

Bijlage Openbare Consultatieronde

Nederlandse Zorgautoriteit

Van: Nederlandse Zorgautoriteit
Datum: mei 2015
Onderwerp: Verwerking reacties openbare consultatieronde inzake
"Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars
en ziekenhuizen"

Kenmerk
125452/177681

Bijgaand treft u de NZa monitor "Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen" aan.

In dit document geven wij een inventarisatie van mogelijke gevolgen bij faillissementen van aanbieders van medisch specialistische zorg en zorgverzekeraars. De inventarisatie is tot stand gekomen aan de hand van eigen analyses en interviews met veldpartijen.

Wij hebben onze bevindingen voorgelegd in een openbare consultatieronde, waarbij we de volgende vragen aan de orde stelden:

- Deelt u de conclusies uit de conceptrapportage?
- Bij welke vormen van zorg of in welke geografische gebieden spelen volgens u eventuele problemen met de toegankelijkheid bij een faillissement?
- Zo ja, welke mogelijke oplossingen ziet u voor de hierboven genoemde aandachtspunten?

Hieronder vindt u een weergave van de reacties en de reactie van de NZa daarop. In veel gevallen verwijzen wij naar de beleidsbrief. Dit document geeft onze opvattingen over de uitkomsten van het onderzoek weer.

De reacties hieronder zijn bewerkt door ons. De integrale, originele reacties op het consultatiedocument zijn opvraagbaar bij de NZa, via info@nza.nl.

1. Reacties (geordend op datum van binnenkomst)**Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
22 februari 2015**

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
<p>Bij de risico's voor zorgaanbieders in het huidige stelsel wordt de financiering van OHW, alsmede de druk op de tarieven en de afnemende productie als gevolg van substitutie. Wat naar onze mening ontbreekt is de inherente onzekerheid als gevolg van de tegenstrijdige inrichting van de "markt" voor medisch specialistische zorg. Waar enerzijds concurrentie wordt nagestreefd, wordt er anderzijds een grens aan succes gesteld in de vorm van een macrokader met het daaraan gekoppelde mbi. De werking van het mbi kan grote gevolgen hebben voor de continuïteit in de sector. De dreiging van een terugbetalingsverplichting in de omvang zoals die zich in het verleden heeft voorgedaan en thans, met betrekking tot de jaren 2012 en 2013 door VWS wordt voorzien, kan grote gevolgen hebben voor de positie en de continuïteit van zorgaanbieders. Gebleken is dat onzekerheid ten aanzien van de omzet, zoals vorig jaar als gevolg van het zelfonderzoek en de afwikkeling daarvan, leidt tot het niet afgeven van goedkeurende verklaringen door accountants en in het verlengde daarvan tot een terughoudendheid bij financiering door banken. Het opleggen van een korting van een omvang die vergelijkbaar is, of groter dan het bedrijfsresultaat van de zorgaanbieders, zal de financiering van de zorgaanbieders nog (veel) verder onder druk zetten. Dit kan uitgroeien tot een serieuze bedreiging van de continuïteit van zorgaanbieders.</p> <p>Deze problematiek wordt versterkt door de grote onzekerheid ten aanzien van tarieven en zorgproducten door de snelle ontwikkeling en wijziging van de door de Nza vastgestelde maximumtarieven en de productstructuur. Die wijzigingen leiden tot discontinue informatie omtrent productie en daarmee tot een beperkte stuurbaarheid van de zorgproductie. Dit vormt een extra risico voor de continuïteit van zorgaanbieders.</p>	<p>De NZa neemt het punt met betrekking tot de gevolgen van het macrobeheersinstrument en de daaruit volgende dreiging van een terugbetalingsverplichting mee in haar verkenning.</p> <p>In de verkenning wordt reeds opgemerkt dat zorgaanbieders aangeven dat risico's ontstaan door de toegenomen druk op tarieven. De NZa erkent dat door wijzigingen onzekerheid kan ontstaan en heeft dit punt daarom opgenomen in haar verkenning.</p>

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>In de rapportage wordt veel aandacht gegeven aan de mate van concentratie van zorg en de invloed die de concentratie heeft op de extra reistijd van patiënten bij een eventueel faillissement van een zorgaanbieder. Hoewel in het rapport meerdere malen wordt gewezen op de mogelijk grotere specialisatie bij deelgebieden, ("superspecialisatie") is hier sprake van een onderschatting. In het kader van de transparantie hebben de umc's de zorg en de patiënten aan de hand van een aantal selectiecriteria in kaart gebracht en de mate van onderscheid met algemene ziekenhuizen bepaald. Over deze analyses (het project ROBIJN) zijn wij in overleg met de Nza. Het blijkt dat 40% van de patiënten in umc's uniek is, en dus niet wordt gezien in algemene ziekenhuizen. Daarbij gaat het steeds om herkenbare deelpopulaties (zoals patiënten jonger dan 50 jaar, met een hoge multimorbiditeit). Deze deelpopulaties komen in de analyse van de Nza onvoldoende tot uitdrukking. De effecten van het wegvallen van zorg op een locatie zijn voor deze deelpopulaties veel groter dan uit de gemiddelden in de rapportage blijkt.</p>	<p>De NZa erkent in haar verkenning dat in de analyses deelpopulaties niet goed herkenbaar zijn. Ter verduidelijking heeft de NZa nu ook toegevoegd dat zorg voor bepaalde groepen patiënten uit een UMC niet door perifere ziekenhuizen kan worden overgenomen. Verder zijn wij voornemens om nader te kijken naar eventuele deelpopulaties. Dit is ook benoemd in de beleidsbrief.</p>	125452/177681
<p>In de komende tijd zal een deel van de complexe zorg, in eerste instantie met name de oncologische zorg, in netwerken worden georganiseerd. De netwerkbenadering vormt, in het kader van deze rapportage, een bescherming tegen het wegvallen van noodzakelijke, complexe zorg. Tegelijkertijd vraagt het om intensieve samenwerking. Het is niet uitgesloten dat bij deze samenwerking een spanning met de principes van de vrije markt kan ontstaan. Uit het oogpunt van kwaliteitsborging, zorgontwikkeling én continuïteit is de netwerkvorming echter belangrijk. Niet voor niets wordt deze ontwikkeling opgepakt door de zorgaanbieders en van harte ondersteund door patiëntenorganisaties en verzekeraars. Netwerkvorming zou kunnen leiden tot een ander oordeel met betrekking tot de risico's van een faillissement van een zorgaanbieder. In dit licht lijkt het verstandig de analyse van de Nza over enkele jaren te herhalen.</p>	<p>De NZa onderschrijft dat het in de verkenning gaat om de huidige stand van zaken en dat deze kan veranderen ten gevolge van veranderingen in het zorglandschap. In haar verkenning geeft de NZa dit ook aan. Wij zullen dit onderzoek over drie jaar, of eerder als daartoe aanleiding is, herhalen.</p>	Pagina 3 van 24

Marc Pomp Economische Beleidsanalyse
23 februari 2015

Kenmerk
125452/177681

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
<i>1. Algemeen</i>	
<p>Allereerst: een algemene opmerking over het kwalitatieve karakter van de analyse in het CD1. Het CD bevat geen kwantificering van de kans op verschillende soorten faillissementen. Dit is, vanwege de vele onzekerheden rond faillissementsrisico's, begrijpelijk. Maar de lezer blijft wel zitten met de vraag hoe groot de faillissementsrisico's nu eigenlijk zijn. En met de vraag hoe deze kansen verschillen tussen typen verzekeraars/aanbieders (groot/klein, ruraal/urbaan). Dergelijke informatie is van belang voor het beoordelen van de noodzaak van preventief beleid, Als enerzijds de kans dat een groot ziekenhuis in de periferie failliet gaat, groter is dan een paar procent per jaar, dan kan dit een serieus risico zijn (tenzij een snelle doorstart wordt gemaakt, zie hierna). Als anderzijds de kans dat een kleiner ziekenhuis in de randstad failliet gaat 50% of meer per jaar is, dan hoeven we ons nog steeds geen zorgen te maken over gevolgen voor toegankelijkheid. Kortom, meer differentiatie van faillissementsrisico's naar omvang, regio en beschikbaarheid van alternatief aanbod is wenselijk.</p>	<p>De NZa heeft bij het schrijven van deze verkenning geconcludeerd dat het kwantificeren van faillissement risico's onmogelijk is. Wel brengen we in kaart wat het effect is van het omvallen van marktpartijen. Het gaat om een eerste analyse. Waar mogelijk zullen we in de toekomst de risico's beter kwantificeren, met als voorbehoud dat het niet zeker is of dit kan.</p>
<p>Er worden wel zaken gekwantificeerd in het CD, maar die hebben betrekking op de gevolgen van een eventueel faillissement voor patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Hierbij ligt het accent bij het in kaart brengen van regionale marktaandeelen. De vraag is of dit veel zegt (zie hierna). Belangrijker is wat er na een eventueel faillissement gebeurt met de zorgprofessionals, gebouwen en infrastructuur van de gefailleerde instelling. Als die min of meer gewoon in bedrijf blijven, ontstaan geen problemen qua toegankelijkheid voor de patiënt. Een nadere analyse van deze doorstartoptie is wenselijk om de gevolgen van faillissementen goed te kunnen beoordelen.</p>	<p>De NZa erkent dat een doorstart na een faillissement tot de mogelijkheden behoort. De mogelijkheid tot doorstart en de gevolgen daarvan worden in de definitieve versie van de verkenning besproken. Het is echter lastig om te onderzoeken of een doorstart in een specifieke situatie tot de mogelijkheden behoort omdat dit afhangt van de bereidwilligheid en mogelijkheden van (lokale) marktpartijen. Daarom kijkt de NZa in haar verkenning naar de situatie die de grootste gevolgen heeft; dat wil zeggen naar het effect van het wegvallen van een marktpartij in zijn geheel.</p>

Pagina
4 van 24

¹ Consultatiedocument Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen (hierna: CD)

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<i>2. Deelt u de conclusies uit de rapportage? De kans op faillissement</i>		125452/177681
De kans op faillissement is bij verzekeraars volgens het CD klein, bij grote zorgverzekeraars zelfs zeer klein. Deze conclusie is o.a. gebaseerd op gemiddelde solvabiliteit; je zou ook de solvabiliteit van de minst solvabele verzekeraars willen zien.	Deze suggestie hebben we verwerkt in de definitieve versie van het document.	Pagina 5 van 24
De kans op faillissementen wordt bij zorgaanbieders, met name ziekenhuizen, groter geacht. Op deze conclusie is weinig af te dingen, maar 'groter dan bij verzekeraars' zegt ook niet zoveel zonder enige nadere kwantificering van de kans op faillissementen.	De NZa heeft bij het schrijven van deze verkenning moeten concluderen dat het kwantificeren van faillissementrisico's lastig danwel onmogelijk is. De verkenning betreft een eerste analyse.	
<i>2. Deelt u de conclusies uit de rapportage? De consequenties van een faillissement</i>		
Het CD stelt dat een flink aantal verzekerden maandenlang onverzekerd kan blijven rondlopen na een faillissement van een grote verzekeraar. De vraag is hoe realistisch dit scenario is. Een faillissement van een grote zorgverzekeraar zien toezichthouders lang van tevoren aankomen (o.a. aan de hand van solvabiliteit). De NZa kan dus al in een vroeg stadium actie ondernemen, bijvoorbeeld door afspraken te maken over de overname van verzekerden door andere verzekeraars voor het geval het echt misgaat.	De NZa onderschrijft dat er slechts een klein risico bestaat op het omvallen van een (grote) verzekeraar. Echter, mocht een verzekeraar toch omvallen dan schat de NZa in dat het waarschijnlijk is dat een klein deel van de verzekerden tijdelijk onverzekerd zal zijn. Het zal in absolute zin wél gaan om grote aantallen. Dit beschouwt de NZa als een onwenselijke situatie. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat de NZa geen rol in het financiële toezicht van zorgverzekeraars heeft. De Nederlandsche Bank heeft dit wel en kan daarom vroegtijdig problemen signaleren.	
Het CD geeft aan dat ziekenhuizen in liquiditeitsproblemen kunnen komen na een faillissement van een verzekeraar. Het is onduidelijk in hoeverre dit echt een substantieel probleem is. Om dat te kunnen beoordelen is een kwantitatieve analyse van het potentiële liquiditeitsprobleem na een faillissement nodig.	In de marktscan Medisch Specialistische Zorg (2015; deel B) zullen de liquiditeitsposities van zorgaanbieders in kaart worden gebracht. Daar wordt ook aandacht besteed aan eventuele liquiditeitsproblemen. In deze verkenning wordt slechts opgemerkt dat het faillissement van een verzekeraar een risico kan vormen voor de liquiditeit van een zorgaanbieder. Overigens is het met de bestaande toezichtinstrumenten moeilijk om een goed beeld te krijgen van de liquiditeit van zorgaanbieders. Hiervoor wordt vaak de jaarrekening gebruikt, maar dit is slechts een momentopname. We zien de liquiditeit van zorgaanbieders wel als aandachtspunt voor het beleid.	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>Het CD stelt dat "de meeste (basis)zorg meestal door andere instellingen kan worden opgevangen." Deze conclusie is echter uitsluitend gebaseerd op reistijden, niet op de beschikbare capaciteit in de regio. Die kan tekort gaan schieten als een groot ziekenhuis failliet gaat – dat staat ook in het CD. Daarom is ook bij basiszorg de vraag relevant wat er gebeurt met de infrastructuur van het failliete ziekenhuis – worden de activiteit waarvoor geen alternatieve capaciteit beschikbaar is gecontinueerd op de 'failliete locatie'? Dit zal o.a. afhangen van het beleid van de curator.</p>	<p>De NZa concludeert dat de meeste (basis)zorg door andere instellingen kan worden opgevangen op basis van de reistijden én de informatie uit interviews. Uiteraard bestaat de mogelijkheid dat in een specifieke situatie de (basis)zorg niet door de andere instellingen kan worden opgevangen, maar uit de interviews blijkt dat de zorgaanbieders zich hier over het algemeen geen zorgen over maken. Voor het aanbod van hoog-complexe zorg en/ of topreferente zorg na faillissement van een marktpartij ligt dit anders. Een eventuele doorstart kan de continuïteit van deze zorg mogelijk maken. Er is echter geen beleid dat dit afdwingt. Een eventuele doorstart is dan ook afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de curator en de betreffende marktpartij.</p>	125452/177681
<p>Het CD stelt: "Een knelpunt, dat vooral uit de interviews naar voren komt zit mogelijk wel bij de (hoog)-complexe zorg." Hierover merkt het CD op: "Een deel van de infrastructuur is bovendien locatiegebonden waardoor continuïteit alleen kan worden gerealiseerd door overname van de activa. Dit vergt in geval van faillissement de medewerking van de curator, die echter primair de belangen van de schuldeiser(s) moet behartigen."</p> <p>Is het niet aannemelijk dat het ook in het belang is van de curator/schuldeisers is om te zorgen voor een doorstart? Kortom, een nadere uitwerking van deze doorstartoptie is nodig om de gevolgen van een faillissement van een zorgaanbieder voor de patiënt goed te kunnen beoordelen. NB: de zorgverzekeraar zal hier, gelet op zijn zorgplicht, graag aan meewerken indien het faillissement er anders toe leidt dat hij niet langer aan zijn zorgplicht kan voldoen.</p>	<p>De NZa erkent dat een doorstart de mogelijkheid creëert het aanbod van hoog-complexe zorg te continueren na faillissement van een aanbieder. Het is een goede aanvulling dat dit een relatief waarschijnlijke situatie is, omdat dit vaak in het belang is van de curator/schuldeisers en de continuïteit van zorg.</p> <p>Echter, zoals eerder aangegeven, is het lastig om te onderzoeken of een doorstart in een specifieke situatie tot de mogelijkheden behoort omdat dit afhangt van de bereidwilligheid en mogelijkheden van (lokale) marktpartijen. Daarom kijkt de NZa in haar verkenning naar de meest extreme situatie die de grootste effecten tot gevolg heeft; dat wil zeggen naar het effect van het wegvallen van een marktpartij. De NZa concludeert na deze analyse dat het wegvallen van een marktpartij vooral risico's met zich meebrengt op de markt voor (hoog-)complexe zorg.</p>	Pagina 6 van 24
<p><i>3. Bij welke vormen van zorg of in welke geografische gebieden spelen eventuele problemen met de toegankelijkheid bij een faillissement?</i></p>		
<p>Zonder nadere analyse valt deze vraag niet goed beantwoorden. Zoals al opgemerkt zal dit afhangen van: 1. de aard van de aanbieder (groot/klein, locatie, specialisatie) en 2. de kans op een doorstart.</p>	<p>De NZa heeft in haar verkenning toegevoegd dat de aard van de aanbieder en de kans op een doorstart invloed heeft op de eventuele problemen met de toegankelijkheid van zorg.</p>	

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk
4. Welke mogelijke oplossingen ziet u voor de hierboven genoemde aandachtspunten?		125452/177681
<p>Gelet op de kleine kans op een faillissement van een zorgverzekeraar, gekoppeld aan de beperkte consequenties van een dergelijk faillissement, lijkt het niet nodig hier additioneel beleid voor te ontwikkelen. Het bestaande toezicht op zorgverzekeraars geeft beleidsmakers voldoende vroege signalen in geval van een dreigend faillissement.</p> <p>De kans op faillissementen van zorgaanbieders is groter, en de consequenties (verminderde toegankelijkheid) zijn mogelijk ernstiger. Toch is het niet evident dat dit vraagt om additioneel beleid. Hiervoor zijn verschillende redenen. Allereerst zou 'faillissementspreventie' de disciplinerende werking van (dreigende) faillissementen verminderen. Dit nadeel moet worden afgewogen tegen de voordelen van 'faillissementspreventie'.</p> <p>Een tweede reden is dat een eventuele verminderde toegankelijkheid niet tegen elke prijs dient te worden vermeden. Het <i>coûte que coûte</i> handhaven van de huidige - zeer goede - toegankelijkheid kan immers ten koste gaan van de publieke doelen kwaliteit en betaalbaarheid. Het kan optimaal zijn een iets minder goede toegankelijkheid te accepteren als hier lagere kosten en/of betere kwaliteit tegenover staan. Het is bijvoorbeeld volstrekt begrijpelijk dat er geen ziekenhuis op Texel. De kleine schaal van een dergelijk ziekenhuis zou leiden tot hoge kosten en lage kwaliteit. Als er meer 'Texels' gaan ontstaan in perifere regio's omdat dit leidt tot betere betaalbaarheid en kwaliteit, dan is het niet evident dat er een probleem is dat om overheidsbeleid vraagt. (Hoe een dergelijk scenario zich verhoudt tot een stelsel gebaseerd op concurrentie tussen aanbieders is een andere vraag die ik hier verder buiten beschouwing laat.) (Er zijn ook faillissementen die niet leiden tot betere scores op andere publieke doelen. Denk aan faillissementen als gevolg van mismanagement. Ook bij dit soort faillissementen is cruciaal of de doorstartoptie realistisch de zorgverzekeraar(s) zal in dat soort gevallen graag meewerken aan een</p>	<p>De NZa onderschrijft dat actieve inmenging in (lokale) markten om faillissementen te voorkomen niet gewenst is. Wel bestaat er volgens de NZa behoefte aan een beter inzicht in de risico's en gevolgen van faillissementen in de zorg. Deze verkenning is een eerste aanzet daartoe. Op basis van een inschatting van de risico's zijn politieke afwegingen in het beleid over de balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid beter mogelijk. In de dagelijkse praktijk zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het realiseren van optimale (balans tussen) betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.</p>	Pagina 7 van 24

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
doorstart.)		125452/177681
<p>Dit roept de vraag op wie de afweging tussen de verschillende publieke doelen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) moet maken. Is dit de overheid of de zorgverzekeraar? Stel dat het antwoord luidt: de zorgverzekeraar. Indien zorgverzekeraars dan menen dat afbouw van capaciteit concentratie van zorg wenselijk is met het oog op kwaliteit cq kosten, dan dient deze afweging niet verstoort te worden door beleidsingrepen. Ook niet als het gevolg is dat aanbieders failliet gaan, en ook niet als hierdoor de toegankelijkheid in bepaalde regio's achteruit gaat.</p> <p>Het is echter de vraag of de zorgverzekeraar bij deze afweging de publieke doelen op de juiste wijze zal wegen. De reden is dat de Zvw een landelijk uniforme premie kent. Hierdoor kan er een geografische discrepantie ontstaan tussen de kosten en baten van afbouw van capaciteit. De baten in de vorm van een lagere premie dankzij kostenbesparingen in regio X slaan neer bij alle premiebetalers in Nederland (uitgaande van concurrentie tussen zorgverzekeraars op de polismarkt).(De regioparameter in de risicoverevening lost dit waarschijnlijk niet op.) De inwoners van regio X betalen de prijs in de vorm van minder toegankelijkheid. De analogie met de kosten en baten van de aardgaswinning in Groningen ligt voor de hand.</p> <p>Het is denkbaar dat 'we' dit soort herverdelingseffecten – want daar komt het op neer –ongewenst vinden. Dan zou beleid nodig zijn om negatieve regionale gevolgen voor de toegankelijkheid te beperken. Dat kan op verschillende manieren, en hoeft niet per se de vorm te krijgen van het voorkomen van faillissement. Minimumeisen aan de toegankelijkheid voor alle vormen van Zvw-zorg vormen mogelijk een alternatief.</p>	<p>De NZa wil benadrukken dat het niet haar doel is om toegang of capaciteit ten koste van alles in stand te houden. Een goede balans tussen de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit is van belang.</p> <p>De verzekeraar heeft in ons stelsel een regierol toebedeeld gekregen. Zij dragen zorg voor een goede balans in de publieke belangen. Deze nuancering is nu opgenomen in de verkenning.</p> <p>Echter, het overheidsbeleid dient de belangen van consumenten, zeker waar marktpartijen niet in staat zijn om optimaal de belangen van de consumenten te behartigen.</p> <p>Met betrekking tot normen voor de bereikbaarheid geldt dat de zorgverzekeraar zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde moet aanbieden. De NZa houdt hier ook toezicht op. We overwegen om zorgplichtnormen waar nodig concreter in te vullen.</p>	Pagina 8 van 24

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk
5. Conclusies		125452/177681
De analyse in het CD is een nuttige eerste stap, maar leidt niet tot antwoorden op de vraag in welke gevallen additioneel beleid nodig is. Enige kwantificering van kansen en consequenties is daarvoor een vereiste.	De NZa heeft met haar verkenning een eerste uitspraak willen doen over de risico's op en effecten van faillissementen bij verzekeraars en zorgaanbieders. De NZa sluit niet uit dat in een eventuele volgende verkenning aanvullende analyses zullen worden gedaan. Op dit moment baseren we onze aanbevelingen op onze inschattingen op basis van de kwalitatieve informatie.	Pagina 9 van 24
Wat de consequenties betreft: een analyse van reistijden zegt hierover niet zoveel, omdat ook in een regio met veel andere aanbieders capaciteitsproblemen kunnen ontstaan als een grote aanbieder wegvalt. Daarom is een beoordeling van de 'doorstartoptie' na het faillissement van een zorgaanbieder essentieel om de consequenties van een faillissement voor de patiënt goed te kunnen beoordelen.	De NZa erkent dat een doorstart na een faillissement tot de mogelijkheden behoort. De mogelijkheid tot doorstart en de gevolgen daarvan worden nu in de verkenning besproken. Het is echter lastig om te onderzoeken of een doorstart in een specifieke situatie tot de mogelijkheden behoort omdat dit afhangt van de bereidwilligheid en mogelijkheden van (lokale) marktpartijen. Daarom kijkt de NZa in haar verkenning naar de meest extreme situatie die het grootste effect tot gevolg heeft; dat wil zeggen naar het effect van het wegvallen van een marktpartij. De reistijden zijn geen inderdaad geen perfecte indicatie van de beschikbare capaciteit, maar geven wel richting. Analyses op omzetsniveau zijn complexer, maar kunnen toegepast worden bij een (regionaal) verdiepend onderzoek. Voor deze verkenning volstaan we met de reistijden.	
Wat verder ontbreekt is een afweging van de kosten van faillissementen tegen de voordelen van (dreigende) faillissementen, in de vorm van disciplinering van zorgaanbieders en -verzekeraars en in de vorm van het terugdringen van overcapaciteit.	Er is nog weinig bekend over de disciplinerende werking van een faillissement. In de definitieve verkenning wordt nu wel aandacht besteed aan deze suggestie.	
Gerelateerd aan [vorig punt] is de vraag wie een dergelijke afweging moet maken in het geval van een dreigende faillissement van een zorgaanbieder. Kunnen we dit aan zorgverzekeraars over laten of dreigen dan te grote regionale verschillen in toegankelijkheid te ontstaan?	De verzekeraars hebben een zorgplicht; zij maken reeds keuzes binnen dit kader. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht. We overwegen om zorgplichtnormen waar nodig concreter in te vullen.	

Consumentenbond
24 februari 2015

Kenmerk
 125452/177681

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Pagina
<p>De verkenning gaat (uiteraard) uit van de huidige situatie. Toch doemt de vraag op wat de consequenties zullen zijn van een opeenstapeling van faillissementen de komende jaren. Welke gebieden worden daarbij het meest getroffen en welke consequenties zal dat voor de toegankelijkheid voor patiënten hebben? Deze vraag wordt gevoed vanuit de resultaten van BDO benchmark die recentelijk is gepubliceerd waar een wankele positie van meerdere ziekenhuizen uit naar voren komt.</p>	<p>De NZa onderschrijft dat het in de verkenning gaat om de huidige stand van zaken en dat deze kan veranderen ten gevolge van veranderingen in het zorglandschap. In haar verkenning geeft de NZa dit ook aan. De intentie bestaat om dit onderzoek met enige regelmaat te herhalen. Zie hiervoor ook de beleidsbrief.</p>	10 van 24
<p>Worden de gehanteerde analyses en de resultaten meegenomen bij toekomstige fusiebeoordelingen?</p>	<p>De Autoriteit Consument & Markt beoordeelt of een fusie mededingingsbeperkingen tot gevolg heeft. De NZa voert daarnaast op dit moment een zorgspecifieke fusietoets uit, gericht op zorgvuldige besluitvorming. Er is wettelijk dan ook geen duidelijke plaats voor toepassing van deze analyses bij fusiebeoordelingen.</p> <p>De nieuw ontwikkelde techniek voor reistijdenanalyses kan wel toegepast gaan worden bij (andere) besluiten van de NZa.</p>	
<p>Verder betreffen de bereikbaarheidsanalyses voor consumenten een gemiddelde extra reistijd. Deze gemiddelden geven een relatief beperkte extra reistijd te zien. Niet ondenkbaar is dat de reistijd in individuele gevallen aanmerkelijk meer belastend zal zijn. Aanbevelingen hoe deze problemen in individuele situaties op te lossen zijn van belang.</p>	<p>De NZa heeft reeds in haar verkenning opgenomen dat het gaat om een gemiddelde reistijd per patiëntgroep en dat individuele patiënten langer of korter zullen reizen dan dit gemiddelde. Ook de variatie in reistijden staat vermeld in het document. Onze analyse betreft een algemene analyse van het systeem; Op voorhand ingaan op individuele situaties is niet mogelijk. De zorgplicht van zorgverzekeraars houdt wel in dat iedere verzekerde toegang moet hebben tot zorg. Via die weg zijn de rechten van patiënten (in theorie) dus geborgd. De NZa houdt hier toezicht op.</p>	
<p>Daarnaast is bij faillissementen goede en tijdige informatie / communicatie naar de patiënt van belang ter voorkoming van onnodige onrust bij patiënten over wat het faillissement voor hen betekent. Ook hier zouden aanbevelingen van de NZa op gericht kunnen zijn.</p>	<p>De NZa onderkent het belang van goede en tijdige informatie/communicatie jegens patiënten en andere belanghebbenden. Het is echter moeilijk om richtlijnen op te stellen voor de communicatie bij een faillissement. Ten eerste omdat het vaak gaat om een situatie die moeilijk te voorzien is. Ten tweede is informatie geven vaak lastig, omdat het</p>	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
	niet in het belang is van een zorgvuldige afwikkeling van een faillissement. Bijvoorbeeld het vroegtijdig aankondigen van financiële problemen, kan een faillissement versnellen.	125452/177681
		Pagina 11 van 24

**Nederlandse Patiënten Consumenten Organisatie (NPCF)
26 februari 2015**

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
<p>Faillissement van een ziekenhuis of van een zorgverzekeraar heeft grote impact op mensen die het ziekenhuis beschouwen als hun ziekenhuis of voor de verzekerden van die zorgverzekeraar. De impact is nog veel groter dan in uw rapportage wordt beschreven. In de werkelijkheid zal de werking van zorgketens worden ontregeld en wordt ook het vertrouwen van mensen in de zorg geschaad. Dat is extra schadelijk voor een sector waar de vertrouwensrelatie juist belangrijk is voor het goed kunnen functioneren.</p>	<p>De NZa onderschrijft dat de gevolgen van een faillissement voor verzekerden en patiënten groot kunnen zijn. Zij heeft dit in de inleiding van de verkenning nog eens extra benadrukt. Waar nodig doen we aanbevelingen om risico's te beperken. Hierbij is het ook van belang dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen bij een faillissement het uiterste doen om patiënten te helpen. De zorgplicht van verzekeraars biedt in zekere zin waarborgen.</p>
<p>In uw rapport signaleert u dat er sprake is van een behoorlijke mate van concentratie. Ook constateert u dat er sprake is van een tendens tot toenemende concentratie van zowel medisch specialistische zorg als zorgverzekeraars. Voor Patiëntenfederatie NPCF is dat niet alleen reden om de faillissementrisico's te verkennen, maar vooral ook om tot maatregelen te komen.</p>	<p>Inmiddels is bekend dat de Minister op dit vlak maatregelen neemt. Dit is gecommuniceerd aan de Tweede Kamer via de brief "Kwaliteit loont". De minister stelt in deze brief beleid voor om het markttoezicht in de zorg te verscherpen.</p>
<i>Onverzekerd raken is onwenselijk en niet nodig</i>	
<p>In het rapport signaleert u het risico dat bij faillissement van een zorgverzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn. Of het nu grote of kleine aantallen zijn, onverzekerd zijn mag je niet overkomen. De continuïteit van zorg moet voor alle verzekerden geborgd zijn. Regel dat mensen die door faillissement van de zorgverzekeraar onverzekerd raken, per direct op restitutiebasis verzekerd zijn bij het Zorginstituut. Geef deze mensen een bepaalde periode de gelegenheid om tussentijds over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.</p>	<p>De NZa vindt het onwenselijk dat verzekerden door het wegvallen van een verzekeraar enige tijd in een situatie kunnen zitten waar zij geen verzekering hebben. Wij adviseren de minister daarom om een automatische zorgverzekering mogelijk te maken in geval een zorgverzekeraar failliet gaat. Hiermee worden de financiële risico's voor consumenten weggenomen.</p>
<i>Om de hoek staat een andere zorgaanbieder voor u klaar</i>	
<p>Bij faillissement van een ziekenhuis is in het rapport onderzocht binnen welke reistijd er een andere zorgaanbieder klaar staat. Dat zou voor patiënten met de hoogste</p>	<p>In de verkenning wordt de gemiddeld extra reistijd in kaart gebracht. Uiteraard is het mogelijk dat een individuele patiënt langer of korter reist. In</p>

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>reistijd gemiddeld niet meer dat een kleine 10 minuten extra reistijd zijn. Wij vragen ons af hoe reistijd in dit verband is bepaald. Is er rekening gehouden met het feit dat chronische gebruikers vaak ook mobiliteitsproblemen hebben? Naast het verder reizen is de extra belasting door het reizen, fysiek en in kosten, voor de patiënt ook een nadeel. De gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, denk aan opbouwen van een vertrouwensrelatie met andere zorgverlener en de risico's als gevolg van dossieroverdracht, blijven onbenoemd. De impact van faillissementen is voor patiënten en voor de samenleving veel groter dan alleen wat extra reistijd.</p>	<p>de kwantitatieve analyse kan niet gecorrigeerd worden voor mobiliteitsproblemen, maar de NZa heeft er wel voor gekozen dit ter verduidelijking te benoemen in haar verkenning.</p> <p>De overige effecten die de NPCF noemt zijn niet te kwantificeren, maar worden nu wel in de verkenning genoemd.</p>	125452/177681
<p>Voor complexe zorg die minder vaak voorkomt is de situatie bij faillissementen voor patiënten veel penibeler. Er is alleen een vangnet voor zogenaamde cruciale zorg. Het zal je maar gebeuren dat tijdens je chemokuur het ziekenhuis failliet gaat. Er ontbreekt een signaleringskader voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van complexe zorg. Wat ons betreft is het hoog tijd dat dit er komt</p>	<p>Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor continuïteit van zorg. De NZa zal hier op toezien en kan voor complexere zorgvormen bovendien regels stellen over vroegsignalering door zorgverzekeraars. Dit is verder uitgewerkt in de beleidsbrief.</p>	Pagina 12 van 24
<i>Voorkomen is beter dan vangnetten en noodverbanden</i>		
<p>Er is inmiddels helaas ervaring met faillissementen van ziekenhuizen. Afgelopen week verscheen een bericht dat één op de vijf ziekenhuizen zich in de gevarezone zou bevinden. We lezen dat bestuurders de effecten van overheidsbeleid op hun ziekenhuis onderschatten. In het voorliggende rapport worden als risicofactoren mismanagement bij ver-of nieuwbouw genoemd, terugloop van behandelingen als gevolg van substitutie en druk op de tarieven als gevolg van (selectieve) inkoop. Tegelijkertijd constateert u in het rapport dat een wettelijk financieel toezicht ter preventie van faillissementen bij ziekenhuizen ontbreekt. Wat ons betreft de hoogste tijd om hier iets aan te doen.</p>	<p>De NZa erkent dat financieel toezicht ter preventie van faillissementen ontbreekt in de medisch specialistische zorg. In de beleidsbrief gaan we verder in op het vraagstuk rond continuïteit van de complexe zorg.</p>	
<i>Tegengaan spiraalwerking verdient meer aandacht</i>		
<p>In het rapport signaleert u een toenemende tendens tot concentratie van zorg en u noemt dit een punt van zorg. Fusie wordt als middel ingezet om risico's te spreiden, terwijl de risico's van het faillissement van een fusie-organisatie groter worden. Daarnaast hebben fusies ook gevolgen voor de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen en de</p>	<p>Inmiddels is bekend dat de Minister op dit vlak maatregelen neemt. Dit is gecommuniceerd aan de Tweede Kamer via de brief "Kwaliteit loont". De minister stelt in deze brief beleid voor om het markttoezicht in de zorg te verscherpen.</p>	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
keuzemogelijkheden voor patiënten. Wat ons betreft is de fusietendens niet alleen een punt van zorg, maar een specifiek aandachtsgebied. Het huidige markttoezicht lijkt een onvoldoende instrument de om de spiraalwerking tegen te gaan. Wat ons betreft mag hier meer aandacht naar uitgaan.		125452/177681
		Pagina 13 van 24

**Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
2 maart 2015**

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
<i>Faillissement ziekenhuis</i>	
<i>Aandachtsgebied: hoog-complexe, laag-volume zorg</i>	
In uw analyse geeft u aan dat zich bij een faillissement van een ziekenhuis welke als enige in de regio hoog-complexe, laag volume zorg aanbiedt, knelpunten kunnen voordoen bij de (tijdige) toegang tot complexe zorg.	In de beleidsbrief geven wij aan welke garanties in het systeem nu al bestaan. De belangrijkste daarvan is het toezicht op de zorgplicht door de NZa. Ook zullen we de ontwikkelingen nadrukkelijk volgen.
Er bestaat, in tegenstelling tot acute zorg, in de regelgeving geen vangnet voor toegang tot complexe zorg bij faillissement van een ziekenhuis. Dergelijke regelgeving is voor complexe zorg in onze visie ook niet nodig. Wij verwachten dat bij de patiënt voor hoog-complexe zorg voldoende reisbereidheid bestaat. De verzekeraar heeft bij faillissement van een zorgaanbieder de plicht om aanvullende afspraken te maken met andere, aanpalende ziekenhuizen. Op deze wijze kan de patiënt binnen een redelijke termijn een alternatief geboden worden. Kortom, het is volgens de NVZ expliciet aan de verzekeraar om in dreigende, nijpende situaties tijdig met ziekenhuizen aanvullende afspraken te maken. Gezien de verwachte reisbereidheid van de patiënt voor dit type zorg, zijn in onze visie dan ook geen regulerende noch flankerende maatregelen nodig.	
<i>Faillissement ziekenhuis</i>	
<i>Aandachtsgebied: zorg in de periferie</i>	
In grensgebieden bestaat er weinig alternatief aanbod, waardoor bij een faillissement de toegankelijkheid van zorg in gevaar kan komen. De NZa-analyse laat zien dat reistijden in die regio's aanzienlijk kunnen toenemen. De NVZ onderschrijft uw analyse op dit punt. Patiënten worden in de periferie bij een faillissement voor electieve zorg met een behoorlijke reisafstand geconfronteerd. Het algemene beleid dat wordt	Inderdaad was het tot nu toe zo dat conform de aanwijzing van de minister van VWS, alleen een beschikbaarheidsbijdrage toegepast kan worden als er sprake was van overmacht voor de zorgverzekeraar. Daar was, zoals u ook aangeeft, veel discussie over. De minister heeft inmiddels een besluit genomen over de beschikbaarheidsbijdrage

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>voorgestaan gaat uit van "zorg dichtbij de patiënt". Echter, in tegenstelling tot de acute zorg is er voor de electieve zorg niet omschreven wat exact wordt verstaan onder het criterium "dichtbij". De verzekeraar moet vanuit zijn zorgplicht zorgdragen dat ook electieve laag-complexe zorg toegankelijk is en blijft. Zorgverzekeraars hebben op dit moment aanzienlijke vrijheidsgraden om invulling aan deze zorgplicht te geven. De NVZ vraagt zich af of de NZa kan volstaan met achteraf toetsing van deze open norm. Wij wijzen er in dit verband ook op dat de onduidelijkheid over de invulling van de zorgplicht van de verzekeraar zich niet beperkt tot de electieve niet-complexe zorg.</p> <p>Vanaf medio 2014 wordt in NZa-verband gediscussieerd over de toepassing van de NZa-beleidsregel beschikbaarheid spoedzorg en acute verloskunde. Er bestaat onduidelijkheid wie verantwoordelijkheid draagt voor de kosten van de beschikbaarheid van de spoedzorg en acute verloskunde. Drie ziekenhuizen die vermeld staan op de RIVM-lijst van gevoelige ziekenhuizen hebben vorig jaar bij de NZa een beroep gedaan op de betreffende beleidsregel.</p> <p>De NZa is echter van mening dat ook bij deze ziekenhuizen de verzekeraar vanuit zijn zorgplicht de volledige verantwoordelijkheid draagt ten aanzien van het beschikbaar houden van de spoedzorg en de acute verloskunde. Beslechting van deze discussie is zéér dringend gewenst.</p> <p>Het bovenstaande wrekt zich des te meer omdat een goed werkend systeem van beschikbaarheidsvergoedingen een absolute en noodzakelijk voorwaarde is voor het goed functioneren van prestatiebekostiging. De NVZ constateert dat dit drie jaar ná de invoering van prestatiebekostiging nog steeds niet adequaat geregeld is. Dit moet nu op korte termijn geregeld zijn!</p>	<p>voor de SEH en de acute verloskunde. De uitwerking van het beleid zal in de komende periode plaatsvinden.</p>	<p>125452/177681</p> <p>Pagina 14 van 24</p>

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk
<p><i>Faillissement verzekeraar</i> <i>Aandachtsgebied: liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij faillissement van een regionaal dominante verzekeraar</i></p>		<p>125452/177681 Pagina 15 van 24</p>
<p>De NZa schetst in het consultatiedocument een aantal mogelijke gevolgen als een zorgverzekeraar wegvalt. Eén daarvan betreft de financiering van lopende behandelingen en de mogelijke financiële problemen die daar voor ziekenhuizen uit voortvloeien.</p> <p>Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet is verondersteld dat de meeste aanbieders met meerdere verzekeraars contractafspraken zullen hebben, waardoor een faillissement van één verzekeraar beperkte gevolgen zal hebben. Dit werd toentertijd als een normaal bedrijfsrisico beschouwd. De concentratie aan de zorgverzekeraarskant leidt er echter inmiddels toe dat de gevolgen van een eventueel faillissement van een verzekeraar voor aanbieders aanzienlijk kunnen zijn. Door het kleine aantal 'grote' zorgverzekeraars heeft een faillissement direct grote gevolgen. De NVZ ziet dit als een serieus probleem. Alhoewel de kans op faillissement van een grote verzekeraar door de NZa niet groot wordt geacht, dient in de visie van de NVZ wel expliciet aandacht besteed te worden aan dit risico ter voorkoming van een "domino-effect". Immers, als ziekenhuizen vanwege een faillissement van een zorgverzekeraar niet of slechts ten dele betaald krijgen voor reeds geleverde zorg, lopen zij aanzienlijke financiële risico's. De kosten zijn dan al gemaakt, terwijl hier dan nauwelijks of geen inkomsten tegenover staan. Gelet op de geringe marges in de ziekenhuissector zal dit voor de meeste ziekenhuizen niet op te vangen zijn in de reguliere exploitatie. Om een domino-effect te voorkomen zou nader onderzocht kunnen worden of een garantiefonds hiervoor mogelijk soelaas biedt.</p> <p>Een nog beter alternatief is om de exposure van ziekenhuizen aan de voorkant verder te verminderen. Dat kan als er betere afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen tot stand komen over de financiering van het werkkapitaal. Bij een</p>	<p>In feite geeft de NVZ twee suggesties voor mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders. Ten eerste om een garantiefonds op te richten. Ten tweede om betere afspraken over werkkapitaal te faciliteren of af te dwingen. In onze beleidsbrief gaan we hier nader op in. Overigens merken wij hierbij op dat de liquiditeitsrisico's beperkter zijn als er voor wordt gezorgd dat mensen bij een faillissement niet onverzekerd raken.</p>	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>faillissement van een zorgverzekeraar kan de vooruitbetaling dan worden verrekend met de door het ziekenhuis reeds geleverde zorg. Naarmate de regeling voor de vooruitbetaling van zorg (dus voordat de factuur is verzonden) beter aansluit op de daadwerkelijk reeds geleverde zorg (dus het onderhanden werk + nog te factureren zorg), worden de negatieve gevolgen van een faillissement van een zorgverzekeraar voor ziekenhuizen navenant kleiner. Op dit moment komt dit nog niet vanzelf tot stand in de markt.</p>		125452/177681
<p><i>Faillissement verzekeraar</i> <i>Aandachtsgebied: het risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn</i></p>		
<p>In de visie van de NVZ moet er ook nagedacht worden over de bekostiging van de afronding van de reeds ingezette behandelingen van verzekerden van een failliete zorgverzekeraar.</p> <p>Is van te voren evident dat deze kosten gedragen worden door de nieuwe zorgverzekeraar waar de verzekerde voor kiest? En geldt dat voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering? Daarnaast is het de vraag hoe vlot zorgverzekeraars, die verzekerden van een failliete zorgverzekeraar overnemen, en ziekenhuizen afspraken kunnen maken over de voorwaarden waaronder de levering van de 'extra' zorg plaatsvindt. De NZa schat zelf in dat de effecten op de zorginkoop beperkt zijn. De NVZ is daar sceptischer over. Dat heeft vooral te maken met praktijkervaringen rond de contractonderhandelingen. Die zijn complex en tijdrovend en kennen een toenemende gedetailleerdheid van de afspraken. Tegen die achtergrond verdient het aanbeveling om dit vraagstuk verder uit te diepen, bijv. in de vorm van een handreiking. Wanneer bij een onverhoopt faillissement een met partijen afgestemde handreiking beschikbaar is, zal naar onze mening de impact van het faillissement voor alle betrokken partijen (verzekeraars, ziekenhuizen en patiënten) aanzienlijk beperkt kunnen worden.</p>	<p>Wij hebben aandacht besteed aan het effect van een faillissement op aanbieders in deze verkenning, waarbij we hebben beschreven welke verplichtingen wel en niet worden overgenomen. Vorderingen van een zorgaanbieder op een verzekeraar worden in de huidige wetgeving als een normaal bedrijfsrisico beschouwd. De NZa is van mening dat dat niet langer opgaat als sprake is van afhankelijkheid van een beperkt aantal grote verzekeraars. We gaan hier verder op in, in de beleidsbrief.</p>	Pagina 16 van 24

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<i>Voorkomen is beter dan genezen</i>		125452/177681
<p>Naast het bovenstaande vragen wij graag nog uw aandacht voor het volgende. Slecht financieel presteren door een ziekenhuis uitmondend in een faillissement heeft forse negatieve consequenties. Niet alleen voor de ziekenhuisorganisatie en haar medewerkers zelf, maar vooral ook voor zijn patiënten. Een aantal aanpassingen in de werking van het stelsel is volgens de NVZ nodig om de (financiële) stabiliteit van de ziekenhuissector te verbeteren. De NVZ vraagt in dit kader aandacht voor een tweetal onderwerpen. Er zou naar onze mening in de sector meer focus moeten komen op meerjarencontracten en partnership tussen het ziekenhuis en de verzekeraar. Hierbij wordt de jaarlijkse contractering ingebed in een meerjarige visie met een onderliggend plan waarbij financiële afspraken gemaakt worden over groeipad, concentratie, focus, afbouw, afstoting en krimp. Een dergelijke insteek zal een belangrijk positief effect hebben op het financieel presteren van ziekenhuizen. Daarnaast moet ons inziens ook meer aandacht geschonken worden aan de liquiditeitspositie van ziekenhuizen. Hierbij doelen we met name op de bekostiging van de zorg tijdens de behandeling. Het gaat dan om de vooruitbetaling van onderhanden werk en de nog te factureren zorg. Het thema van vooruitbetaling staat al vele jaren op de bestuurlijke en lokale agenda. De beschikking over voldoende liquide middelen is voor het functioneren van ziekenhuizen een belangrijk onderwerp. Feitelijk behoort dit thema adequaat geregeld te zijn in de contracteringsafspraken tussen het ziekenhuis en de verzekeraar, maar daar is veelal geen sprake van. De NVZ verzoekt de NZa nog eens nadrukkelijk naar haar eigen rol hierbij, als marktmeester, te kijken. In het verlengde hiervan verzoekt de NVZ de NZa om op korte termijn te verduidelijken welke mogelijkheden zorgaanbieders binnen de huidige wet- en regelgeving hebben om van zorgverzekeraars vooruitbetaling van reeds geleverde zorg te vragen.</p>	<p>De contractering valt buiten het bestek van deze verkenning. Er is dus niet gekeken naar de invloed van contracten. Ten algemene geldt dat verzekeraars en ziekenhuizen vrij zijn om contracten te sluiten die het meest in het belang zijn van ieders bedrijfsvoering. Het is niet wenselijk en niet mogelijk dat de overheid zich mengt in private afspraken over contracten. De liquiditeitspositie hebben wij genoemd als aandachtspunt in deze verkenning.</p>	Pagina 17 van 24

**De Nederlandsche Bank (DNB)
5 maart 2015**

Kenmerk
125452/177681

Pagina
18 van 24

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
Blz. 18: tabel 1 en voetnoot 15 De cijfers in de kolommen <i>to minimumeis</i> corresponderen met wat DNB zelf heeft opgesteld. Waarom de kolommen absoluut voor gemengde entiteiten blanco blijven is ons niet duidelijk.	De NZa beschikt niet over de onderliggende vermogens, alleen over de relatieve cijfers. Hierdoor was de verhouding in solvabiliteit tussen BV en AV niet bekend en daarom is de absolute solvabiliteit van gemengde entiteiten niet te berekenen voor ons.
Blz. 19 onderaan & voetnoot 18 Reeds eerder genoemd. Waarom worden uitvoeringskosten slechts gerelateerd aan een deel van de inkomsten (nominale premie) ipv alle inkomsten?	We hebben een aanpassing doorgevoerd in het definitieve document.
Blz. 20: tweede alinea over GGZ Heeft de GGZ alleen nog ex post verevening via een bandbreedte en geen nacalculatie meer?	In het kader van de overheveling van de GGZ uit de AWBZ naar Zvw en jeugdzorg zijn er ook aanpassingen gedaan in het vereveningstelsel. Wij verwijzen voor de actuele regelgeving naar: www.zorginstituutnederland.nl/verzekerings/risicoverevening+zvw
Blz. 23: voetnoot 23 Dit heeft de suggestie dat er nog dingen kunnen veranderen, wat niet de verwachting is. Ons inziens kan de voetnoot weggelaten worden, ook gegeven de "ongeveer 3%"	De NZa onderschrijft dit standpunt en heeft de voetnoot verwijderd.
<i>Het ontbreken van garanties voor hoog-complexe, laag volume medisch specialistische zorg.</i>	
Voorname zorgaanbod-gerelateerd, derhalve geen inhoudelijke opmerkingen van DNB wat betreft deze conclusie.	
<i>Het risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn.</i>	
DNB deelt de conclusie dat een faillissement van een zorgverzekeraar zeer gering is. Wat betreft het geconstateerde risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn het volgende. Op pagina 55 van het consultatiedocument is benoemd dat diverse institutionele factoren maken dat het risico van een faillissement van een zorgverzekeraar zeer gering is. Daarbij komt dat een faillissement van een zorgverzekeraar, juist door deze institutionele factoren, in casu het prudentieel toezicht van DNB onder meer via de kaders Solvency I en per 2016 Solvency II, geen onverwacht event zal zijn. Daaraan zal een periode voorafgaan waarin diverse partijen een bepaalde sturing kunnen toepassen. Zo zal DNB toezichtinstrumenten kunnen	<p>Zoals ook benoemd in de rapportage erkennen wij dat de faillissementrisico's klein zijn. Wij zijn echter van mening dat het niet wenselijk is om te vertrouwen op ad hoc maatregelen om onverzekerd zijn te voorkomen. Een wettelijke regeling is simpel en effectief.</p> <p>De NZa is het met DNB eens dat het moeilijk is vast te stellen om hoeveel verzekerden het precies zal gaan. Bovendien onderschrijft de NZa dat het de primaire verantwoordelijkheid is van verzekerden om een nieuwe verzekering af te sluiten. Echter, aangezien de situatie niet veroorzaakt wordt door de verzekerde, en de NZa het ongewenst acht dat verzekerden</p>

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk 125452/177681
aanwenden om de positie van de verzekeraar te doen verbeteren, bijvoorbeeld het opleggen van een herstelplan. Indien niettemin een faillissement volgt dienen de verzekerden zelf zorg te dragen voor het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar. Het is echter niet eenvoudig te bepalen wat het aantal onverzekerden zal zijn. Dit zal immers erg afhankelijk zijn van de mate van sturing die van de kant van diverse partijen (VWS, ZIN, DNB, de branche) plaats zal vinden.	door het wegvallen van een verzekeraar enige tijd zonder verzekering kunnen doorbrengen, adviseert de NZa de minister om een automatische zorgverzekering mogelijk te maken in geval een zorgverzekeraar failliet gaat. Hiermee worden de financiële risico's voor consumenten weggenomen. Ook beperkt deze maatregel financiële risico's voor zorgaanbieders. Zie hiervoor ook de beleidsbrief.	Pagina 19 van 24
<i>Mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij het faillissement van een regionaal dominante verzekeraar.</i>		
Op het moment dat een zorgverzekeraar failliet zal deze zijn verplichtingen uit overeenkomst (zorgcontract of bevoorschottingsovereenkomst) niet meer kunnen nakomen. In geval een regionaal dominante zorgverzekeraar failliet kan sprake zijn van mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders. Of en zo ja de mate waarin zich liquiditeitsproblemen zullen voordoen zijn afhankelijk van de concrete afspraken die de betreffende zorgverzekeraar met een specifieke zorgaanbieder heeft gemaakt. Daarnaast is de vraag of zich feitelijk liquiditeitsproblemen zullen voordoen afhankelijk van het gegeven of een zorgaanbieder alternatieve financieringsbronnen kan aanwenden en of de overheid bij faillissement van een zorgverzekeraar maatregelen treft om problemen bij zorgaanbieders te mitigeren.	De NZa onderschrijft het punt dat het effect van een faillissement afhankelijk is van de afspraken die gemaakt zijn in de (lokale) markt. Overigens voorzien de bestaande regels in de curatieve zorg niet in overheidsingrijpen. De NZa acht het niet vanzelfsprekend dat de overheid maatregelen treft bij het faillissement van een zorgverzekeraar. Zie voor een verdere duiding de beleidsbrief.	
<i>In grensgebieden bestaat er weinig alternatief zorgaanbod, waardoor bij een faillissement van een ziekenhuis de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in gevaar kan komen.</i>		
Voornamelijk zorgaanbod-gerelateerd, derhalve geen inhoudelijke opmerkingen van DNB wat betreft deze conclusie.		

**Prinses Maxima Centrum voor Kinderoncologie
5 maart 2015**

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
pagina 50, 3.5.3.: hier staat dat patiënten met een hoog-complexe zorgvraag vaak kennisintensieve zorg nodig hebben, die niet door iedere instelling geleverd kan worden. Dit is geheel juist. Juist vanwege de reden dat hoog-complexe laag-volume zorg niet beschikbaar kan zijn doordat de expertise schaars is voor dit type	De NZa heeft in haar verkenning toegevoegd dat het in enkele gevallen niet mogelijk zal zijn dat de patiënten die kennisintensieve zorg nodig hebben, naar een andere aanbieder kunnen gaan. Dat de behandelaars overgaan naar een andere aanbieder is

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>zorg vindt concentratie plaats. Bij een eventueel faillissement krijgen patiënten dan ook geen wisseling van behandelaar zoals in de zelfde paragraaf staat. De behandelaars zullen bij een faillissement op een andere plaats gaan werken en de patiënten zullen daar door dezelfde behandelaars behandeld gaan worden. Er zijn eenvoudigweg geen alternatieven voor hoog-complexe zeldzame aandoeningen die juist vanwege de kwaliteit van zorg geconcentreerd zijn op 1 plaats.</p>	<p>een mogelijkheid, maar dat is wel afhankelijk van de bereidheid van alle betrokkenen om daar aan mee te werken.</p>	125452/177681
<p>Pagina 51, 2e alinea; hierin staat de zin "als bepaalde aandoeningen vanwege hun complexe aard maar door enkele aanbieders worden geleverd, kan het effect voor consumenten negatiever zijn dan uit analyses blijkt." Dit is onjuist; complexe zeldzame aandoeningen worden juist om kwaliteitsredenen geconcentreerd. Dit is niet negatief maar juist positief voor consumenten vanwege de kwaliteit. Het rapport suggereert veel te veel dat alleen reisafstand belangrijk is voor een patiënt. Voor patiënten is kwaliteit van zorg is veel belangrijker dan afstand (patiënten reizen zelfs naar de VS als daar de zorg beter is).</p>	<p>De NZa erkent dat kwaliteit van zorg een reden kan zijn om verder te reizen. Echter, waar het hier om gaat is dat de reisafstand voor die specifieke groep patiënten onevenredig hard stijgt in vergelijking met patiënten die geen kennisintensieve zorg nodig hebben. De formulering was onduidelijk en is ongepast. Daarnaast is duidelijk aangegeven dat reistijd de variabele is waarnaar gekeken is in de kwantitatieve analyse, maar dat overige factoren ook een rol kunnen spelen in de keuze voor een zorgaanbieder.</p>	Pagina 20 van 24
<p>Pagina 51/52 conclusie en pagina 53/54 conclusies: ook hier is reisafstand het criterium waarlangs conclusies worden getrokken; dit is onjuist voor hoog-complexe laag volume zorg. Daar zijn nu eenmaal juist vanwege de kwaliteit slechts 1 of enkele centra voor in Nederland. Daar kunnen per definitie nooit omliggende zorgaanbieders de zorg overnemen omdat zij de deskundigheid niet hebben en ook nooit kunnen hebben. Kwaliteit van zorg moet dus niet alleen gemeten worden in termen van reisafstand; bereikbaarheid van zorg is niet hetzelfde als reisafstand; het gaat om de kwaliteit van zorg en expertise van de behandelaars. De conclusie op pagina 53 dat de "resultante van de concentratietendens is een situatie waarbij de keuze tussen aanbieders beperkt is" geldt wellicht wel voor laag-complexe zorg maar NIET voor hoog-complexe laag-volume zorg. In het laatste geval is er namelijk nooit sprake van keuze tussen kwalitatief goede aanbieders. Idem voor de conclusie bovenaan pagina 54. Ook helemaal onderaan pagina 54 wordt gesteld dat "de concentratie van</p>	<p>De NZa is van mening dat de conclusies zoals verwoord in de verkenning juist zijn. Echter, om recht te doen aan de nuancering heeft de NZa aan de verkenning toegevoegd dat deze situatie anders kan zijn voor hoog-complexe laag volume zorg. Daarnaast geeft zij in de verkenning nu duidelijker aan dat reistijd de variabele is waarnaar gekeken is in de kwantitatieve analyse, maar dat overige factoren ook een rol kunnen spelen in de keuze voor een zorgaanbieder.</p>	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p>zorgaanbod leidt tot potentiële risico's voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van complexe zorg." Dit is pertinent onjuist. Voor complexe laag-volume zorg bestaan geen alternatieven omdat de schaarse expertise simpelweg niet aanwezig is en niet kan zijn in omringende ziekenhuizen. De schaarse expertise is omwille van de kwaliteit gebundeld in 1 of enkele centra; de expertise bestaat gewoon niet op andere plaatsen. Idem voor pagina 56. Spreiding van expertise is vanwege de schaarste niet mogelijk en leidt zelfs in die gevallen tot verlaging van kwaliteit.</p>		125452/177681
<p>Voorbeeld: kinderen met een retinoblastoom; er zijn 12 kinderen per jaar die allen in het VUmc behandeld worden. Er zijn daar welgeteld 2 oogartsen die de expertise hebben en elders in het land nul. De eindconclusie op p 56 dat "toename van concentratie een punt van zorg is" is hier voor onjuist. Het tegendeel is het geval; spreiding van zorg zou juist slecht zijn voor de kwaliteit van zorg. Het alternatief van een betere toegankelijkheid zou zelfs leiden tot kwalitatief minder goede zorg. Voor alle vormen van kinderkanker geldt dit evenals voor alle andere vormen van hoog-complexe laag-volume zorg. Daarom staan patentenorganisaties zoals de VOKK ook achter concentratie van dit type zorg en is reisafstand geheel ondergeschikt aan kwaliteit. Bundeling van expertise is daarom ook de basis van het Prinses Maxima Centrum in Utrecht; concentratie leidt tot een betere toegankelijkheid tot hoge kwaliteit van zorg voor ieder kind met kanker waarbij een langere reisafstand van ondergeschikt belang is.</p>	<p>De NZa is van mening dat de conclusies zoals verwoord in de verkenning juist zijn. Echter, om recht te doen aan de nuancering heeft de NZa aan de verkenning toegevoegd dat deze situatie anders kan zijn voor hoog-complexe laag volume zorg. Daarnaast geeft zij in de verkenning nu duidelijker aan dat reistijd de variabele is waarnaar gekeken is in de kwantitatieve analyse, maar dat overige factoren ook een rol kunnen spelen in de keuze voor een zorgaanbieder.</p>	Pagina 21 van 24

CZ

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
<i>Deelt u de conclusies uit de rapportage?</i>	
Ja, in grote lijnen. Op deelaspecten vinden wij de analyse niet volledig	
In sub-sectie 2.4.1, in het stuk Wegvallende zorgverzekeraar leidt niet tot solvabiliteitsrisico's, wordt een situatie gesimuleerd waarin de fictieve marktleider wegvalt en alle verzekerden van die partij een voorkeur hebben voor één grote, overblijvende marktpartij. Dit leidt dan niet tot solvabiliteitsproblemen voor die partij. Ons valt op dat hierbij	In de simulatie heeft de NZa gepoogd het zogenaamde worst case scenario door te rekenen. Het is mogelijk dat op labelniveau solvabiliteitsproblemen ontstaan, maar dit volgt niet uit onze analyse, noch uit de interviews.

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
niet gekeken is naar de problemen die een kleine zorgverzekeraar, op het gebied van solvabiliteit, zou kunnen ervaren wanneer er een sterke toestroom van verzekerden is.		125452/177681
In sub-sectie 2.4.3 (over de financiering van zorgaanbieders) worden ons inziens de gevolgen van een faillissement van een zorgverzekeraar voor zorgaanbieders niet volledig onderkend; wij denken dat zorgaanbieders het risico lopen dat een deel van hun rekeningen niet betaald worden, en dat ze daardoor failliet zouden kunnen gaan, waardoor de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg in gevaar komt. Dit staat hier niet zo expliciet beschreven. Het consultatiedocument houdt wel sterk rekening met de gevolgen voor de financiering van onderhanden werk, met name liquiditeitsproblemen.	De NZa onderschrijft deze conclusie en erkent dat deze sterker geformuleerd kan worden in de verkenning. Zij heeft dit toegevoegd aan de verkenning.	Pagina 22 van 24
Er is weinig aandacht besteed aan de bestaande wettelijke mogelijkheden van DNB om in te grijpen in het geval van (dreigend) faillissement.	De NZa onderschrijft deze conclusie, maar zij heeft ervoor gekozen niet in te gaan op het beleidsterrein van een andere toezichthouder. In feite onderschrijft deze stelling de conclusies van de verkenning: Dat het risico dat een zorgverzekeraar failliet gaat erg klein is.	
In sectie 2.5, in de paragraaf Overgang naar een nieuwe verzekering na faillissement, geeft u aan te "[...] verwachten dat bij een faillissement, waarbij grote aantallen consumenten acuut en onverwacht onverzekerd zijn, een deel van de verzekerden een periode onverzekerd zal zijn. [...] Gezien de grote aantallen cliënten van alle zorgverzekeraars, is een klein percentage onverzekerden in absolute zin wel een groot aantal." Wij denken dat verzekerden vrij snel een nieuwe zorgverzekering zullen afsluiten, en schatten dit gevolg van een faillissement van een zorgverzekeraar kleiner in dan de NZa.	De NZa vindt het onwenselijk dat verzekerden door het wegvallen van een verzekeraar enige tijd zonder verzekering kunnen doorbrengen. We zijn het er mee eens dat de meeste mensen snel een nieuwe verzekering zullen afsluiten. Echter, een klein deel zal dat niet doen en dan gaat het in absolute getallen direct over veel mensen. Wij adviseren de minister daarom om een automatische zorgverzekering mogelijk te maken in geval een zorgverzekeraar failliet gaat. Hiermee worden de financiële risico's voor consumenten en deels voor zorgaanbieders weggenomen.	
<i>Bij welke vormen van zorg of in welke geografische gebieden spelen volgens u eventuele problemen met de toegankelijkheid bij een faillissement?</i>		
In principe spelen mogelijke problemen bij faillissement van een zorgverzekeraar voor alle vormen van zorg, maar sterker wanneer een zorgaanbieder meer afhankelijk is van declaraties achteraf. Bij huisartsenzorg geeft het abonnementstarief bijvoorbeeld een	De NZa onderschrijft deze analyse en concludeert dat deze nog nadrukkelijker vorm kan krijgen in de verkenning en heeft de verkenning daarom aangepast.	

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk 125452/177681 Pagina 23 van 24
vrij constante stroom van inkomsten. Ook zijn de problemen groot in alle geografische gebieden, en zijn ze kleiner naarmate de concentratie op de zorgverzekeraarsmarkt minder is (dus in gebieden met een lage HHI).		
<i>Zo ja, welke mogelijke oplossingen ziet u voor de hierboven genoemde aandachtspunten?</i>		
Ingaande op het tweede en derde aandachtspunt (omdat de eerste en laatste meer betrekking hebben op de analyse van MSZ): Een wettelijke regeling voor zorg verleend onder de dekking van een natura-polis vergelijkbaar met de werking die artikel 31 van de Zvw heeft voor zorg verleend onder een restitutiepolis zou het tweede aandachtspunt kunnen verminderen. Een 'supplier of last resort' optie (zoals bij de energiemarkt) waarbij verzekerden automatisch aan een andere zorgverzekeraar worden 'toegewezen' – mogelijk tenzij ze zelf kiezen – kan het derde aandachtspunt verminderen; dit kan overigens ook door de periode van verzekeren met terugwerkende kracht te verlengen, of een tijdelijke nationale verzekering in de markt te zetten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat al deze oplossingen verder zouden moeten worden uitgewerkt, en elk eigen aandachtspunten met zich meebrengen; de 'supplier of last resort' optie roept bijvoorbeeld de vraag op hoe dit met betrekking tot vermogen geregeld moet worden.	De NZa onderschrijft deze analyse en conclusie. Het is belangrijk op te merken dat de NZa in deze verkenning slechts een verkenning van de risico's heeft willen doen en een aanzet voor de mogelijke oplossingsrichtingen. Hoe de automatische zorgverzekering waarover wordt gesproken in de beleidsbrief vorm gegeven wordt, moet later uitgewerkt worden. Het ligt wel voor de hand om de bestaande regeling in de energiemarkt te bekijken als voorbeeld. Ook kent het Zorginstituut een automatische verzekering voor mensen die 9 maanden onverzekerd zijn.	

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
Paragraaf 2.4.3, presenteert een figuur met landelijke verdeling ziekenhuizen en marktaandeel verzekeraars. In de recent gepubliceerde 'Marktscan Medisch specialistische zorg 2014' is in tabel 3.1 een overzicht weergegeven van aantal zorgaanbieders. Het is ons niet duidelijk wat de aansluiting is tussen de in de figuur weergegeven aantallen en de in de tabel genoemde aantallen. Kan dit nader worden toegelicht?	Er zijn verschillende definities gebruikt. In de marktscan MSZ worden de jaarrekening entiteiten (dus de concerns) gerapporteerd, terwijl in deze verkenning ook de locaties worden gerapporteerd. Bron voor de locaties is de RIVM Zorgatlas.
Verder vragen we ons af hoe wordt omgegaan met vrij verkeer van goederen en diensten binnen de EU en dat mensen dus ook zorg mogen gebruiken over de landsgrenzen heen, de analyse van de NZa lijkt te stoppen bij de landsgrenzen en dat heeft ons inziens effect op de alternatieven en de reistijden?	De NZa onderschrijft deze analyse. In de tekst behorende bij de analyses wordt, wanneer dat van toepassing is, verwezen naar de mogelijkheid dat patiënten buitenlandse aanbieders bezoeken. De NZa beschikt niet over data met betrekking tot het buitenlandse

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk 125452/177681 Pagina 24 van 24
	aanbod en kan dit aspect daarom niet betrekken in de analyses. De tekst van de verkenning is nagelopen en waar nodig is deze beperking van de analyse toegevoegd.	
paragraaf 3.5.1, meldt dat <i>"ziekenhuizen die meer dan 40% van hun patiënten binnen een patiëntgroep doorverwijzen geen reële alternatieve aanbieders zijn voor deze patiëntgroep."</i> Kan nader worden toegelicht waarom er gekozen is voor een percentage van 40% en of dit in andere onderzoeken ook wordt gebruikt? Het gekozen percentage heeft namelijk effect op de uitkomsten die elders worden gepresenteerd en de alternatieve keuzemogelijkheden.	De NZa erkent dat het gekozen percentage invloed kan hebben op de uitkomsten. De NZa is van mening dat de aanname van 40% reëel is, maar zij baseert dit niet op eerder onderzoek. Deze uitleg heeft een plaats gekregen in de verkenning.	
paragraaf 3.5.2, laat figuur 10 zien. Figuur 10 toont het gemiddeld aantal alternatieve zorgaanbieders. Als we dit goed begrijpen, wordt hiermee het aantal keuzemogelijkheden genoemd die een patiëntengroep heeft nadat de eerste keuze failliet is gegaan, dit mag nog wat duidelijker in de tekst?	De NZa erkent dat deze toelichting duidelijker verwoord kan worden. In de verkenning heeft dat nu een plek gekregen.	
In figuur 10 is er voor gekozen om de keuzemogelijkheden te presenteren binnen 30 minuten reistijd. Waarom is hier gekozen voor de grens van 30 minuten en bijvoorbeeld niet voor 45 of 60 minuten? Zou dit nader kunnen worden toegelicht? Is er bijvoorbeeld een internationale standaard voor? Hoe is de relatie met acute zorg en de norm van 45 minuten? De keuze voor 30 minuten heeft ons inziens effect op de eindconclusies wat betreft de aandachtsgebieden.	In de internationale literatuur wordt vaak gebruik gemaakt van een grens van 60 minuten. De NZa heeft in haar analyses uit willen gaan van meer conservatieve schattingen en heeft daarom gekozen voor een grens van 30 minuten.	
Een volgende suggestie is om bij de laatste alinea van 2.3.1. (punt van aandacht ... benodigd vermogen) aan te vullen dat niet alleen de uitbreiding van de Zvw zorgt voor een verhoogd solvabiliteitsvereiste (de grondslag waarover de vereiste solvabiliteit wordt berekend, de schadelast, neemt als gevolg van de overhevelingen namelijk toe), maar dat de solvabiliteitsvereiste met ingang van 2016 tevens toeneemt door het verhoogde percentage vereiste solvabiliteit als gevolg van Solvency II.	De NZa heeft dit punt reeds in haar verkenning genoemd maar naar aanleiding van deze opmerking gekozen voor een herhaling later in de tekst. Bovendien heeft zij de brief aan de Tweede Kamer over de gevolgen van Solvency II van 25 februari <jaar> in haar verkenning verwerkt.	