

Vergaderjaar 2019–2020

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 288

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2020

Inleiding

Het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen zijn op 25 oktober 2018 failliet verklaard. Deze faillissementen hebben geleid tot grote maatschappelijke onrust, met name bij patiënten en het personeel. Het onverwachte en ongecontroleerde karakter van de faillissementen heeft hier in sterke mate aan bijgedragen. Het is belangrijk om lering te trekken uit deze gebeurtenissen voor de toekomst.

Door verschillende instanties is onderzoek verricht naar de faillissementen van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft diverse rapporten gepubliceerd over de patiëntveiligheid rondom de faillissementen en ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid (de Onderzoeksraad) heeft uit eigen beweging onderzoek verricht naar de risico's voor de patiëntveiligheid. Daarnaast heeft mijn ambtsvoorganger een onafhankelijke onderzoekscommissie ingesteld (de commissie Van Manen) naar de gang van zaken rondom beide faillissementen en de lessen die hieruit kunnen worden getrokken.

Het gaat om de volgende rapporten:

- Toezichtsrapport IGJ MC Slotervaart: «Gevolgen faillissement MC Slotervaart vooraf onderschat – risico's voor goede en veilige zorg bij afbouw en overdracht van zorg» (Kamerstuk 31 016, nr. 256);
- Toezichtsrapport IGJ MC Slotervaart: «Veerkracht en betrokkenheid: goede zorg na overdracht uit MC Slotervaart» (Kamerstuk 31 016, nr. 256);
- Rapport Onderzoeksraad voor de Veiligheid: «Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen Risico's voor patiëntveiligheid» (Kamerstuk 31 016, nr. 269);
- Toezichtsrapport IGJ MC IJsselmeerziekenhuizen: «Veerkracht en betrokkenheid: goede zorg na overdracht uit MC IJsselmeerziekenhuizen» (Kamerstuk 31 016, nr. 270);

- Toezichtsrapport IGJ MC IJsselmeerziekenhuizen: «Kwetsbaar en krachtig: Ondanks risico's veilige zorg na faillissement MC IJsselmeerziekenhuizen» (Kamerstuk 31 016, nr. 270);
- Rapport van de Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen: «De aangekondigde ondergang. Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen. (Kamerstuk 31 016, nr. 282).

Ik wil allereerst de Onderzoeksraad, de Commissie Van Manen en de IGJ hartelijk bedanken voor de grondige onderzoeken die zij hebben verricht en de daarmee geleverde bijdrage aan het verbeteren van ons zorgstelsel.

Enkele rapporten verschijnen nog op een later moment. De IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doen gezamenlijk onderzoek naar mogelijke onbehoorlijke financiële constructies, en het al dan niet naleven van de Governancecode Zorg en relevante zorgwet- en regelgeving. De IGJ en NZa zullen een rapport over het MC Slotervaartziekenhuis en een rapport over de MC IJsselmeerziekenhuizen publiceren. Het rapport over het MC Slotervaartziekenhuis verschijnt naar verwachting rond de zomer. Voor het rapport over de MC IJsselmeerziekenhuizen kan nog geen termijn worden gegeven omdat dit rapport is vertraagd. De reden van de vertraging is dat er een juridische procedure loopt tussen de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen en de IGJ over de wettelijke grondslag waarop de IGJ informatie vordert van de curatoren.

Op basis van het artikel 68, lid 2 onder a van de Faillissementswet «bezieet [de curator] bij het beheer en de vereffening van de failliete boedel of er sprake is van onregelmatigheden die het faillissement, althans mede, hebben veroorzaakt, de vereffening van de failliete boedel bemoeilijken of het tekort in het faillissement hebben vergroot». Dat geldt in principe voor de curatoren van zowel de MC IJsselmeerziekenhuizen als het MC Slotervaartziekenhuis. Het faillissement van het MC Slotervaartziekenhuis is beëindigd door een crediteurenakkoord waardoor zo'n 85% van de crediteuren, inclusief de oud-werknemers, zijn vordering alsnog volledig krijgt uitbetaald. Een gevolg van dit crediteurenakkoord is dat er geen rechtmatigheidsonderzoek zal plaatsvinden, wat door de rechtbank is bevestigd.¹ Het onderzoek van de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen loopt nog.

De zes rapporten die al gereed zijn beslaan een breder perspectief en bevatten lessen die getrokken kunnen worden over de manier waarop de zorg in Nederland is ingericht. In deze Kamerbrief zal ik ingaan op de rapporten die al gepubliceerd zijn. De nog te verschijnen rapporten worden te zijner tijd uiteraard aan uw Kamer toegezonden.

Samenvatting en toelichting rapporten

Rapport van de Onderzoeksraad

De Onderzoeksraad voor Veiligheid doet onderzoek naar voorvallen om daaruit lessen te trekken en de veiligheid in Nederland te vergroten. De Onderzoeksraad is onafhankelijk van de Nederlandse overheid en andere partijen en besluit zelf welke voorvallen en onderwerpen worden onderzocht. De Onderzoeksraad heeft onderzoek gedaan naar de patiëntveiligheid bij de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen. Volgens de Onderzoeksraad heeft een aantal risico's zich bij de afwikkeling van de faillissementen gelijktijdig voorgedaan, waardoor er volgens de Onderzoeksraad sprake is geweest van een verhoogd risico

¹ Rechtbank Amsterdam 4 juni 2019, ECLI:NL:RBAMS:2019:3999.

voor de patiëntveiligheid ten opzichte van een ziekenhuis in normaal bedrijf. De Onderzoeksraad geeft aan dat, voor zover bekend, er zich geen calamiteiten (volgens de definitie gegeven in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) hebben voorgedaan. Volgens de Onderzoeksraad zijn de genoemde risico's in de toekomst controleerbaar of mogelijk vermijdbaar met een gepaste voorbereiding op een faillissement. 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 aldus de Onderzoeksraad. Bij het MC Slotervaartziekenhuis en de 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. De Onderzoeksraad constateert 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 zorgstelsel. 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 ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement momenteel niet is geborgd.

Rapport van de commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen («commissie Van Manen»)

Mijn ambtsvoorganger heeft een onafhankelijke onderzoekscommissie ingesteld en deze verzocht onderzoek te doen naar de volgende aspecten:

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

Volgens de commissie Van Manen is er niet één oorzaak aan te wijzen voor de ongecontroleerde faillissementen. De commissie heeft, met de kennis van nu, factoren en patronen kunnen aanwijzen die een rol hebben gespeeld in de ontstane situatie. Bijzonder is dat in deze casus al deze patronen zich gelijktijdig voordeden en dat alle betrokkenen te lang en te strak aan de eigen rolopvatting hebben vastgehouden. Er was sprake van een financiële situatie die in een negatieve spiraal kwam, dit werd versterkt door de toenemende eenzijdige afhankelijkheid van de zorgverzekeraar. Er was een gebrek aan intern draagvlak voor plannen om de situatie ten goede te keren. De toezichthouders (IGJ en NZa) liepen volgens de commissie vast in een papieren werkelijkheid van de veelheid van de aangeleverde informatie en plannen. De toezichthouders en het Ministerie van VWS hebben te laat in de gaten dat het mis gaat aldus de commissie Van Manen. Partijen moeten doordrongen raken van de urgentie in geval van eventuele problemen en moeten vervolgens gezamenlijk in actie komen om de patiënt te beschermen. Dit vergt een omslag in het denken van alle partijen in de zorgsector. Gedeelde belangen moeten plaatsmaken voor gedeelde verantwoordelijkheid.

Rapporten van de IGJ

Centraal in deze vier rapporten staat de afbouw en overdracht van de patiëntenzorg en de wijze waarop deze is overgedragen naar omliggende ziekenhuizen. Voor het MC Slotervaartziekenhuis concludeert de IGJ dat

zowel patiënten als professionals na de afbouw van de zorgverlening in het MC Slotervaartziekenhuis goed zijn opgevangen in omliggende ziekenhuizen en klinieken. Dat er steeds sprake was van veilige zorg komt, zo stelt de IGJ, doordat deskundige zorgverleners zich zijn blijven inzetten voor hun patiënten. Wel signaleert de IGJ dat voorwaarden voor goede en veilige zorg binnen het MC Slotervaartziekenhuis met name in de eerste weken na het faillissement, niet aanwezig waren. Dat heeft geleid tot risico's voor patiëntveiligheid en onnodig veel onrust en onduidelijkheid onder personeel en patiënten. Er zijn geen calamiteiten gemeld en er zijn bij de IGJ geen incidenten bekend waarbij patiënten direct schade hebben ondervonden.

Ook de patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen die moesten worden overgedragen aan andere ziekenhuizen en klinieken, konden naar het oordeel van de IGJ rekenen op goede en veilige zorg. Ondanks dat er na het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen risico's zijn ontstaan, was er toch sprake van veilige zorg. Dit is, zo geeft de IGJ aan, voor een belangrijk deel te danken aan de zorgverleners, bestuur en management die zich met grote toewijding bleven inzetten voor hun patiënten en hun ziekenhuis. Ook in de periode rond de overname van het ziekenhuis in Lelystad door Sint Jansdal waren de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg aanwezig. Geen van de bij de IGJ bekende meldingen voldoet aan de wettelijke definitie van een calamiteit² of wijst op een situatie waarin de gang van zaken na het faillissement heeft bijgedragen aan het overlijden van een patiënt of het ontstaan van letsel.

De IGJ stelt dat een ongecontroleerd faillissement vanwege het ontbreken van randvoorwaarden voor goede en veilige zorg, nooit meer mag voorkomen in de zorg. Zorgaanbieders moeten daarvoor eerder nadenken over de gevolgen van scenario's en eerder afstemmen met betrokken partijen. Daartoe doet de IGJ in de rapporten een aantal concrete aanbevelingen aan zorgaanbieders hoe in het geval van financiële problemen zorg op adequate wijze kan worden overgedragen of worden afgebouwd. De IGJ concludeert dan ook dat zij tijdens het faillissement van een ziekenhuis haar gebruikelijke wijze van toezicht houden moet aanpassen, zonder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van een ziekenhuis over te nemen.

Beschouwing rapporten

De rapporten spreken duidelijke taal over wat er beter kan en beter moet. Ik neem deze lessen zeer ter harte en vind ook dat alle andere betrokkenen zoals bestuurders en interne toezichthouders in de zorg (zoals een Raad van Toezicht en een Raad van Commissarissen), zorgverzekeraars en de externe toezichthouders dat zouden moeten doen. Direct na de faillissementen heeft mijn ambtsvoorganger al een aantal acties in gang gezet om mogelijke faillissementen eerder te zien aankomen, waar dat mogelijk is te voorkomen en als dat niet kan om de gevolgen te beperken en een faillissement meer gecontroleerd te laten verlopen. Op die maatregelen ga ik hier onder eerst in. Daarna ga ik in mijn reactie op de rapporten in op verdere maatregelen die ik, ook in navolging van de aanbevelingen van de rapporten, ga nemen.

² In artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (wkkgz) staat een calamiteit 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.

Reeds in gang gezette acties

Early Warning System en continuïteitsbeleid zorgaanbieders in financiële problemen

Het Ministerie van VWS moet zelf ook in een eerder stadium en actief geïnformeerd worden bij dreigende discontinuïteit van bepaalde zorgaanbieders, namelijk zorgaanbieders waarvan de discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou hebben als er sprake is dat partijen er zelf niet uitkomen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar komt. Dit brengt ons in positie om regie te nemen zodra partijen er onderling niet uit dreigen te komen, juist om te voorkomen dat een acuut faillissement leidt tot onverantwoorde risico's voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de individuele patiëntenzorg.

Het Early Warning System (EWS) rond financiële of organisatorische risico's bij ziekenhuizen en andere belangrijke zorgaanbieders is verbeterd. Zorgverzekeraars hebben hun eigen systemen uitgebreid en signalen worden sneller gedeeld met de NZa. In werkafspraken tussen de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Daarnaast leunt het EWS niet langer op informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherper in de gaten. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Bovendien werken de IGJ en NZa intensiever samen rond zorgaanbieders in financiële problemen. Toezichtsinformatie wordt meer gestructureerd uitgewisseld en beide toezichthouders trekken samen op in geval van casuïstiek en er wordt gekeken naar mogelijkheden om informatie die bekend is bij banken in de analyse te betrekken. Tot slot wordt het Ministerie van VWS door de IGJ en de NZa in een eerder stadium geïnformeerd bij dreigende discontinuïteit van bepaalde zorgaanbieders, namelijk zorgaanbieders waarvan de discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou hebben. Dit brengt ons in positie om regie te nemen zodra partijen er onderling niet uit dreigen te komen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar komt. Niet met het doel om een zorgaanbieder koste wat kost overeind te houden, maar juist om te voorkomen dat een acuut faillissement leidt tot onverantwoorde risico's voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de individuele patiëntenzorg.

We zijn er daarmee echter nog niet. De zelfstandige informatiepositie van de overheid kan en moet naar mijn oordeel steviger. Het EWS is voor een groot deel nog steeds afhankelijk van signalen uit het veld. Zorgaanbieders moeten tijdig openheid van zaken geven over financiële problemen en hierover in gesprek gaan met hun stakeholders. Daar waar dit te laat gebeurt kunnen risico's ontstaan voor de continuïteit van de zorgverlening. Samen met de NZa en IGJ werk ik daarom aan aanvullende wettelijke maatregelen om de informatiepositie van de overheid verder te versterken. Daarbij denk ik specifiek aan een meldplicht bij de IGJ en/of NZa voor zorgaanbieders met financiële problemen. Een dergelijke meldplicht bestaat ook in andere sectoren, zoals de financiële sector, bij woningbouwcorporaties en de energiesector. De komende periode wordt de meerwaarde en uitvoerbaarheid van een dergelijke meldplicht nader onderzocht. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar voor welke categorieën zorgaanbieders de meldplicht moet gelden en welke consequenties worden verbonden aan het niet-melden van financiële problemen.

De commissie Van Manen stelt dat een EWS niet helpt om tijdig het tijt te kunnen keren. Het EWS is echter met name bedoeld als instrument om

tijdig risico's voor continuïteit en kwaliteit van zorg te signaleren, zodat in ieder geval ongecontroleerde faillissementen kunnen worden voorkomen. Zoals de commissie Van Manen in haar rapport terecht stelt, heeft een EWS alleen meerwaarde wanneer er ook actie wordt ondernomen bij mogelijke continuïteitsrisico's. Die verantwoordelijkheid moet in de allereerste plaats worden genomen door veldpartijen, door het bestuur van de zorgaanbieder, maar ook door zorgverzekeraars, interne toezichtsorganen en externe toezichthouders. Wanneer financiële problemen, naar oordeel van de NZa en IGJ, echter leiden tot een onbeheersbare situatie met risico's voor de patiëntveiligheid tot gevolg en het betrokken partijen zelf niet lukt om een goede oplossing te vinden, is centrale regie in het uiterste geval noodzakelijk. Het Ministerie van VWS zal in dat geval alle betrokken partijen bij elkaar roepen en aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Dat zijn in ieder geval de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, maar dat kan bijvoorbeeld ook gaan om de bank, de gemeente of een naburige zorgaanbieder. Het doel is om tot een gezamenlijk plan komen, waarin de continuïteit van zorg voor de patiënten of cliënten van de instelling centraal staat. Dit plan kan erop gericht zijn om de organisatie weer financieel gezond en toekomstbestendig te maken, maar ook op overname door een andere instelling of gecontroleerde overdracht van de zorg en afbouw van de organisatie. Indien nodig kan VWS helpen met het opstellen van dat plan.

Zoals ook beschreven in onze brief van 11 oktober 2019³, kan het Ministerie van VWS in heel uitzonderlijke situaties ook financieel bijdragen aan de uitvoering van het plan. Van een uitzonderlijke situatie kan sprake zijn als de continuïteit van cruciale zorg in het geding is of als er acute risico's dreigen voor de kwaliteit en veiligheid voor de patiëntenzorg. Als er sprake is van zo'n uitzonderlijke situatie waarbij de betrokken partijen de problemen niet redelijkerwijs zelf kunnen oplossen én ook andere ondersteuning vanuit VWS onvoldoende uitkomst biedt, kan een financiële bijdrage aan de orde zijn.

Aan financiële steun van het Ministerie van VWS zijn uiteraard strikte voorwaarden verbonden:

- De betrokken partijen hebben aangetoond dat zij de bestaande problemen niet redelijkerwijs zonder onze steun kunnen oplossen.
- Een externe deskundige heeft het plan gevalideerd en bevestigd dat het effectief, doelmatig en toekomstbestendig is.
- Alle betrokken partijen committeren zich aan het plan en dragen er maximaal aan bij vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid die zij hebben. Dat kan financieel, bijvoorbeeld in de tariefafspraken, maar ook op een andere manier, bijvoorbeeld door het verleggen van patiëntenstromen. Dit om zeker te stellen dat het belang van de continuïteit van een organisatie door de omgeving niet alleen met de mond wordt beleden, maar ook daadwerkelijk terug te zien is in een serieuze bijdrage van die partijen als bewijs van hun commitment.
- De uitvoering van het plan en de besteding van de middelen worden gemonitord door een onafhankelijke partij.
- Personeel en cliënten(raden) moeten worden betrokken bij de uitvoering van het herstructureringsplan.
- Wanneer het plan gericht is op het in stand houden van de instelling, dan is het van belang dat de oorzaken van de financiële problemen, zowel financieel als organisatorisch, daadwerkelijk worden aangepakt. Dit betekent dat ook gekeken wordt naar de rol en eventuele aansprakelijkheid van (voormalige) bestuurders en interne toezichthouders.

³ Kamerstuk 32 620, nr. 235

Algemene maatregel van bestuur beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg

Indien als gevolg van financiële problemen discontinuïteit dreigt van zorg op afdelingen spoedeisende hulp of acute verloskunde, van zorg in huisartsenposten of beoordelingslocaties in de acute ggz, is de algemene maatregel van bestuur (amvb) beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg van toepassing. Deze amvb stelt eisen aan het besluitvormingsproces als opschorting of beëindiging van deze vormen van acute zorg wordt overwogen. Dan moeten IGJ en NZa geïnformeerd worden, er moet gesproken worden met partijen in het regionaal overleg acute zorgketen, zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders in de regio. Er moet een bereikbaarheidsanalyse worden gevraagd aan het RIVM en een continuïteitsplan worden opgesteld. Lokale besturen en inwoners moeten worden betrokken bij de besluitvorming. Deze amvb wordt formeel van kracht als de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders in werking treedt. Mijn ambtsvoorganger heeft echter in voorkomende gevallen, gesprekken, brieven en debatten in de Tweede Kamer de betrokken partijen opgeroepen om alvast in de lijn van deze amvb te handelen.

Medische dossiers

Voor medische dossiers geldt een bewaartermijn van twintig jaar. Gedurende deze periode moeten patiënten hun dossiers kunnen opvragen, inzien en verzoeken tot vernietiging van hun dossiers kunnen indienen. Deze plicht blijft ook na een faillissement bestaan. Bij de meeste faillissementen vindt er een (gedeeltelijke) doorstart plaats of worden de activiteiten overgenomen door een of meerdere andere aanbieder(s). De overnemende partijen staan dan in principe aan de lat om de medische dossiers over te nemen (inclusief de dossiers van patiënten die niet meer in behandeling zijn) en eventuele kosten hiervoor te dragen. Dit is ook zo gebeurd bij MC IJsselmeerziekenhuizen, daarvan zijn de medische dossiers overgegaan naar het Sint Jansdal.

Het faillissement van het MC Slotervaartziekenhuis was in dit opzicht uitzonderlijk, omdat er geen sprake was van een overname of doorstart van het ziekenhuis. De patiënten die ten tijde van het faillissement in behandeling waren van het ziekenhuis zijn overgegaan naar andere ziekenhuizen. De medische dossiers van deze patiënten zijn daarbij overgedragen aan de nieuwe behandelaar. De medische dossiers van de patiënten die niet meer in behandeling waren van het MC Slotervaartziekenhuis bleven achter in de failliete boedel. Zoals ik in mijn brief aan uw Kamer van 9 maart 2020 heb toegelicht, is er inmiddels een duurzame oplossing gevonden voor deze dossiers.⁴ (Het UMC Utrecht is bereid de bewaar- en beheerplicht van deze dossiers over te nemen. In dit uitzonderlijke geval heb ik mij bereid getoond de kosten voor mijn rekening te nemen.

Voormalig patiënten van het MC Slotervaartziekenhuis, zorgverleners en zorgverzekeraars zijn langs verschillende wegen geïnformeerd over deze overdracht en de mogelijkheid om hiertegen bezwaar te maken. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft in dit specifieke geval toestemming gegeven voor deze werkwijze. Om een dergelijk probleem bij de overdracht van medische dossiers in de toekomst te voorkomen moet een verwerkingsgrondslag voor de gegevensverwerking wettelijk worden verankerd. Dit zal worden geregeld in de eerstkomende wijziging van de Uitvoeringswet AVG, waar het Ministerie van Justitie en Veiligheid verantwoordelijk voor is. Dit voorstel is op 20 mei 2020 in consultatie

⁴ Kamerstuk 31 016, nr. 283

gegaan. Deze wijziging van de Uitvoeringswet AVG is een eerste stap in verduidelijken van de wetgeving, waaronder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, met betrekking tot overgebleven medische dossiers na bijvoorbeeld faillissementen waar geen sprake is van een overname.

Medische aansprakelijkheidsverzekering

Zowel in het rapport van de commissie Van Manen als de Onderzoeksraad wordt gemarkeerd dat in geval van faillissement de medische aansprakelijkheidsverzekering kwam te vervallen. Het Ministerie van VWS heeft zich in eerste instantie garant gesteld voor het eigen risico van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen. Inmiddels is deze garantie overgenomen door zorgverzekeraars. VWS is momenteel in gesprek met aanbieders van deze verzekeringen en andere belanghebbende partijen over hoe voor voorkomende toekomstige gevallen van faillissement dekking toch gegarandeerd kan worden.

Hiervoor ben ik ingegaan op de acties die ik al in gang had gezet, hieronder ga ik meer in detail in op de rapporten en op wat ik naar aanleiding van deze aanbevelingen aanvullend zal doen.

Reactie op de aanbevelingen uit de rapporten

Op 19 december 2019 is het rapport van de Onderzoeksraad gepubliceerd. En op 4 maart 2020 heeft mijn ambtsvoorganger het rapport van de commissie Van Manen in ontvangst genomen en aan uw Kamer gestuurd. Deze rapporten maken duidelijk dat in het proces rond de faillissementen van de MC-ziekenhuizen het belang van de patiënten te veel uit oog is verloren.

Het rapport van de commissie Van Manen bevat een heldere reconstructie van patronen die verklaren waarom in dit geval de beide ziekenhuizen in een neerwaartse negatieve spiraal terecht kwamen, wat vervolgens heeft geleid tot een faillissement. Het rapport bevat daarnaast aanbevelingen en conclusies over hoe we vergelijkbare situaties in de toekomst kunnen voorkomen. Dit spitst zich toe op een aantal zaken. Eén van de belangrijkste conclusies is dat partijen een gedeelde verantwoordelijkheid hebben en bereid moeten zijn om over hun eigen schaduw heen te stappen in het belang van de patiënt. Dat over de eigen schaduw heen stappen vertaal ik als: niet alleen doen wat op grond van wet- en regelgeving je taak is, maar net dat stapje extra zetten. Wij hebben gezamenlijk in dit zorgstelsel een morele plicht om de patiënten te beschermen aldus de commissie Van Manen. Dat is precies de kern van waar het ook om zou moeten gaan, en daar zal ik mij, samen met anderen, voor blijven inzetten en hier aandacht voor blijven vragen bij de partners aan de overlegtafels van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, hoofdlijnenakkoorden, regiotafels en andere bestuurlijke overleggen. Zodat iedereen in Nederland kan rekenen op goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Ik neem de aanbevelingen en de lessen uit de rapporten dan ook ter harte en zal de aanbevelingen in samenwerking met de relevante partijen implementeren zoals beschreven in deze brief.

De Onderzoeksraad stelt dat zich risico's voor de patiëntveiligheid hebben voorgedaan, ondanks het gegeven dat er zich geen daadwerkelijke calamiteiten hebben verwezenlijkt. Deze conclusie is in lijn met de toezichtsrapporten van de IGJ. De Onderzoeksraad constateert ook dat het zorgstelsel het mogelijk maakt dat ziekenhuizen failliet kunnen gaan zonder waarborgen voor een gecontroleerde afbouw en overdracht van zorg. De Onderzoeksraad doet vervolgens aanbevelingen om deze

waarborgen in te bouwen, met name op het gebied van de zorgplicht en het faillissementsrecht. De aanbevelingen van de Onderzoeksraad en de commissie Van Manen gaan deels over dezelfde onderwerpen. Daarom heb ik deze aanbevelingen gezamenlijk geclusterd naar een aantal thema's. Voor zover het gaat om het faillissementsrecht, reageer ik mede namens de Minister voor Rechtsbescherming.

In de bijlage is een volledig overzicht opgenomen van alle rapporten met de daarin opgenomen aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gericht aan verschillende partijen. Sommige aanbevelingen zijn gericht aan mij als Minister voor Medische Zorg en Sport en kan ik zelf oppakken. Voor andere aanbevelingen heb ik andere partijen nodig. Ik ben dan ook in gesprek met deze andere partijen, met andere ministeries, de IGJ, de NZa, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te bezien hoe we de aanbevelingen zullen implementeren. Daarnaast raakt een aantal aanbevelingen aan de hiervoor geschetste al in gang gezette acties.

Collectieve regeling

Een gebrek aan financiële middelen mag niet de reden zijn om de zorg na een faillissement abrupt te stoppen. Dat is de achtergrond van de aanbeveling om tot een collectieve regeling te komen. Een wettelijke verplichting tot een collectieve regeling van overheidswege is moeilijk te verenigen met de Zorgverzekeringswet (Zvw), waar iedere zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor zijn verzekerden. In de praktijk wordt hier door zorgverzekeraars al vorm aan gegeven door bijvoorbeeld het verstrekken van een boedelkrediet – dat is een krediet waarmee de curator tijdens het faillissement de lopende uitgaven kan blijven financieren – om de zorg door te kunnen laten gaan. Ik ben met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in gesprek om te realiseren dat wordt gegarandeerd dat in geval van faillissementen altijd onverwijld de nodige financiële middelen beschikbaar worden gesteld om de noodzakelijke zorg door te leveren. Zorgverzekeraars hebben zich bereid getoond om nadere afspraken te maken over hoe zij in de toekomst in gezamenlijkheid het boedelkrediet kunnen garanderen.

Zorgplicht

Ik ben in overleg met de NZa en ZN om overeenkomstig het advies van de Onderzoeksraad de zorgplicht van de zorgverzekeraars te verduidelijken en herijken zodat de continuïteit van zorg voor individuen in geval van een faillissement beter gegarandeerd wordt. Zonodig vraag ik de NZa nadere (beleids)regels op te stellen. De Zvw is een wet die uitgaat van individuele rechten van verzekerden. Als iemand een naturaverzekering heeft, dan heeft deze persoon recht op zorg. Als iemand een restitutieverzekering heeft, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling door de verzekeraar. Onafhankelijk van de vraag welke verzekering iemand heeft, ligt daarnaast op basis van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) ook bij de instelling c.q. de zorgverlener een zorgplicht voor degene die in behandeling is. Een faillissement heeft in beginsel geen gevolgen voor bestaande, ten tijde van de faillietverklaring lopende geneeskundige behandelovereenkomsten.

De NZa is bezig om richting zorgverzekeraars de invulling van hun zorgplicht scherper te omschrijven. Daarnaast heb ik ZN gevraagd om te kijken hoe zorgverzekeraars zich actiever kunnen opstellen ten aanzien van individuele patiënten als een zorgaanbieder failliet gaat, bijvoorbeeld in hun rol als zorgbemiddelaar. Dit laat overigens de primaire verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder onverlet. Ik heb er vertrouwen in dat

deze activiteiten zullen leiden tot meer duidelijkheid omtrent de invulling van de zorgplicht bij faillissement, in lijn met de aanbeveling van de commissie Van Manen en de Onderzoeksraad (bredere invulling van de zorgplicht in termen van capaciteit en aanbod van zorg én in termen van individuele patiëntenzorg en warme overdracht).

Aanpassing faillissementsrecht

De Onderzoeksraad heeft een aantal aanbevelingen gedaan aan de Minister voor Rechtsbescherming op het gebied van het faillissementsrecht. Ten eerste wordt aanbevolen om te regelen dat een ziekenhuis alleen failliet kan gaan na een stille voorbereidingsfase. In die fase kunnen onder het toezicht van de beoogd curator voorbereidingen getroffen worden voor een gecontroleerde afwikkeling van het ziekenhuisfaillissement. De toepassing van een stille voorbereidingsfase is ontwikkeld in de rechtspraak. Momenteel is hier nog geen wettelijke basis voor. Het wetsvoorstel 34 218 Wet continuïteit ondernemingen I (WCO I), dat ter behandeling in de Eerste Kamer ligt, voorziet in deze wettelijke grondslag. Met deze wijziging van de faillissementswet wordt het voor de rechtbank mogelijk om voorafgaand aan een eventueel faillissement een beoogd curator en beoogd rechter-commissaris aan te wijzen. Hiermee kan een mogelijk aankomend faillissement van een onderneming in relatieve rust worden voorbereid en kan daarmee de eventuele kans op een doorstart worden vergroot en de kans op een ongecontroleerd faillissement aanzienlijk worden verkleind. De Eerste Kamer heeft besloten de verdere behandeling aan te houden totdat, kort gezegd, is voorzien in een wettelijk kader dat de overgang van werknemers in faillissement in het geval van een doorstart regelt. De Minister voor Rechtsbescherming onderzoekt welke mogelijkheden er zijn om aan deze wens van Eerste Kamer tegemoet te komen, terwijl in de tussentijd ook opvolging kan worden gegeven aan de aanbeveling van de Onderzoeksraad. De bedoeling is in ieder geval om een stille voorbereidingsfase staande praktijk te laten worden in het geval er onverhoopt een ziekenhuis failliet zou dreigen te gaan. Met de doorontwikkeling van het EWS komen zorgaanbieders in financiële problemen, en zeker instellingen als ziekenhuizen met cruciale zorgfuncties, naar verwachting eerder in beeld bij zorgverzekeraars, de NZa en IGJ. Zorgverzekeraars, de NZa en IGJ kunnen vervolgens de mogelijkheid en het belang van een stille voorbereidingsfase voor de borging van continuïteit van zorg bij de zorgaanbieder onderstrepen, waarop de zorgaanbieder tijdig een verzoek kan doen bij de rechtbank om een beoogd curator aan te laten wijzen.

Ten tweede wordt aanbevolen om de curator bij een afweging tussen conflicterende belangen het maatschappelijke belang van een patiëntveilige afbouw en/of voortzetting van zorgactiviteiten te laten prevaleren boven de belangen van de schuldeisers. De curator heeft nu op basis van de jurisprudentie al de verplichting om maatschappelijke belangen in het oog te houden. Dit kan leiden tot een keuze waarmee niet het meest optimale financiële resultaat voor de boedel wordt behaald.⁵ Hij mag de maatschappelijke belangen nu echter in principe niet stellen boven het belang van de gezamenlijke crediteuren op een zo hoog mogelijke boedelopbrengst. De Minister voor Rechtsbescherming en ik vinden het wettelijk om te bezien of curatoren bij faillissementen in de zorgsector van een wettelijke grondslag voorzien moeten worden om het maatschappelijk belang in voorkomende gevallen wel te laten prevaleren. In de nadere uitwerking van deze maatregel zal uiteraard een balans moeten worden gevonden tussen het maatschappelijk belang en het belang van

⁵ Hoge Raad 24 februari 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1643, m.nt. W.M. Kleijn (Sigmacon II) en Hoge Raad 19 april 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2047, m.nt. W.M. Kleijn (Maclou).

crediteuren. Dit onderdeel verdient nadere verkenning. Hierover zal ik u na de zomer nader berichten.

Tot slot is gebleken dat de zorg een complexe sector is. Bekendheid met de sector en kennis van de sector bij de curator kan positief bijdragen aan de wijze waarop het faillissement van een zorginstelling verloopt. De curator is immers in faillissement de bestuurder van een zorginstelling en belast met de plichten die daarbij horen, zoals ervoor zorgen dat zolang er nog patiënten zijn goede zorg wordt verleend. Het is dan ook wenselijk als bij de benoeming van een curator door de rechtbank rekening gehouden kan worden met de ervaring van een curator in de zorg. De Minister voor Rechtsbescherming en ik willen in overleg met de rechterlijke macht bezien of het mogelijk is een pool van ervaren curatoren op te zetten om dit te faciliteren. In het verlengde daarvan willen wij een leergang opzetten speciaal ontworpen voor curatoren in de zorg en waar mogelijk gedoceerd door curatoren met ervaring in de zorg. Dit stimuleert kennisoverdracht en het verspreiden van best practices. Ik zal in overleg treden met de insolventierechtpraktijk om deze plannen nader uit te werken. Hierbij zullen wij ook de Vereniging voor Insolventierecht Advocaten (INSOLAD) en de Vereniging voor jonge insolventierechtadvocaten (JIRA) betrekken.

Lering trekken uit lessen en morele plicht en verantwoordelijkheden

De commissie Van Manen geeft aan dat het noodzakelijk is dat partijen lering trekken uit de in het rapport beschreven patronen zodat deze patronen en risico's in de toekomst tijdig onderkend kunnen worden. Alleen wanneer alle partijen, inclusief het Ministerie van VWS, op tijd en open met elkaar in gesprek gaan, zullen zij in staat zijn over hun eigen schaduw heen te stappen. Zo kan in samenspraak en op tijd een plan worden gemaakt om ongecontroleerde faillissementen te voorkomen. De aanbeveling raakt ook de kern van het gewijzigde beleid rond zorgaanbieders in de financiële problemen zoals mijn ambtsvoorganger dat in de brief van 11 oktober 2019 heeft toegelicht. We hebben een escalatieladder opgetuigd die ervoor moet zorgen dat partijen tijdig met elkaar in gesprek gaan, ze in eerste instantie zelf hun verantwoordelijkheid nemen en het Ministerie van VWS regie neemt als blijkt dat dit niet genoeg is om risico's voor de patiëntenzorg uit te sluiten.

Meerjarencontracten

Zorgverzekeraars wordt aanbevolen om, daar waar mogelijk, ernaar te streven meerjarencontracten af te sluiten met ziekenhuizen. Meerjarencontracten zijn vaak een resultaat van vertrouwen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en een gedeelde toekomstvisie. De regio-beelden die in het kader van de beweging «De juiste zorg op de juiste plek» worden opgesteld, helpen bij het totstandkomen van een gedeelde toekomstvisie. Meerjarencontracten kunnen een belangrijk instrument zijn om investeringen in innovaties en verbetering van de zorg te stimuleren. Meerjarencontracten hebben ook een risico. Door de looptijd van het contract kan er minder flexibiliteit zijn. Ook blijkt uit een NZa onderzoek van 2019 dat vooralsnog het merendeel van de meerjarencontracten in de medisch specialistische zorg eenzelfde inhoud heeft als eenjarige contracten. Er worden nog te weinig innovatieve afspraken opgenomen over bijvoorbeeld een andere soort van bekostiging en kwaliteit. De meeste afspraken rondom bekostiging stimuleren nog steeds om zoveel mogelijk zorg te leveren in plaats van in te zetten op kwaliteit van zorg en het toevoegen van waarde aan de zorg. Desalniettemin heeft het afsluiten van meerjarencontracten meer voordelen dan nadelen: het zorgt voor vertrouwen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en een gedeelde

toekomstvisie. Ook is het een belangrijk instrument om investeringen in innovaties en verbetering van de zorg te stimuleren. Ik monitor de ontwikkelingen op dit vlak (onder meer via de NZa) en zie dat er steeds meer van dergelijke contracten in steeds meer sectoren van de zorg worden afgesloten. Ook neemt de lengte van de contracten toe, wat ook geldt voor het aantal onderwerpen waar contractuele afspraken over worden gemaakt. Ik ben verheugd dat de veldpartijen dit instrument steeds meer omarmen en ben in gesprek met de zorgverzekeraars om dit te stimuleren.

Geschillen over afrekening

Een aanbeveling aan zorgverzekeraars luidt om ernaar te streven om geschillen over afrekeningen met ziekenhuizen binnen een maand te beslechten en te voorzien in een geschillenregeling voor die situaties waarin niet binnen een maand een oplossing is gevonden. Bij conflicten of meningsverschillen rondom zorgcontractering, zoals geschillen over afrekening, kunnen individuele zorgverleners, zorgorganisaties en zorgverzekeraars terecht bij de «Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering». Deze Geschilleninstantie is in 2016 in het leven geroepen op basis van een convenant tussen een groot aantal branche- en beroepsorganisaties van uitvoerders van Zvw, Wlz en ZN. Het Ministerie van VWS is geen partij in het convenant, de geschilbeslechting is een privaatrechtelijke aangelegenheid. De Geschilleninstantie heeft als doel om het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verbeteren. Geschillen kunnen zien op zowel de precontractuele als contractuele onderhandelingsfase. Beoogd wordt een snel, laagdrempelig en effectief alternatief te bieden voor een procedure bij de civiele rechter. De Geschilleninstantie wordt uitgevoerd door het Nationaal Arbitrage Instituut (NAI). Er zijn drie vormen van geschilbeslechting: mediation, bindend advies en arbitrage. Elke vorm van geschillenoplossing- en beslechting is op vrijwillige basis. Beide partijen moeten hun conflict of meningsverschil bij de Geschilleninstantie willen voorleggen. De duur van de beslechting hangt af van de gekozen vorm van geschilbeslechting. Bij mediation is er maximaal twee weken na de benoeming van de mediator een oplossing. Bij een bindend advies is de snelheid waarmee de uitspraak tot stand komt mede afhankelijk van hoe snel partijen hun stukken insturen. Zo snel mogelijk na de zitting, geeft de bindend adviseur zijn bindend advies. Bij arbitrage hangt het van de inhoud van de zaak af. Is een zaak eenvoudig en is er voor een kortlopende arbitrageprocedure gekozen, dan kan er relatief snel na de benoeming van de arbiter een eindvonnis komen. Meestal, en ook afhankelijk van de wensen van partijen, kan het bijvoorbeeld bij een principiële zaak tussen grote partijen die een complete procedure willen, veel langer duren.

Twee jaar na de inwerkingtreding van het convenant is de werking van de Geschilleninstantie geëvalueerd door de Begeleidingscommissie van de Geschilleninstantie. Hieruit kwam naar voren dat er nog maar een relatief gering aantal zaken zijn aangespannen bij de Geschilleninstantie. Om de bekendheid van de Geschilleninstantie te vergroten heb ik het onderwerp onder de aandacht gebracht in de bestuurlijke overleggen van verschillende zorgsectoren die door het Ministerie van VWS georganiseerd worden. Ook de Begeleidingscommissie zelf heeft het bestaan van de Geschilleninstantie nogmaals bij haar leden onder de aandacht brengen. In 2020 volgt er een nieuwe evaluatie.

Governance en tegenmacht

De rapporten onderschrijven het belang van goede governance en adequaat intern toezicht. Binnen de MC Groep was bijvoorbeeld de rol van de raad van commissarissen als countervailing power beperkt, omdat de bestuurders ook grootaandeelhouders waren. Hierdoor stelde de raad van commissarissen zich onvoldoende onafhankelijk op richting het bestuur en werden disfunctionele patronen niet doorbroken. Op dit punt worden verschillende maatregelen genomen. Allereerst is de IGJ in haar toezicht in de afgelopen jaren al meer aandacht gaan besteden aan governance, als essentiële randvoorwaarde voor goede zorgverlening. Voor de zomer publiceren de IGJ en NZa een geactualiseerde versie van hun gemeenschappelijk toezichtskader Goed Bestuur. Daarin gaan beide toezichthouders nader in op wat zij verwachten van de interne toezichthouder binnen zorgorganisaties, met het oog op het borgen van maatschappelijke belangen. Daarnaast wordt de positie van het interne toezicht ook wettelijk versterkt met het reeds door uw Kamer aangenomen wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). In de algemene maatregel van bestuur Wtza worden aanvullende eisen gesteld aan de onafhankelijkheid, samenstelling en de informatiepositie van de interne toezichthouder. Hierdoor komt de interne toezichthouder meer in positie, ook ten opzichte van een directeur-grootaandeelhouder.

Wettelijke bevoegdheden onderzoekscommissies

De commissie Van Manen adviseert de wetgever om zorgvuldig te kijken naar de mogelijkheden om de juridische grondslag, dan wel wettelijke status van een, op verzoek van de Tweede Kamer ingestelde onderzoekscommissie te versterken. In dit traject kon alleen van ambtenaren van het instellende ministerie medewerking gevorderd worden. Bij andere partijen was de commissie afhankelijk van de bereidheid om mee te werken. Dit leidde er in de praktijk toe dat documenten van de MC IJsselmeerziekenhuizen niet werden verstrekt. Het toekennen van de door de commissie gewenste bevoegdheden vereist, gezien de zwaarte en de mate van ingrijpendheid voor derden, een specifieke afweging door de wetgever aan de hand van een specifieke situatie in een specifiek voor een bepaalde commissie bedoelde wet. Uit het rapport van de commissie Van Manen valt niet af te leiden dat het werk van de commissie op onverantwoorde wijze zou zijn beperkt en er zijn vooralsnog geen signalen dat dit probleem breder speelt. Voor een algemene regeling van dergelijke bevoegdheden in de Kaderwet wordt dan ook geen aanleiding gezien.

Rapporten IGJ

De IGJ doet in haar rapporten een aantal aanbevelingen, die zijn gericht op het beheersen van risico's voor goede en veilige zorg in geval van een (dreigend) faillissement van een zorgaanbieder. De aanbevelingen van de IGJ sluiten daarmee aan op de conclusies en aanbevelingen van de Onderzoeksraad en de commissie Van Manen. Ook sluiten ze aan op afspraken die de IGJ met de NZa heeft gemaakt in het kader van een verbeterd systeem van vroegsignalering, die erop gericht zijn de zorgaanbieder en andere belanghebbenden, zoals financiers, in positie te brengen om op een beheerste en gecontroleerde wijze te komen tot afbouw van zorgactiviteiten en overdracht.

Een deel van de aanbevelingen van de IGJ heeft betrekking op de voorbereidingen die zorgaanbieders kunnen treffen om de afbouw en overdracht van zorg op een veilige wijze te laten verlopen. De IGJ betreft deze aanbevelingen bij de contacten die zij in het kader van haar toezichthoudende taak heeft en zal zorgaanbieders hier zo nodig op

wijzen. Een ander deel van de aanbevelingen van de IGJ is gericht aan curatoren en andere betrokkenen bij de overname van zorg. Zoals de IGJ zelf in haar rapporten aangeeft, heeft zij met name in de periode direct na de faillissementen niet alleen toezicht gehouden, maar daar waar nodig ook geadviseerd, bemiddeld en gecoacht. Vanuit die meer adviserende rol zal de IGJ zelf in voorkomende gevallen deze aanbevelingen bespreken met curatoren en andere betrokkenen.

De andere aanbevelingen volgen direct uit het onderzoek van de IGJ naar de kwaliteit en veiligheid van de overgedragen zorg. Het betreft specifieke aanbevelingen en aandachtspunten, die de IGJ onder de aandacht brengt bij zorgaanbieders en ook in haar toezicht toetst. Een voorbeeld is het gebruik van de «Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk», die voor ziekenhuizen en medisch specialisten handvatten biedt om goede en veilige zorg te leveren wanneer zij beginnen met het aanbieden van een behandeling.

In algemene zin geven de aanbevelingen ook inzicht in aspecten van onderlinge samenwerking waar zorgaanbieders mee te maken krijgen, ook los van faillissementen. Daarom adviseert de IGJ aan de ziekenhuizen om in regionaal verband met elkaar een aantal aspecten van groot-schalige overdracht van patiëntenzorg te bespreken, nog los van een dreigend faillissement van een zorginstelling. Het gaat er dan bijvoorbeeld over of de wijze waarop de ICT is georganiseerd de elektronische overdracht van patiëntengegevens voldoende mogelijk maakt, en of er afspraken zijn over de wijze waarop de toestemming van de patiënt voor de overdracht van diens gegevens wordt verkregen.

Moties en toezeggingen

Met deze brief voldoe ik aan enkele moties en toezeggingen. De motie van het lid Ellemeet c.s.⁶ verzoekt de regering, de mogelijkheid te onderzoeken van het aanstellen van een bewindvoerder in een ziekenhuis als er sprake is van wanbestuur. De commissie Van Manen is ingegaan op het vraagstuk van stille bewindvoering en de interventiemogelijkheden van de IGJ. De motie van het lid Ellemeet c.s.⁷ verzoekt de regering de mogelijkheid van een crisisfonds te onderzoeken waarmee zorgverzekeraars gezamenlijk zorg dragen voor financiering ten behoeve van een verantwoorde overgangsfase in het uiterste geval van faillissement van een ziekenhuis. Hier ben ik op ingegaan bij de appreciatie van de aanbevelingen van de commissie Van Manen en de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Ook voldoe ik met deze brief aan de toezeggingen om extern onderzoek te laten doen naar de faillissementen en om u een gebundelde beleidsreactie te doen toekomen op de verschillende rapporten over de faillissementen van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeeziekenhuizen.

Tot slot

Zoals ik hierboven heb beschreven ga ik voortvarend aan de slag met de aanbevelingen uit alle rapporten. Ik zal mij samen, met anderen, blijven inzetten voor onze gezamenlijke verantwoordelijkheid om iedereen in Nederland te blijven voorzien van goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn

⁶ Kamerstuk 31 016, nr. 128

⁷ Kamerstuk 31 016, nr. 129

BIJLAGE

Nummer	Afkomstig van	Gericht aan	Aanbeveling
1	Onderzoeksraad voor Veiligheid	De Minister voor Medische Zorg en Sport	(1a) 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.
2	Onderzoeksraad voor Veiligheid	De Minister voor Medische Zorg en Sport	(1b) Zorg ervoor dat de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement te allen tijde gecontroleerd plaatsvindt. Daarbij acht de Raad het volgende van belang: 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.
3	Onderzoeksraad voor Veiligheid	De Minister voor Rechtsbescherming	(2a) 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.
4	Onderzoeksraad voor Veiligheid	De Minister voor Rechtsbescherming	(2b) Pas het faillissementsrecht met betrekking tot ziekenhuisfaillissementen zodanig aan dat: 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.
1	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars	Om te voorkomen dat met een ander feitencomplex maar met vergelijkbare patronen in de toekomst nog eens een ziekenhuisfaillissement op deze voor patiënten onacceptabele wijze verloopt, achten wij het noodzakelijk dat partijen lering trekken uit de in dit rapport beschreven patronen. Dit inzicht is nodig om de patronen en de risico's die ermee verbonden zijn tijdig te onderkennen.
2	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Ziekenhuisbestuurders, interne toezichthouders, zorgverzekeraars, IGJ, NZa, omliggende ziekenhuizen en de wetgever	Vanuit dit uitgangspunt zijn wij van oordeel dat het noodzakelijk is dat de betrokken partijen, waarbij we primair kijken naar een «eerste ring» van betrokkenen (ziekenhuisbestuurders, de interne toezichthouder, externe toezichthouders, zorgverzekeraars en ook omliggende ziekenhuizen), bereid zijn over hun eigen schaduw heen te stappen in het belang van de patiënt. Het gaat ons hier niet om juridische verantwoordelijkheden en de wettelijk geformuleerde zorgplicht, maar om de morele plicht die elk van deze partijen heeft en waar deze ook op aangesproken mogen worden.
3	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Ziekenhuisbestuurders, interne toezichthouders, zorgverzekeraars, IGJ, NZa, omliggende ziekenhuizen en de wetgever	Zorgplicht gaat daarbij niet alleen om de invulling van dat begrip in termen van capaciteit en aanbod van zorg, maar evengoed om een persoonlijke en relationele invulling van zorgplicht, in termen van individuele patiëntenzorg en warme overdracht. Voor beide kanten van het begrip zorgplicht dient aandacht te zijn indien de continuïteit van een ziekenhuis in gevaar dreigt te komen. Wij verzoeken de wetgever om na te gaan of er (combinaties van) wettelijke bepalingen zijn die de hierboven beschreven principes – te weten bescherming van de patiënt als primair uitgangspunt, en gedeelde verantwoordelijkheid van partijen als handelingskader, in de weg staan. Daar waar dat het geval is, dienen die belemmeringen weggenomen te worden.
4	Commissie faillissementen ziekenhuizen	De Raad van Bestuur van ziekenhuizen	Roep, wanneer het ziekenhuis in zwaar weer verkeert, tijdig alle voor het adequaat aanpakken van de problematiek relevante stakeholders uit de eerste ring bij elkaar om gezamenlijk een plan op te stellen waarin verschillende scenario's worden uitgewerkt. Deze stakeholders geven vanuit het principe van gedeelde verantwoordelijkheid altijd gehoor aan dit verzoek van de Raad van Bestuur. In het geval het uiteindelijk toch tot surseance van betaling en faillissement komt, mag de patiënt daarvan zo min mogelijk hinder ondervinden. In tweede instantie dienen ook partijen uit de «tweede ring» (het Ministerie van VWS, lokale overheden, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en banken) te worden geïnformeerd en daar waar nodig actief betrokken. Dat het initiatief voor overleg en afstemming van de Raad van Bestuur komt, betekent echter niet automatisch dat de ziekenhuisbestuurder ook de regisseursrol in het gezamenlijke traject moet oppakken. De eerste vraag die partijen gezamenlijk dienen te beantwoorden is wie in de kwestie zal optreden als regisseur, en wie daarmee ook beslissingsbevoegd is.

Nummer	Afkomstig van	Gericht aan	Aanbeveling
5	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Ziekenhuizen, zorgverzekeraars, IGJ, NZa, en omliggende ziekenhuizen	<p>Verken de mogelijkheden om de problemen samen met het ziekenhuis aan te pakken teneinde de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van zorg voor de individuele patiënt te waarborgen.</p> <p>Werk daartoe gezamenlijk verschillende scenario's uit voor de situatie dat de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar komt. Adresseer daartoe ten minste de volgende kwesties, en beleg de bijbehorende verantwoordelijkheden voor het oplossen van deze kwesties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier het risico van het wegvallen van personeel niet in loondienst op kwetsbare posities in het ziekenhuis wordt beheerst; • Hoe de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg wordt geborgd, ook in het geval dat deze zorg moet worden overgedragen aan andere zorgaanbieders; • In hoeverre afstemming mag en kan plaatsvinden met andere zorgaanbieders en met andere zorgverzekeraars, teneinde een warme overdracht van patiënten tijdig en zorgvuldig te organiseren; • Hoe en door wie wordt zorggedragen voor financiering van het uitvoeren van de verschillende scenario's; • De communicatie naar patiënten en huisartsen over de wijze waarop en door wie hun zorgverlening wordt voortgezet; • De wijze waarop de verschillende stakeholders het ziekenhuis kunnen ondersteunen in het aanpakken van de problematiek. Draag er zorg voor dat het Ministerie van VWS actief wordt geïnformeerd en daar waar nodig wordt betrokken bij de oplossing. Afhankelijk van de gekozen scenario's dienen ook de betrokken banken en de ACM een rol te krijgen. Voor de gemeenten geldt dat zij vanuit hun verantwoordelijkheid voor de inwoners, tijdig op de hoogte gebracht moeten worden van de wijze waarop de bescherming van de patiënt wordt geregeld. Teneinde te komen tot een duurzaam model voor financiering van ziekenhuiszorg, waarbij de voorspelbaarheid van risico's die de continuïteit van het ziekenhuis raken, wordt verbeterd, achten wij het wenselijk dat zorgverzekeraars, daar waar mogelijk, ernaar streven meerjarencontracten af te sluiten met ziekenhuizen.
6	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Zorgverzekeraars	<p>Vanuit de gedachte dat vooral ziekenhuizen met kleine reserves baat hebben bij een snelle afhandeling van claims op en van zorgverzekeraars, bevelen wij zorgverzekeraars bovendien aan ernaar te streven om geschillen over afrekeningen met ziekenhuizen binnen een maand te beslechten. Daarbij zouden zij tevens, in afstemming met ziekenhuizen, moeten zorgdragen voor een geschillenregeling voor die situaties waarin niet binnen een maand een oplossing is gevonden.</p>
7	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Zorgverzekeraars	<p>Wij zijn ervan overtuigd dat juist wanneer het ziekenhuizen betreft met kleine reserves, een dergelijke regeling als ultimatum remedium van waarde kan zijn. In die gevallen is een snelle oplossing vaak te prefereren boven een «beste» oplossing waar soms zeer lange tijd onzekerheid over blijft bestaat.</p>
8	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Ziekenhuizen die samenwerken op groepsniveau	<p>Zorg, indien sprake is van samenwerkende ziekenhuizen, dat vooruitlopend op een fusie of integratie de governance al op groepsniveau is ingericht. Denk daarbij ten minste aan een gezamenlijke Raad van Bestuur, en een gezamenlijke Raad van Toezicht c.q. Raad van Commissarissen.</p>
9	Commissie faillissementen ziekenhuizen	Zorginstellingen met een aandeelhouder	<p>Zorg voor voldoende countervailing power binnen de zorginstelling, en rust de Raad van Commissarissen daartoe uit. Stel tevens heldere regels op ten aanzien van de onafhankelijkheid van de Raad van Commissarissen ten opzichte van de aandeelhouder. Daarbij dient tevens aandacht te zijn voor de omgang met de eventuele samenloop van de functie van aandeelhouder en bestuurder. Wij merken hierbij op dat een aandeelhouder zich ervan dient te vergewissen dat het hebben van meerdere belangen in diverse organisaties, ook wanneer deze volledig correct van elkaar gescheiden zijn, van invloed kan zijn op het draagvlak binnen een organisatie, alsmede op het draagvlak van externe partijen. Wij bevelen de Raad van Bestuur dan ook aan om, in het geval er mogelijk sprake is van tegengestelde belangen, inzichtelijk te maken hoe deze geadresseerd zijn, teneinde het draagvlak te verstevigen.</p>

Nummer	Afkomstig van	Gericht aan	Aanbeveling
10	Commissie faillissementen ziekenhuizen	De wetgever	De ervaringen van de commissie met betrekking tot de medewerking van betrokken partijen en juridische beperkingen om onderzoeksinformatie te verstrekken, dwingen tot reflectie. Met welk doel wordt een onderzoekscommissie ingesteld, en welke bevoegdheden horen daarbij? Wij adviseren de wetgever daarom om zorgvuldig te kijken naar de mogelijkheden om de juridische grondslag dan wel wettelijke status van een, op verzoek van de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingestelde onderzoekscommissie te versterken.
1	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Zorg voor een actuele analyse van de eigen patiëntenpopulatie en het eigen zorgaanbod. Breng in deze analyse in kaart hoe het zorgaanbod zich verhoudt tot het zorgaanbod elders in de regio (gaat het om «unieke» vormen van zorg, of zorg die ook elders geleverd wordt?) en wat de omvang van het zorgaanbod is. Differentieer hierbij naar de aard van de zorgrelatie: gaat het bijvoorbeeld om acute, actieve en «slapende» patiënten?
2	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Voer een prospectieve risico-inventarisatie uit op de afbouw van zorg, vooral voor patiëntencategorieën voor welke de zorginstelling een bijzondere positie heeft. Het gaat daarbij zowel om risico's voor kwaliteit en veiligheid, als voor continuïteit van individuele patiëntenzorg. Betrek deze risico-inventarisatie bij de gesprekken met betrokkenen (bijvoorbeeld andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars).
3	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Zorg dat bovengenoemde analyse van de patiëntenpopulatie en risico-inventarisatie altijd uitgaan van, of zijn terug te brengen tot het niveau van individuele patiënten.
4	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Bespreek in regionaal verband periodiek wat de randvoorwaarden voor het overdragen en overnemen van zorg zijn, op het gebied van personeel (capaciteit, deskundigheid), patiëntinformatie (dossierformaten, ICT, toestemmingsvereisten).
5	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Ontwikkel een kader (uitgaande van wet- en regelgeving en kennis van ICT-systemen) voor de overdracht van patiëntenzorg en -informatie, waarmee afwegingen gemaakt kunnen worden tussen de belangen van patiëntveiligheid, patiëntenrechten en bescherming van persoonsgegevens. Het betreft daarbij in ieder geval inzicht in wanneer welke de informatie zonder toestemming van de patiënt mag worden overgedragen en voor welke informatieoverdracht altijd toestemming van de patiënt nodig is.
6	De IGJ	Zorgaanbieders in financiële problemen	Iedere zorgaanbieder in financiële problemen dient de kwetsbare patiëntengroepen op voorhand in kaart te hebben, zodat deze groepen bij een faillissement met voorrang kunnen worden overgedragen.
7	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Organiseer een structuur waarin de partijen die tot aan, en vanaf de overname van zorg verantwoordelijk zijn, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid maar zoveel mogelijk in gezamenlijkheid, kunnen sturen op de voorbereiding van de overname. In het geval van het faillissement en de overname van MC IJsselmeerziekenhuizen betreft dit in ieder geval de curatoren, de raad van bestuur en de medische staven.
8	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Binnen deze structuur moet de verantwoordelijkheidsverdeling te allen tijde duidelijk zijn. Maak helder wat de rol is van zorgverleners, adviseurs en andere betrokkenen.
9	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Zorg dat het belang van goede en veilige zorg nooit ondergeschikt kan worden aan zakelijke overwegingen, ook niet op het moment dat zich conflicten voordoen. Toets alle besluiten en acties, ook van direct betrokkenen, aan de gevolgen voor individuele patiëntenzorg.
10	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Draag zorg voor een goede positionering van zorgverleners die een actieve rol hebben rond de overname. Zorg ervoor dat zij voldoende zorginhoudelijke inbreng kunnen hebben. Besteed ook aandacht aan hun persoonlijk welzijn.
11	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Organiseer een structuur voor de communicatie en afstemming met het lokaal bestuur en (vertegenwoordigers van) patiënten en inwoners. Binnen deze structuur kunnen lokaal bestuur, patiënten en inwoners aangeven wat hun zorgen en wensen zijn ten aanzien van het zorgaanbod en de organisatie van de zorg. Betrokken zorgaanbieders dienen herkenbaar en toetsbaar aan te geven op welke wijze zij deze zorgen en wensen betrekken bij de organisatie van de zorg en de besluitvorming over het zorgaanbod.
12	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Richt een crisisorganisatie in, waarin de verantwoordelijkheidsverdeling te allen tijde duidelijk is. Maak helder wat de rol is van zorgverleners, adviseurs en andere betrokkenen. Binnen de crisisorganisatie moet voldoende kennis van en affiniteit met zorgverlening en besturing van zorginstellingen aanwezig zijn.

Nummer	Afkomstig van	Gericht aan	Aanbeveling
13	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	De crisisorganisatie richt zich met het oog op continuïteit van veilige zorg in ieder geval op de volgende aspecten: o Communicatie met ketenpartners; 14o Communicatie met patiënten en lokaal bestuur; o Communicatie met zorginkopers, toezichthouders en andere betrokkenen; o Interne communicatie; o ICT; o Uitwerking van vraagstukken rond patiëntveiligheid, patiëntenrechten en persoonsgegevens in samenhang.
14	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Toets alle besluiten en acties, ook van direct betrokkenen, aan de gevolgen voor individuele patiëntenzorg.
15	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Draag zorg voor een goede positionering van zorgverleners die een actieve rol spelen bij de afbouw en/of overdracht van zorg. Zorg er hierbij voor dat zij voldoende zorginhoudelijke inbreng kunnen hebben. Besteed in dit licht ook aandacht aan hun persoonlijk welzijn.
16	De IGJ	Curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg	Verzamel actuele signalen en andere informatie over incidenten, zodanig dat deze informatie (op een voor zorgverleners en patiënten herkenbare wijze) gebruikt kan worden bij sturing en besluitvorming en dat hierover verantwoording kan worden afgelegd aan de inspectie en andere belanghebbenden. Zorg dat incidenten laagdrempelig worden gemeld bij de inspectie.
17	De IGJ	Zorgaanbieders die zorg overnemen	Zorgaanbieders die medisch specialistische zorg overnemen van een failliet ziekenhuis zouden uit het oogpunt van zorgvuldigheid graag zo tijdig mogelijk geïnformeerd willen worden over de verwachte omvang en inhoud van het zorgaanbod wat aan de desbetreffende zorgaanbieder wordt overgedragen.
18	De IGJ	Zorgaanbieders die zorg overnemen	Zorgaanbieders die medisch specialistische zorg overnemen van een failliet ziekenhuis zouden gelet op de urgentie en het gegeven dat reeds bestaande overlegstructuren hier veelal onvoldoende voor zijn toegerust, tijdelijk moeten kunnen beschikken over een taskforce of crisisorganisatie om met veerkracht doortastend te kunnen acteren met nadrukkelijk oog voor de bestuurlijke verantwoordelijkheid.
19	De IGJ	Zorgaanbieders die zorg overnemen	Wanneer een zorgaanbieder van een failliet ziekenhuis medisch specialistische zorg overneemt die voor de desbetreffende zorgaanbieder nieuwe zorg is, is de Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk bij uitstek behulpzaam bij de voorbereiding en inrichting van de zorg.
20	De IGJ	Zorgaanbieders die zorg overnemen	Wanneer door de overdracht van klinische verloskunde, eerstelijns verloskundigen en hun patiënten met meerdere ziekenhuizen in contact (kunnen) komen verdient het aanbeveling dat deze ziekenhuizen hun protocollen zoveel mogelijk harmoniseren.
21	De IGJ	Zorgaanbieders die zorg overnemen	Wanneer de reisafstanden voor zwangeren en verloskundigen naar een afdeling klinische verloskunde toenemen, dient er aandacht te zijn voor de gevolgen voor de werkdruk van de verloskundigen.
22	De IGJ	Overig	Wet- en regelgeving omtrent privacy en AVG dient in de randvoorwaardelijke sfeer op voorhand aantoonbaar te zijn geïmplementeerd, om delay in de (digitale) overdracht van patiënteninformatie en patiëntendossiers te voorkomen.
23	De IGJ	Overig	Bij overname dan wel aanschaf van vergunningsplichtige medische apparatuur dient rekening te worden gehouden met het tijdig aanvragen van de noodzakelijke vergunningen alvorens deze op de nieuwe locatie in gebruik te mogen nemen.