

Lessen uit het eerste ziekenhuisfaillissement

Een interview met mr. Vermeeren en mr. Bentfort van Valkenburg over het faillissement van het Ruwaard van Puttenziekenhuis

Mr. M.W.T. Kampers en mr. I.M.A. Lintel, datum 15-05-2017

Datum	15-05-2017
Auteur	Mr. M.W.T. Kampers en mr. I.M.A. Lintel ^[1]
Folio weergave	Download gedrukte versie (PDF)
Vakgebied(en)	Insolventierecht (V) Insolventierecht / Algemeen

Eind maart 2013 maakte minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bekend dat ziekenhuizen in financiële problemen niet langer door de overheid zouden worden gered. Nog geen drie maanden later was het eerste faillissement van een ziekenhuis een feit. Op 24 juni 2013 werden Martijn Vermeeren en Henri Bentfort van Valkenburg aangesteld als curatoren van het Ruwaard van Puttenziekenhuis. Wij spraken met de curatoren over de bijzondere uitdagingen die zij zijn tegengekomen bij de afwikkeling van het faillissement van het ziekenhuis.

1. Ruwaard van Puttenziekenhuis

Het Ruwaard van Puttenziekenhuis (RPZ), inmiddels omgedoopt tot het Spijkenisse Medisch Centrum (SMC), werd in 1986 opgericht. Het kwam voort uit drie Rotterdamse ziekenhuizen en bediende een groot deel van het Rotterdamse havengebied. In 2012 kwam het RPZ in opspraak wegens misstanden op de afdeling cardiologie. Dit blijkt het begin van een neerwaartse spiraal, die uiteindelijk op 24 juni 2013 eindigt in een faillissement.^[2] De curatoren bevonden zich met de afwikkeling van het faillissement van een ziekenhuis op onontgonnen terrein, omdat dit het eerste ziekenhuis in Nederland was dat failliet ging. Zij hebben dan ook in velerlei opzicht het wiel moeten uitvinden. De curatoren van De Sionsberg, een ziekenhuis dat enige tijd later failliet ging^[3], zouden hier baat bij hebben: "We hebben inderdaad met de curatoren van De Sionsberg enkele zaken uitgewisseld. Wij denken dat ze daar wel profijt van hebben gehad."

In deze bijdrage staan wij stil bij de bijzonderheden van de afwikkeling van het faillissement van een ziekenhuis op basis van de ervaringen van de curatoren met het RPZ, alsmede bij de lessen die uit die ervaringen kunnen worden getrokken voor toekomstige (ziekenhuis)faillissementen. Dit doen wij door een aantal onderwerpen de revue te laten passeren dat bij het faillissement van een ziekenhuis een eigen dimensie krijgt, of dat zich specifiek in een dergelijk faillissement aandient.

Aan bod komen de pre-pack fase, het belang van een goede woordvoerder, het maatschappelijke belang van de continuïteit van de zorg, de rol en positie van de zorgverzekeraars en overige juridische

problematiek die in het bijzonder verband houdt met de afwikkeling van een faillissement van een ziekenhuis.

2. Pre-pack fase

Het RPZ kampte – ondanks de landelijk toenemende zorgvraag – al enige tijd vóór aanvang van het faillissement met financiële problemen. Een oorzaak hiervan was dat het ziekenhuis veel patiënten verloor aan andere ziekenhuizen in de regio. Om de financiële problemen het hoofd te bieden, is het bestuur van het RPZ op zoek gegaan naar overnamekandidaten voor een doorstart buiten faillissement. Daarbij zijn drie regionale ziekenhuizen benaderd: het Maasstad ziekenhuis, het Ikazia ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda ziekenhuis. De onderhandelingen met dit consortium van ziekenhuizen zijn uiteindelijk gestrand. Het RPZ maakte vervolgens een plan om een doorstart te realiseren met een *private equity* partij. Echter, op 5 juni 2013 waren de liquiditeitsproblemen bij het RPZ dermate groot, dat de verwachting was dat de salarissen van het personeel aan het einde van die maand niet meer zouden kunnen worden uitbetaald. Dit vormde voor het bestuur van het RPZ de directe aanleiding om de rechtbank te verzoeken een stille bewindvoerder aan te wijzen die in relatieve rust een eventuele doorstart van het ziekenhuis zou kunnen voorbereiden. Nog diezelfde dag nam de pre-pack fase een aanvang met curatoren als stille bewindvoerders. De rechtbank gunde de stille bewindvoerders in eerste instantie twee weken om de doorstartmogelijkheden te onderzoeken. Aangezien er na twee weken nog onvoldoende duidelijk was of een doorstart kon worden gerealiseerd, heeft de rechtbank op verzoek van het RPZ de pre-pack periode tot 24 juni 2013 verlengd. Dit betrof een verlenging van slechts vijf dagen. Vermeeren licht toe wat hiervan de reden was:

“Op 24 juni moesten de salarissen worden betaald, en op dat moment vonden wij dat niet kon worden uitgesloten dat de zaak onbeheersbaarder dan aanvaardbaar zou worden als dat niet zou gebeuren, dat vanaf de 24^e niet langer zou kunnen worden gewacht.”

De curatoren zaten door de verkennende gesprekken die vóór de pre-pack waren gevoerd al direct bij aanvang van de pre-pack periode met de *private equity* partij om tafel. Zelf hebben de curatoren het consortium van ziekenhuizen benaderd, hoewel de verhouding met die ziekenhuizen vanwege de eerder mislukte overnamepoging behoorlijk was bekoeld. Het beste bod werd gedaan door het consortium. Vermeeren:

“Uiteindelijk is het consortium aan tafel gekomen en dat gaf aan bereid te zijn om in onderhandeling te treden om de activakant te betalen. Toen zijn de onderhandelingen verdergegaan en zij betaalden beduidend meer dan het doorstartplan van de private equity partij dat inmiddels op tafel lag. Achteraf bezien in de hele constellatie is dat mooi; wij konden ons voorstellen dat de maatschappelijke onrust kleiner zou zijn als een consortium van drie ziekenhuizen de boel zouden overnemen.”

De curatoren zijn dan ook in zee gegaan met het consortium en het ziekenhuis is sinds de overname verdergegaan als het SMC.

De pre-pack periode hebben curatoren niet alleen benut om een doorstart te realiseren, maar ook om het RPZ en de betrokken stakeholders te leren kennen en voorbereidingen te treffen voor de dag dat het RPZ failliet zou worden verklaard. Dit bleek nog niet eenvoudig, mede vanwege het grote aantal partijen dat bij het RPZ betrokken was, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), verschillende zorgverzekeraars, de gemeente, het

Waarborgfonds voor de Zorg (WfZ), de medisch specialisten van het ziekenhuis, de medewerkers en niet in de laatste plaats de patiënten. Bovendien zou het faillissement de nodige aandacht krijgen in de Tweede Kamer en de media. Gedurende de pre-pack fase konden de curatoren zich hierop voorbereiden en verschillende partijen alvast op de hoogte brengen van de situatie. Deze groep van partijen is zo klein mogelijk gehouden. De directie van het ziekenhuis, de Raad van Commissarissen, de IGZ, VWS, de zorgverzekeraars en de NZa zijn in een vroeg stadium geïnformeerd. Vervolgens hebben de curatoren een team van mensen samengesteld met kennis van verschillende zaken, zoals een accountant en fiscalist voor de financiële zaken, maar daarnaast ook mensen met zorginhoudelijke kennis. Zo was er bijvoorbeeld, zo vertelt Vermeeren ons, *“iemand aan boord die advocaat was, maar ook zes jaar op de intensive care heeft gewerkt als hoofd verpleegkundige. Zij wist dus precies waar de Latijnse termen voor stonden, om welke medicijnen het ging en hoe de dagelijkse praktijk van een ziekenhuis is. Tijdens het faillissement liep zij dus met leveranciers met eigendomsvoorbehoud rond”*. Voorts is een woordvoerder ingeschakeld om de reactie van het publiek te analyseren en te kanaliseren. De periode vóór het faillissement is ook gebruikt om een draaiboek te ontwikkelen voor een zo soepel mogelijke start van de faillissementsfase. Het faillissement van een ziekenhuis kan, door de maatschappelijke functie van het ziekenhuis, grote onrust teweegbrengen. Het verbaasde de curatoren dan ook dat er geen draaiboek beschikbaar was:

“Dat was wel een van de dingen die ons opviel rond dit faillissement. Dat er totaal geen draaiboek was, waar dan ook. Niet bij de NZa, niet bij de IGZ, ook niet bij VWS, terwijl natuurlijk wel door de politiek al een keer geroepen was dat ze niet coûte que coûte een medische instelling of ziekenhuis zouden gaan redden. Gelukkig hadden we tijdens de pre-pack de tijd.”

Terugkijkend op de pre-pack periode achten de curatoren deze periode een essentieel onderdeel van de succesvolle afwikkeling van deze casus:

“Hier kwam het [het faillissement van het ziekenhuis – auteurs] toch wel enigszins als een donderslag bij heldere hemel, en het was het eerste. Dus wat dat betreft hebben we aan de pre-pack wel veel gehad, denk ik. Juist om goed te kijken wat behelst een ziekenhuis, hoe houden we het beheersbaar, welke activa en contracten gaan we straks doorzetten. [...] Ja, ik denk dat het in het maatschappelijk belang was om rust te houden en door de pre-pack konden we op de 24^e meteen aangeven: het gaat door, er komt een doorstart.”

Dat wil niet zeggen dat zij niet ook nadelen aan de pre-pack zien. Volgens Bentfort van Valkenburg is het grootste nadeel van de pre-pack waarschijnlijk de stilte:

“Door de zaak stil te moeten houden speelt het gevaar dat niet degene bereikt wordt met het meest gunstige bod. In stilte is er immers geen markt. Wij wisten niet of het bod van de private equity partij het meest gunstige was.”

De curatoren hebben *“dat probleem gedeeltelijk kunnen pareren door het businessplan van deze gegadigde te vragen en door te laten rekenen. Het vragen van het businessplan van degene met wie je onderhandelt is ongebruikelijk, maar wel de manier om meer zekerheid te hebben dat een goede prijs wordt betaald”*. Een en ander afwegende heeft de pre-pack voor het RPZ in de ogen van de curatoren meerwaarde gehad.

3. Woordvoerder

Zoals aangestipt, hebben de curatoren al tijdens de pre-pack periode een woordvoerder ingeschakeld. Beiden geven aan dat dit een belangrijke stap in het proces is geweest. De curatoren raden een frequenter gebruik van communicatiemedewerkers in faillissementen dan ook aan. Vermeeren:

“Toen hebben we ontdekt dat communicatiemedewerker echt een vak apart is. Hoe communiceer je, op welke wijze, op welk moment, op welke toon, met welke frequentie, met welke informatie wel en niet. Dat was echt van belang.”

Bentfort van Valkenburg beaamt dit:

“Wij hebben in dit faillissement zeer veel baat gehad bij de goede communicatieadviseur die wij hadden. Goede voorbereiding en strategie van communicatie is een vak.”

Toen de pre-pack op 24 juni 2013 ten einde kwam en het faillissement werd uitgesproken, werd de situatie van het ziekenhuis bekend bij het grote publiek. Instinctief waren de curatoren geneigd om zoveel mogelijk informatie geheim te houden om zo de rust te bewaren. In het geval van een faillissement met een grote maatschappelijke impact is het echter te verkiezen om de informatievoorziening niet in alle gevallen tot een minimum te beperken, zo hebben zij ervaren. De curatoren zijn hierbij afgegaan op de ervaring en expertise van de woordvoerder. Een voorbeeld hiervan was een aanvraag die de curatoren ontvingen van de SP. Het faillissement van het RPZ kreeg veel aandacht in de Tweede Kamer, wat er op enig moment toe heeft geleid dat de SP op bezoek wilde komen in het ziekenhuis om interviews aan het bed af te nemen. De eerste reflex van curatoren was om dit te weigeren. De woordvoerder heeft toen een middenweg gevonden. Vermeeren:

“We hadden geluk dat we een goede woordvoerder hadden die ook politiek wel de paden kende. Die zei dat we het beste de deur niet helemaal dicht konden gooien, maar de politiek juist een podium moesten geven, maar dan in overleg. Dus geen interviews aan het bed, maar zorgen dat ze op het parkeerterrein terechtkonden en daar een elektriciteitsaansluiting zou zijn.”

De SP heeft uiteindelijk een standje op de parkeerplaats opgezet, waar tomatensoep uitgedeeld werd.

4. Maatschappelijk belang van de continuïteit van de zorg

Vanaf de dag van het faillissement was het voor de curatoren op een bepaalde manier weer *business as usual*. Werknemers werden ontslagen, leveranciers kwamen langs in een poging hun onder eigendomsvoorbehoud geleverde goederen op te halen en de algehele balans werd opgemaakt. Op de dag van het faillissement was voor curatoren het meest spannend of de onrust die met de faillietverklaring gepaard ging, de levering van goede zorg niet onder druk zou zetten. Bij het faillissement van een ziekenhuis is het voornaamste (maatschappelijke) belang dat de continuïteit en kwaliteit van de zorg optimaal geborgd blijft. Wij vroegen curatoren welke rol zij bij de behartiging van dit maatschappelijke belang hebben gespeeld. Vermeeren:

“Wij hadden goede afspraken gemaakt met de ziekenhuisdirectie, die bestaat uit een algemeen directeur en een geneesheer-directeur, de zorgverzekeraars en de IGZ. Zij zaten in één team en wij hebben aangegeven dat zij verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van de zorg. Als curatoren kunnen en mogen wij dat niet.”

Alle betrokken partijen zagen in dat ondanks de financiële problemen bij het RPZ de zorg niet in het

geding moest komen. In een evaluatie van het faillissement van het RPZ door VWS is vastgesteld dat daar ook nooit sprake van is geweest.^[4] Zelfs op momenten van grote onzekerheid is de zorg doorgeleverd. Dat ligt volgens Bentfort van Valkenburg ook aan de inzet en taakopvatting van de ziekenhuismedewerkers:

“Artsen rennen heus niet zomaar weg van het bed. Hetzelfde geldt voor verpleegkundig personeel. Ook degenen die geen dienstverband aangeboden hebben gekregen bij de doorstarter hebben tot het laatst toe hun verantwoordelijkheid genomen.”

Ondanks dat niet curatoren, maar andere partijen primair waren belast met het bewaken van doorlopende, goede zorg, was voor curatoren wel een directe rol weggelegd bij de beantwoording van acute zorgvragen.

“In dat kader hebben wij ook € 1 miljoen aan boedelkrediet gehad van de zorgverzekeraars. Dit bedrag was met name bedoeld voor noodsituaties. Als bijvoorbeeld de geneesheer-directeur binnen zou lopen en aan zou geven dat er acuut medicijnen gekocht moesten worden, dan konden wij het krediet aanwenden om de medicijnen aan te schaffen,” aldus Vermeeren.

5. Zorgverzekeraars

Bij het waarborgen van de blijvende beschikbaarheid van goede zorg speelt de zorgverzekeraar een cruciale rol. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is de verantwoordelijkheid van de kwaliteit en continuïteit van zorg overgeheveld van de overheid naar de zorgverzekeraars.^[5] Een ziekenhuis sluit zorgcontracten af met een of meerdere zorgverzekeraars. Het doel daarvan is om de zorg voor alle verzekerden toegankelijk en betaalbaar te houden. Zorgverzekeraars zijn voornamelijk actief binnen een bepaalde regio,^[6] en proberen binnen die regio selectief zorg in te kopen. Een ziekenhuis heeft slechts met een beperkt aantal verzekeraars zorgcontracten. In het geval van het RPZ waren er vijf zorgverzekeraars die contracten hadden afgesloten met het ziekenhuis.^[7]

Het faillissement van een ziekenhuis was voor de zorgverzekeraars ook een nieuw fenomeen. Zij waren zoekende naar hun rol, wat de curatoren – met name in de pre-pack periode – extra tijd en aandacht heeft gekost. Dat uitte zich bijvoorbeeld in de onderhandelingen over het boedelkrediet dat de zorgverzekeraars bereid waren beschikbaar te stellen. Bentfort van Valkenburg:

“Er moest wel een zeer gespecificeerde begroting komen [voor het boedelkrediet, auteurs] van wat we allemaal nodig dachten te hebben, en voor niet langer dan een week. Daarnaast wilden zij dat de curatoren ook persoonlijk borg zouden staan voor de terugbetaling van het krediet. Uiteindelijk viel overal wel een mouw aan te passen, maar het kostte wel een dag onderhandelen.”

Bovendien moest er een gezamenlijke strategie worden gekozen ten aanzien van de eventuele doorstart. Hierbij bleek dat de verzekeraars niet hetzelfde idee hadden bij het faillissement en een eventuele doorstart. De ene verzekeraar zag niets in een integrale doorstart van het RPZ en wilde in dat scenario geen contract afgeven. Een ander zag daar wel heil in, maar wilde dan het liefst in zee gaan met een marktpartij, terwijl nog een ander meer gecharmeerd was van een consortium van ziekenhuizen. Voor de curatoren was het van belang om de verzekeraars op één lijn te krijgen. Zonder dat de zorgverzekeraars bereid zouden zijn om een zorgcontract aan te gaan met de overnemende partij, zou er immers geen doorstart komen. Uiteindelijk zijn de curatoren erin geslaagd om de verzekeraars met elkaar om tafel te krijgen:

“Door hardop te benoemen: ‘willen jullie dan bekend worden als degenen die de doorstart onmogelijk hebben gemaakt’, zijn ze om tafel gegaan. Toen hebben we uiteengezet welke keuze wij gemaakt hebben en dat die keuze de beste kandidaat met de hoogste opbrengst was en waarbij de meeste maatschappelijke belangen behartigd werden. Toen hebben ze 48 uur voor datum faillissement opgebeld dat ze met één mond spraken.”

Het was voor curatoren dus van belang om een duidelijke keuze te maken, onafhankelijk van de positie van de verzekeraars,^[8] en deze te kunnen toelichten.

6. Afwikkeling diagnose-behandelcombinaties

De curatoren zijn in de technische afwikkeling van het faillissement ook geconfronteerd met een aantal uitdagingen dat specifiek is voor een ziekenhuisfaillissement. Eén van die uitdagingen betrof de afwikkeling van het onderhanden werk. In een regulier faillissement heeft een curator voor wat betreft de lopende opdrachten ingevolge art. 37 van de Faillissementswet de keuze om de overeenkomst al dan niet gestand te doen. In het geval van een ziekenhuis ligt dit anders. Lopende behandelingen kunnen niet zomaar beëindigd worden. Zij moeten worden gecontinueerd. Het onderhanden werk moet echter wel worden afgewikkeld. Deze afwikkeling is met name gecompliceerd omdat een ziekenhuis zorg aanbiedt in de vorm van zogenaamde diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Een patiënt die met een bepaalde zorgvraag naar het ziekenhuis komt, krijgt een daarbij behorende DBC aangeboden. Een DBC is het gehele behandeltraject vanaf de diagnose van de arts, tot de ziekenbehandelingen en bijbehorende nacontroles. Voor de DBC wordt één prijs gerekend die het ziekenhuis bij afsluiting van de DBC bij de zorgverzekeraar (of bij de patiënt) in rekening brengt. Per faillissementsdatum waren er ongeveer 10.000 lopende behandelingen in het RPZ. Dit betrof dus allemaal onderhanden werk. De vraag rees hoe dit moest worden afgewikkeld. Vermeeren licht toe:

“Niemand wist of je een DBC bij een doorstart van een ziekenhuis hard moest afsluiten. Als een patiënt van ziekenhuis A naar B gaat, dan volgt een harde afsluiting, maar nu gaan alle patiënten van A naar een nieuwe entiteit B, de doorstarter.”

Een harde afsluiting betekent in dezen dat een DBC wordt beëindigd, en dat bij partij B een nieuwe DBC wordt aangegaan. Een alternatieve wijze van afwikkeling is contractsovername van de DBC's door partij B. De wijze van afsluiting had directe (financiële) consequenties voor de partijen die de zorg nog moesten vergoeden of aanspraak maakten op (een gedeelte van) de vorderingen uit onderhanden werk. Vermeeren:

“Van geval tot geval is het namelijk zo dat een harde afsluiting van een DBC uiteindelijk tot hogere kosten van de gehele behandeling kan leiden, dan wel tot lagere, dan als de bestaande DBC zou worden voortgezet.”

De betrokken partijen hadden – gezien hun eigen belangen – verschillende ideeën over de wijze waarop moest worden afgewikkeld. Zo waren de zorgverzekeraars betrokken, de NZa, de medische staf die bij het RPZ werkzaam was en nog een honorariumvordering had, en ING Bank als pandhouder van (een gedeelte van) de vorderingen van het RPZ. *“Iedere partij maakte een vergelijking tussen de situatie waarin de DBC's als een soort contractsovername over zouden gaan naar het SMC en de situatie waarin sprake zou zijn van een harde afsluiting van de DBC en een nieuwe DBC met het SMC zou worden overeengekomen. Op grond van die vergelijking, probeerden partijen te bepalen wat voor hen het meest gunstig zou zijn,”* aldus Vermeeren. Praktisch bleek het bijna

ondoenlijk en zeer kostbaar om per DBC te beoordelen wat de omvang van het onderhanden werk was. Om die reden is uiteindelijk met de NZa en de zorgverzekeraars afgesproken dat alle DBC's hard zouden worden afgesloten, zodat het onderhanden werk zou kunnen worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. De aldus ontstane vorderingen op de zorgverzekeraars werden uitgedeclareerd. Bentfort van Valkenburg: *“Dit betekende echter nog niet dat er direct geld de boedel invloede. Zorgverzekeraars hebben namelijk het recht om tot vijf jaar na de declaratiedatum de declaraties via materiële controles ter discussie te stellen, van welk recht ook veelvuldig gebruik wordt gemaakt.”* Inmiddels is een regeling afgesproken hoe met de materiële controles om te gaan en is op datum van schrijven meer dan de helft van het gedeclareerde bedrag geïnd. De vraag hoe de geïncasseerde bedragen vervolgens verdeeld moeten worden onder pandhouder ING Bank, de (stafmaatschap van) vrijgevestigde medisch specialisten met een honorariumaanspraak en de boedel heeft aanleiding gegeven tot nieuwe juridische discussies, die wij hier nu verder laten rusten aangezien deze nog lopende zijn.^[9]

7. Verlies goodwill specialisten

Een tweede uitdaging die zich specifiek in het geval van een faillissement van een ziekenhuis voordoet, is gerelateerd aan de positie van medisch specialisten en hun rechten en verplichtingen. Momenteel is in veel gevallen nog steeds standaardpraktijk dat medisch specialisten aangesloten zijn bij maatschappen en in het ziekenhuis een zelfstandige praktijk hebben. Tussen de individuele specialisten en het ziekenhuis, in dit geval het RPZ, worden toelatingsovereenkomsten gesloten op basis waarvan de medisch specialisten hun praktijk voor eigen rekening en risico kunnen uitoefenen. Ten tijde van het faillissement waren bij het RPZ zo'n 45 van deze zogeheten vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam. Het is gebruikelijk dat een arts die tot een maatschap toetreedt om als vrijgevestigd specialist in een ziekenhuis aan de slag te gaan, een vergoeding aan de zittende maatschapsleden of een eventuele uittreder betaalt. Met deze zogenaamde *goodwill*-vergoeding zijn aanzienlijke bedragen gemoeid, soms wel van enkele tonnen per toetredster. Bij de doorstart van het RPZ heeft het SMC als doorstartende partij de tussen de medisch specialisten en het RPZ bestaande toelatingsovereenkomsten niet overgenomen. In plaats daarvan heeft het SMC de artsen een arbeidscontract voor de duur van zes maanden aangeboden. Gedurende die periode bleven de artsen de zorg aan hun patiënten bieden, maar na zes maanden werden hun contracten in sommige gevallen niet verlengd. Nieuw aangetrokken (jonge) artsen of andere artsen uit de regio namen werkzaamheden over en de artsen zagen de goodwill die was belichaamd in hun praktijk, en het bedrag dat zij daarvoor hadden betaald, verdampen.

De verloren gegane goodwill is inmiddels inzet van diverse juridische procedures waarin de artsen – met (vooralsnog) wisselend succes – een vergoeding vorderen van het SMC en de vrijgevestigde specialisten uit de regio die zouden profiteren van hun goodwill.^[10] In een aantal gevallen zijn de curatoren pro se aangesproken omdat zij volgens enkele specialisten bij de doorstart onvoldoende rekening zouden hebben gehouden met de belangen van de specialisten. De privéaansprakelijkstellingen zijn in eerste aanleg door de Rechtbank Rotterdam afgewezen,^[11] maar de hoger beroep procedures lopen nog op het moment van schrijven van dit artikel. De curatoren hebben zich op het standpunt gesteld dat de goodwillafsprake een onderlinge afspraak tussen de maten in de maatschap betreft en geen afspraak is die met het ziekenhuis bestaat, zodat het RPZ hier niets mee van doen heeft. De specialisten zijn echter van mening

dat het ziekenhuis er met hun patiëntenkring vandoor is gegaan zonder dat daar enige vergoeding tegenover is gesteld. De curatoren *“hebben toen aangegeven dat als zij [de specialisten, auteurs] echt menen dat het hún patiënten zijn, zij ze dan maar mee moeten nemen en zich als zelfstandigen buiten het ziekenhuis moeten vestigen”*. Volgens Vermeeren werd toen *“duidelijk dat de meeste specialisten geen eigen patiëntenkring hebben; als je een ingewikkelde plastisch chirurgische ingreep moet laten doen, dan kan het zo zijn dat je door een specifieke specialist behandeld wil worden, maar als je van een stoepje valt, dan wil je naar het ziekenhuis en hoef je niet per se meteen naar dokter Jansen”*. De specialisten hebben hun vordering wegens verloren gegane goodwill, die zij voorlopig hebben begroot op € 10 miljoen, ook ter verificatie ingediend in het faillissement van RPZ. Deze vordering is door curatoren betwist.

8. Afsluiting

Uit de ervaringen van de curatoren met het RPZ kan een aantal lessen worden getrokken voor toekomstige (ziekenhuis)faillissementen. Allereerst viel op dat een goede voorbereiding het halve werk is. Een pre-pack periode kan in dit verband soelaas bieden, met name als veel verschillende partijen betrokken zijn en het faillissement complex is. Die periode kan namelijk worden benut voor een gedegen voorbereiding op het faillissement en het treffen van maatregelen om een spoedige doorstart te realiseren. De maatschappelijke onrust die het faillissement van met name een ziekenhuis teweegbrengt, kan hierdoor worden beperkt. Het probleem dat er bij de voorbereiding van een doorstart tijdens een pre-pack geen marktwerking plaatsvindt en het daardoor de vraag is of de beste prijs kan worden gerealiseerd, kan deels worden ondervangen door het businessplan van de overnamekandidaten te laten doorrekenen. In de tweede plaats is gebleken dat het nuttig is om te zorgen voor goede communicatie. De curatoren hebben dankbaar gebruikgemaakt van een woordvoerder en raden dit zeker ook aan in andere faillissementen – niet alleen in het specifieke geval van faillissementen van ziekenhuizen. De woordvoerder zal misschien, in de ogen van de curator, een onorthodoxe koers suggereren, maar deze kan waardevol zijn. Zo bleek in het geval van het RPZ dat meer openheid tot meer begrip bij het publiek kan leiden. Ten derde hebben de curatoren gemerkt dat zij bij het doorstartproces, waarin zij afhankelijk waren van de steun van de zorgverzekeraars, een eigen positie hebben moeten innemen ten opzichte van de zorgverzekeraars om de doorstart te kunnen realiseren, omdat de zorgverzekeraars zelf niet op één lijn zaten. De verwachting is dat als zorgverzekeraars vaker te maken krijgen met een faillissement van een ziekenhuis hun rol daarin beter gedefinieerd zal zijn en de samenwerking met de curator soepeler zal verlopen. Minister Schippers heeft al toegezegd dat zij in overleg zal treden met zorgverzekeraars om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat het voor een curator makkelijker zal worden een boedelkrediet te krijgen om de benodigde zorg te kunnen blijven leveren.^[12] Ook voor wat betreft het door de curatoren gemiste draaiboek heeft de minister initiatief genomen. Zij zal in overleg met de curatoren, de IGZ en de NZa een draaiboek laten opstellen dat breed beschikbaar zal worden gesteld,^[13] waardoor eenieder die met een dergelijk faillissement in aanraking komt dit draaiboek kan consulteren. Tot slot zijn er inmiddels maatregelen getroffen om de betrokken partijen duidelijke handvatten aan te reiken voor de technische afwikkeling van het faillissement van een ziekenhuis. Zo heeft de NZa er bijvoorbeeld voor gezorgd dat de DBC's – anders dan in het faillissement van het RPZ is gebeurd – doorlopen tijdens het faillissement van het ziekenhuis en dat de zorgverzekeraars de zorg doorbetalen totdat de DBC wordt overgenomen door een nieuwe partij.^[14] De ervaringen van de curatoren hebben al met al veel

kennis opgeleverd die kan worden – en al wordt – ingezet om de afwikkeling van een ziekenhuisfaillissement in de toekomst nog beter en efficiënter te laten verlopen en bovenal met behoud van beschikbare, goede zorg.

Voetnoten

[1]

Gelieve dit artikel aan te halen als: M.W.T. Kampers en I.M.A. Lintel, 'Lessen uit het eerste ziekenhuisfaillissement. Een interview met mr. Vermeeren en mr. Bentfort van Valkenburg over het faillissement van het Ruwaard van Puttenziekenhuis', *Tvl* 2017/18. Mr. M.W.T. Kampers is juridisch adviseur bij het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en mr. I.M.A. Lintel is advocaat bij Wijn & Stael Advocaten N.V.

[2]

De oorzaken van het faillissement zijn ten tijde van de publicatie van dit artikel nog in onderzoek. Mocht u hierin geïnteresseerd zijn, houd dan de faillissementsverslagen in de gaten.

[3]

De Sionsberg is op 28 november 2014 failliet verklaard.

[4]

Zie [Kamerstukken II 2015/16, 31016, 92](#), p. 8.

[5]

Zie art. 11 Zorgverzekeringswet.

[6]

Zie art. 3 en 29 van de Zorgverzekeringswet.

[7]

Zie ook www.zorgverzekeraars.nl voor meer informatie over het zorgstelsel en de rollen van de verschillende spelers.

[8]

Dit lag in het geval van De Sionsberg anders; in dat geval was maar één verzekeraar betrokken waardoor deze strubbelingen geen rol speelden.

[9]

Voor een overzicht van de lopende discussies met ING en de specialisten kan het meest recente faillissementsverslag worden geraadpleegd.

[10]

Zie Rb. Rotterdam 18 februari 2015, *JOR* 2015/275, m.nt. S.R. Damminga; Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:443; Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:444; Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:447; Rb. Rotterdam 31 augustus 2016, *JOR* 2017/16, m.nt. S.R. Damminga.

[11]

Zie Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:443; Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:444 en Rb. Rotterdam 20 januari 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:447.

[12]

Zie [Kamerstukken II 2015/16, 31016, 92](#), p. 4.

[13]

Zie [Kamerstukken II 2015/16, 31016, 92](#), p. 3.

[14]

Zie [Kamerstukken II 2015/16, 31016, 92](#), p. 13.