geslaagd om een voorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg te treffen. Ook het externe toezicht van IGJ en NZa heeft er niet voor gezorgd dat dit plaatsvond. Het ministerie van VWS hield aanvankelijk afstand van de ontstane situatie om het stelsel zijn werk te laten doen. Het huidige zorgstelsel kent geen harde waarborgen om in het belang van de patiëntveiligheid een voorbereiding op een gecontroleerde afbouw van zorg af te dwingen.

MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen waren gericht op overleven op de zorgmarkt. Tot het moment dat een faillissement onafwendbaar was, lag hun primaire belang daardoor bij het garanderen van de bedrijfscontinuïteit. Daarna hebben zij in het belang van de zorgcontinuïteit geprobeerd gezamenlijk met de zorgverzekeraar een gecontroleerde afbouw van zorg voor te bereiden. De zorgverzekeraar zag hierbij geen rol voor zichzelf weggelegd. De ziekenhuizen moesten hierdoor zelf de voorbereiding voor de afbouw van zorg organiseren. Doordat zij echter tot het laatste moment gericht waren op transitie, ontbrak het hun aan tijd en middelen om dit nog te kunnen realiseren.

De huidige wet- en regelgeving omtrent de zorgplicht is niet expliciet over de rol van de zorgverzekeraar ten aanzien van de voorbereiding van een ziekenhuisfaillissement. In de casussen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen gaf de zorgverzekeraar op een nauwe manier invulling aan de zorgplicht; naar aanleiding van de financiële problemen bij de ziekenhuizen werd de vraag gesteld of er voldoende alternatief aanbod in de regio was en niet hoe een eventuele afbouw van zorg concreet zou worden vormgegeven en wat dit voor de individuele patiënt van de gefailleerde ziekenhuizen zou betekenen. De NZa, als toezichthouder op de zorgplicht, onderschreef deze invulling van de zorgplicht. Hierdoor heeft de zorgplicht van de zorgverzekeraar niet gefunctioneerd als een waarborg voor het organiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg.

Belemmeringen in de afbouw van zorg

Bij de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen ontstonden meerdere belemmeringen om een snelle en veilige overdracht van zorg te bewerkstelligen. Tijdens de afbouw en overdracht van zorg concurreerde het belang van goede zorg voor patiënten met andere belangen. Daarnaast is het faillissementsrecht niet toegesneden op de praktijk van een ziekenhuisfaillissement. Het patiëntbelang is hierdoor in het gedrang geraakt.

Het gebrek aan voorbereiding heeft de afbouw van zorg na de faillissementen gecompliceerd. Daarnaast werd de overdracht van patiënten onder meer gehinderd door inherente problemen die ontstaan na een faillissement van een ziekenhuis. Zo moesten patiëntendossiers nog in orde worden gebracht en zorgde de privacywetgeving voor een vraagstuk dat een snelle overdracht van patiënten en hun dossiers in de weg stond.

De overdracht van patiënten na een faillissement van een ziekenhuis is cruciaal in het beheersen van de risico's voor de patiëntveiligheid. Tijdens de klinische afbouwfase hebben alle partijen zich ingespannen om de acute patiënten veilig en snel over te dragen. Nadat de klinische patiënten waren overgedragen en er een oplossing voor de poliklinische patiënten moest worden gezocht, bleek de patiëntoverdracht ook een strategische aangelegenheid waarbij de zorgverzekeraar nadacht over de herinrichting van het zorglandschap en opnieuw onderhandelde over contractvoorwaarden, vakgroepen voorkeuren hadden voor een nieuwe locatie en ontvangende ziekenhuizen probeerden financieel aantrekkelijke nieuwe patiëntgroepen aan zich te binden. Medisch specialisten en curatoren konden in deze fase bovendien proberen invloed uit te oefenen op de mogelijkheid van een doorstart door de overdracht van patiënten uit te stellen. Hierdoor ontstond tijdens de poliklinische afbouwfase van MC Slotervaart een strategische onderhandelingsdynamiek die tot vertraging van de overdracht van patiënten heeft geleid.

De belangen van bij het faillissement betrokken partijen, zoals artsen, omliggende ziekenhuizen, schuldeisers en zorgverzekeraars, conflicteerden met het belang van de patiënt met betrekking tot de continuïteit van individuele behandel- en diagnosetrajecten. Om knelpunten op te lossen, was het nodig dat betrokken partijen meer deden dan zij volgens hun eigen rolopvatting zouden moeten doen.

De curatoren van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben zich ingezet om het publieke belang van goede en veilige zorg voor patiënten van de gefailleerde ziekenhuizen te waarborgen. Dit is echter geen vanzelfsprekendheid: de wettelijke taak van een curator is om de belangen van de schuldeisers te behartigen. Dit kan in de praktijk conflicteren met het borgen van de patiëntveiligheid. In het faillissementsrecht ontbreekt het aan waarborgen die garanderen dat curatoren zich voor een patiëntveilige afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement inspannen.

6 AANBEVELINGEN

Een faillissement van een ziekenhuis mag niet de oorzaak zijn van aanvullende of verhoogde risico's voor de patiëntveiligheid. Hiertoe is het van belang dat de afbouw en overdracht van zorg op een gecontroleerde wijze plaatsvindt, waarbij de continuïteit van zorg voor de individuele patiënt wordt gegarandeerd. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat hij of zij de zorg ontvangt waar hij of zij recht op heeft. Een herijking van de zorgplicht moet ertoe leiden dat zorgverzekeraars samen met de faillierende ziekenhuizen een gecontroleerde afwikkeling van het faillissement realiseren. De NZa moet hier als toezichthouder op de zorgplicht op toezien.

Vanwege de strategische dynamiek die ontstaat rond een ziekenhuisfaillissement is de timing van het treffen van voorbereidende maatregelen van cruciaal belang. Een ziekenhuis is voor de uitvoering van zijn zorgactiviteiten grotendeels afhankelijk van financiering vanuit zorgverzekeraars. Na het faillissement dienen zorgverzekeraars het ziekenhuis financieel te blijven ondersteunen totdat de zorg van patiënten is overgedragen aan andere zorgaanbieders – of tot het moment dat een doorstart is gerealiseerd.

De Onderzoeksraad doet daarom de volgende aanbeveling:

Aan de minister voor Medische Zorg en Sport:

1. Zorg ervoor dat de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement te allen tijde gecontroleerd plaatsvindt. Daarbij acht de Raad het volgende van belang:
 - a. herijk de zorgplicht van zorgverzekeraars zodanig dat de continuïteit van individuele diagnose- en behandeltrajecten bij een ziekenhuisfaillissement is gegarandeerd.
 - b. verplicht zorgverzekeraars om, op grond van hun zorgplicht, collectief financieel garant te staan voor de middelen die in geval van een ziekenhuisfaillissement noodzakelijk zijn om de zorg gecontroleerd af te bouwen en/of over te dragen. Dit kan bijvoorbeeld door het vormen van een gezamenlijk fonds of een gezamenlijke waarborgregeling.

De zorg die een ziekenhuis levert, vervult een maatschappelijke functie. Naast een tijdige voorbereiding dient – bij een afweging tussen conflicterende belangen tijdens de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement – het publieke belang van de patiëntveiligheid te prevaleren boven de private belangen van de schuldeisers. Op dit moment worden bovenstaande belangenweging en voorbereiding niet gewaarborgd binnen de faillissementswetgeving. In samenhang met de bovenstaande aanbeveling doet de Onderzoeksraad daarom de volgende aanbeveling, waarvoor het lopende wetgevingsprogramma 'Herijking faillissementsrecht' benut kan worden:

Lees verder op de volgende pagina ➔

Aan de minister voor Rechtsbescherming:

2. Pas het faillissementsrecht met betrekking tot ziekenhuisfaillissementen zodanig aan dat:
 - a. een ziekenhuis alleen failliet kan gaan na een periode van stil bewind, waarbij in die periode voorbereidingen getroffen worden voor een gecontroleerde afwikkeling van het ziekenhuisfaillissement.
 - b. de curator bij een afweging tussen conflicterende belangen het maatschappelijke belang van een patiëntveilige afbouw en/of voortzetting van zorgactiviteiten laat prevaleren boven de belangen van de schuldeisers.

ONDERZOEKSVERANTWOORDING

Deze bijlage beschrijft het onderzoeksproces op hoofdlijnen, de belangrijkste kwaliteitstoetsen en de projectorganisatie.

Aanleiding voor het onderzoek

Op 25 oktober 2018 worden MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart failliet verklaard. Het faillissement komt twee dagen na de verlening van de surseance van betaling. Bijzonder is de abruptheid waarmee de ziekenhuizen genoodzaakt waren (onderdelen van) de ziekenhuiszorg af te bouwen. Zo moesten alle klinische patiënten van MC Slotervaart binnen 24 uur na het faillissement het ziekenhuis hebben verlaten. Bij MC IJsselmeerziekenhuizen werd in de korte periode tussen surseance van betaling en faillissement de afdeling voor acute en klinische verloskunde gesloten. Deze gebeurtenissen rondom MC Slotervaart en (in mindere mate) MC IJsselmeerziekenhuizen veroorzaakten een chaotische situatie, waarin zowel medewerkers als patiënten een tijd lang niet wisten waar ze aan toe waren.

De faillissementen leidden tot grote maatschappelijke onrust, waarbij onder meer vragen rijzen over de borging van de patiëntveiligheid. In de media verschijnen tegenstrijdige berichten met koppen als 'Faillissement MC Slotervaart bracht patiënt in levensgevaar'¹⁴⁰, 'Geen sprake van calamiteiten bij MC Slotervaart'¹⁴¹, en 'Huisartsen Flevoland vrezen voor onveilige zorg bij sluiting spoedeisende hulp Lelystad'.¹⁴²

Naar aanleiding van de gebeurtenissen heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid besloten een onderzoek uit te voeren naar de wijze waarop is omgegaan met de patiëntveiligheid. De Raad wilde nagaan hoe het belang van de veiligheid van patiënten is gewogen in aanloop naar en de afwikkeling van het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart.

Doelstelling, onderzoeksvragen en afbakening

Het onderzoek van de Onderzoeksraad biedt de mogelijkheid om met het oog op de patiëntveiligheid te leren hoe de continuïteit van zorg in Nederland gewaarborgd is binnen een stelsel van gereguleerde marktwerking waarin ziekenhuizen failliet kunnen gaan. Hoewel er eerder ziekenhuizen failliet zijn gegaan (bijvoorbeeld Sionsberg; Ruwaard van Putten), zijn de hier onderzochte casus de eerste keer dat doorstarten niet mogelijk is (in geval van MC Slotervaart) en zorg op grote schaal en in een kort tijdsbestek afgebouwd of overgedragen dient te worden (in geval van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen).

¹⁴⁰ Het Parool, 31 oktober 2018.

¹⁴¹ MC Groep, *Persbericht MC Slotervaart*, 31 oktober 2018.

¹⁴² De Stentor, 5 november 2018.

Doelstelling van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de (verbetering van de) patiëntveiligheid binnen het zorgsysteem waarin ziekenhuizen failliet kunnen gaan.

Onderzoeksvragen

In het onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke risico's voor patiëntveiligheid hebben zich gemanifesteerd in de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en hoe zijn de betrokken partijen hiermee omgegaan?
2. Hoe kan verklaard worden dat de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen hebben geleid tot een harde landing?
3. Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken?

Met harde landing bedoelt de Onderzoeksraad: de turbulente periode na de aanvraag van surseance, waarin medisch personeel en patiënten van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen plotseling geconfronteerd werden met een mogelijk op handen zijnde sluiting of overname van 'hun' ziekenhuis. In beide ziekenhuizen werden zorgfuncties per direct stopgezet, zonder dat een gepaste voorbereiding had plaatsgevonden. Bovendien was nog niet bekend welk alternatief zorgaanbod operationeel was. Hierdoor ontstond onrust en onzekerheid bij patiënten.

De gekozen onderzoeksrichting leidt tot een focus van het onderzoek op twee fasen:

- De aanloop naar het faillissement, gericht op de gebeurtenissen die hebben geleid tot een harde landing;
- De afwikkeling van het faillissement, gericht op de beheersing van risico's voor patiëntveiligheid in de ontstane 'crisissituatie' (na aanvraag van surseance).

Langs deze lijn zijn onderzoeksvragen verder uitgewerkt in deelonderzoeksvragen. Deelonderzoeksvragen met betrekking tot het ontstaan van de harde landing zijn:

- a. Wat waren in de aanloop naar de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen de cruciale (besluitvormings-) momenten voor het ontstaan van de harde landing?
- b. Op welke manier komt hierbij de continuïteit van veilige zorg voor patiënten aan de orde?
- c. Welke veiligheidsrisico's voor de patiënt zijn hierbij gesignaleerd en/of geïnterpreteerd en door wie?
- d. Hoe hebben de betrokken partijen hierbij het belang van de patiëntveiligheid gewogen en omgezet in acties (bijvoorbeeld in afstemming, besluitvorming, plannen)?
- e. Welke belemmeringen stonden het voorkomen van een harde landing in de weg?

Deelonderzoeksvragen met betrekking tot de afwikkeling van de faillissementen zijn:

- a. Wat waren in de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen de cruciale (besluitvormings-)momenten om de continuïteit van veilige zorg voor patiënten te organiseren?
- b. Welke risico's voor de patiëntveiligheid hebben betrokken partijen gesignaleerd en/of geïnterpreteerd?
- c. Welke risico's voor de patiëntveiligheid hebben zich in de praktijk voorgedaan?
- d. Op welke manier hebben de betrokken partijen bijgedragen aan de beheersing van de risico's voor de patiëntveiligheid (plannen, besluiten, acties)?
- e. In hoeverre bestond er bij de betrokken partijen een eenduidig beeld over de rol-, taak-, en verantwoordelijkheidsverdeling?
- f. Welke belemmeringen stonden de beheersing van de patiëntveiligheid in de weg?

Afbakening

Een focus op de beheersing van risico's voor patiëntveiligheid in de aanloop naar en afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen betekende het volgende voor de afbakening van het onderzoek:

- Het onderzoek richtte zich alleen op de gebeurtenissen rond de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Hierbij lag de focus op de periode vanaf het moment waarop de financiële problemen (als aanleiding van het uiteindelijke faillissement) in de openbaarheid komen (zomer 2018) tot het moment dat de afgebouwde zorg in de ziekenhuizen is overgedragen. Globaal is dit voor MC Slotervaart december 2018 wanneer alle patiënten zijn geïnformeerd over de voortzetting van hun zorg; en 1 maart 2019 voor MC IJsselmeerziekenhuizen, het moment dat ziekenhuis St Jansdal de zorgactiviteiten in Lelystad overneemt. Eventuele risico's als gevolg van de sluiting van (onderdelen van) de ziekenhuizen die zich hierna nog manifesteren, zijn ook meegenomen.
- Het onderzoek richtte zich niet op de bedrijfsvoering in een ziekenhuis, de achtergronden van de financiële problemen bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en in het verlengde hiervan niet op hoe faillissementen van ziekenhuizen voorkomen kunnen worden.
- Ook de arbeidsmarkt in de zorg was geen specifiek onderwerp voor dit onderzoek. Daar waar het personeel (denk aan het grote aantal medewerkers die als Personeel niet in loondienst werkzaam waren) een factor is voor het kunnen waarborgen van de patiëntveiligheid, komt dit onderwerp aan bod.
- Het onderzoek richt zich niet op de wijze waarop de ziekenhuiszorg in de verzorgingsgebieden van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen nu wordt ge(re)organiseerd, en de mogelijke gevolgen voor de patiëntveiligheid in de nieuwe situatie.

Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is gestart met een feitenverzameling ten behoeve van de reconstructie van de gebeurtenissen in aanloop naar en de afwikkeling van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Hiervoor zijn bij de verschillende betrokken partijen, te weten de ziekenhuizen/curatoren, Zilveren Kruis, ministerie van VWS, IGJ,

NZa, documenten opgevraagd die informatie bevatten over de aanloop naar en de afwikkeling van de faillissementen. Het ging hierbij om verslagen, notities, interne en externe communicatie zoals brief- en e-mailcorrespondentie, etc. Daarnaast heeft het onderzoeksteam interviews uitgevoerd met medisch personeel van de ziekenhuizen, bestuur van de ziekenhuizen, raad van commissarissen van de ziekenhuizen, Cliëntenraad MC Slotervaart, externe adviseurs afbouw MC Slotervaart, adviseurs raad van bestuur MC Slotervaart (in periode oktober 2018), medewerkers van Zilveren Kruis, de betrokken toezichthouders van NZa en IGJ, het ministerie van VWS, de Autoriteit Persoonsgegevens, een huisarts uit de omgeving van MC IJsselmeerziekenhuizen (locatie Lelystad), de Regionale Ambulancevoorziening Flevoland, en de curatoren van beide ziekenhuizen. In het onderzoek stond de betekenisgeving van actoren centraal: wat beweegt hen ertoe te handelen zoals zij hebben gedaan en waardoor was hun handelen logisch voor hen.

Gelijktijdig is op basis van wet- en regelgeving, beleids- en Tweede Kamerstukken in kaart gebracht hoe het zorgstelsel is georganiseerd om de continuïteit van ziekenhuiszorg te waarborgen in het geval van een faillissement.

Om risico's voor patiëntveiligheid te onderzoeken is casuïstiek van patiënten verzameld. Er is geen onderzoek gedaan naar de mate waarin de schade voor individuele patiënten is veroorzaakt of verergerd als gevolg van de crisissituatie. De risico's die in dit onderzoek worden geschetst, zijn uiteindelijk gebaseerd op verschillende bronnen, te weten meldingen en signalen ontvangen door de IGJ, meldingen ontvangen door de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad en signalen uit de media en interviews. De Onderzoeksraad heeft deze bronnen gebruikt om duiding te geven aan de verschillende soorten risico's voor patiëntveiligheid die bij de ziekenhuisfaillissementen zijn opgetreden. Met uitzondering van interviews wordt er naar de gebruikte bronnen verwezen in de voetnoten.

Ten behoeve van dit onderzoek is een referentiekader opgesteld dat ingaat op de verwachtingen van de Onderzoeksraad ten aanzien van de voorbereiding en afwikkeling van een faillissement van een ziekenhuis om de risico's voor patiëntveiligheid zo goed mogelijk te kunnen beheersen. Door afwijkingen ten opzichte van het referentiekader te identificeren, maakt de Onderzoeksraad inzichtelijk waar verbeteringen mogelijk zijn. Bij de analyse van interacties tussen partijen en besluitvorming is gebruik gemaakt van analysemethodiek CAST.¹⁴³

Andere (lopende) onderzoeken

Naast het onderzoek van de Onderzoeksraad worden nog andere onderzoeken naar aanleiding van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen uitgevoerd:

- De minister voor Medische Zorg heeft een extern onderzoek ingesteld naar de gang van zaken rond de faillissementen.¹⁴⁴ Uit dit onderzoek van de Commissie Van Manen moet blijken hoe betrokken partijen hebben gehandeld en of ze tijdig en voldoende hun verantwoordelijkheid hebben genomen.

¹⁴³ CAST staat voor *Causal Analysis based on STAMP*; STAMP staat voor *System-Theoretic Accident Model and Processes*.

¹⁴⁴ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 175.

- De minister voor Medische Zorg heeft de IGJ en NZa gevraagd om onderzoek te doen naar eventuele onbehoorlijke financiële constructies bij MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen.¹⁴⁵
- Op grond van het faillissementsrecht moeten de curatoren in beginsel onderzoek doen naar de achtergronden en oorzaken van de faillissementen. Hierbij zullen zij zich richten op de interne gang van zaken bij de ziekenhuizen. Daarbij komt de vraag aan de orde of de besturen hun taak onbehoorlijk hebben vervuld en of aannemelijk is dat dit een belangrijke oorzaak is van de faillissementen.
- IGJ rapporteert over haar toezicht op de zorgverlening in de periode rond het faillissement van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Centraal hierbij staan de afbouw en overdracht van de patiëntenzorg en de wijze waarop deze is overgedragen.

De hierboven genoemde onderzoeken waren bij afronding van het onderzoek van de Onderzoeksraad nog niet afgerond met uitzondering van de rapportage van IGJ naar aanleiding van het faillissement van MC Slotervaart. Op 26 november 2019 heeft IGJ twee rapporten gepubliceerd, getiteld *Gevolgen faillissement MC Slotervaart vooraf onderschat – risico's voor goede en veilige zorg bij afbouw en overdracht van zorg en Veerkracht en betrokkenheid – Goede zorg na overdracht uit MC Slotervaart*. Deze rapporten bevestigen het beeld van de onderzoeksbevindingen van de Onderzoeksraad, zoals weergegeven in hoofdstuk 2 van dit rapport met betrekking tot de casus MC Slotervaart.

Het onderzoek van de Onderzoeksraad is onafhankelijk en gescheiden van de andere onderzoeken uitgevoerd.

Kwaliteitsborging

Om de kwaliteit van het onderzoek te borgen zijn de volgende stappen doorlopen:

- Binnen het onderzoeksteam vonden meerdere analyse- en tegendenksessies plaats onder leiding van een adviseur methodologie met als doel de invloed van veronderstellingen te beheersen en betrouwbaar en valide onderzoek te verrichten.
- Het plan van aanpak van het onderzoek en een conceptversie van het rapport zijn beoordeeld door 'vreemde ogen' (niet-projectteamleden en externe deskundige), waarin deze 'tegendenkers' expliciet werden uitgenodigd om hypothesen en analyses te weerleggen. De uitkomsten hiervan zijn gebruikt om het rapport te verbeteren.
- Het onderzoek is besproken met een begeleidingscommissie. Zie onder kopje Begeleidingscommissie voor de concrete invulling van deze commissie.
- Een conceptversie van dit rapport is, conform de Rijkswet Onderzoeksraad voor Veiligheid, voorgelegd aan de betrokken organisaties en personen met het verzoek het rapport te controleren op fouten, omissies en onjuistheden en het eventueel te voorzien van commentaar. In bijlage B is aangegeven welke partijen inzage hebben gekregen en op welke wijze de reacties zijn verwerkt.

¹⁴⁵ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 175.

Begeleidingscommissie

De Onderzoeksraad heeft voor dit onderzoek een begeleidingscommissie samengesteld. Deze commissie bestaat uit externe leden met voor het onderzoek relevante deskundigheid en staat onder voorzitterschap van een lid van de Onderzoeksraad. De externe leden hebben op persoonlijke titel zitting in de begeleidingscommissie. Gedurende het onderzoek is de commissie vier keer bijeengekomen om met het raadslid en het projectteam van gedachten te wisselen over de opzet en de resultaten van het onderzoek. De commissie vervult een adviserende rol binnen het onderzoek. De eindverantwoordelijkheid voor het rapport en de aanbevelingen ligt bij de Onderzoeksraad. De commissie is als volgt samengesteld:

prof. dr. mr. S. Zouridis	Voorzitter Begeleidingscommissie. Raadslid Onderzoeksraad voor Veiligheid.
prof. Dr. M.C. de Bruijne	Professor of Public Health, especially Quality of Care Amsterdam UMC. Director Amsterdam Public Health research institute (APH).
dr. D. den Hartog	Traumachirurg en hoofd van het Traumacentrum Zuid West Nederland bij het Erasmus MC Rotterdam.
drs. M. Rompa	Voorzitter van de raad van toezicht van Cordaan. Auditor accreditatie van zorgdirecteuren bij de NVZD (Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren). Voormalig lid raad van toezicht bij het Sint Franciscus Gasthuis, en voorzitter van de raad van toezicht bij Samen Veilig Midden-Nederland.
prof. dr. F.T. Schut	Hoogleraar economie en beleid van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (Institute of Health Policy and Management (iBMG)).
drs. D.A. Veldman	Directeur-bestuurder van Patiëntenfederatie Nederland.
prof. mr. R.D. Vriesendorp	Deeltijd-hoogleraar insolventierecht verbonden aan het Instituut voor Privaatrecht (afdeling Ondernemingsrecht) en het Instituut voor Fiscale en Economische vakken (afdeling Bedrijfswetenschappen). Advocaat/partner bij De Brauw Blackstone Westbroek (Amsterdam).

Projectorganisatie

Namens de Onderzoeksraad is voor dit onderzoek de heer prof. dr. mr. S. Zouridis opgetreden als portefeuillehouder. Het onderzoek is uitgevoerd door het projectteam, dat als volgt was samengesteld:

mr. C.A.J.F. Verheij	Onderzoeksmanager
ir. L.P. Sluijs	Projectleider
drs. W. Dekker	Onderzoeker
drs. R. Dijkstra	Onderzoeker
drs. M. Felder	Extern onderzoeker
drs. E. Mol	Extern onderzoeker (periode 1-2 t/m 18-7-2019)
drs. M.J. Nieuwenhout	Extern onderzoeker (periode 1-2 t/m 28-6-2019)
drs. M. Harpe	Secretaris
drs. E.J. Willeboordse	Adviseur onderzoek en ontwikkeling
J. Demir	Medewerker projectbureau (vanaf 2-5-2019)
H.F. de Kievit	Medewerker projectbureau (tot en met 2-5-2019)

REACTIES OP CONCEPTRAPPORT

Het conceptrapport is, met uitzondering van de samenvatting, beschouwing en aanbevelingen, voorgelegd aan de betrokken partijen. Deze partijen is gevraagd het rapport te controleren op feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden. De volgende partijen hebben een reactie gegeven op het conceptrapport:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (inclusief Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd);
- Nederlandse Zorgautoriteit;
- Curatoren MC Slotervaart;
- Curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen;
- Zilveren Kruis;
- Beide ziekenhuizen, te weten de aandeelhouders van gefailleerde MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen en voorzitters van raad van bestuur MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen ten tijde van aanvraag surseance;
- Regionale Ambulancevoorziening Flevoland.

De binnengekomen reacties zijn op de volgende manier verwerkt:

- Als de Onderzoeksraad besluit reacties over te nemen, dan verwerkt hij deze in de definitieve versie van het rapport. Deze reacties worden niet afzonderlijk vermeld.
- Als de Onderzoeksraad reacties niet heeft overgenomen, wordt toegelicht waarom daartoe is besloten. De betreffende reacties en de toelichting zijn opgenomen in een tabel die te vinden is op www.onderzoeksraad.nl

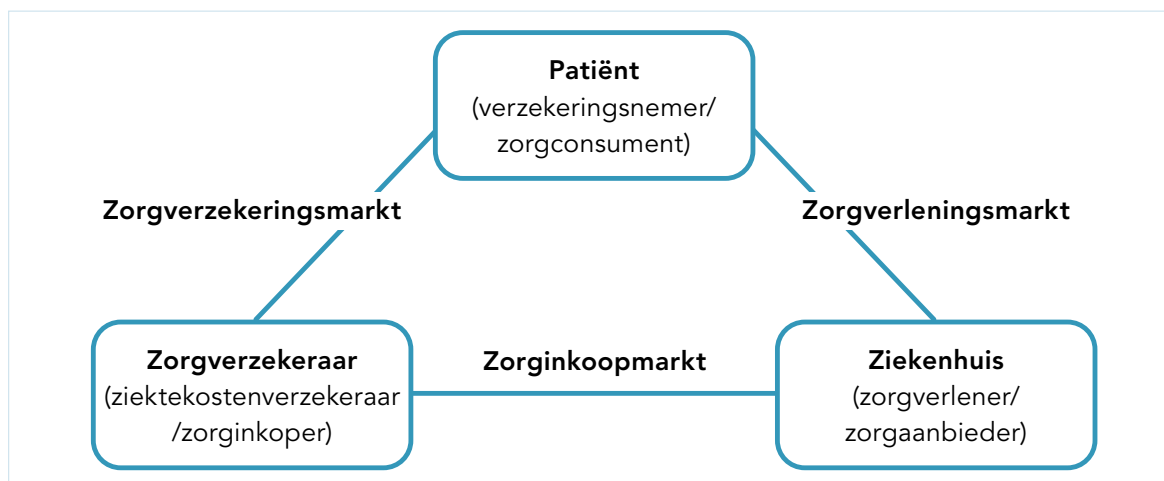
BESCHRIJVING VAN HET ZORGSTELSEL

In deze bijlage wordt uiteengezet hoe in Nederland de continuïteit van ziekenhuiszorg institutioneel verankerd is. Het doel van deze uiteenzetting is tweeledig. Ten eerste geeft het inzicht in een aantal basisprincipes van het Nederlandse zorgstelsel, een stelsel waarin ziekenhuizen failliet zouden moeten kunnen en mogen gaan.¹⁴⁶ Ten tweede maakt het duidelijk hoe in het huidige zorgstelsel beoogd wordt de continuïteit van ziekenhuiszorg te waarborgen in geval van een faillissement van een zorginstelling.¹⁴⁷

A.1 Opzet van het zorgstelsel

A.1.1 Gereguleerde marktwerking in de zorg

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) in 2006, staat het principe van gereguleerde marktwerking centraal. Deze marktwerking bestaat uit drie deelmarkten: de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt (zie figuur 3). Drie actoren spelen op deze deelmarkten een hoofdrol: de patiënt, de zorginstelling (het ziekenhuis) en de zorgverzekeraar.¹⁴⁸ De rollen die deze actoren behoren te vervullen en de verantwoordelijkheden die daarmee gepaard gaan, zijn verankerd in wet- en regelgeving.



Figuur 4: Marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg.

¹⁴⁶ Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 10, p. 3, 6.

¹⁴⁷ Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 10, p. 4-11.

¹⁴⁸ Ruwaard, S. en de Boer, L., *Nederlands zorgstelsel werkt goed maar is nog niet uitontwikkeld*, Medisch Contact, september 2018.

De patiënt is – als burger – verplicht om een zorgverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze (conform de Zvw).¹⁴⁹ Daarnaast wordt de patiënt in de Wmg naar voren geschoven als kritische zorgconsument (bijvoorbeeld bij het kiezen tussen ziekenhuizen).^{150,151} In tegenstelling tot het afsluiten van een verzekering, is het acteren als kritische zorgconsument echter geen verplichting. De Wmg verplicht ziekenhuizen wel om informatie te verschaffen over hun diensten, op een manier die patiënten in staat stelt een rol als kritische zorgconsument te kunnen vervullen.¹⁵²

Naast het verschaffen van informatie met betrekking tot diensten, is het ziekenhuis primair verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van verleende zorg. Het ziekenhuis moet zijn zorg daarom zo organiseren dat individuele zorgverleners redelijkerwijs in staat zijn om goede zorg te verlenen conform Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).¹⁵³ Binnen een ziekenhuis hebben zorgverleners echter ook een eigenstandige verantwoordelijkheid voor het verlenen van goede zorg (Burgerlijk Wetboek, 'goed hulpverlenerschap').¹⁵⁴ Zo kan een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen een individuele zorgverlener en patiënt niet eenzijdig worden beëindigd.¹⁵⁵ Naast wetgeving die zich richt op het reguleren van de rol van een ziekenhuis op de zorgmarkt, is er dus ook wetgeving die zich richt op het reguleren van 'goede zorgverlening' door het ziekenhuis en de daar werkzaam zijnde zorgverleners.

De zorgverzekeraar heeft een rol als zorgverzekeraar en zorginkoper. Deze dubbelrol en de verantwoordelijkheden die daarmee gepaard gaan, zitten verankerd in de Zvw, Wmg en het Toezichtkader Zorgplicht.¹⁵⁶ Belangrijk om te benadrukken is dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft richting zijn verzekerden.¹⁵⁷ Deze zorgplicht betekent dat de zorgverzekeraar verplicht is ervoor te zorgen dat de verzekerde tijdig, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgt waar hij/zij behoefte aan heeft en wettelijke aanspraak op kan maken.¹⁵⁸ Afhankelijk van de polis die een verzekerde bij een zorgverzekeraar heeft afgesloten betreft dit de zorg zelf (naturapolis), of een vergoeding van de kosten van zorg en eventuele zorgbemiddeling (restitutiepolis).¹⁵⁹ In beide gevallen is de zorgplicht een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar richting zijn individuele verzekerde.¹⁶⁰

A.1.2 Toezicht

Om te zorgen dat bovengenoemde actoren zich aan de regels houden en binnen de kaders van het stelsel bewegen, zijn er toezichthouders aangesteld. De NZa is toezichthouder op de zorgmarkt.¹⁶¹ De NZa stelt regels op om de toegankelijkheid,

¹⁴⁹ Artikel 2 en artikel 7 Zorgverzekeringswet.

¹⁵⁰ Artikel 32 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹⁵¹ Fransman, R. en Kraaijeveld K., *Zo werkt de Zorgverzekering*, De Argumentenfabriek, 2018.

¹⁵² Artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹⁵³ Artikel 2 en artikel 3 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg.

¹⁵⁴ Artikel 7 lid 453 Burgerlijk Wetboek.

¹⁵⁵ Zie ook Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

¹⁵⁶ Fransman, R. en Kraaijeveld K., *Zo werkt de Zorgverzekering*, De Argumentenfabriek, 2018.

¹⁵⁷ Artikel 11 Zorgverzekeringswet.

¹⁵⁸ NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, p. 2, 14 november 2017.

¹⁵⁹ Denk aan verschillende invulling natura en restitutie polissen; zie verder NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, p. 5, 14 november 2017.

¹⁶⁰ Denk aan verschillende invulling natura en restitutie polissen; zie verder NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, p. 5, 14 november 2017.

¹⁶¹ NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, p. 9, 14 november 2017.

betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te bevorderen en ziet toe op hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich aan deze regels houden (bijvoorbeeld informatie verschaffen ten behoeve van marktwerking). Daarbij ziet de NZa ook toe op hoe zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht.¹⁶² De IGJ ziet toe op de naleving van de verplichting tot het verlenen van goede zorg. Dit doet de IGJ zowel op het niveau van het ziekenhuis (organisatie en bedrijfsvoering), als op het niveau van individuele zorgverleners (verleende zorg).¹⁶³

A.1.3 Faillissementen van zorginstellingen

In 2011 benadrukt minister Schippers (VWS)¹⁶⁴ dat zorginstellingen failliet kunnen gaan. Als de kwaliteit en veiligheid van de aangeboden zorg niet volstaan zullen patiënten wegblijven. Als de prijzen van aanbieders te hoog zijn zullen daarnaast geen contracten worden afgesloten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen moeten in dat geval kunnen verdwijnen. Tegelijkertijd benadrukt de minister dat een faillissement ingrijpend is en dat zowel patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars belang hebben bij een financieel gezonde situatie van een ziekenhuis. Zij benadrukt daarom het belang van interne controlemechanismen (raad van toezicht/commissarissen, cliëntenraad en ondernemingsraad).

A.2 Waarborging continuïteit van zorg: vroegsignalering en zorgplicht

Ondanks de bovengenoemde belangen en interne controlemechanismen zet minister Schippers (2011), vanuit haar stelselverantwoordelijkheid, ook uiteen hoe de continuïteit van zorg gewaarborgd moet zijn ten tijde van een (dreigend) faillissement. De principes 'vroegsignalering' en 'zorgplicht' staan daarbij centraal.¹⁶⁵

Bij de invulling van deze principes krijgen zorgverzekeraars een belangrijke rol toebedeeld. Ten eerste wordt er van zorgverzekeraars verwacht dat zij hun inkoopmarkten analyseren en mogelijke knelpunten in kaart brengen. Daarnaast wordt er verwacht dat zij in contracten met ziekenhuizen bepalingen opnemen over het vroegtijdig melden van financiële of kwalitatieve risico's voor de continuïteit van zorg.¹⁶⁶ Het belang van het delen van informatie over financiële risico's wordt daarnaast benadrukt door de NZa en IGJ. In het *Toezichtkader Goed Bestuur* slaan de NZa en IGJ de handen ineen om inzicht te krijgen in de financiële bedrijfsvoering van een ziekenhuis. Naast de zorgverzekeraar en het ziekenhuis is er bij vroegsignalering dus ook een rol weggelegd voor de toezichthouders.¹⁶⁷

Wanneer zich een concrete dreiging voor de continuïteit van zorg voordoet, moet de zorgverzekeraar tijdig passende maatregelen treffen om er voor te zorgen dat de zorg voor zijn verzekerden beschikbaar en bereikbaar blijft. *"De zorgverzekeraar moet bijvoorbeeld extra budget verstrekken aan de zorgaanbieder in financiële nood, meedenken over of aansturen op een geschikte overnamekandidaat bij faillissement, of andere zorgaanbieders contracteren die de zorgverlening aan zijn verzekerden over*

¹⁶² NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, 14 november 2017.

¹⁶³ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

¹⁶⁴ *Kamerstukken II 2011/12*, 32 620, nr. 10, p. 4.

¹⁶⁵ *Kamerstukken II 2011/12*, 32 620, nr. 10.

¹⁶⁶ NZa, *Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017*, TH/BR-025, nr. 66048, regel 8.3, p. 11, 14 november 2017.

¹⁶⁷ IGJ en NZa, *Toezicht Goed Bestuur: Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg*, juli 2016.

kunnen nemen”.¹⁶⁸ Het is echter niet zo dat een zorgverzekeraar verplicht is om een zorginstelling in stand te houden. Om aan de zorgplicht te voldoen is het immers irrelevant welke zorgaanbieder de zorg levert, zolang deze maar tijdig, veilig en van goede kwaliteit is.¹⁶⁹ Een alternatieve zorgaanbieder hoeft niet reeds gecontracteerd te zijn.¹⁷⁰

In bovenstaande speelt de overheid een terughoudende rol. Volgens de minister is het namelijk niet de bedoeling dat op de zorgmarkt, (financieel) slecht presterende zorginstellingen kunstmatig in stand worden gehouden.¹⁷¹ Een uitzondering vormen ziekenhuizen die cruciale zorg verlenen. Het gaat daarbij om *“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.”*¹⁷² In dat geval moet er een vangnetconstructie worden opgesteld. De zorgverzekeraar is verplicht deze vangnetconstructie te organiseren (desgewenst in samenwerking met anderen). Alleen in uiterste gevallen kan een zorgverzekeraar zich beroepen op overmacht en wordt een vangnetconstructie vanuit de overheid geregeld.¹⁷³

A.3 De afwikkeling van een faillissement in de zorg

Tijdens de afwikkeling van een faillissement neemt de curator het financiële beheer van de raad van bestuur van het ziekenhuis tijdelijk over. In de handreiking voor curatoren die is opgesteld door het ministerie van VWS¹⁷⁴ staat dat de curator primair handelt in het belang van de schuldeisers, maar dat de curator ook eindverantwoordelijk wordt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg; bijvoorbeeld tijdens de afbouw van zorg, of ter afwachting op een doorstart. Tegelijkertijd behouden individuele zorgverleners ook een eigen verantwoordelijkheid. In dit kader benadrukt het ministerie van VWS in de handreiking aan de curatoren: *“De zorgprofessionals zijn, zeker ook in een faillissementssituatie, daarom gebaat bij het voorkomen van zoveel mogelijk onzekerheid. Een goede communicatie en rust kunnen, hoe lastig ook in faillissement, cruciale factoren zijn om zorg van voldoende kwaliteit te kunnen leveren.”*

Idealiter bouwt de curator de zorg af of continueert hij de zorg in afstemming met de zorgverzekeraar; die behoudt immers de zorgplicht richting haar verzekerden. Ongeacht of zorg wordt afgebouwd of doorgestart, is er bijvoorbeeld tijdelijke financiering nodig voor de bekostiging van medicijnen en diensten. Het is daarbij van belang dat leveranciers de zekerheid hebben te worden betaald, anders zullen zij immers geneigd zijn leveringen te stoppen. De zorgverzekeraar kan hier een belangrijke rol vervullen, bijvoorbeeld door een vangnetstichting op te richten.¹⁷⁵

¹⁶⁸ NZa, Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017, TH/BR-025, nr. 66048, regel 8.3, p. 11, 14 november 2017.

¹⁶⁹ NZa, Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017, TH/BR-025, nr. 66048, regel 6.1, p. 9, 14 november 2017.

¹⁷⁰ NZa, Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht 2017, TH/BR-025, nr. 66048, regel 5.3, p. 8, 14 november 2017.

¹⁷¹ Kamerstukken II 2011/12, 32620, nr. 10.

¹⁷² Kamerstukken II 2011/12, 32620, nr. 10, p. 1.

¹⁷³ NZa, Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg, TH/BR-017, 19 december 2014.

¹⁷⁴ Ministerie van VWS, Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren, mei 2017.

¹⁷⁵ Ministerie van VWS, Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren, mei 2017.

Tijdens de fase van afbouw en/of doorstart blijven de IGJ en NZa belangrijke toezichthoudende partijen. Vooral de IGJ zal een belangrijk aanspreekpunt zijn voor de curatoren, bijvoorbeeld op het gebied van wet- en regelgeving en risico's ten aanzien van veilige en kwalitatief goede zorg. De NZa zal blijven toezien of en hoe de zorgverzekeraar haar zorgplicht nakomt. Naast de NZa en IGJ krijgen twee andere toezichthoudende organen een rol tijdens de afbouw/doorstart. De Autoriteit Persoonsgegevens beoordeelt de overdracht van medische dossiers in het licht van de privacy wetgeving. De Autoriteit Consument en Markt kijkt naar tijdelijke financieringsconstructies (door zorgverzekeraars) en meer structurele overnames (door andere zorginstellingen) op grond van de mededingingswet.¹⁷⁶

¹⁷⁶ Ministerie van VWS, *Handreiking faillissementen in de zorg voor curatoren*, mei 2017.

UITWERKING REFERENTIEKADER

In het referentiekader in paragraaf 1.4 zijn algemene verwachtingen van de Onderzoeksraad opgenomen ten aanzien van de voorbereiding en uitvoering van de afbouw van zorg bij een faillissement, teneinde de risico's voor de patiëntveiligheid zo goed als redelijkerwijs mogelijk te beheersen. In deze bijlage zijn deze verwachtingen nader uitgewerkt per actor. Tussen de actoren in het stelsel bestaan onderlinge afhankelijkheden. Zo is onder meer het faillerende ziekenhuis afhankelijk van financiering van derden en heeft de zorgverzekeraar informatie nodig van het faillerende ziekenhuis en omliggende ziekenhuizen om zijn zorgplicht waar te blijven maken. Idealiter wordt de afbouw van zorg in de aanloop naar een faillissement voorbereid. Indien dit niet mogelijk blijkt, is er tijd nodig om na het uitspreken van faillissement zowel de voorbereiding als uitvoering van de afbouw van zorg te realiseren.

Het ziekenhuis

Om goede en veilige zorg aan patiënten te kunnen waarborgen is de rol van een faillerend ziekenhuis onontbeerlijk. Een ziekenhuis dat rekening houdt met een faillissement moet zich inspannen om een gecontroleerde afbouw van zorg voor te bereiden en indien nodig uit te voeren.

Een ziekenhuis dient in anticipatie op een faillissement een preventieve risico-inventarisatie uit te voeren om inzicht te verwerven in de zorgbehoeften en kwetsbaarheden van individuele patiënten. Daarnaast dient het ziekenhuis de patiëntregistratie op orde te hebben - en dusdanig te hebben ingericht - zodat snel in kaart kan worden gebracht hoeveel klinische en poliklinische behandeltrajecten er op een gegeven moment gaande zijn, en welke acties op de korte en lange termijn nodig zijn om het behandeltraject voor deze patiënten over te dragen of te beëindigen. Het is bij de afbouw van zorg van belang dat snel duidelijk is welke patiënten een periodieke behandeling ontvangen, maar bijvoorbeeld ook welke patiënten zonder vervolgspraak nog wel een keer moeten terugkomen.

Daarnaast moet het ziekenhuis een crisisstructuur hebben voorbereid, met daarin duidelijk omschreven taken, rollen en verantwoordelijkheden binnen de organisatie na een faillissement. Het ziekenhuis dient in kaart te brengen welke functies van het ziekenhuis intern van elkaar afhankelijk zijn, opdat duidelijk is welke handelingen bij het wegvallen van bepaalde functies nog veilig kunnen worden uitgevoerd.

Het interne toezicht van het ziekenhuis dient erop toe te zien dat het bestuur van het ziekenhuis gericht is op het waarborgen van de continuïteit van zorg. Hiertoe moet het interne toezicht het bestuur aansturen op het treffen van voorbereidende maatregelen wanneer een faillissement een reëel scenario is.

Het ziekenhuis moet bestaande plannen op hoofdlijnen tijdig operationaliseren en concretiseren naar een niveau dat het medisch personeel in staat stelt om kwaliteit en veiligheid van zorg te blijven leveren. In anticipatie op een mogelijk faillissement dient het ziekenhuis tijdig te communiceren met andere partijen die een rol kunnen spelen bij het garanderen van de patiëntveiligheid.

Een faillissement is een stressvolle gebeurtenis voor alle betrokkenen, niet in de laatste plaats voor het medisch personeel. Desalniettemin verwacht de Onderzoeksraad dat het medisch personeel zich bij de afwikkeling van een faillissement zo goed mogelijk inspant om het patiëntbelang te dienen. Dit betekent dat hun handelen erop gericht is om de overdracht van zorg op een verantwoorde wijze en zonder vertraging te realiseren.

De zorgverzekeraar

De verwachting van de Onderzoeksraad is dat de zorgverzekeraar, op basis van de zorgplicht, de condities voor een gecontroleerde afbouw van zorg schept. Dit vraagt enerzijds van de zorgverzekeraar te kijken naar de gevolgen van het faillissement op het zorglandschap: wat betekent het wegvallen van het faillerende ziekenhuis voor de zorg die in de desbetreffende regio geleverd wordt? De zorgverzekeraar moet actie ondernemen om ervoor te zorgen dat het faillissement niet leidt tot problemen met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg in de regio. Hiertoe dient de zorgverzekeraar de capaciteit bij ziekenhuizen in de regio te inventariseren en waar nodig de ziekenhuizen hierin te ondersteunen door aanvullende capaciteit in te kopen.

Anderzijds verwacht de Onderzoeksraad dat de zorgverzekeraar aandacht heeft voor de gevolgen van het faillissement voor groepen patiënten in het gebied dat hij vertegenwoordigt: hoe kunnen de risico's voor de patiënt zo goed als redelijkerwijs mogelijk worden gemitigeerd? Dit gaat verder dan enkel inschatten of er voldoende zorgalternatieven in de regio zijn; het faillerende ziekenhuis moet in staat zijn om de patiënten op een veilige manier over te dragen. Hiervoor zijn een adequate voorbereiding en voldoende tijd om deze ten uitvoer te brengen noodzakelijk. Het ziekenhuis heeft middelen nodig om de overdracht te kunnen realiseren, maar kan daar gegeven het faillissement zelf niet in voorzien. Daarom is de zorgverzekeraar aan zet om het ziekenhuis te faciliteren om de gecontroleerde afbouw van zorg voor te bereiden. Wanneer een faillissement een feit is en er een curator is aangesteld, dient de zorgverzekeraar de curator te ondersteunen bij het realiseren van een gecontroleerde afbouw van zorg.

De curator

De curator is als beheerder van een gefailleerd ziekenhuis eindverantwoordelijk voor de afbouw van zorg. Dit betekent dat de curator als eindverantwoordelijke erop moet toezien dat de risico's voor patiëntveiligheid ten tijde van de afbouw van zorg zo goed als redelijkerwijs mogelijk worden beheerst. De curator heeft tegelijkertijd de opdracht om de belangen van de schuldeisers te behartigen. Deze taak en de besluiten die hiervoor genomen worden, mogen volgens de Onderzoeksraad geen afbreuk doen aan het beheersen van de risico's voor patiëntveiligheid. Bij een ziekenhuisfaillissement staat het belang van goede en veilige zorg voor patiënten van het gefailleerde ziekenhuis bovenaan.

De Onderzoeksraad verwacht dat de curator kan voortbouwen op een goede voorbereiding van het faillissement. De curator moet erop toezien dat onvoorziene risico's voor patiënten worden beheerst.

De Onderzoeksraad gaat er niet van uit dat curatoren over expertise in de zorg beschikken. Wel moeten curatoren zich inspannen om laagdrempelig en snel toegang te krijgen tot relevante kennis van zorginhoudelijke vraagstukken en ziekenhuisorganisaties, bijvoorbeeld door externe of interne expertise te benutten.

De overheidspartijen: toezichthouders IGJ en NZa en het ministerie van VWS

De Onderzoeksraad verwacht van de toezichthouders in het zorgstelsel dat zij toezicht houden op de kwaliteit, toegankelijkheid en tijdigheid van zorg aan patiënten met een zorgvraag en zo nodig bijsturen om de zorg op deze aspecten te verbeteren. Een faillissement van een ziekenhuis kan elk van deze onderwerpen onder druk zetten. De Onderzoeksraad verwacht dat IGJ, als toezichthouder op de naleving van de verplichting tot het verlenen van goede zorg, signalen van financiële problemen van een ziekenhuis relateert aan risico's voor het kunnen leveren van kwalitatief goede en veilige zorg. Om dit te kunnen doen moet IGJ over kennis en expertise beschikken (dan wel inschakelen) om de juiste informatie op dit onderwerp bij ziekenhuizen op te vragen, en om deze informatie vervolgens betekenis te geven.

De zorgplicht van zorgverzekeraars is een van de belangrijkste randvoorwaarden in het zorgstelsel om te waarborgen dat patiënten met een zorgbehoefte tijdig toegang hebben en houden tot zorg. Deze waarborg is cruciaal voor de veiligheid van patiënten op het moment dat een zorgaanbieder failliet gaat of dreigt te gaan. Dit betekent volgens de Onderzoeksraad dat de NZa, als toezichthouder op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraar, het belang van door een (mogelijk) faillissement gedupeerde patiënten centraal moet zetten in haar toezicht- en handhavingsactiviteiten.

Vervolgens verwacht de Onderzoeksraad ook dat de toezichthouders in staat zijn om te kunnen functioneren als tegenmacht ten opzichte van de onder toezicht staande partij. De toezichthouders vertegenwoordigen de burger en bevorderen dat deze vertrouwen kan hebben in de werking van het zorgstelsel.

Ten aanzien van de Rijksoverheid verwacht de Onderzoeksraad dat deze zich verantwoordelijk weet voor de continuïteit van zorg boven de continuïteit van een individuele zorginstelling. Zie hiervoor ook de beschrijving van het zorgstelsel in bijlage C. De Rijksoverheid moet als stelselverantwoordelijke zorgdragen voor voldoende prikkels, zodat binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking de patiëntveiligheid gewaarborgd is.

RECONSTRUCTIE AANLOOP NAAR FAILLISEMENTEN MC SLOTERVAART EN MC IJSSELMEERZIEKENHUIZEN

Aanloop naar en verzoek ziekenhuizen om financiële ondersteuning (juni-juli 2018)

MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen zien al langere tijd de noodzaak om veranderingen in het zorgprofiel door te voeren. Om de transitie van beide ziekenhuizen vorm te geven is eind juni 2018 een transitiecomité ingericht. Dit comité staat onder leiding van een projectleider en bestaat uit de raad van bestuur van de ziekenhuizen, ondersteund door een lid van de raad van commissarissen van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen.

In dezelfde periode vraagt de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen aan het St Jansdal of het interesse heeft in een overname van het ziekenhuis. Voor St Jansdal is een overname op dat moment niet haalbaar. MC IJsselmeerziekenhuizen heeft namelijk hoge schulden, veel personeel en flinke achterstanden in onderhoud en investeringen.

Zilveren Kruis wisselt in juni 2018 intern van gedachten over de slechte financiële positie van meerdere kleinere ziekenhuizen in Amsterdam, waarbij de vraag wordt opgeworpen of de zorgverzekeraar gaat inzetten op behoud, overbrugging, overname of faillissement. Om deze vraag te beantwoorden wil de afdeling inkoop graag een beeld krijgen van de Amsterdamse zorgmarkt in 2025 en op basis daarvan keuzes maken voor het in stand houden of afbouwen van zorginfrastructuur. Om die reden is Zilveren Kruis een project gestart om de Amsterdamse zorgvraag in 2025 in te schatten en te beoordelen hoeveel ziekenhuizen daarvoor nodig zijn. Door middel van zorginkoop wil Zilveren Kruis in vijf jaar tot het gewenste scenario komen.¹⁷⁷ Dit leidt in juli 2018 binnen Zilveren Kruis tot de start van het project 'Gezonde marktstructuur voor verzekerden van Zilveren Kruis'. Het doel van dit project is het creëren van een marktstructuur voor de lange termijn met gezonde marktwerking voor verzekerden van Zilveren Kruis. De eerste stap binnen het project is het vaststellen van de huidige situatie. De vervolgstap is de potentie en ambitie van Zilveren Kruis vaststellen. Tot slot wil Zilveren Kruis een afwegingskader gebruiken om acties te prioriteren. MC Slotervaart wordt hierbij als testcasus gebruikt, waarvoor drie scenario's op impact en haalbaarheid zijn beoordeeld. De scenario's zijn het shop-in-shop model, het sluiten van de SEH en faillissement. Als onderdeel van de testcasus ontwikkelt Zilveren Kruis een model om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en financiële impact van zorgverplaatsing.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Zilveren Kruis, *Kleine ziekenhuizen in en rondom Amsterdam in 2025*, 25 april 2018. Bijlage bij interne e-mail d.d. 19 juni 2018.

¹⁷⁸ Zilveren Kruis, *Aanbiedingsnota voor MT Inkoop Zilveren Kruis*, 4 september 2018.

Naar aanleiding van de recentelijk gedeponeerde jaarrekening 2016 (vastgesteld maart 2018) komt er op 9 juli 2018 in de media berichtgeving op gang over de slechte financiële positie van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Het accountantskantoor van de ziekenhuizen heeft zijn zorgen geuit over de continuïteit van het ziekenhuis naar aanleiding van onder meer de financiële situatie. De strekking is dat beide ziekenhuizen miljoenen euro's verlies draaien. MC IJsselmeerziekenhuizen heeft daarnaast een fors negatief eigen vermogen. De bestuursvoorzitter laat echter in de media weten dat het voortbestaan van de ziekenhuizen niet in het geding is.¹⁷⁹ Ook komt een vertrouwelijke brandbrief in de openbaarheid die het bestuur medische staf (BMS) van MC Slotervaart op 8 mei 2018 heeft geschreven aan de raad van bestuur om zijn zorgen kenbaar te maken: *"Wij maken ons ernstig zorgen en denken dat de huidige aanpak van de RvB zal leiden tot een faillissement van ons ziekenhuis. Het BMS heeft geen vertrouwen in de manier waarop de RvB de huidige situatie managet. Het BMS heeft tevens het vertrouwen verloren in de intenties van de aandeelhouders van ons ziekenhuis."*¹⁸⁰

Op 10 juli spreekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) telefonisch met een bestuurder van MC Slotervaart. De NZa geeft aan verrast te zijn door de mediaberichten, gezien het feit dat MC Slotervaart in een eerder gesprek op 6 juli 2018 geen melding heeft gemaakt van de slechte financiële situatie, twistpunten tussen de raad van bestuur en artsen en de schijn van belangenverstrengeling doordat de aandeelhouder tevens bestuurder is. Op de vraag van de NZa of de financiële situatie nijpend is en leidt tot het risico op discontinuïteit van zorg, wordt door de bestuurder van MC Slotervaart ontkennend geantwoord. Hij verzekert de NZa ervan dat er geen sprake is van financiële problemen die de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar brengen. Hij geeft aan dat er sprake is van herfinanciering bij MC IJsselmeerziekenhuizen. Bij MC Slotervaart is er geen financieel probleem, maar speelt een discussie tussen het bestuur en artsen over de vraag hoe breed/specifiek het ziekenhuis zorg moet verlenen en wat dit betekent voor de opleidingsplaatsen. De bestuurder van MC Slotervaart geeft aan te overwegen een eigen onderzoek in te stellen naar de vermeende belangenverstrengeling.¹⁸¹

Naar aanleiding van de berichtgeving stelt de NZa op 11 juli ook vragen aan Zilveren Kruis in het kader van zijn zorgplicht. De NZa vraagt of er mogelijk sprake is van een faillissement en op welke wijze Zilveren Kruis hierover in gesprek is met beide ziekenhuizen. De NZa stelt tevens de vraag hoe de continuïteit van zorg geborgd is en welke acties Zilveren Kruis onderneemt voor het geval de ziekenhuizen failliet gaan. In reactie op de vragen laat Zilveren Kruis weten dat de financiële situatie zorgelijk is en dat hij met beide ziekenhuizen in gesprek is. Het heeft de volledige aandacht van de zorgverzekeraar. Zilveren Kruis gaat niet in op de vraag hoe de continuïteit van zorg geborgd is en welke acties Zilveren Kruis onderneemt in geval van faillissement. Twee dagen later bevestigt Zilveren Kruis dit per e-mail aan de NZa. Hierin geven ze opnieuw aan dat de financiële situatie van beide instellingen zorgelijk is, maar dat de ziekenhuizen met hun stakeholders in gesprek zijn over de situatie. Met Zilveren Kruis hebben de

¹⁷⁹ <https://fd.nl/economie-politiek/1260819/ziekenhuizen-zorgondernemer-loek-winter-in-zwaar-weer> geraadpleegd op 7 oktober 2019.

¹⁸⁰ MC Slotervaart – Vereniging Medische Staf, brief aan raad van bestuur MC Slotervaart betreffende Aanpak crisissituatie: ernstige zorgen, 8 mei 2018.

¹⁸¹ NZa, Interne e-mail, 10 juli 2018.

ziekenhuizen ook het plan van aanpak besproken dat de situatie zou moeten stabiliseren om tot een toekomstbestendig perspectief te komen.¹⁸²

Op 12 juli 2018 vindt een overleg plaats tussen Zilveren Kruis en een afvaardiging van beide ziekenhuizen, waaruit blijkt dat de financiële situatie van de ziekenhuizen zorgelijker is dan de zorgverzekeraar in eerste instantie dacht. Daarop wordt nog op dezelfde dag door Zilveren Kruis een excassoblokkade ingesteld. Dit houdt in dat declaraties van de ziekenhuizen voorlopig niet worden betaald door de zorgverzekeraar.¹⁸³

Vanwege de financiële situatie stellen de ziekenhuizen een plan van aanpak op voor MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Het plan is erop gericht de situatie te stabiliseren en samen met stakeholders te werken aan een oplossing. De situatie is zeer urgent vanwege een krappe liquiditeitspositie en de afhankelijkheid van stakeholders om de komende periode door te komen.¹⁸⁴ Op 17 juli vindt een crisioverleg plaats bij PricewaterhouseCoopers (PwC) om het plan te bespreken. Hierbij zijn aanwezig: de bestuurders en aandeelhouders van de ziekenhuizen, Zilveren Kruis en andere betrokken zorgverzekeraars, ING als huisbankier en PwC. Er is besproken dat het niet langer door kan met de huidige vorm van de ziekenhuizen en er worden verschillende transitievarianten besproken. Voor MC Slotervaart ging het hierbij om een variant met een afgeslankt ziekenhuis, een variant met aanzienlijke afbouw van zorg met behoud van de poliklinische inrichting en een variant om de zorg in het geheel af te bouwen. Voor MC IJsselmeerziekenhuizen ging het om de volgende drie scenario's (richting 2020): samengaan met een ander ziekenhuis, zelfstandig doorgaan of activiteiten volledig afbouwen.¹⁸⁵ Concreet doen de ziekenhuizen het volgende verzoek aan Zilveren Kruis en (met andere bedragen) aan de andere betrokken zorgverzekeraars:

- Een *standstill* periode van vier maanden waarin openstaande vorderingen van zowel MC Slotervaart (vordering van te veel betaalde OHW¹⁸⁶-financiering van circa 6,2 miljoen euro en een vordering op de eindafrekening van 2015) als MC IJsselmeerziekenhuizen (vordering van te veel betaalde OHW-financiering van circa 5,7 miljoen euro) niet worden verrekend met gedeclareerde zorg;
- Het continueren van reguliere betalingen (geen verrekeningen) en OHW-financiering voor beide ziekenhuizen;
- Een verzoek tot voorschot voor MC Slotervaart van 1.437.000 euro;
- De bereidheid om actief mee te denken over de vormgeving en de toekomst van beide ziekenhuizen.

Op 20 juli 2018 stuurt Zilveren Kruis een brief aan de ziekenhuizen naar aanleiding van de verzoeken. Onder voorwaarden is Zilveren Kruis bereid om mee te werken met een *standstill* periode, waarbij voor de periode tot 3 september 2018 een aantal afspraken worden geformuleerd. Hierbij wordt ook het voorschotverzoek gehonoreerd. Na 3 september zal Zilveren Kruis een besluit nemen over het verlengen van de afspraken.

¹⁸² E-mailwisseling tussen NZa en Zilveren Kruis, 11 en 13 juli 2018.

¹⁸³ Zilveren Kruis, interne e-mail, 12 juli 2018.

¹⁸⁴ MC Groep, Slotervaartziekenhuis B.V. MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.: Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

¹⁸⁵ MC Groep, Slotervaartziekenhuis B.V. MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.: Plan van Aanpak, 17 juli 2018.

¹⁸⁶ OHW staat voor: onderhanden werk. Dit zijn werkzaamheden die wel al zijn verricht, maar waarvoor nog geen factuur is gestuurd naar de opdrachtgever.

In de brief geeft Zilveren Kruis geen reactie op het verzoek van de ziekenhuizen om actief mee te denken over de vormgeving van de ziekenhuizen.¹⁸⁷ De zorgverzekeraar was reeds in gesprek met de ziekenhuizen over toekomstbestendige scenario's.

Op basis van het gesprek op 17 juli is het bestuur van beide ziekenhuizen verder gegaan met het ontwikkelen van een concreet plan, dat in de beleving van de ziekenhuizen paste bij het verzoek van Zilveren Kruis om een positieve business case te presenteren. In het verslag van de vergadering van de raad van commissarissen van MC Slotervaart op 25 juli 2018 wordt de situatie als volgt geduid: *"Met de banken en verzekeraars is een standstill afgesproken voor 4 maanden; er worden geen aflossingen en geen rente betaald. Er is aan hen toegezegd dat in oktober het strategisch plan (position paper) gepresenteerd wordt met daarbij de beoogde financiering."*¹⁸⁸

Wijzigingen in de bestuurlijke situatie in de ziekenhuizen (2018)

In 2018 vinden meerdere veranderingen plaats in de bezetting van de raad van bestuur en raad van commissarissen van de twee ziekenhuizen. Per 1 februari 2018 treedt de voorzitter van de raad van bestuur, tevens aandeelhouder van beide ziekenhuizen, terug als voorzitter en bestuurslid van MC Slotervaart. Een ander bestuurslid van het ziekenhuis, eveneens aandeelhouder bij beide ziekenhuizen, neemt de voorzittershamer over. Op 26 juli 2018 doet deze voorzitter een stap terug in het bestuur en wordt het andere bestuurslid voorzitter van de tweekoppige raad van bestuur. Op 1 oktober legt de aandeelhouder zijn functie in de raad van bestuur neer en bestaat de raad van bestuur van MC Slotervaart uit één persoon.

Bij MC IJsselmeerziekenhuizen bestaat de raad van bestuur tot 1 augustus 2018 uit twee leden. De voorzitter is tevens (indirecte) aandeelhouder bij MC IJsselmeerziekenhuizen. Een lid van de raad van bestuur stapt per 1 augustus op vanwege een verschil van inzicht met een van de andere (indirecte) aandeelhouders. De voorzitter van de raad van bestuur treedt per 1 augustus 2018 terug als voorzitter en blijft aan als bestuurslid van MC IJsselmeerziekenhuizen, om vervolgens in september 2018 terug te treden als bestuurder. Per 1 augustus wordt een van de voormalige commissarissen van MC Slotervaart de nieuwe voorzitter raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen (die per genoemde datum terugtrad als commissaris van MC Slotervaart). Het nieuwe bestuur moet de transitie van het ziekenhuis bewerkstelligen.

De voltallige raad van commissarissen van MC IJsselmeerziekenhuizen wordt per 31 juli 2018 vervangen. De termijn van drie van de vijf leden loopt op dat moment af; op verzoek van de aandeelhouders was hun termijn eerder al verlengd tot 1 augustus 2018.¹⁸⁹ De twee overige leden staan niet achter de inrichting en samenstelling van het bestuur. Op het moment dat overeenstemming uitblijft, treden ook deze commissarissen terug.

¹⁸⁷ Zilveren Kruis, brief aan MC Slotervaart & MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Schriftelijke reactie op bijeenkomst 17 juli 2018*, 20 juli 2018.

¹⁸⁸ MC Slotervaart, *Conceptverslag vergadering van de Raad van Commissarissen en Raad van Bestuur*, 25 juli 2018.

¹⁸⁹ Op verzoek van de aandeelhouders zijn de commissarissen, wier termijn in het voorjaar van 2017 eindigde, aangebleven tot 1 augustus 2018. Van een derde lid eindigde de termijn in het voorjaar van 2018. In verband met de proceduredtijd benodigd voor vervanging is hierop de termijn, eveneens op verzoek van de aandeelhouders, verlengd tot 1 augustus 2018.

Acties IGJ (juli-augustus 2018)

Op 16 juli spreekt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) met een lid van de raad van commissarissen en op 18 juli met een lid van de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen over problemen met betrekking tot de bestuurlijke situatie in het ziekenhuis.¹⁹⁰ In het gesprek met de raad van commissarissen komt de financiële situatie aan de orde: hoewel door de raad van bestuur maatregelen zijn genomen, gericht op het verbeteren van de liquiditeitspositie, is er geen sprake van een kritieke situatie. Naar aanleiding van de signalen over de financiële situatie geeft de IGJ op 16 juli de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen opdracht om een 'continuïteitsplan' op te stellen met mogelijke maatregelen om de continuïteit van individuele patiëntenzorg te garanderen in het geval de financiële situatie toch verder zou verslechteren.¹⁹¹ Op 18 juli geeft de IGJ ook de raad van bestuur van MC Slotervaart de opdracht om een continuïteitsplan op te stellen.¹⁹²

Op 31 juli 2018 informeert de IGJ het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) per e-mail over het voornemen om MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht te plaatsen. Als redenen voor het verscherpt toezicht noemt de IGJ:

- De wijze waarop de raad van bestuur stuurt op het functioneren van professionals;
- De financiële situatie bij het ziekenhuis;
- De voorwaarden voor goed bestuur die in het geding zijn door majeure wijzigingen in de raad van bestuur en raad van commissarissen.¹⁹³

Op 6 augustus plaatst de IGJ het bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen onder verscherpt toezicht. Zij maakt dit op 10 september openbaar.

Aanloop naar tweede verzoek financiële ondersteuning (augustus-oktober 2018)

Zilveren Kruis is bezig een toekomstvisie op te stellen voor de ziekenhuiszorg in de Amsterdamse regio. In een document van 14 augustus 2018 geeft Zilveren Kruis zijn toekomstvisie op MC Slotervaart. Hieruit blijkt dat Zilveren Kruis openstaande vorderingen heeft bij MC Slotervaart, dat er investeringen in het gebouw en de medische apparatuur nodig zijn en het ziekenhuis een transitie door moet maken om de kosten te verlagen. Zilveren Kruis merkt op dat er te veel dossiers spelen bij MC Slotervaart om de crisis te overleven zonder substantiële investering door de zorgverzekeraar. De hypothese in de toekomstvisie is derhalve dat MC Slotervaart geen bestaansrecht heeft in Amsterdam. Het voorkeursscenario van Zilveren Kruis dat volgt uit deze hypothese is het gecontroleerd failliet laten gaan van MC Slotervaart, teneinde meer ruimte te creëren voor andere zorgaanbieders op de overspannen zorgmarkt in Amsterdam. Zilveren Kruis redeneert dat door een faillissement personeel vrijkomt, de zorg ondergebracht kan worden bij andere ziekenhuizen en een deel van de zorg naar verwachting verdampt, wat overcapaciteit uit de markt haalt. Het document spreekt van twee opties om dit te

¹⁹⁰ IGJ, *Vastgesteld verslag gesprek 16 juli 2018*, 24 juli 2018.

¹⁹¹ IGJ, *Financiële tijdlijn IGJ faillissementen MC IJsselmeerziekenhuizen (MCIJZ) en MC Slotervaart*, 16 november 2018.

¹⁹² IGJ, brief aan MC Slotervaart betreffende V2007434 – recente ontwikkelingen, 18 juli 2018.

¹⁹³ IGJ, *Financiële tijdlijn IGJ faillissementen MC IJsselmeerziekenhuizen (MCIJZ) en MC Slotervaart*, 16 november 2018.

bereiken: 1) een afbouwscenario bespreken met de raad van bestuur en de aandeelhouders en 2) het opeisen van vorderingen.¹⁹⁴

Op 22 augustus vindt een gesprek plaats tussen Zilveren Kruis en MC Slotervaart. In dit gesprek wordt nader gesproken over de opvatting dat volledige afbouw van MC Slotervaart tot de mogelijkheden behoort. Dit dient gecontroleerd te gebeuren. Indien er wordt gekozen voor volledige afbouw dan verzoekt het ziekenhuis financiële steun van Zilveren Kruis, vanwege voorfinanciering en ontstane kosten.¹⁹⁵

Op 23 augustus 2018 vindt er een bestuursgesprek plaats tussen de IGJ en MC Slotervaart. MC Slotervaart geeft een presentatie waarin onder andere het volgende wordt besproken: *“Onze financiële situatie is kritiek; is verder onder druk komen te staan. De liquiditeitspositie is krap; een ‘standstill’ is noodzakelijk om een neerwaartse spiraal te voorkomen.”*¹⁹⁶ In het bestuursgesprek geeft de raad van bestuur aan dat hij vanuit bestuurlijke verantwoordelijkheid met advocaten heeft gesproken die eerder curator zijn geweest na het faillissement van een ziekenhuis. De inspectie vraagt wat de opbrengst van het inschakelen van een curator zou moeten zijn. Hierop wordt gereageerd dat wanneer de raad van bestuur het gevoel heeft niet meer aan de verplichtingen te kunnen voldoen, hij graag het advies van een ervaren bewindvoerder zou willen inwinnen. Het bestuur verwacht geen nieuwe inzichten, het inschakelen zou meer ter controle zijn. De inspectie geeft aan dat er *“een openbaar document”* met betrekking tot curatoren in de zorg bestaat. Het gaat hier om de ‘Handreiking curatoren faillissementen in de zorg’. Deze wordt toegestuurd aan de raad van bestuur.¹⁹⁷

Op 27 augustus sturen beide ziekenhuizen hun concept continuïteitsplannen naar de IGJ.

De adviserende advocaten kijken in deze fase samen met PwC naar de financiële situatie van het ziekenhuis en werken mee aan het in kaart brengen van risico's voor de bedrijfscontinuïteit. Daarnaast kijken zij naar de mogelijkheden voor herstructurering en reorganisatie: welke plannen zijn er mogelijk om MC Slotervaart te behouden?

Terwijl de ziekenhuizen nadenken over transitie, buigt Zilveren Kruis zich over de inrichting van het zorglandschap. In het interne document ‘Toekomstperspectief blauwdruk Amsterdam’ van 30 augustus 2018 wordt gesteld dat er in Amsterdam *“urgentie en momentum [is] om ziekenhuiszorg daadwerkelijk anders te organiseren”*.¹⁹⁸ De schrijvers van het stuk geven aan dat het voorkeursscenario is om MC Slotervaart gecontroleerd af te bouwen en ruimte te creëren voor andere aanbieders. Zilveren Kruis verwacht dat de SEH-zorg en de IC-zorg van MC Slotervaart zonder problemen door omliggende ziekenhuizen kan worden overgenomen. Daarnaast heeft Zilveren Kruis becijferd dat een opheffing van MC Slotervaart goed is voor een positieve business case van 6,5 miljoen euro op jaarbasis. Dat wordt gevormd doordat 5% van de zorg naar verwachting zal verdampen,

¹⁹⁴ Zilveren Kruis, *Toekomstvisie op MC Slotervaart: Inkoop perspectief*, 14 augustus 2018.

¹⁹⁵ Zilveren Kruis, *Gesprekverslag MC Slotervaart – Zilveren Kruis*, 22 augustus 2018.

¹⁹⁶ MC Slotervaart, *Presentatie Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*, 23 augustus 2018.

¹⁹⁷ IGJ, *Conceptverslag bestuursgesprek MC Slotervaart 23 augustus 2018*, 30 augustus 2018.

¹⁹⁸ Zilveren Kruis, *Toekomstperspectief A'dam - Op weg naar duurzame MSZ infrastructuur*, 29 augustus 2018.

de zorgverzekeraar een kortingspercentage van 10% bij omliggende ziekenhuizen haalbaar acht, de spoedzorg zich verdeelt op basis van reistijd en de electieve zorg op basis van aanname van marktverdeling. Zilveren Kruis verwacht bovendien dat er geen afbouwkosten nodig zijn.¹⁹⁹

Op 5 september vinden gesprekken plaats tussen Zilveren Kruis en MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen, wat een vervolg is op het gesprek van 22 augustus. In die periode wordt onderzocht of MC Slotervaart het beste voor 75% kan afbouwen met behoud van speerpunten, of 100% moet afbouwen. Het is de bedoeling om vóór 1 oktober 2018 daarover een besluit te nemen. Naar verwachting wordt voor honderd tot tweehonderd werknemers geen andere baan gevonden, wat een kostenpost oplevert vanwege het beëindigen van vaststellingsovereenkomsten. MC Slotervaart stelt dat Zilveren Kruis daar een bijdrage aan kan leveren, maar de zorgverzekeraar wil het geheel van kosten en baten bezien.²⁰⁰

Op 6 september 2018 sturen beide ziekenhuizen hun concept continuïteitsplannen naar Zilveren Kruis. Het plan voor elk ziekenhuis is opgesteld door de raad van bestuur, afdeling Kwaliteit en Veiligheid, bestuur medische staf en het clustermanagement.

Op 17 september 2018 stuurt Zilveren Kruis een brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen, waarin Zilveren Kruis stelt geschrokken te zijn van de bevindingen van de IGJ die onderliggend waren aan het instellen van verscherpt toezicht. Daarnaast herhaalt Zilveren Kruis dat de zorgverzekeraar, gelijk aan juli 2018, MC IJsselmeerziekenhuizen niet als systeemziekenhuis ziet. Tot slot benoemt Zilveren Kruis het besluit van NIAZ om per 1 april 2018 de accreditatie voor het ziekenhuis niet te verlengen, waardoor de kwaliteit van zorg niet voldoet aan de inkoopvoorwaarden van Zilveren Kruis.²⁰¹

Op 18 september vindt een gesprek plaats tussen Zilveren Kruis en MC Slotervaart, waarin wordt uitgesproken dat er binnen drie à vier weken duidelijkheid en zekerheid moet zijn over het vervolg van de transitie, anders is een surseance van betaling en faillissement onvermijdelijk. Drie scenario's liggen volgens het ziekenhuis voor: 1) faillissement, wat voor grote onrust zal zorgen en waarbij geen controle is op het vervolgproces; 2) afschalen naar een duurzaam model (75% afbouwen en 25% speerpunten); en 3) volledige gecontroleerde afbouw. Het ziekenhuis geeft aan op dat moment scenario's 2 en 3 door te rekenen. De eerste denkrichting van Zilveren Kruis is verregaande afbouw, zonder klinische functies en IC.²⁰²

Op 19 september volgt een overleg over de ontstane situatie bij MC IJsselmeerziekenhuizen. Uit dit gesprek blijkt dat bij MC IJsselmeerziekenhuizen in week 48 van 2018 een liquiditeitsprobleem zal ontstaan. Zilveren Kruis laat bovendien weten in 2016 te hebben aangegeven dat het huidige model niet houdbaar was en vindt de plannen van het ziekenhuis onvoldoende. De zorgverzekeraar is dan ook sceptisch over het zelfstandig voortbestaan van MC IJsselmeerziekenhuizen, gezien de dure

¹⁹⁹ Zilveren Kruis, *Bijlage toekomstperspectief blauwdruk Amsterdam - Facts & figures*, 29 augustus 2018.

²⁰⁰ Zilveren Kruis, *Verslag bestuurlijk overleg*, 5 september 2018.

²⁰¹ Zilveren Kruis, *brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende Verscherpt toezicht IGJ*, 17 september 2018.

²⁰² Zilveren Kruis, *Verslag afstemming transformatie MC Slotervaart*, 18 september 2018.

infrastructuur en de patiëntstromen.²⁰³ Zilveren Kruis maakt zich bovendien ernstig zorgen over het ontbreken van de NIAZ-accreditatie (een voorwaarde voor contractering), het verscherpt toezicht, de verlieslatende exploitatie, beperkte liquide middelen en een beperkt eigen vermogen, in combinatie met meerdere schuldeisers die een significante vordering op het ziekenhuis hebben en bestuurlijke instabiliteit in zowel de raad van bestuur als de raad van commissarissen. Het ziekenhuis wil zich gaan richten op vier speerpunten (bariatrie, geriatrie, neurochirurgie en slaap-waak), inclusief een acute as voor spoedeisende zorg.

In een brief van 27 september 2018 laat Zilveren Kruis aan het bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen weten dat er nog vier andere scenario's, naast het richten op speerpunten, zouden worden onderzocht: 1) volledige afbouw van MC IJsselmeerziekenhuizen, 2) samengaan met een andere partij, 3) afbouw van beschikbaarheidsfuncties zoals SEH in de nacht en de IC en, 4) faillissement. Zilveren Kruis vraagt het ziekenhuis ook deze scenario's te laten onderzoeken.²⁰⁴

Op 4 oktober vindt een gesprek plaats tussen de IGJ, MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (met de raad van bestuur en het bestuur medische staf). Dit gesprek is bedoeld om MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen in de gelegenheid te stellen een toelichting te geven op de continuïteitsplannen en input te vragen aan de IGJ. De ziekenhuizen vragen zich af hoe in een situatie van faillissement, of surseance van betaling, de verantwoordelijkheden voor het leveren van goede zorg komen te liggen en welke positie een curator of bewindvoerder daarin vervult. Een andere vraag betreft het moment waarop stakeholders geïnformeerd moeten gaan worden. Hoe kijkt de IGJ daarnaar? In geval van een situatie van snelle afbouw komt de vraag op of alle zorg aan één of enkele zorginstellingen moet worden overgedragen of dat per vakgroep moet worden bekeken wat de voorkeur heeft. De IGJ geeft aan dat naar een hybride model zou kunnen worden gekeken. De evaluatie van eerdere situaties waarin op heel korte termijn zorg moest worden overgedragen kan hierbij leerzaam zijn. Een van de geleerde lessen is dat een crisisteam voldoende voeling moet hebben met de over te dragen zorg. Wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling schetst de IGJ ter illustratie drie situaties gebaseerd op de faillissementen van het Ruwaard van Putten, de Sionsberg en Casa-klinieken.²⁰⁵

De IGJ geeft aan dat een goed uitgewerkt continuïteitsplan voor een curator zeer behulpzaam kan zijn bij de uitoefening van zijn taak en zijn daarbij behorende verantwoordelijkheid. Wat betreft het moment van informeren van stakeholders merkt de IGJ op dat het niet de bedoeling is om vóór het uitspreken van een faillissement een zogenaamde 'bankrun' te creëren. In dat verband is ook de uitstroom van (zorg)personeel een aandachtspunt. Aan de andere kant is het van belang vooraf goed na te denken over de verdeling van zorg en patiënten en dit in een continuïteitsplan op het niveau van de individuele patiënt zorgvuldig te regelen. Daarvoor is nodig dat vooraf met stakeholders

²⁰³ Zilveren Kruis, *Gespreksverslag bestuurlijk overleg MC IJsselmeerziekenhuizen – Zilveren Kruis*, 19 september 2018.

²⁰⁴ Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Reactie transitieplan MC IJsselmeerziekenhuizen*, 27 september 2018.

²⁰⁵ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

en zorgverzekeraars dit onderwerp wordt besproken. Ook deze partijen hebben een zorgplicht als een herverdeling van zorg aan de orde is. Zorgverzekeraars zullen nu al ter invulling van deze zorgplicht moeten nadenken over de vraag waar bepaalde patiëntenstromen in een dergelijke situatie naartoe moeten worden omgebogen. Dringend advies van de IGJ is de afstemming met zorgverzekeraars in de continuïteitsplannen op te nemen. Desnoods moeten MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen de zorgverzekeraars in die rol dwingen.²⁰⁶

De IGJ geeft daarnaast in het gesprek aan een week eerder gebeld te zijn door Zilveren Kruis. Het telefoongesprek ging indirect over het vraagstuk van continueren van zorg in geval van een eventueel faillissement van MC Slotervaart en/of MC IJsselmeerziekenhuizen. De IGJ is echter niet de partij om rechtstreeks met zorgverzekeraars dit onderwerp te bespreken; voor de IGJ is de NZa het 'vehikel' richting zorgverzekeraars. De NZa zou zorgverzekeraars kunnen vragen een continuïteitsplan op te stellen.²⁰⁷

De IGJ zal de NZa informeren over de aan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen in de zomer verstrekte opdracht om continuïteitsplannen op te stellen en zal melden dat deze plannen nu buiten de acute dreiging van een faillissement zijn besproken. Daarbij zal de IGJ aan de NZa aangeven dat de IGJ ervan uitgaat dat de NZa hierover ook met Zilveren Kruis zal gaan spreken, maar de IGJ laat deze beslissing aan de NZa.²⁰⁸

Tweede verzoek om financiële ondersteuning (oktober 2018)

Op maandagavond 8 oktober komt de voltallige top van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen bijeen met vertegenwoordigers van Zilveren Kruis. De ziekenhuizen verkeren in acute financiële nood; zonder financiële injectie kunnen de salarissen in oktober niet worden betaald. Het doel van de bijeenkomst is om een positieve business case aan de zorgverzekeraar te presenteren. De bestuursvoorzitters van de ziekenhuizen schetsen verschillende toekomstscenario's binnen een kader van radicale krimp. Zij vragen nog een paar maanden de tijd voor de exacte uitwerking van de plannen. Om die tijd te overbruggen hebben de ziekenhuizen gezamenlijk een 'tijdelijk vangnet' nodig. Voor MC Slotervaart betrof het een vangnet van 8,4 miljoen euro, voor MC IJsselmeerziekenhuizen 7,3 miljoen euro.^{209,210} De ziekenhuizen bieden aan een deel van het vastgoed te verkopen; uit de verwachte opbrengst van enkele tientallen miljoenen zou Zilveren Kruis moeten worden terugbetaald, waarschijnlijk al binnen vier maanden.

Zilveren Kruis brengt op 13 oktober 2018 intern de situatie met betrekking tot de continuïteit van MC IJsselmeerziekenhuizen in kaart. Zilveren Kruis beoordeelt de situatie als onhoudbaar. Het ziekenhuis heeft 7,3 miljoen euro gevraagd, die de zorgverzekeraar

²⁰⁶ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

²⁰⁷ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

²⁰⁸ MC Groep, *CONCEPT Gespreksverslag IGJ d.d. 4 oktober concept Continuïteitsplan MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen*, 12 oktober 2018.

²⁰⁹ Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Antwoord van Zilveren Kruis op gevraagd financieel vangnet*, 16 oktober 2018.

²¹⁰ Zilveren Kruis, brief aan MC Slotervaart betreffende *Antwoord van Zilveren Kruis op gevraagd financieel vangnet*, 16 oktober 2018.

niet bereid is te financieren. Daarnaast hebben andere zorgverzekeraars overproductie uit 2016 en 2017 niet toegekend. Zilveren Kruis concludeert dat sanering onontkoombaar is en het ziekenhuis in 2019 niet meer gecontracteerd zal worden. De zorgverzekeraar ziet twee scenario's: het ziekenhuis gaat door als basisvoorziening, zonder SEH en IC, of faillissement. Het voordeel van een faillissement is volgens Zilveren Kruis dat dit tot een betere verdeling van de schaalbenutting in de regio zal leiden door het sluiten van een ziekenhuis; er komt een einde aan jarenlang lopende dossiers met betrekking tot profiel, kwaliteit en infrastructuur en het vergroot de betaalbaarheid van de zorg. Bovendien verwacht Zilveren Kruis aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen. Nadelen ziet Zilveren Kruis ook: de concurrentiepositie voor de onderhandeling neemt af en het is mogelijk dat niet alle openstaande vorderingen volledig teruggehaald kunnen worden.²¹¹

Ook voor MC Slotervaart stelt Zilveren Kruis een document op waarin de continuïteit wordt besproken. En ook de situatie van MC Slotervaart ziet Zilveren Kruis als onhoudbaar. De zorgverzekeraar is daardoor niet bereid om het gevraagde vangnet van 8,4 miljoen euro te betalen. De zorgverzekeraar heeft geen vertrouwen in de uitgewerkte scenario's en ziet juist kansen om de bestaande capaciteit in Amsterdam beter te benutten. Mogelijke risico's zijn volgens de zorgverzekeraar beheersbaar. De risico's die Zilveren Kruis ziet, zijn onder meer dat hij als veroorzaker van het faillissement zal worden aangewezen. Daarnaast komt het grootste gedeelte van de zorg die momenteel nog in MC Slotervaart wordt geleverd bij het duurdere OLVG terecht. En de zorgverzekeraar ziet het risico dat het ziekenhuis wordt opgekocht voor de waarde van de boedel. De beheersmaatregel die Zilveren Kruis voorziet is het niet contracteren van de zorg die in MC Slotervaart wordt geleverd, ook als dit een andere partij is.²¹²

Op 13 oktober 2018 informeert Zilveren Kruis de raad van bestuur van Achmea over de situatie in de beide ziekenhuizen. Zilveren Kruis heeft de afgelopen maanden ingezet op warme transitie, waarover de zorgverzekeraar in gesprek was met de bestuurder/aandeelhouder. De raad van bestuur van Achmea vraagt of er problemen ontstaan voor wat betreft het naleven van de zorgplicht en of de belangen van bestaande patiënten geborgd zijn. Daarnaast vraagt Achmea wat de curator zal gaan doen en of er scenario's zijn die hen in de weg gaan zitten. Zilveren Kruis ziet, zodra de curator aan zet is, de verkoop van MC Slotervaart aan een derde partij als het grootste risico. Het ziekenhuis is interessant, onder meer omdat de daadwerkelijke waarde van het vastgoed fors hoger is dan de boekwaarde. Het risico van verkoop aan een derde partij was voor Zilveren Kruis de voornaamste reden om in te zetten op een 'warme' afbouw van alle zorgactiviteiten. Gezien de urgente financiële situatie is deze warme afbouw te kostbaar en te onzeker geworden.²¹³

Op 15 oktober belt Zilveren Kruis met beide ziekenhuisdirecteuren. De zorgverzekeraar wijst het verzoek voor de financiële ondersteuning af. Daarnaast gaf Zilveren Kruis een terugkoppeling van de afwijzing door de overige contracterende zorgverzekeraars, zowel voor MC Slotervaart als voor MC IJsselmeerziekenhuizen. Zilveren Kruis geeft aan zich genoodzaakt te zien om declaraties per direct te gaan verrekenen met de vorderingen

²¹¹ Zilveren Kruis, *MC IJsselmeerziekenhuizen; continuïteitsvraagstuk*, oktober 2018.

²¹² Zilveren Kruis, *MC Slotervaart; Continuïteitsvraagstuk*, oktober 2018.

²¹³ E-mail van Zilveren Kruis aan de raad van bestuur van Achmea, 14 oktober 2018.

die het op de ziekenhuizen heeft. Dit betekent dat de ziekenhuizen per direct veel minder inkomsten hebben.

De volgende dag stuurt Zilveren Kruis de beide raden van bestuur een brief waarin de zorgverzekeraar de afwijzing van het vangnet toelicht en bekrachtigt. De zorgverzekeraar laat weten dat hij voorstander was van een warme transitie, maar laat weten dat dat niet meer mogelijk is, omdat:

- De financiële situatie op 8 oktober acuut was verslechterd ten opzichte van eerdere liquiditeitsbegrotingen;
- Zilveren Kruis verantwoordelijk is voor het inkopen van zorg, om daarmee aan de zorgplicht te voldoen. Het creëren van een vangnet valt buiten de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar;
- Er geen overeenstemming is over de ontwikkelde scenario's en er onvoldoende zicht is op een scenario waar Zilveren Kruis vertrouwen in heeft;
- Banken ook blijk hebben gegeven op dit moment onvoldoende vertrouwen te hebben om een kapitaalinjectie te geven;
- Zilveren Kruis geen garanties heeft dat het tij wordt gekeerd. Er is sprake van bestuurlijke instabiliteit en eerder besproken scenario's zijn recent weer gewijzigd;
- De beoogde transformatie veranderkracht vereist, die Zilveren Kruis onvoldoende ziet;
- Er achterstallig onderhoud is op het gebied van vastgoed, administratie en ICT. Er is geen kapitaal om hierin te investeren.
- De kwaliteit van de geleverde zorg niet kan worden gegarandeerd, gezien het door IGJ ingestelde verscherpte toezicht en het niet behalen van de NIAZ-accreditatie.

Zilveren Kruis vindt het onverantwoord om een vangnet te creëren, waardoor de zorgverzekeraar nog meer financieel risico loopt. Gezien de huidige negatieve netto positie van Zilveren Kruis ten opzichte van beide ziekenhuizen ziet de zorgverzekeraar zich genooddaakt om per heden declaraties te gaan verrekenen met openstaande vorderingen. De zorgverzekeraar sluit af door mede te delen dat hij geen opening ziet om tot een ander besluit te komen.^{214,215}

Op 16 oktober vindt daarop overleg plaats tussen de beide ziekenhuizen en Zilveren Kruis, waarbij de zorgverzekeraar een toelichting geeft op het besluit om declaraties te verrekenen met openstaande vorderingen. Zo vindt Zilveren Kruis onder meer de op 8 oktober gepresenteerde plannen niet goed genoeg. Daarnaast is een externe dynamiek opgestart, met een artikel in *Follow the Money* en vakgroepen die ziekenhuizen in de regio benaderen. Volgens de zorgverzekeraar is het "gewoon te laat".

MC Slotervaart geeft aan het gevoel te hebben dat de zorgverzekeraar uit is op een faillissement. De zorgverzekeraar stelt verrast te zijn door de verschillende scenario's die het ziekenhuis naar voren brengt en vindt dat de *standstill* zoals deze in juli 2018 is

²¹⁴ Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Antwoord van Zilveren Kruis op gevraagd financieel vangnet*, 16 oktober 2018.

²¹⁵ Zilveren Kruis, brief aan MC Slotervaart betreffende *Antwoord van Zilveren Kruis op gevraagd financieel vangnet*, 16 oktober 2018.

afgesproken onvoldoende is benut voor het ontwikkelen van een realistisch scenario. MC Slotervaart laat weten sinds de zomer van 2018 een parallel traject te doorlopen gericht op surseance, al heeft het ziekenhuis een voorkeur voor warme transformatie. Zilveren Kruis houdt vast aan zijn besluit en geeft de voorkeur aan een duurzaam en realistisch businessmodel. In dat geval is 100% afbouw volgens het ziekenhuis onvermijdbaar; het ziekenhuis vraagt naar de mogelijkheid van gezamenlijke bewindvoering. In dat scenario wijzen zowel de zorgverzekeraar als het ziekenhuis een bewindvoerder aan met de opdracht om het ziekenhuis volledig af te bouwen. Er is in dat scenario geen sprake van surseance van betaling, waardoor UWV de salarisbetalingen niet overneemt. Dat zou vragen om een bijdrage van Zilveren Kruis. Twee bewindvoerders zou ook moeten leiden tot meer sturing en minder externe onrust.²¹⁶ Per brief van 17 oktober informeert Zilveren Kruis MC Slotervaart dat hij geen rol voor zichzelf ziet in het aanstellen van een bewindvoerder.²¹⁷

Ook voor MC IJsselmeerziekenhuizen houdt Zilveren Kruis vast aan zijn besluit om geen financieel vangnet te creëren en om te starten met het verrekenen van declaraties. Het ziekenhuis presenteert een alternatief scenario, waarbij het pand van het ziekenhuis in Emmeloord zal worden verkocht. Zilveren Kruis is bereid hierover in gesprek te gaan.²¹⁸

Op 16 oktober hebben de toezichthouders IGJ en NZa telefonisch contact over de financiële situatie van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. IGJ geeft aan dat zij opdracht heeft gegeven een continuïteitsplan (gericht op het borgen van de continuïteit van patiëntenzorg in geval van een faillissement) op te stellen. Dat hebben de ziekenhuizen gedaan, echter nog niet besproken met de zorgverzekeraars.

Reactie ziekenhuizen op afwijzing verzoek financiële ondersteuning (oktober 2018)

Nadat het tweede verzoek om financiële ondersteuning onherroepelijk is afgewezen door Zilveren Kruis, is het voor de raden van bestuur van de ziekenhuizen duidelijk dat de ziekenhuizen op een faillissement afstevenen. Op 17 oktober vindt een tweede crisioverleg plaats tussen het bestuur van beide ziekenhuizen, zorgverzekeraars, aandeelhouders, ING en PwC, waarin de ziekenhuizen een nieuw voorstel presenteren. De beide ziekenhuizen geven aan dat zij verwachten in december 2018 afspraken te kunnen maken voor een totaaloplossing voor zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen. MC Slotervaart doet een ultimatum aanbod aan alle zorgverzekeraars om zelf het ziekenhuis te mogen sluiten. Op basis van het door het ziekenhuis geschetste scenario kunnen zij de salarissen van 25 oktober net aan betalen. Daarna ontstaat een liquiditeitstekort.²¹⁹ In een brief van MC Slotervaart is het verzoek als volgt geformuleerd: *“MCS wil de komende vier weken de gelegenheid krijgen om samen met een afvaardiging van de verzekeraars een afbouwplan met als doel liquidatie uit te werken voor een totale afbouw van MCS binnen vier maanden. Kortom sluiting van MCS. Dit betekent dat wij wekelijks met deze afvaardiging het afbouwplan bespreken en verzekeraars directe invloed hebben op de inhoud van dit afbouwplan. Totale afbouw houdt in ieder geval in,*

²¹⁶ Zilveren Kruis, *Gespreksverslag overleg MC – Zilveren Kruis*, 16 oktober 2018.

²¹⁷ Zilveren Kruis, brief aan MC Slotervaart betreffende Schriftelijke reactie n.a.v. bestuurlijk overleg MC Slotervaart, 17 oktober 2018.

²¹⁸ Zilveren Kruis, *Gespreksverslag overleg MC – Zilveren Kruis*, 16 oktober 2018.

²¹⁹ MC Groep, *Slotervaartziekenhuis B.V. MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.: Presentatie aan zorgverzekeraars*, 17 oktober 2018.

uitfasering van de patiënten naar andere ziekenhuizen, verkoop van vitale onderdelen van MCS, verkoop van activa waaronder het ziekenhuispand en verkoop van deelnemingen.

Met behulp van een professionele 'vereffenaar' en adviseurs zal een afbouwplan en liquidatiebalans worden opgesteld aan de hand waarvan MCS zal worden vereffend. Gezien de recent in concept afgegeven taxatiewaardes voor het ziekenhuispand is een voorlopige verwachting dat er voldoende opbrengsten zijn te realiseren om de schuldpositie te kunnen inlossen en een afbouwscenario verder zou moeten onderzocht. Voor het realiseren van het afbouwplan verwachten we wel transitiekosten te moeten maken die voor de baten uitgaan. Daar zullen we een begroting in het afbouwplan voor maken.

Om in de komende vier weken voldoende liquiditeiten te hebben om aan haar lopende verplichtingen te kunnen blijven voldoen heeft MCS drie uitgangspunten geformuleerd: (i) er wordt de komende vier weken op geen enkele wijze verrekend ook niet met creditnota's, (ii) de thans bestaande debiteurenpositie wordt direct betaald aan MCS en (iii) nieuwe facturen worden binnen 7 dagen voldaan. MCS heeft daarmee op basis van bijgevoegde liquiditeits-prognose voldoende liquiditeiten om de komende vier weken door te kunnen. Zie de bijgevoegde liquiditeitsprognose op basis van (i) tot en met (iii).

Voor alle duidelijkheid wil MCS hierbij aangeven, dat mocht er na vereffening van alle assets en betaling van de schulden een batig saldo overblijven dan zullen deze als eerste worden aangewend om transitiekosten van de verzekeraars te voldoen. De aandeelhouders van MCS hebben ons bevestigd dat zij hiermee akkoord zijn in het belang van de continuïteit van zorg.

Wij benadrukken dat het ons gaat om de patiënten en het personeel. We hebben een gezamenlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid om niet in een situatie te komen waarbij door een plotselinge insolventieprocedure de situatie in het ziekenhuis onverantwoord wordt of zorgt voor medische risico's. Wij gaan ervan uit dat wij als bestuur en jullie als verzekeraars hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid zullen nemen in het belang van de continuïteit van zorg en ter voorkoming van onzekerheid over zorgverlening rond Amsterdam, de Flevopolder en de Noordoostpolder.

Tot slot. Wij denken dat een periode van vier weken een redelijk voorstel is om een weloverwogen afweging te maken of een afbouwplan met als doel liquidatie - ook in de ogen van verzekeraars - tot de mogelijkheden behoort. Wij zullen ons maximaal inzetten om een zachte landing te bewerkstelligen.

We horen graag uiterlijk vrijdag 19 oktober 2018 om 12.00 uur of de verzekeraars bereid zijn om op basis van voorgaande voorwaarden vier weken de tijd te nemen om tot een gedragen afbouwplan te komen. Zoals we jullie hebben bericht zullen we volgende week de salarissen van het personeel moeten voldoen. Als dat niet lukt dan kunnen we niet anders dan een verzoek aan de Rechtbank doen om surseance van betaling aan te vragen."²²⁰

²²⁰ MC Slotervaart, brief aan zorgverzekeraars betreffende Formeel verzoek MC Slotervaart, 17 oktober 2018.

MC IJsselmeerziekenhuizen lichtte in de presentatie van 17 oktober toe dat het ziekenhuis graag tijd wil krijgen om een transitieplan door te rekenen. Dit betrof op hoofdlijnen een plan waarbij verschuiving plaatsvindt van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg, de acute afdeling wordt afgeschaald en dat moet resulteren in *“significant lagere schadelast en verhoging kwaliteit”*.²²¹ Naast aanpassing van het zorgprofiel van het ziekenhuis, zou er geld gegenereerd worden door de verkoop van het pand in Emmeloord. Zilveren Kruis wordt gevraagd in te stemmen met een verzoek voor financiële steun ter overbrugging van de periode die nodig is om te komen tot een plan voor gedeeltelijke afbouw van MC IJsselmeerziekenhuizen in combinatie met het intensiveren van de samenwerking met andere ziekenhuizen.²²²

Interne beraadslaging Zilveren Kruis (oktober 2018)

Naar aanleiding van de ontwikkelingen wordt door Zilveren Kruis op 17 oktober 2018 intern juridisch advies ingewonnen op drie onderwerpen:

- Hoe verloopt het proces van financiële problemen, naar een surseance van betaling tot aan faillissement en wat is de rol van de zorgverzekeraar daarbij?
- Wat kan de zorgverzekeraar wel en niet bespreken met andere zorgaanbieders?
- Wat kan de zorgverzekeraar wel en niet bespreken met andere zorgverzekeraars?

Op de eerste vraag antwoordt de juridische afdeling van Zilveren Kruis dat een schuldeiser, of de onderneming zelf, surseance van betaling kan aanvragen. De rechter benoemt op dat moment een bewindvoerder. Het doel van surseance is een akkoord sluiten met schuldeisers, teneinde faillissement te voorkomen. De juridische afdeling geeft aan dat dit doel in geval van de ziekenhuizen niet zal werken, omdat Zilveren Kruis een belangrijke schuldeiser is en niet bereid is om een akkoord te sluiten. In dat geval zal surseance van betaling zonder meer overgaan in faillissement. Op dat moment wordt de bewindvoerder de curator. Dan heeft MC Slotervaart de vraag gesteld aan Zilveren Kruis om beide een bewindvoerder aan te stellen, maar dit is volgens de juridische afdeling niet mogelijk. De rechterbank benoemt namelijk een bewindvoerder. Het is wel mogelijk om een financieel adviseur aan te stellen, maar het advies is hier niet in mee te gaan. Dit ligt namelijk buiten de rol als inkoper van de zorgverzekeraar.

Op de vraag of de zorgverzekeraar de situatie met andere zorgaanbieders kan bespreken antwoordt de juridische afdeling dat de regels voor de zorgplicht ruim zijn. Juridisch gezien is het vóór een faillissement al mogelijk om afspraken met andere zorgaanbieders te maken, vanwege het veiligstellen van de zorgplicht. Echter, juridische zaken raadt dit af. Door de zorg vóór een daadwerkelijk faillissement bij andere aanbieders te contracteren, kan de stelling zijn dat Zilveren Kruis de stekker er al uit heeft getrokken, terwijl MC Slotervaart nog bezig was met een noodscenario. Dat kan als onrechtmatige daad worden gezien, omdat het een faillissement zou kunnen versnellen en daarmee andere schuldeisers zijn benadeeld. Bovendien levert het slechte publiciteit op, dus juridische zaken adviseert om te wachten tot MC Slotervaart failliet is. Op dat moment kan Zilveren Kruis in overleg met de curator over het contracteren van andere zorgaanbieders.

²²¹ MC Groep, *Slotervaartziekenhuis B.V. MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.: Presentatie aan zorgverzekeraars*, 17 oktober 2018.

²²² Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende *Verzoek tot financiële steun MC IJsselmeerziekenhuizen*, 19 oktober 2018.

Ten aanzien van de vraag wat de zorgverzekeraar wel en niet kan bespreken met andere zorgverzekeraars raadden de juristen van Zilveren Kruis vanwege mededinging af om de inhoudelijke standpunten ten aanzien van beide ziekenhuizen met andere zorgverzekeraars te bespreken.²²³ De beslissing van Zilveren Kruis om declaraties van het ziekenhuis te gaan verrekenen met openstaande vorderingen zal andere zorgverzekeraars beïnvloeden, met juridische en financiële consequenties. Als andere zorgverzekeraars het voorbeeld van Zilveren Kruis volgen, kan dat tot versneld faillissement leiden. Dat is beïnvloeding en is in strijd met de Mededingingswet.

In het vervolg vraagt de afdeling inkoop van Zilveren Kruis aan de juridische afdeling advies over het voorstel van MC Slotervaart waarbij een *standstill* van vier weken wordt gevraagd om een plan uit te werken voor een warme liquidatie. In het voorstel van MC Slotervaart wordt na die vier weken een vereffenaar aangesteld die de opdracht krijgt om het ziekenhuis binnen vier maanden te liquideren, waarna het ziekenhuis sluit. Hierbij stelt het ziekenhuis voor dat er twee vertegenwoordigers van de zorgverzekeraar deelnemen aan de uitvoering van het plan. De juridische afdeling geeft het dringende advies niet in dit voorstel mee te gaan. Het is het zoveelste plan van het ziekenhuis en ook dit plan is niet in het voordeel van patiënten, verzekerden van Zilveren Kruis en de zorgverzekeraar zelf. De juridische afdeling verwacht dat het personeel niet zal afwachten, maar zal opstappen, wat de zorg niet ten goede komt. Bovendien zal Zilveren Kruis juist meer geld in MC Slotervaart steken, waardoor de vordering op het ziekenhuis toeneemt. De juridische afdeling ziet enkel nadelen voor Zilveren Kruis aan dit scenario. Het advies is om zo snel mogelijk te gaan verrekenen. De juridische afdeling geeft aan dat zowel een afbouwscenario als een faillissement Zilveren Kruis veel geld kost. In beide gevallen zal Zilveren Kruis zijn vordering niet (volledig) kunnen terughalen. Door te verrekenen, heeft Zilveren Kruis het financiële voordeel dat de vordering op het ziekenhuis lager wordt met elke dag dat wordt verrekend tot de dag dat MC Slotervaart failleert. Vanuit financieel oogpunt is een faillissement om die reden, volgens de afdeling juridische zaken, voordeliger dan (warme) liquidatie. Het is bovendien, gezien de historie met het ziekenhuis, beter uit te leggen aan de premiebetaler.^{224,225}

MC IJsselmeerziekenhuizen ziet nog een mogelijkheid op een positieve exploitatie, waarover de afdeling inkoop vraagt of Zilveren Kruis het ziekenhuis moet bevoorschotten, teneinde het ziekenhuis tijd te geven om dit uit te werken. De juridische afdeling adviseert dit alleen te doen als dit goed uitwerkt voor de markt, patiënten en de zorgverzekeraars. Als het vertrouwen er niet is, dan raadt juridische zaken aan om net als bij MC Slotervaart de positie van Zilveren Kruis zo veel mogelijk veilig te stellen en zo snel mogelijk te gaan verrekenen.²²⁶

²²³ Zilveren Kruis, e-mail aan MC Groep en andere zorgverzekeraars, 17 oktober 2018.

²²⁴ Interne e-mailwisseling Zilveren Kruis, 17 en 18 oktober 2018.

²²⁵ Interne e-mail Zilveren Kruis, 18 oktober 2018.

²²⁶ Interne e-mailwisseling Zilveren Kruis, 17 en 18 oktober 2018.

Aanloop naar aanvraag surseance (oktober 2018)

Een van de aandeelhouders stuurt op 18 oktober een Whatsapp-bericht naar Zilveren Kruis. *"(...) Een harde landing zal een bloedbad worden waarbij continuïteit, patiëntenzorg, respect naar medewerkers niet uitlegbaar is en bovendien onnodig is. (...) Laten we de verantwoordelijkheid voor goede patiëntenzorg continueren. Met vriendelijke groet, (...)."*

Op 18 oktober 2018 wordt ook het ministerie van VWS – de directie Patiënt en Zorgordening – geïnformeerd door het bestuur van MC Slotervaart over de acute financiële problemen. De bestuurder vraagt om bijstand van het ministerie, maar daar is het standpunt dat het niet ingrijpt in individuele gevallen van marktwerking. Dit is het eerste moment dat het ministerie van de mogelijkheid van een ongecontroleerd faillissement hoort in deze casus.²²⁷ De directie Patiënt en Zorgordening informeert vervolgens de minister en concludeert in een e-mail het volgende: *"Als Slotervaart wordt gesloten zal dat reuring geven (lang historie, doelgroep oa kwetsbare ouderen en Multi culturele populatie) maar het kan min of meer eenvoudig opgevangen worden door de andere ziekenhuizen in de omgeving. Bij de IJsselmeerziekenhuizen ligt dat anders. Hoewel deze dus volgens de definitie niet onder cruciale zorg vallen, zijn de ziekenhuizen in de polder niet dik gezaaid. Daar zal zeker veel reuring over ontstaan en politieke druk iets te doen."*²²⁸

Op 18 oktober 2018 heeft de NZa telefonisch contact met Zilveren Kruis. Daarin vraagt de NZa aan Zilveren Kruis hoe de continuïteit van zorg geborgd is en welke acties Zilveren Kruis onderneemt mochten de MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart omvallen.²²⁹

Op 19 oktober krijgt de raad van bestuur van MC Slotervaart een afwijzing van alle zeven zorgverzekeraars voor de voorgestelde *standstill* (en de bijbehorende gecontroleerde afbouw in vier maanden).²³⁰ Gezien de huidige financiële instabiliteit van het ziekenhuis ziet Zilveren Kruis ook voor dit plan onvoldoende grond om aan mee te werken. *"Zilveren Kruis ziet als zorgverzekeraar geen rol weggelegd als participant in een projectteam om te komen tot liquidatie van MC Slotervaart."* De zorgverzekeraar laat weten dat hij niet gezamenlijk verantwoordelijk kan en wil zijn voor de liquidatie van het ziekenhuis. Het standpunt zoals verwoord in de brief van 16 oktober blijft daarmee van kracht, wat betekent dat Zilveren Kruis zijn vorderingen op MC Slotervaart zal verrekenen met rechtsgeldige declaraties van het ziekenhuis. De betalingen zijn op dat moment reeds opgeschort.²³¹ Op dezelfde dag wordt ook MC IJsselmeerziekenhuizen geïnformeerd door de zorgverzekeraar dat hij geen financiële steun toezegt ter overbrugging van vier weken. De beoogde transitie van het ziekenhuis kan aansluiten op de visie van Zilveren Kruis. De zorgverzekeraar ziet echter ook veel onzekerheden en risico's in de uitvoerbaarheid van het plan, onder meer vanwege de afhankelijkheid van andere partijen. Het lijkt Zilveren Kruis onvermijdelijk dat na de periode van vier weken

²²⁷ Ministerie van VWS, Tijdelijk faillissementen MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart.

²²⁸ Ministerie van VWS, interne e-mail met de IGJ in cc, 18 oktober 2018.

²²⁹ Ministerie van VWS, Tijdelijk faillissementen MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart.

²³⁰ MC Slotervaart, Conceptverslag vergadering van de Raad van Commissarissen en Raad van Bestuur, 19 oktober 2018.

²³¹ Zilveren Kruis, brief aan MC Slotervaart betreffende Verzoek tot financiële steun MC Slotervaart, 19 oktober 2018.

aanvullende steun nodig is. Daarnaast is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het inkopen van zorg, waardoor hij niet kan voldoen aan het verzoek van financiële steun.²³²

De IGJ geeft op dezelfde dag MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen de opdracht om plannen op te stellen om de eventuele afbouw van zorg veilig te laten verlopen en deze plannen af te stemmen met de zorgverzekeraars.²³³

De NZa heeft in de periode van 19 tot en met 22 oktober contact met Zilveren Kruis over de wijze waarop de zorgverzekeraar denkt te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht op het moment dat sprake zou zijn van een faillissement van MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen. De NZa benadrukt richting Zilveren Kruis het belang van een zorgvuldige afbouw en ontvangt van de zorgverzekeraar een actuele analyse over waar in de omgeving capaciteit is voor de afbouw van zorg. Zilveren Kruis legt aan de NZa verschillende analyses voor, waaruit blijkt hoe de zorgvraag opgevangen kan worden door andere ziekenhuizen in de regio. Deze analyses bevatten (nog) niet de feitelijke weergave van de mogelijkheden om zorg in de regio op te vangen, omdat Zilveren Kruis, vanwege de vertrouwelijkheid van de financiële situatie van de ziekenhuizen, zich nog niet vrij voelt om bij omliggende ziekenhuizen na te gaan wat de actuele overcapaciteit (klinisch en poliklinisch) is.

Op maandag 22 oktober 2018 koppelt de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen terug aan Zilveren Kruis dat het pand in Emmeloord waarschijnlijk niet het gehoopte bedrag gaat opleveren en dat het verzoek om het nieuwe scenario door te rekenen teruggetrokken wordt.

De besturen van beide ziekenhuizen vragen op 23 oktober surseance van betaling aan.

Pre-pack optie

Het weekend van 20 oktober 2018 benadert de rechter-commissaris de beoogd curatoren voor MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen met de mededeling dat de twee ziekenhuizen surseance zullen aanvragen, indien een laatste reddingspoging niet slaagt. Op maandag 22 oktober organiseren de adviserende advocaten van MC Slotervaart een briefing voor de beoogde bewindvoerders van beide ziekenhuizen; de raad van bestuur en raad van commissarissen van MC Slotervaart zijn hier bij aanwezig.

De beoogde bewindvoerders van MC Slotervaart vragen voorafgaand aan de aangevraagde surseance van betaling diverse malen of een pre-pack nog mogelijk is. Bij een dreigende surseance van betaling of faillissement kan een ondernemer bij de rechtbank verzoeken om aan te geven wie de beoogd bewindvoerder (surseance) of curator (faillissement) wordt. De beoogd curator heeft vóór een faillissement nog geen formele bevoegdheden, maar kan op dat moment wel al inhoudelijk worden betrokken. De ondernemer heeft op die manier de mogelijkheid om een doorstart in stilte en met behulp van de beoogd curator voor te bereiden. Op deze manier kan, vaak nog op dezelfde dag dat het faillissement wordt uitgesproken, de onderneming worden

²³² Zilveren Kruis, brief aan MC IJsselmeerziekenhuizen betreffende Verzoek tot financiële steun MC IJsselmeerziekenhuizen, 19 oktober 2018.

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

overgedragen aan een doorstartende partij. Het is van belang dat de *pre-pack* op tijd vorm krijgt, zodat er voldoende tijd is om een doorstartplan uit te werken. Met een goed plan voor een doorstart kunnen werknemers aan het werk blijven en kunnen leveranciers en klanten zaken blijven doen met de doorstartende onderneming. Een dergelijke constructie waarbij een doorstart vóór het faillissement in stilte wordt voorbereid wordt een *pre-pack* of stille bewindvoering genoemd.²³⁴

De vennootschap acht dit echter geen haalbare optie, omdat het faillissement onmogelijk uit de publiciteit te houden zou zijn. Er zijn bovendien juridische redenen die een *pre-pack* onmogelijk maken. Een *pre-pack* heeft op het moment van faillissement van beide ziekenhuizen namelijk geen wettelijke basis in de Nederlandse wetgeving.²³⁵ Dat is de reden dat de Rechtbank Midden-Nederland, waar Lelystad onder valt, niet meewerkt aan een *pre-pack*. Daarnaast is het Europees Hof van Justitie van oordeel²³⁶ dat een doorstart die als *pre-pack* is voorbereid een overgang van onderneming betekent. Dit houdt in dat werknemers in het geval van een *pre-pack* automatisch en met behoud van arbeidsvoorwaarden overgaan naar de nieuwe onderneming. Dit is juist bij deze ziekenhuizen niet mogelijk, omdat zij voor een toekomstbestendige transitie hun personeelsbestand juist moeten verkleinen, aangezien de ziekenhuizen moeten afslanken om rendabel te kunnen worden. Om deze reden is het niet mogelijk om het faillissement en een doorstart met behulp van een *pre-pack* voor te bereiden.

²³⁴ <https://www.ploum.nl/europees-hof-pre-pack-is-overgang-onderneming/> geraadpleegd op 11 september 2019.

²³⁵ Om de wettelijke basis van een *pre-pack* vast te leggen, is momenteel het wetsvoorstel *Wet continuïteit ondernemingen aanhangig in de Eerste Kamer*. Zie https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34218_wet_continuïteit geraadpleegd op 11 september 2019.

²³⁶ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=192065&pageIndex=0&doclang=nl&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=177339> geraadpleegd op 11 september 2019.

**Bezoekadres**

Lange Voorhout 9
2514 EA Den Haag
T 070 333 70 00
F 070 333 70 77

Postadres

Postbus 95404
2509 CK Den Haag

www.onderzoeksraad.nl

Aan: Leden van de Zorgtafel Flevoland

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

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

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
C.M.E. Michels
Senior beleidsmedewerker

06 21 10 19 74
cm.michels@minvws.nl

memo

Moties agenda voor de zorg in Flevoland

Aanleiding

Op 4 december 2019 was in de Tweede Kamer het VSO Toekomstverkenning zorg in Flevoland. Tijdens dit VSO zijn er acht moties ingediend. Over deze moties zal op 10 december 2019 worden gestemd door de Tweede Kamer. De minister heeft op alle acht de moties een duiding/appreciatie gegeven. Daarin is een aantal keer aangegeven dat hij de verzoeken onder de aandacht van de Zorgtafel zal brengen. De verzoeken uit deze moties en de duidingen daarbij worden daarom via dit memo bij u onder de aandacht gebracht ten behoeve van het Voortgangsoverleg op 9 december 2019.

De volledige tekst van de moties met de daarbij behorende overwegingen zijn te raadplegen via deze link op tweedekamer.nl.

Moties en duiding minister

Motie CDA (Kamerstuknummer 31016, nr. 259) [AANGENOMEN]

- verzoekt de regering om in samenspraak met de betreffende zorg- en regiopartijen nog voor het eind van het jaar te komen met een agenda waarin ook de doorlooptijd en de financiering van de interventies benoemd en toebedeeld zijn.

Duiding minister

Voorzitter. De motie op stuk nr. 259 verzoekt de regering om "in samenspraak met de betreffende zorg- en regiopartijen nog voor het eind van het jaar te komen met een agenda waarin de doorlooptijd en de financiering van interventies benoemd en toebedeeld zijn". Ik zou deze motie met de volgende duiding oordeel Kamer willen geven. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Agenda voor de Zorg in Flevoland ligt bij de veldpartijen. De Zorgtafel bewaakt de voortgang van de Agenda voor de Zorg in Flevoland, dus die moet het verzoek uitvoeren. Tijdens de Zorgtafel van 20 november is afgesproken dat door de betrokken stakeholders een plan van aanpak opgesteld zal worden voor alle punten op de Agenda voor de Zorg voor Flevoland. In de plannen van aanpak worden concrete doelen, resultaten en de bijbehorende tijdspaden benoemd per initiatief. De plannen worden op 13 december aangereikt aan de verschillende projectmanagers. Zij zullen in de periode tussen 13 december en de volgende Zorgtafel sturen op de voortgang en eventuele knelpunten. Ten aanzien van de

Datum
6 december 2019

Aantal pagina's
5

financiering geldt dat de kosten die voortvloeien uit initiatieven van de Agenda voor de Zorg in Flevoland die de Zvw, de Wlz of de Wmo raken, zo veel mogelijk vanuit bestaande financieringsstromen bekostigd worden. Daar waar initiatieven de grensvlakken raken, zullen partijen gezamenlijk optrekken aangaande de financiering. Ik zou de motie deze duiding willen meegeven. **En ik zal uw verzoek met nadruk onder de aandacht brengen van de Zorgtafel via het Voortgangsoverleg dat 9 december plaatsvindt en waar ik uw Kamer te zijner tijd over zou willen informeren.** Dat wat betreft de motie op stuk nr. 259.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Datum
6 december 2019

Motie CDA (Kamerstuknummer 31016, nr. 260) [AANGENOMEN]

- verzoekt de regering om te zoeken naar een oplossing waarbij het eerder gesuggereerde concept van een bevalkamer verder doorontwikkeld wordt tot een gespecialiseerd geboortecentrum, zo nodig in combinatie met de te vinden SEH-oplossing en/of de opvang voor ouderen en chronisch zieken;
- verzoekt de regering tevens de tijdelijke extra bijdrage aan verloskundigen in de bedrijfsvoering structureel te maken, als onderdeel van de maatregelen om de problemen in de geboortezorg op te lossen,

Duiding minister

Dan de motie op stuk nr. 260. Daarin wordt de regering om twee dingen verzocht, namelijk om "te zoeken naar een oplossing waarbij het eerder gesuggereerde concept van een bevalkamer verder doorontwikkeld wordt tot een gespecialiseerd geboortecentrum, zo nodig in combinatie met de te vinden SEH-oplossing en/of de opvang voor ouderen en chronisch zieken" en tevens om "de tijdelijke extra bijdrage aan verloskundigen in de bedrijfsvoering structureel te maken, als onderdeel van de maatregelen om de problemen in de geboortezorg op te lossen".

Ik kan deze motie oordeel Kamer geven, als ik haar zo mag lezen als dat beide zaken onder de aandacht worden gebracht van de partijen die deel uitmaken van de Zorgtafel en die aanwezig zijn bij het Voortgangsoverleg op 9 december aanstaande. Ik zal uw Kamer daarover na het

Voortgangsoverleg informeren, in het begin van het komend jaar. Ik wil ook de andere kant schetsen. De verzoeken in deze motie passen niet bij mijn rol. Het is niet aan mij om een bevalkamer of een geboortecentrum te realiseren, of om extra bijdragen aan verloskundigen te geven. Als dat de wens is van de motie, ontraad ik haar. Het is aan de regionale partijen -- het ziekenhuis, de verloskundigen, de zorgverzekeraars -- om afspraken te maken over het eventueel verder doorontwikkelen van het concept van een bevalkamer tot een gespecialiseerd geboortecentrum en om afspraken te maken over een extra bijdrage voor achterwachtverloskundigen. Maar nogmaals, ik kan de motie oordeel Kamer geven als ik haar zo mag lezen als dat beide zaken onder de aandacht kunnen worden gebracht tijdens het Voortgangsoverleg op 9 december aanstaande. De motie op stuk nr. 260 lijkt erg veel op de motie op stuk nr. 265, die mevrouw Ploumen heeft ingediend. Daar geef ik hetzelfde oordeel over. Dan heb ik ze allebei van een appreciatie voorzien. Ook daarvoor geldt dus oordeel Kamer, met de duiding die ik heb gegeven.

Motie SP (Kamerstuknummer 31016, nr. 261) [VERWORPEN]

- verzoekt de minister te bewerkstelligen dat St Jansdal samen met de zorgverzekeraars een plan uitwerkt om de acute spoedeisende hulp en acute

verloskunde en kindergeneeskunde weer terug te brengen in het ziekenhuis in Lelystad.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Duiding minister

Dan de motie op stuk nr. 261, die de minister verzoekt om "te bewerkstelligen dat St Jansdal samen met de zorgverzekeraars een plan uitwerkt om de acute spoedeisende hulp en acute verloskunde en kindergeneeskunde weer terug te brengen in het ziekenhuis van Lelystad". Ik ontraad deze motie. De regio moet het voortouw nemen. Ik ben van mening dat, mocht het in de verdere toekomst, gegeven de monitoring, wenselijk en noodzakelijk zijn om de acute zorg in Lelystad en omgeving verder uit te breiden, de partijen in de regio zich daarop moeten beraden. Het idee van een uitgebreidere spoedpoli, zoals Lelystad betoogt, zou daar naar mijn mening zeker bij kunnen passen. Ondanks het feit dat de huidige regeling daarin niet voorziet, heb ik mede op verzoek van de Kamer sinds najaar 2018 een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde in Lelystad en omgeving ter beschikking gesteld. Ik hecht eraan om te zeggen dat die bijdrage beschikbaar blijft. Maar zoals gezegd ontraad ik de motie.

Datum
6 december 2019

De heer Van Gerven heeft gevraagd of de minister de kosten van het vervoer op zich kan nemen. In de maanden na het faillissement heeft Zilveren Kruis de reiskosten voor patiënten en hun bezoekers vergoed. Zilveren Kruis is hiermee in juni 2019 gestopt en vanaf september 2019 heeft het ziekenhuis St Jansdal een pendeldienst beschikbaar gesteld en betaald tussen de locaties Lelystad en Harderwijk. Op dit moment wordt gekeken naar de verdeling van de kosten daarvan over de verschillende organisaties, dus ziekenhuis, provincie en gemeente.

Motie ChristenUnie (Kamerstuknummer 31016, nr. 262) [AANGENOMEN]

- verzoekt de regering bij de evaluatie van de noodzaak van de extra ambulancezorg niet alleen te kijken naar praktische zaken zoals het aantal ritten, maar vooral ook naar de specifieke situatie van Urk en daarbij de veiligheid van de bevolking zwaar te laten wegen.

Duiding minister

Voorzitter. In de motie op stuk nr. 262 wordt verzocht bij de evaluatie van de noodzaak van de extra ambulance niet alleen te kijken naar het aantal ritten, maar vooral naar de specifieke situatie van Urk, en daarbij de veiligheid van de bevolking zwaar te laten wegen. Ik geef deze motie graag oordeel Kamer. Eén van de aanbevelingen van de toekomstverkenner luidt: het versneld evalueren van de extra ambulance op Urk, waarbij de bijdrage aan het publiek vertrouwen in de beschikbaarheid van de acute zorg zwaar moet meewegen. Die opdracht is uitgezet bij een derde partij en heeft expliciet betrekking op die aanbeveling. Er wordt dus niet alleen gekeken naar het aantal ritten. Dus oordeel Kamer voor motie op stuk nr. 262.

Motie ChristenUnie (Kamerstuknummer 31016, nr. 263) [AANGENOMEN]

- verzoekt de regering:

- eraan bij te dragen dat de Zorgtafel Flevoland bij de uitwerking van de adviezen van de toekomstverkenner integraal beziet hoe het zorgaanbod goed kan aansluiten op de toekomstige zorgvraag in Flevoland;

- een tijdsplanning te koppelen aan de uitwerking;
- in overleg met de regiopartners te zorgen dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor de uitwerking van de toekomstagenda.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Duiding minister

De motie op stuk nr. 263 verzoekt de regering eraan bij te dragen dat de Zorgtafel Flevoland bij de uitwerking van de adviezen van de toekomstverkenner integraal beziet hoe het zorgaanbod goed kan aansluiten op de toekomstige zorgvraag in Flevoland, een tijdsplanning te koppelen aan de uitwerking en in overleg met de regiopartners te zorgen dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor de uitwerking van de toekomstagenda. Ik zei al dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Agenda voor de Zorg in Flevoland bij de veldpartijen ligt. De Zorgtafel bewaakt de voortgang van de Agenda voor de Zorg in Flevoland. Voor alle punten op de Agenda voor de Zorg voor Flevoland wordt op dit moment een plan van aanpak opgesteld met concrete doelen, resultaten en tijdspaden. Hiermee wordt op de voortgang en eventuele knelpunten gestuurd. Ten aanzien van de financiering geldt dat de kosten die voortvloeien uit initiatieven van de Agenda voor de Zorg in Flevoland, die de Zvw, Wlz en Wmo raken, zo veel mogelijk vanuit bestaande financieringsstromen bekostigd zullen worden. **Dus laat mij deze motie nog onder de aandacht brengen bij de leden van de Zorgtafel in het Voortgangsoverleg.** Met deze opmerking heb ik aangegeven dat de motie met deze duiding erbij oordeel Kamer kan krijgen.

Datum
6 december 2019

Motie VVD (Kamerstuknummer 31016, nr. 264) [AANGENOMEN]

- verzoekt de regering om te stimuleren dat betrokken partijen in de regio via de Zorgtafel Flevoland proactief aan de slag gaan met initiatieven voor e-health in de regio Flevoland.

Duiding minister

Voorzitter. Dan de motie op stuk nr. 264. Deze motie verzoekt de regering om te stimuleren dat betrokken partijen in de regio via de zorgtafel Flevoland proactief aan de slag gaan met initiatieven voor e-health in de regio Flevoland. Ik weet dat e-health onderdeel is van de Agenda voor de zorg in Flevoland en aan de Zorgtafel worden acties op het gebied van e-health besproken en verder uitgewerkt. Van zorgverzekeraars begrijp ik dat zij bereid zijn om dit, althans in principe, te financieren. **Ik zal gezien de waarde die uw Kamer hecht aan dit punt deze motie met nadruk onder de aandacht van de Zorgtafel brengen via het Voortgangsoverleg dat ik eerder noemde.** Daarover zal ik u ook de voortgang weer laten weten. Dus oordeel Kamer voor de motie op stuk nr. 264.

Motie PvdA (Kamerstuknummer 31016, nr. 265) [INGETROKKEN]

- verzoekt de regering het concept van een bevalkamer door te ontwikkelen en de tijdelijke extra bijdrage aan verloskundigen structureel te maken om een toekomstbestendige geboortezorgstructuur in Flevoland te creëren.

Duiding minister

De motie op stuk nr. 260 lijkt erg veel op de motie op stuk nr. 265, die mevrouw Ploumen heeft ingediend. Daar geef ik hetzelfde oordeel over. Dan heb ik ze allebei van een appreciatie voorzien. Ook daarvoor geldt dus oordeel Kamer, met de duiding die ik heb gegeven.

Motie SGP (Kamerstuknummer 31016, nr. 266) **[AANGENOMEN]**

- verzoekt de regering om in het voortgangsoverleg afspraken te maken met regiopartners over financiering van het realiseren van de agenda voor de zorg in Flevoland.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Datum

6 december 2019

Duiding minister

In de motie op stuk nr. 266 verzoekt de SGP de regering om in het Voortgangsoverleg afspraken te maken met regiopartners over financiering van het realiseren van de Agenda voor de Zorg in Flevoland. Ik zal dit doen in het Voortgangsoverleg van 9 december. De precieze financiële consequenties verbonden aan de acties die in de toekomstagenda voor de zorg in Flevoland staan, hangen af van hoe een en ander er heel concreet uit komt te zien in de regio en in de praktijk. Dat kon de toekomstverkenner vooraf ook niet weten. Zorgverzekeraars hebben aangegeven zich verantwoordelijk te voelen en gemotiveerd te zijn om actief invulling te geven aan de acties die in de agenda staan waar het uitgaven in de curatieve zorg betreffen. Daar waar onderwerpen over de grenzen van het stelsel heen gaan, zullen zij die in gezamenlijkheid oppakken met gemeenten en zorgkantoren. De gemeenten zullen de acties moeten financieren die de maatschappelijke ondersteuning betreffen, bijvoorbeeld ouderen en jeugd. Zaken die bijvoorbeeld openbaar vervoer betreffen, dienen door het openbaar bestuur gefinancierd te worden. **Al deze onderwerpen komen wat mij betreft in dat Voortgangsoverleg aan bod en ik informeer u daarover.** Met deze toelichting oordeel Kamer voor de motie op stuk nr. 266.

mr. C.M.E. (Elize) Michels
Senior beleidsmedewerker