

Overmacht continuïteit van cruciale zorg

Kenmerk
TH/BR-017

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze bevoegdheid is gebaseerd op artikel 16 sub b en sub d van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Toezicht op naleving van de zorgplicht van artikel 11 Zvw en artikel 4.2.1 Wlz maakt hier deel van uit. De voorliggende beleidsregel gaat over de situatie dat een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder niet aan zijn zorgplicht inzake cruciale zorg kan voldoen door overmacht.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders en heeft betrekking op de continuïteit van cruciale zorg bij overmacht.

2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel beschrijft wanneer er sprake is van overmacht bij de nakoming van de zorgplicht om cruciale zorg te leveren en de wijze waarop zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders dit melden bij de NZa. Deze beleidsregel geeft aan op welke wijze de NZa een melding van overmacht toetst. Wanneer een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder ondanks alle mogelijke inspanningen niet in staat is cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, zal de NZa - na beoordeling van de betreffende melding - de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hierover informeren, waarna de minister kan beslissen om een (tijdelijke) vangnetstichting op te richten om de zorg te continueren.

Benadrukt wordt dat een melding van overmacht een ernstige en tevens uitzonderlijke situatie is. Een zorgverzekeraar of Wlz-verzekeraar geeft in dat geval aan - ondanks maximale inspanning - niet in staat te zijn om cruciale zorg te organiseren voor zijn verzekerden.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

3.1 Continuïteit zorgverlening

Het beschikbaar zijn van voldoende en toegankelijke Zvw- en Wlz-zorg. Deze zorg moet voldoen aan de geldende normen op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit.

3.2 Cruciale zorg

Zorg waarvoor geldt dat wanneer deze (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids)schade kunnen oplopen of (vooral bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven én het cruciale zorg betreft die aangewezen is in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Als cruciale zorg is aangewezen in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel A, onder 2, sub a tot en met e, van de bijlage bij dat besluit:

- ambulancezorg;
- spoedeisende hulp;
- acute verloskunde;
- crisisopvang GGZ;

- Wlz-zorg.

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
2 van 12

3.3 Overmacht

De situatie waarin de verzekeraar niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht met betrekking tot het leveren van cruciale zorg. Het betreft een ernstige en uitzonderlijke situatie, waarin de verzekeraar kan aantonen al het mogelijke te hebben gedaan om de continuïteit van de betreffende zorgverlening te borgen maar hier desondanks niet in kan slagen.

3.4 Verzekeraar

Aanduiding in *deze regeling* waarmee zorgverzekeraar én Wlz-uitvoerder worden bedoeld.

3.5 Wlz

Wet langdurige zorg

3.6 Wlz-uitvoerder

De rechtspersoon, zoals bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz, die behoort tot een groep waarvan ook de zorgverzekeraar deel uitmaakt, die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 van de Wlz heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wlz namens de verzekerden, het zorgkantoor is daaronder inbegrepen.

3.7 Wmg

Wet marktordening gezondheidszorg

3.8 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

3.9 Zorgplicht zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder

Resultaatverplichting tot het leveren van zorg van een zorgverzekeraar richting zijn verzekerden als bedoeld in artikel 11, eerste lid, aanhef en onder a, van de Zvw en van een Wlz-uitvoerder richting zijn verzekerden als bedoeld in artikel 4.2.1 Wlz, zulks met inachtneming van de normen op het gebied van kwaliteit en toegankelijkheid.

3.10 Zorgverzekeraar

In deze regeling wordt enkel onder zorgverzekeraar verstaan een zorgverzekeraar die (een) zorgverzekering(en) aanbiedt en uitvoert, op grond waarvan een verzekerde aanspraak heeft op prestaties als bedoeld in artikel 11, lid 1, sub a, Zvw.¹

3.11 Zvw

Zorgverzekeringwet

4. Melding overmacht²

4.1 De melding dient te worden gedaan op de hierna beschreven wijze:

- De verzekeraar doet schriftelijk melding bij de NZa en maakt daarbij gebruik van een standaardformulier van de NZa. Dit formulier is beschikbaar op de internetsite van de NZa

¹ De zorgverzekeraar die enkel zorgverzekering(en) aanbiedt en uitvoert, op grond waarvan een verzekerde enkel aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg heeft, en desgevraagd bemiddeling (artikel 11 lid 1 sub b Zvw), valt buiten de reikwijdte van deze regeling.

² De wijze van melden wordt ook voorgeschreven in de regeling TH/NR-002 meldplicht continuïteit van cruciale zorg.

(www.nza.nl).

Voor een melding wordt onderstaand adres gebruikt:
Nederlandse Zorgautoriteit
Directie Toezicht en Handhaving
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
3 van 12

De verzekeraar stuurt de melding per e-mail aan info@nza.nl.

- De melding heeft als onderwerp 'Melding continuïteit cruciale zorg <Naam verzekeraar>'.
>
- De verzekeraar maakt zijn melding tevens telefonisch kenbaar aan het secretariaat van de directie Toezicht & Handhaving van de NZa, te bereiken via het algemene telefoonnummer: 030 - 296 8111.

4.2 Bij de in artikel 4.1 van deze regeling bedoelde melding overlegt de verzekeraar de volgende informatie en gegevens:

1. gegevens van de verzekeraar: naam rechtspersoon, regio (indien Wlz), adres, contactpersoon;
2. welke zorgaanbieder(s) het betreft;
3. gegevens van de onder 2. bedoelde zorgaanbieder(s): naam rechtspersoon, adres, contactpersoon, aantal personeelsleden, aantal betrokken verzekerden die zorg (zouden kunnen) verkrijgen bij betreffende zorgaanbieder;
4. de vorm(en) van cruciale zorg waarop de melding betrekking heeft;
5. de mate waarin de betreffende zorg niet kan worden gecontinueerd (aantal verzekerden in behandeling of die mogelijk in behandeling komen/prestaties ofwel specialismen/betrokken omzet);
6. de datum per wanneer deze zorg niet meer kan worden gecontinueerd;
7. reden waarom de onder 2. genoemde zorgaanbieder(s) deze vorm(en) van cruciale zorg niet meer kan (kunnen) verlenen;
8. de alternatieven die door de verzekeraar zijn onderzocht en wat concreet is ondernomen om aan de zorgplicht te voldoen;
 - a. de inspanningen die zijn verricht om de betreffende vorm(en) van zorg bij andere zorgaanbieders in te kopen;
 - b. de mogelijkheden die door de verzekeraar zijn onderzocht om zelf in de zorg te voorzien (participeren, investeren, zelf verlenen of andere vormen van verticale integratie).
9. waarom (onderzochte) alternatieven op korte of middellange termijn niet mogelijk zijn gebleken.

4.3 Als bepaalde informatie bij het verzoek ontbreekt, stelt de NZa de verzekeraar in de gelegenheid de aanvraag aan te vullen. De NZa neemt een aanvraag niet in behandeling als deze incompleet is. De NZa kan aanvullende informatie opvragen bij de verzekeraar.

5. Toets NZa

5.1 De NZa toetst of de verzekeraar alle benodigde informatie conform artikel 4 van deze beleidsregel heeft aangeleverd. De NZa kan aanvullende vragen stellen en/of gegevens opvragen.

5.2 De NZa toetst op basis van de door de verzekeraar verstrekte informatie en gegevens of er daadwerkelijk sprake is van een situatie van overmacht. De NZa toetst de melding inhoudelijk op de volgende onderdelen:

Kenmerk
TH/BR-017
Pagina
4 van 12

- A. Concrete behoefte aan continuïteit van de cruciale zorg.
- B. Bewijs discontinuïteit van de betreffende cruciale zorg.
- C. Onderzoek en actie met betrekking tot alle mogelijke alternatieven.

Ad A:

Indien de melding geen betrekking heeft op cruciale zorg zoals omschreven in deze beleidsregel, neemt de NZa de melding niet in behandeling. De verzekeraar toont aan welke in het kader van de zorgplicht van cruciale zorg gestelde normen hij niet langer kan garanderen bij het wegvallen van aanbod van cruciale zorg, in welke mate en op welke termijn.

Ad B:

De verzekeraar verklaart schriftelijk wat de reden is dat de cruciale zorg niet meer geleverd kan worden, welke zorgaanbieder(s) het betreft en per wanneer dit (waarschijnlijk) zal gebeuren. De verzekeraar toont afdoende aan dat de zorgaanbieder(s) die de cruciale zorg verleent (verlenen) daartoe op (op termijn) niet langer in voldoende mate in staat is (zijn).

Ad C:

De verzekeraar toont aan dat hij al het mogelijke heeft gedaan om de levering van cruciale zorg aan zijn verzekerden te organiseren, door deze zorg bij andere zorgaanbieders in te kopen of deze zelf te verlenen (of andere vormen van verticale integratie), en dat hij desondanks hiertoe niet in staat is.

6. Informeren VWS en verzekeraar

De NZa informeert het ministerie van VWS en de betrokken verzekeraar over de ontvangst van een melding en over de resultaten van de beoordeling van deze melding:

6.1. *Er is geen sprake van overmacht*

De NZa komt tot het oordeel dat geen sprake is van overmacht. De verzekeraar moet (alsnog) zelf de continuïteit van de cruciale zorg waarborgen. Als de verzekeraar niet voldoet aan de zorgplicht dan kan de NZa haar handhavingsinstrumenten inzetten. Bij de Zvw kan de NZa de verzekeraar bovendien in een uiterst geval verplichten een zorgverzekering van de markt te halen.

6.2. *Er is sprake van overmacht*

De NZa komt tot het oordeel dat sprake is van overmacht. De minister van VWS kan op basis van dit oordeel besluiten om een tijdelijke vangnetstichting op te richten om de cruciale zorg te continueren. In dat geval kan deze vangnetstichting bij de NZa een beroep doen op een beschikbaarheidsbijdrage. Dat verzoek wordt beoordeeld aan de hand van de NZa beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg.³ De NZa en betrokken verzekeraar(s) worden door VWS geïnformeerd over het vervolgtraject.

³ Beleidsregel AL/BR-0013 beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg

7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015 en vervangt daarmee beleidsregel TH/BR 011 'Overmacht continuïteit van cruciale zorg'.

Als de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2014 dan treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2015.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg'.

Toelichting

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
6 van 12

Algemeen

Per 1 januari 2013 is het steunbeleid van de NZa vervangen door beleid ter borging van de continuïteit van cruciale zorg. Dit beleid grijpt direct aan op de zorgplicht van verzekeraars jegens hun verzekerden. De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg, en dus ook voor cruciale zorg, ligt immers in het Nederlandse zorgstelsel bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Uitsluitend ten aanzien van de continuïteit van afgebakende vormen van cruciale zorg heeft de overheid in dit kader een bijzondere verantwoordelijkheid. De reden hiervoor is, is dat dit zorg is waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijkse functioneren. Het gaat concreet om ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang geestelijke gezondheidszorg en Wlz. De bijzondere verantwoordelijkheid van de overheid houdt in dat indien de verzekeraar ondanks alle inspanningen niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, de overheid tijdelijk zorg zal dragen voor een vangnetstichting om te voorzien in het aanbod van cruciale zorg. Dit is een ultimum remedium.

Verantwoordelijkheid verzekeraars

Verzekeraars zijn op grond van de wettelijke zorgplicht verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg voor hun verzekerden. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aanzet om naar alternatieven te zoeken. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. In bepaalde omstandigheden kan het zijn dat dit niet meer van de verzekeraar kan worden verwacht. De verzekeraar doet dan een melding van overmacht in de nakoming van de zorgplicht bij de NZa. De meldplicht is geregeld in de regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (met kenmerk TH/NR-002).

Een melding van overmacht is een ernstige en tevens uitzonderlijke situatie. Een verzekeraar geeft in dat geval aan - ondanks maximale inspanning - niet in staat te zijn om cruciale zorg te organiseren voor zijn verzekerden en vraagt de overheid om in te springen om de continuïteit van de cruciale zorg te borgen. In deze beleidsregel geeft de NZa aan op welke wijze een melding kan worden gedaan en hoe deze wordt getoetst.

Acties verzekeraars

Indien op afzienbare termijn sprake is van ernstige problemen met betrekking tot de continuïteit van cruciale zorg, onderneemt de verzekeraar de volgende acties:

- onderzoeken van alle mogelijkheden tot (tijdelijk) overdragen, overnemen of voortzetten van de betreffende zorg en naar aanleiding hiervan actie ondernemen;
- indien dit niet mogelijk blijkt en de zorg is cruciaal: melding doen bij de NZa van overmacht, conform de in deze beleidsregel, en de nadere regel meldplicht, genoemde voorwaarden.

Gevolgen melding overmacht

Als de NZa vaststelt dat sprake is van een situatie van overmacht in de zin van deze beleidsregel, dan kan het ministerie van VWS besluiten om een (tijdelijke) vangnetstichting op te richten om de continuïteit van de

betreffende vorm van cruciale zorg te waarborgen. Deze vangnetstichting kan vervolgens bij de NZa onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Dat verzoek zal worden beoordeeld aan de hand van de daarvoor geldende NZa beleidsregel.⁴

Kenmerk
TH/BR-017
Pagina
7 van 12

Het oordeel van de NZa dat er in een concreet geval sprake is van overmacht in de zin van deze beleidsregel, sluit niet uit dat de NZa op grond van het toezicht op de uitvoering van de Wlz en de Zvw kan optreden indien de verzekeraar onvoldoende (preventieve) actie onderneemt om continuïteitsrisico's vroegtijdig te signaleren en te managen.⁵

Als geen sprake is van overmacht, dan moet de verzekeraar zelf (alsnog) de continuïteit van cruciale zorg waarborgen. Als de verzekeraar hierin onvoldoende verantwoordelijkheid neemt en hierdoor niet voldoet aan de zorgplicht dan kan de NZa haar handhavingsinstrumenten inzetten. Bij de Zvw kan de NZa de verzekeraar bovendien verplichten een zorgverzekering van de markt te halen.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 2: Reikwijdte

Overmacht gaat over de vraag of de verzekeraar de cruciale zorg nog kan organiseren (door deze te contracteren of zelf te leveren). Gegeven de inhoud van de zorgplicht heeft deze beleidsregel alleen betrekking op verzekeraars die zorg in natura verzekeren. Bij een naturaverzekering moet de verzekeraar er immers voor zorgen dat een verzekerde de zorg ontvangt waar hij behoefte aan en wettelijke aanspraak op heeft. Dat is een resultaatsverplichting. Bij een restitutieverzekering moet de verzekeraar de kosten van zorg vergoeden alsmede desgevraagd bemiddelen naar zorg. De bemiddelingsplicht is een inspanningsplicht die geen einde kent. Aangezien een restitutieverzekeraar niet de plicht heeft om de zorg te organiseren voor zijn verzekerden, is deze beleidsregel met betrekking tot overmacht daar niet op van toepassing.

Indien de verzekeringsprestatie voor de betreffende vorm van cruciale zorg in de zorgverzekering via het naturamodel is vormgegeven, geldt voor die betreffende zorg uit de combinatiepolis een meldplicht voor zorgverzekeraars die deze combinatiepolis aanbieden en uitvoeren.

Voor de beoordeling of de continuïteit van cruciale zorg in gevaar is, zal de NZa in voorkomende gevallen ook de vraag moeten betrekken of voor restitutieverzekerden voldoende zorg beschikbaar is. Het kan dus nodig zijn dat de NZa daar ook informatie over verzamelt.

Artikel 3: Begripsbepalingen

Overmacht

Overmacht in de zin van deze beleidsregel heeft alleen betrekking op de vraag of de verzekeraar de cruciale zorg nog kan organiseren (door deze te contracteren of zelf te leveren). Dit valt niet noodzakelijkerwijs samen met het meer omvattende begrip 'overmacht' uit het Burgerlijk Wetboek, zoals dat bij de beoordeling van schadeplichtigheid wegens het niet na (kunnen) komen van de verbintenis een rol kan spelen. De beoordeling

⁴ Beleidsregel AL/BR-0013 beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg

⁵ Zie Protocol Prestatiemeting, het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording en het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw.

van de eventuele schadeplichtigheid van een zorgverzekeraar in een betreffende casus is niet aan de NZa, maar aan een civiele rechter.

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
8 van 12

De zorgplicht Zvw

Op grond van artikel 11 van de Zvw heeft de verzekeraar een zorgplicht voor zijn verzekerden. De verzekeraar moet deze zorgplicht neerleggen in de private zorgverzekeringsovereenkomst. In die overeenkomst kan de verzekeraar bepalen dat de verzekerde recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan deze behoefte heeft (naturaverzekering) of dat de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van de zorg alsmede desgevraagde bemiddeling naar zorg (restitutieverzekering).

In de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) heeft de NZa neergelegd op welke wijze en op basis van welke door de praktijk ontwikkelde normen zij toezicht houdt op de naleving van de zorgplicht. Als een zorgaanbieder wegvalt, dan moet de verzekeraar alternatief aanbod organiseren voor zijn verzekerden met een naturaverzekering. Het bepaalde in deze beleidsregel heeft daarom, voor zover het de Zvw betreft, betrekking op prestaties die op basis van het naturamodel zijn verzekerd. Voldoet een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht dan is sprake van wanprestatie.

De zorgplicht Wlz

De zorgplicht Wlz is de wettelijke resultaatverplichting van een Wlz-uitvoerders voor zijn verzekerden, als bedoeld in artikel 4.2.1 Wlz. Wlz-uitvoerders moeten, indien de verzekerde zorg in natura zal worden verstrekt, ervoor zorgen dat de zorg waarop de verzekerde aangewezen is binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar de verzekerde wenst te gaan wonen dan wel bij hem thuis, te leveren. De Wlz-uitvoerder laat de verzekerde de keuze uit alle geschikte, gecontracteerde zorgaanbieders die deze verzekerde de zorg op redelijke termijn kunnen verlenen, of bemiddelt desgewenst de verzekerde naar geschikte, gecontracteerde zorgaanbieder. Dit betekent dat verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren in overeenstemming met aard, inhoud en omvang zoals vastgesteld in het indicatiebesluit. Dit betreft eveneens een resultaatverplichting. Als een Wlz-uitvoerder niet voorziet in (continuering van) Wlz-zorg dan voldoet hij daarmee niet aan de Wlz.

Tussen verzekerden en de Wlz-uitvoerder komt geen overeenkomst tot stand zoals dat bij de Zvw wel het geval is (de zorgverzekering). De plicht om zorg te leveren vloeit voort uit de Wlz zelf. Als een zorgaanbieder wegvalt dan moet de Wlz-uitvoerder alternatief aanbod organiseren voor zijn verzekerden. De zorg moet binnen redelijke afstand en binnen redelijke termijn van de verzekerde bereikbaar en beschikbaar zijn. De NZa zal dit in de beoordeling van een melding van overmacht betrekken en daarbij uit gaan van de normen die in het veld worden gebruikt. Zie in dit verband bijvoorbeeld de Treeknormen met betrekking tot maximaal aanvaardbare wachttijden, die ook onderdeel uitmaken van het Protocol Prestatiemeting en het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording⁶. Bij elke beoordeling zal de NZa zich op de hoogte stellen van de actuele normen die door het veld worden gehanteerd.

Cruciale zorg

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld en welke normen hierbij gelden. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg,

⁶ Beschikbaar via www.nza.nl.

spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. De aanmerking van zorg als cruciale zorg heeft implicaties voor de verantwoordelijkheid van de overheid voor deze zorg. Als een verzekeraar door overmacht niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen en de levering van cruciale zorg in het geding is, neemt de overheid de verantwoordelijkheid om deze zorg beschikbaar te houden, bijvoorbeeld door een tijdelijke vangnetstichting op te richten. Dit is te beschouwen als een uiterst redmiddel nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft beproefd en deze niet mogelijk zijn gebleken.

Kenmerk
TH/BR-017
Pagina
9 van 12

Artikel 4 Melding overmacht

Als een verzekeraar binnen afzienbare termijn niet meer kan voldoen aan zijn zorgplicht voor de levering van cruciale zorg, dan moet hij dit op de in deze beleidsregel beschreven wijze melden bij de NZa. De melding is een beroep op overmacht. De meldplicht is geregeld in de regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (met kenmerk TH/NR-002).

Een melding van overmacht dient *tijdig* te worden gedaan. Dat wil zeggen *zodra* voor de verzekeraar duidelijk is dat cruciale zorg op afzienbare termijn niet geborgd is en hij zelf niets meer kan doen om de continuïteit te borgen, dus *nadat* hij alle mogelijke opties in kaart heeft gebracht en geprobeerd en deze onmogelijk zijn gebleken, of voldoende en expliciet aannemelijk is geworden dat deze niet tot de continuering van cruciale zorg zullen kunnen leiden. Daarbij dient de verzekeraar proactief en voortvarend te handelen, zodat er vervolgens voldoende tijd resteert om de melding te beoordelen en zo nodig een vangnetstichting op te richten om de cruciale zorg te continueren.

Artikel 4.2

- Verzekeraar(s): als sprake is van meerdere verzekeraars die behoren tot één concern, kan een gezamenlijke melding worden gedaan. Daarbij is van belang dat de gegevens herleidbaar zijn tot elke verzekeraar afzonderlijk.
- Aantal verzekerden/prestaties: de omvang van de zorg die – in relatie tot de geldende normen – niet meer voldoende kan worden geleverd in (nabije) toekomst. Om hoeveel verzekerden/prestaties gaat het? Welke normen zijn in het geding?
- Reden waarom de zorgaanbieder de cruciale zorg niet meer kan leveren: duidelijk aangeven en onderbouwen per wanneer de zorg niet meer geleverd kan worden en om welke reden. Als onderbouwing kunnen bijvoorbeeld gegevens overlegd worden die inzicht geven in de financiële situatie en/of de kwaliteit van de geleverde zorg. Indien meer gedetailleerde informatie nodig is, dan zal de NZa deze bij de verzekeraar opvragen.
- Onderzochte alternatieven: welke mogelijkheden zijn onderzocht om de betreffende vorm(en) van zorg bij andere zorgaanbieders in te kopen of om zelf in de zorg te voorzien (participeren, investeren, zelf verlenen of andere vormen van verticale integratie) en wat was hiervan de uitkomst? De verzekeraar dient concreet aan te geven wat hiertoe is ondernomen, welke zorgaanbieders op welk moment zijn benaderd en de reden waarom de onderzochte alternatieven niet tot een oplossing leiden. Uiteraard dient de verzekeraar op zorgvuldige en prudente wijze contact te leggen met andere zorgaanbieders om nadelige gevolgen voor de eerste zorgaanbieder te voorkomen.

Artikel 5 Toets NZa

De NZa beoordeelt de melding op grond van de in artikel 5 genoemde punten.

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
10 van 12

A. Concrete behoefte aan continuïteit van de cruciale zorg

In de eerste plaats moet er in het concrete geval behoefte bestaan aan de continuïteit van de betreffende cruciale zorg. Het gaat hierbij niet om de continuïteit van (de rechtspersoon van) een zorgaanbieder, maar om de specifieke zorg die hij levert. De verzekeraar toont aan welke in het kader van de zorgplicht van cruciale zorg gestelde normen hij niet langer kan garanderen voor zijn verzekerden bij het wegvallen van aanbod van cruciale zorg. De zorgverzekeraar geeft aan welke vormen van cruciale zorg het betreft, welke normen niet langer gehaald kunnen worden en in welke mate en op welke termijn. Hierbij geeft de zorgverzekeraar een overzicht van de omvang van de benodigde zorg (aard, hoeveelheid, duur, afstand, totale capaciteit etc).

Normen

Het aspect toegankelijkheid van zorg speelt een rol bij de beoordeling van een melding van overmacht. Het gaat daarbij onder meer om normen op het gebied van tijdigheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. Voor zover er op dit vlak wettelijke normen gelden, dan wel normen gelden als stand der wetenschap en praktijk die daarmee onderdeel zijn van de aanspraak, moeten verzekeraars deze naleven. De NZa betreft deze normen daarom in de toetsing van het beroep op overmacht. Het zelfde geldt als dergelijke normen moeten worden nageleefd in verband met de wettelijk vereiste minimumkwaliteit van zorg. De NZa zal in een voorkomend geval zo nodig een advies vragen van het Zorginstituut Nederland en/of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en deze adviezen betrekken in haar beoordeling.

Voor de in dit kader relevante algemene en specifieke normen wordt verwezen naar:

- de beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)'
- het 'Protocol prestatiemeting' (met jaarlijkse update)
- het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel A, onder 2, sub a tot en met e, van de bijlage bij dat besluit.

Sociale Context

In de Wlz-zorg is ook de sociale context van de cliënt die in zorg verblijft of zorg ontvangt, van belang. Zorgkantoren moeten er tijdig voor zorgen dat hun verzekerden Wlz-zorg (blijven) krijgen die aansluit bij die sociale context. Dit betekent onder meer dat zorg zoveel mogelijk moet aansluiten bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënten en hun leefomgeving.⁷ Het bij je partner kunnen blijven wonen, en de geografische ligging van het zorgaanbod zijn andere factoren die in dit kader een rol kunnen spelen. Het is aan de zorgaanbieder en cliënten gezamenlijk om hier invulling aan te geven (zorgplan). In geval van het wegvallen van zorgaanbod dient het zorgkantoor deze afspraken zoveel mogelijk te betrekken bij het vinden van nieuw of alternatief aanbod. De sociale context is randvoorwaardelijk bij de zorglevering en op zichzelf als zodanig niet voldoende grond voor overmacht.

B. Bewijs dat de betreffende cruciale zorg niet langer geleverd kan worden

Zoals in artikel 4 van deze beleidsregel gesteld, verklaart de zorgverzekeraar schriftelijk wat de reden is dat de cruciale zorg niet meer geleverd kan worden, welke zorgaanbieder(s) het betreft en per

⁷ Conform artikel 3 van de Kwaliteitswet Instellingen.

wanneer dit (waarschijnlijk) zal gebeuren. Is het wegvallen van het aanbod onafwendbaar of zijn er nog mogelijkheden om de situatie op te lossen?

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
11 van 12

C. Onderzoek mogelijke alternatieven

Alle mogelijke alternatieven om aan de zorgplicht te voldoen, zijn door de verzekeraar onderzocht en hierop is concreet actie ondernomen. De zorgverzekeraar brengt aan de hand van een marktanalyse in kaart welke aanbieders de zorg kunnen leveren binnen de geldende normen. Alle mogelijk geschikte alternatieve zorgaanbieders zijn geraadpleegd – binnen en buiten het concern waar de betreffende aanbieder eventueel onderdeel van uitmaakt(e). De verzekeraar verstrekt een schriftelijke analyse waaruit blijkt welke mogelijkheden zijn beproefd om de continuïteit van de zorg te borgen, welke inspanningen de verzekeraar heeft gepleegd en wat hiervan het resultaat is. Dit overzicht betreft in ieder geval een verslag waaruit blijkt welke zorgaanbieders de verzekeraar aantoonbaar heeft benaderd om de betreffende zorg over te nemen en de reactie van de benaderde zorgaanbieders. Tevens bevat dit een overzicht van de benaderde andere zorgverzekeraars en de besproken oplossingsrichtingen, alsmede de redenen waarom deze geen doorgang vinden. De verzekeraar moet bovendien de mogelijkheden hebben onderzocht en beproefd om de zorg te leveren door deze zelf te verlenen dan wel een aanbieder op te richten of erin te investeren (verticale integratie), en hij moet aantonen dat dit niet mogelijk is gebleken of aantoonbaar onmogelijk zal zijn.

Artikel 6: informeren VWS en verzekeraar

Als de NZa de melding volledig heeft ontvangen, zal zij de situatie onderzoeken en de verzekeraar zo snel mogelijk een reactie geven. Deze reactie kan bestaan uit:

- een bericht van de NZa aan de verzekeraar dat er sprake is van overmacht;
- een bericht van de NZa aan de verzekeraar dat er geen sprake is van overmacht.

In het laatste geval onderzoekt de NZa of sprake is van schending van de zorgplicht. De NZa zal de verzekeraar over de uitkomst van die beoordeling schriftelijk informeren. Als wel sprake is van schending van de zorgplicht dan kan de NZa haar handhavingsinstrumenten inzetten.

De NZa zal het ministerie van VWS informeren over de ontvangst van een melding van overmacht en over de uitkomst van haar beoordeling. Indien sprake is van overmacht, kan de minister besluiten om een tijdelijke vangnetstichting op te richten voor het continueren van cruciale zorg.

Meer informatie over het aanvragen van een beschikbaarheidsbijdrage (in geval van een vangnetstichting in oprichting) is te vinden op www.nza.nl. De beschikbaarheidsbijdrage dient ter dekking van de incidentele kosten die niet uit de reguliere tarieven kunnen worden betaald en die specifiek te maken hebben met het tijdelijk overnemen van zorgactiviteiten van een failliete zorgaanbieder.

Tot slot, indien een melding uiteindelijk niet tot een beoordeling van de NZa leidt, bijvoorbeeld omdat deze bijvoorbeeld incompleet blijft of is ingetrokken, zal de NZa de verzekeraar en het ministerie van VWS hiervan op de hoogte stellen.

Kenmerk
TH/BR-017

Pagina
12 van **12**