

Vergaderjaar 2010–2011

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 10

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 april 2011

1. Aanleiding

Tijdens het planningsoverleg over de brieven *Zorg die werkt*¹ en *Vertrouwen in de zorg*², is toegezegd dat u dit voorjaar een brief ontvangt over onze voornemens ten aanzien van het waarborgen van continuïteit van cruciale zorg, de afbakening van zorgfuncties waarvoor de waarborgen gelden en een early warning systeem. Met deze brief komen wij tegemoet aan deze toezegging en vullen wij een deel in van de motie Van der Veen c.s.³. Graag schetsen wij u allereerst de wijze waarop en het tempo waarin wij in samenhang invulling willen geven aan continuïteit van cruciale zorgfuncties, de basiszorg nabij en de acute zorg en schetsen wij u de plannen ten aanzien van die onderwerpen voor de komende periode.

2. Samenhang tussen cruciale zorg, basiszorg en acute zorg.

Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor deze vormen van zorg heeft de overheid, naast haar verantwoordelijkheid voor het zorgsysteem op zich, een extra verantwoordelijkheid. Dit betekent dat wanneer de zorgverzekeraar of het zorgkantoor ondanks alle inspanningen niet in staat zijn deze vormen van zorg beschikbaar te houden de overheid zal zorgen voor de continuering ervan. Voor de curatieve zorg gaat het daarbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulp (basis-SEH), de acute verloskunde en de crisisdienst in de GGZ. De continuïteit van die zorg moet gewaarborgd zijn en blijven, zodat burgers in noodsituaties er verzekerd van zijn dat zij zo spoedig mogelijk vervoerd, gestabiliseerd en behandeld worden. De bekostiging van deze functies zal daar waar dat noodzakelijk is, vormge-

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 2.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 27.

geven worden via een zogenaamde beschikbaarheidsvergoeding. De hoogte van deze vergoeding dient zodanig te worden vastgesteld dat in alle gevallen (dus ook in krimpgebieden) dergelijke voorzieningen in stand gehouden moeten kunnen worden, zonder andere zorgaanbieders te benadeln.

De motie Van der Veen c.s. verzoekt de regering, naast de invulling van de definitie en verantwoordelijkheden ten aanzien van cruciale zorgfuncties, ook te benoemen welke bereikbaarheidseisen gesteld worden aan basiszorg. Onder basiszorg verstaan wij die zorg die niet complex van aard is en die dicht bij de burger geleverd moet worden op de momenten waarop een patiënt zorg nodig heeft. Basiszorg kan worden geleverd door eerstelijns aanbieders zoals bijvoorbeeld huisartsen en wijkverpleegkundigen maar ook deels door ziekenhuizen. Zorg die nu nog complex en innovatief is, kan over een aantal jaren als basiszorg worden aangemerkt. Het verschuiven van de behandeling van diabetes en COPD zijn daarvan voorbeelden.

Basiszorg is daarmee niet hetzelfde als cruciale zorg, aangezien het onverhoopt tijdelijk niet of niet volledig beschikbaar zijn van basiszorg niet direct leidt tot ernstige gezondheidsschade. Burgers kunnen er dan immers nog steeds op rekenen dat in noodsituaties snel en adequaat zorg geleverd wordt omdat de beschikbaarheid van bijvoorbeeld ambulances en spoedeisende hulp gewaarborgd wordt.

Dat neemt echter niet weg dat de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de basiszorg beter kan en moet. Wij willen bereiken dat de patiënt meer dan nu weer het vertrouwen heeft dat de zorg beschikbaar is op de momenten dat hij of zij deze nodig heeft, ook 's avonds en in het weekend, in de stad en op het platteland.

Wij willen het voor zorgverleners interessant maken om de dienstverlening af te stemmen op de behoeften en vermogens van hun patiënten. Zorgverzekeraars zullen aangespoord worden om dienstverlening aan patiënten te belonen en actie te nemen als zij niet tevreden zijn. Cliënten worden door meer inzicht in de dienstverlening, kwaliteit en veiligheid van zorg beter in staat gesteld om, indien zij dat willen, voor de zorg te kiezen die het beste past bij hun behoeften. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij keuzes hebben, zodat zij bijvoorbeeld naar een andere zorgaanbieder toe kunnen als zij niet tevreden zijn met hun zorgaanbieder. Voor niet complexe zorg moeten zij kunnen kiezen voor een aanbieder in de buurt in plaats van een ziekenhuis bijvoorbeeld. Wij kunnen die keuzemogelijkheden stimuleren door prikkels in de bekostiging van niet complexe zorg in te bouwen, zodat het aantrekkelijk wordt om basiszorg daadwerkelijk in de buurt te leveren.

Samenwerking die nodig is voor het leveren van kwalitatief goede zorg hoeft niet te leiden tot ongewenste schaalvergroting of inperking van de keuzemogelijkheden van burgers en contracteermogelijkheden van zorgverzekeraars.

Op dit moment inventariseren wij welke belemmeringen er zijn (bijvoorbeeld op het gebied van de bekostiging, transparantie, samenwerking, toe- uittredingsmogelijkheden) om de basiszorg zodanig in te richten dat deze voldoet aan de wensen van de patiënt en een positieve bijdrage levert aan de betaalbaarheid van het stelsel. Begin juli ontvangt u uitgewerkte voorstellen op dit terrein.

Acute zorg tenslotte heeft betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar zijn. Niet alle vormen van acute zorg vallen onder de definitie van een cruciale zorgfunctie. Immers, de tijdelijke afwezigheid van een huisartsenpost die wel acute basisgeneeskundige zorg levert, zal niet direct leiden tot ernstige gezondheidsschade. In medisch spoedeisende gevallen is de eigen huisarts verantwoordelijk

voor de acute basiszorg en bij levensbedreigende situaties dient de basis-SEH binnen 45 minuten bereikbaar te zijn met een ambulance. Onze verantwoordelijkheid op het terrein van de gehele keten van acute zorg richt zich op het stellen van de randvoorwaarden voor een efficiënte en effectieve zorgverlening. Wij willen bevorderen dat samenwerking tussen partijen in het belang van de patiënt die noodzakelijk zijn om de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van acute zorg te realiseren ook daadwerkelijk van de grond komt en dat zorgverzekeraars deze samenwerkingsvormen belonen. Wij denken daarbij aan het verder stimuleren van gezamenlijke triage van spoedeisende hulp en huisartsenposten met het oog op een efficiënte en effectieve doorgeleiding van patiënten. Normering kan daarbij aan de orde zijn. Momenteel inventariseren wij welke verbeteringen op het terrein van de bereikbaarheid van de acute zorg noodzakelijk zijn en hoe deze verbeteringen gestalte kunnen krijgen. Ook verbeteringen op het terrein van kwaliteit en doelmatigheid van de acute zorg worden hierbij betrokken. In de tweede helft van het jaar wordt u over deze bevindingen nader geïnformeerd.

Ten slotte informeren wij u hierbij dat de motie Van Miltenburg¹, die verzocht om de kwaliteit van zorg mee te nemen bij het kabinetsstandpunt ten aanzien van continuïteit van zorg, is uitgevoerd. De NZa is verzocht in de werkafspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op te nemen dat de NZa per omgaande de inspectie op de hoogte brengt wanneer een aanbieder een steunverzoek indient. De IGZ kan daarmee bij de uitvoering van haar taken rekening houden.

3. Korte samenvatting hoofdlijn Waarborgen continuïteit van zorg

De laatste jaren hebben zorgaanbieders meer vrijheid gekregen om zelf keuzes te maken, bijvoorbeeld over hun zorgaanbod en nieuwbouwplannen. Bij deze vrijheid hoort verantwoordelijkheid voor de financiële gevolgen van die keuzes. Kwetsbare cliënten en de premie- of belastingbetaler horen niet op te draaien voor de gevolgen van keuzes van zorgaanbieders. Garanties aan bestaande aanbieders geven (nieuwe) aanbieders geen eerlijke kans om de markt te betreden. Wij zullen daarom geen steun verlenen aan een zorgaanbieder die in financiële problemen verkeert en dreigt failliet te gaan, maar waarborgen wel het doorleveren van de in deze brief beschreven vormen van cruciale zorg. Wij gaan daarbij uit van de eigen verantwoordelijkheid en belangen van de betrokken partijen. Aanbieders én hun belanghebbenden, waaronder zorgverzekeraars/zorgkantoren², banken, cliënten(organisaties) en het personeel worden zo optimaal gestimuleerd om alles op alles te zetten om een faillissement en daarmee discontinuïteit van zorg te voorkomen. Elk van de genoemde partijen heeft iets te verliezen. Zij hebben daarom belang bij vroegsignalering en een terugvalplan. Wij regelen in de wet dat verzekeraars in hun overeenkomsten met zorgaanbieder afspraken moeten maken over vroegtijdige signalering van problemen. Dat geldt ook voor de plicht van zorgverzekeraars om te melden dat zij (op korte termijn) niet meer aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De NZa zal daar actief op toe zien.

Omdat sommige vormen van zorg te allen tijde gewaarborgd moeten zijn, zorgen wij, als ultimum remedium zelf voor een waarborg in de vorm van een vangnetstichting die de cruciale zorg doorlevert, wanneer er zich na een faillissement van de aanbieder van die zorg geen enkele aanbieder meldt die deze zorg wil overnemen. Zo zorgen wij ervoor dat burgers niet opdraaien voor slecht management van zorgaanbieders, terwijl tegelijkertijd gewaarborgd is dat zij zich geen zorgen hoeven te maken over de doorlevering van vormen van zorg waar zij het meest kwetsbaar zijn. Anders gezegd, wij zorgen wel dat cruciale zorg in stand gehouden wordt,

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 30 597, nr. 123.

² Omdat zorgverzekeraars formeel verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ, maar deze taak gemandateerd hebben aan het zorgkantoor, wordt in de brief verder alleen gesproken over zorgverzekeraars. Waar zorgverzekeraars genoemd worden kan wanneer gesproken wordt over AWBZ-zorg ook zorgkantoren gelezen worden.

niet dat de zorgaanbieder blijft bestaan. De beleidsregel Steunverlening¹ van de NZa zal daarom vervallen op het moment dat de NZa, na inwerkingtreding van het Wetsvoorstel Aanvulling Instrumenten Bekostiging WMG (AIBWMG)², de mogelijkheid heeft om een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen. Specifieke kosten voor overname van zorgactiviteiten na een faillissement, die niet uit de reguliere tarieven kunnen worden betaald, kunnen dan onder voorwaarden worden bekostigd. Zo zorgen wij ervoor dat de continuïteit van cruciale zorg altijd gewaarborgd en adequaat bekostigd wordt.

Leeswijzer

Eerst gaan wij in op de belangen die verschillende partijen hebben bij het goed functioneren van een zorgaanbieder en het voorkomen van een faillissement (paragraaf 4). Daarna beschrijven wij de wijze waarop toegezien wordt op vroege signalering en de verantwoordelijkheid van verzekeraars daarin (paragraaf 5). Vervolgens specificeren wij de vormen van zorg waarvoor wij als ultimum remedium de continuïteit waarborgen (paragraaf 6). Ten slotte geven wij aan hoe deze waarborg eruit zal zien (paragraaf 7).

4. Verantwoordelijkheidsverdeling continuïteit van zorg

De patiënt mag vertrouwen op zorg van goede kwaliteit die toegankelijk en betaalbaar is. De overheid draagt daarvoor ook verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid nemen wij door het scheppen van (wettelijke) randvoorwaarden ten aanzien van onder meer goed bestuur, verantwoordende zorg, bekostiging en de zorgplicht. Daarnaast zorgt de overheid voor actief toezicht op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben hun eigen verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede zorg(inkoop) en continuïteit. Daarnaast hebben zij, net als andere belanghebbenden, zelf ook belang bij het waarborgen van continuïteit van zorg en het voorkomen van faillissement.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren de vrijheid gekregen om zelf keuzes te maken over bijvoorbeeld investeringen in het zorgaanbod of het vastgoed en de financiering daarvan. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de financiële consequenties en zijn de partij die het meest te verliezen heeft bij een faillissement. Zij hebben dus zelf het meeste belang bij een gezonde financiële positie. Wanneer de financiën op orde zijn, zal dat zijn weerslag hebben op bijvoorbeeld de medewerkerstevredenheid en daarmee, zeker in de langdurige zorg, op de kwaliteit. Wanneer de aanbieder zorg van goede kwaliteit biedt tegen een gunstige prijs, zal hij aantrekkelijk zijn en blijven voor cliënten en zorginkopers en daardoor minder risico lopen op een faillissement.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en daarmee belang bij het waarborgen van continuïteit van zorg. Voor de curatieve zorg geldt al dat verzekerden die ontevreden zijn over het (inkoop)beleid, bijvoorbeeld omdat zij vinden dat er onvoldoende zorg beschikbaar is, jaarlijks kunnen overstappen naar een andere verzekeraar. Wanneer de verzekeraars ook de AWBZ gaan uitvoeren voor eigen verzekerden zullen zij ook daar de prikkel voelen om zorg in te kopen die past bij de behoefte van cliënten en (nog meer) te sturen op doelmatige besteding van de zorgpremies. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg in de vorm van de wettelijke zorgplicht. Die houdt in

¹ Beleidsregel Steunverlening AL/BR-0002.

² Zoals in de brief Zorg die loont (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 6) is aangekondigd zullen, na inwerkingtreding van de AIBWMG, de academische component en de vervolgopleidingen via een beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd. Over de precieze uitwerking daarvan vindt binnenkort overleg met de Europese Commissie plaats.

dat zij de zorg waaraan hun verzekerden behoefte hebben in alle gevallen moeten (laten) leveren of vergoeden. Om zorg te (laten) leveren moeten zij (behoudens situaties van overmacht) «voldoende» zorg beschikbaar hebben voor hun verzekerden. Dat doen zij primair door het inkopen van zorg. De NZa ziet op de zorgplicht toe.

Naast de zorgplicht kunnen zorgverzekeraars soms een financieel belang hebben bij het voorkomen van een faillissement. Bijvoorbeeld wanneer zij voorschotten hebben betaald aan curatieve zorgaanbieders zodat deze, voorafgaand aan de definitieve declaratie op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg, kosten kunnen maken. Wanneer een zorgaanbieder failliet gaat, lopen verzekeraars het risico dat voorschotten voor niet geleverde productie niet worden terugbetaald.

Banken en andere crediteuren

Zorgaanbieders betalen hun kosten voornamelijk vanuit de tarieven die verzekeraars aan hen betalen. Grote investeringen, bijvoorbeeld voor bouwplannen, worden echter met name door banken (vreemd vermogen) gefinancierd. Zorgaanbieders zijn de laatste jaren zelf steeds meer risico gaan lopen (geen garanties meer door de overheid). Banken zijn mede daardoor kritischer geworden op het verstrekken van leningen. Zij willen zekerheid dat investeringen kunnen worden terugverdiend. Banken hebben dus een direct belang bij de financiële gezondheid van een zorgaanbieder. Wanneer de aanbieder failliet gaat, loopt de bank immers het risico een groot deel van zijn uitgeleende geld te verliezen. Dat geldt uiteraard ook voor andere schuldeisers zoals leveranciers van de aanbieder.

Aandeelhouders

Om de afhankelijkheid van financiering door middel van bankleningen te verminderen, maken wij het, zoals reeds aangekondigd in de brief *Zorg die werkt*¹, voor medisch-specialistische zorg, mogelijk om onder voorwaarden winst uit te keren. Voor de meeste vormen van zorg, intramurale AWBZ-zorg uitgezonderd, is dit al mogelijk. Door winstuitkering ook voor medisch-specialistische zorg toe te staan, wordt het voor kapitaalverschaffers aantrekkelijk om, ook voor aanbieders daarvan, eigen vermogen te verschaffen. Wanneer zij mede-eigenaar worden van een aanbieder, hebben zij er veel belang bij om de aanbieder financieel gezond te houden. Wanneer hun organisatie slecht draait of zelfs failliet gaat, krijgen zij immers hun geld niet meer terug. Alleen in het onwaarschijnlijke geval dat er na het vereffenen van alle schulden uit de failliete boedel nog geld over is, zal dat bedrag over de aandeelhouders verdeeld worden.

Personeel en hun vertegenwoordiging

Het personeel, vertegenwoordigd door de Ondernemingsraad, heeft er belang bij dat zijn werkgever financieel gezond blijft. Over het algemeen raken alle werknemers bij een faillissement hun baan kwijt. Hoewel er veel vraag is naar medewerkers in de zorg en een deel van het personeel waarschijnlijk in dienst zal worden genomen door de aanbieder die de zorg na een faillissement overneemt, zal het voor het personeel in de regel aantrekkelijker zijn om vroegtijdig mee te denken met voorstellen die leiden tot reorganisatie in plaats van faillissement van de aanbieder.

Cliënten

Uiteraard nemen wij de maatregelen die in deze brief worden genoemd, in het belang van de cliënt. Zij zijn immers het meest gebaat bij conti-

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1.

nuiteit van zorg en daarmee bij financieel gezonde zorgaanbieders die kwalitatief goede zorg bieden. Een faillissement van een zorgaanbieder kan betekenen dat zij (tijdelijk) minder of geen zorg of ondersteuning krijgen of dat zij op (korte) termijn naar een andere locatie worden verplaatst. Dat kan ingrijpend zijn. Cliënten hebben op dit moment, via de cliëntenraad, over een aantal onderwerpen adviesrecht. Na inwerkingtreding van de Wet cliëntenrechten zorg mag een aanbieder over een aantal onderwerpen dat van invloed kan zijn op de financiële positie van een zorgaanbieder alleen afwijken van het advies van de cliëntenraad wanneer het advies onredelijk is of er zwaarwegende belangen spelen. Dat geldt bijvoorbeeld voor besluiten over een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing. Ook krijgt de cliëntenraad, net als andere belanghebbenden, het recht om de Ondernemingskamer van het gerechtshof te Amsterdam te verzoeken om een onderzoek te starten naar het beleid en de gang van zaken van de zorgaanbieder wanneer zij vermoeden dat er wanbeleid gevoerd wordt.

Kortom, primair zorgaanbieders zelf, maar ook de direct bij hen betrokken partijen hebben belang bij een gezonde financiële huishouding van zorgaanbieders en continuïteit van zorg. Deze partijen zullen daarom, binnen de hen daartoe gegeven plichten en mogelijkheden, hun verantwoordelijkheid oppakken om te zorgen dat de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt, wanneer een aanbieder dreigt om te vallen of failliet gaat of dreigt te gaan.

In dit licht zien wij, in tegenstelling tot de maatregelen die in de brief Ruimte en Rekenschap¹ voor zorg en ondersteuning waren aangekondigd, geen rol voor de overheid in het voorkomen van faillissementen. Wij zullen daarom geen steun meer verlenen aan aanbieders om hen voor een faillissement te behoeden. Zo'n garantie verzwakt immers de stimulans voor de partijen om zelf verantwoordelijkheid te nemen en geeft andere zorgaanbieders geen eerlijke kans om de zorg over te nemen of te leveren. Wanneer partijen zelf verantwoordelijkheid dragen voor keuzes, zullen zij mogelijke korte- en langetermijneffecten voor hun organisatie beter afwegen. Het risico kan immers niet langer worden afgewenteld op de premie- of belastingbetaler.

Pas wanneer na een faillissement blijkt dat cruciale zorg niet wordt overgenomen past ingrijpen door de overheid om de continuïteit van cruciale zorg te waarborgen. Dat is echter niet de enige verantwoordelijkheid die wij nemen. Gezien het belang van continuïteit van bepaalde vormen van zorg regelen wij bij wet dat zorgverzekeraars afspraken moeten maken met aanbieders over vroegtijdige signalering en dat zij zich bij de NZa moeten melden wanneer zij denken (op korte termijn) niet langer aan de zorgplicht voor cruciale zorgfuncties kunnen voldoen. De NZa zal daarop actief toezien.

5. Nadere invulling van de zorgplicht

Omdat wij niet zullen ingrijpen om te voorkomen dat een aanbieder failliet gaat, ligt het niet voor de hand om als overheid zelf een early warning systeem in stand te houden dat ons vroegtijdig op de hoogte brengt van een verslechterende financiële positie van een zorgaanbieder. Wel vinden wij dat verzekeraars, gezien hun verantwoordelijkheid voor en belang bij continuïteit van zorg, zelf afspraken moeten maken met aanbieders over vroegsignalering. Dit zullen wij wettelijk verankeren. Om te zorgen dat wij vroegtijdig op de hoogte zijn wanneer de zorgverzekeraar niet langer aan zijn zorgplicht kan voldoen, zorgen wij ook voor een wettelijk meldplicht voor de verzekeraars. Daarnaast vragen wij de NZa om vooruitlopend op inwerkingtreding van die wetgeving al actief toe te

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 1.

zien op de normen die zij in hun toezichtkaders daartoe heeft opgenomen en aan ons te rapporteren daarover.

Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben op basis van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ een wettelijke zorgplicht. De zorgplicht is een resultaatsverplichting. Dat betekent dat de zorgverzekeraar voor naturaverzekerden zorg moet leveren, tenzij hij kan aantonen dat er sprake is van overmacht. Onze ambtsvoorgangers concludeerden dat het niet houdbaar is op basis van de zorgplicht zorgverzekeraars onder alle omstandigheden verantwoordelijk te houden voor de continuïteit van zorginstellingen. Wanneer zij hiervoor wel verantwoordelijk zouden zijn, treedt er een spanning op tussen de verplichting om kwalitatief goede zorg in te kopen voor een goede prijs en het gedwongen in stand houden van zorgfuncties die, mogelijk vanwege een slechte kwaliteit of te hoge prijs, dreigen te verdwijnen. Wij delen dit standpunt maar vinden dat de zorgplicht wel nader geduid kan worden.

De zorgplicht houdt ons inziens in dat een zorgverzekeraar dient te zorgen dat hij zelf vroegtijdig op de hoogte is van een mogelijk risico voor de continuïteit van zorg voor zijn verzekerden door in zijn contracten met zorgaanbieders afspraken op te nemen over het vroegtijdig melden van mogelijke risico's voor de continuïteit (de mogelijke niet nakoming van het contract door de zorgaanbieder). Die risico's kunnen op financieel gebied liggen (verslechterende liquiditeit bijvoorbeeld) maar ook meer kwalitatief van aard zijn (bijvoorbeeld nieuwbouwplannen). Wij verplichten hen via wetgeving om de afspraken over vroegtijdige melding daadwerkelijk op te nemen in de overeenkomsten. De verzekeraar bepaalt, samen met de aanbieder, zelf welke financiële en kwalitatieve indicatoren hij daarbij relevant vindt. Zo kunnen de verzekeraar en de aanbieder actief in gesprek gaan met elkaar over de nakoming van de afspraken. Ook kan de verzekeraar op tijd meedenken over mogelijke oplossingen wanneer zich problemen voordoen. De NZa kan regels stellen wanneer deze afspraken niet worden gemaakt. Ook kan zij, indien nodig, haar handhavingsinstrumenten inzetten.

Een zorgverzekeraar zal daarnaast ook een proactief beleid moeten opstellen (terugvalplan) dat beschrijft welke stappen hij onderneemt om aan zijn zorgplicht te kunnen blijven voldoen na een signaal van een aanbieder. De NZa heeft dit als norm opgenomen in haar Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw). De situaties die zich kunnen voordoen zijn divers, een blauwdruk voor een draaiboek kunnen wij daarom niet geven. Wel kunnen wij ons voorstellen dat een verzekeraar eerst, samen met de aanbieder en andere belanghebbenden, onderzoekt of door het saneren of reorganiseren van de aanbieder de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. Lukt dat niet, dan zijn gesprekken met andere (al dan niet) gecontracteerde aanbieders een logische vervolgstap.

Zorgverzekeraars krijgen de wettelijke plicht om zich bij de NZa te melden wanneer zij (op afzienbare termijn) niet langer aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De NZa zal dan, net als op dit moment nog geldt bij een steunverzoek, de IGZ direct op de hoogte stellen. Zo zijn wij vroeg op de hoogte van het feit dat de zorgverzekeraar op termijn niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen.

Door de nadere invulling van de zorgplicht onderstrepen wij de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars bij het waarborgen van continuïteit van zorg. De NZa ziet hier actief op toe en informeert ons wanneer zij signaleert dat er een aanbieder van cruciale zorg failliet dreigt te gaan en

de terugvalplannen van individuele verzekeraars niet lijken te leiden tot continuering van zorg door een andere zorgaanbieder. Zo kunnen wij zorgen dat, wanneer duidelijk wordt dat er (nog) geen oplossing vanuit de markt tot stand komt, de continuïteit van (delen van) die zorg toch gewaarborgd wordt door een tijdelijke aanbieder (vangnetstichting) op te richten die deze zorg doorlevert.

6. Afbakening van te waarborgen vormen van zorg

Zoals wij in paragraaf 4 reeds schreven, zijn wij verantwoordelijk voor het waarborgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Die verantwoordelijkheid nemen wij door het scheppen van wettelijke randvoorwaarden zoals eisen aan goed bestuur, een adequaat bekostigingssysteem, waarborgen voor kwaliteit van zorg en goed toezicht. Soms is het noodzakelijk om voor specifieke situaties aanvullende maatregelen te nemen om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Het Wetsvoorstel aanvulling instrumenten bekostiging WMG¹ dat in uw Kamer ligt, maakt het bijvoorbeeld mogelijk om, onder voorwaarden, voor sommige vormen van zorg een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen. Deze bijdragen zijn geen garantie tegen een faillissement, maar zij zorgen wel voor het beschikbaar houden van bepaalde functies die niet (volledig) rendabel te leveren zijn zonder die bijdrage.

Wij zien voor onszelf daarnaast een specifieke verantwoordelijkheid voor het waarborgen van bepaalde vormen van zorg wanneer de aanbieder daarvan failliet is gegaan én er (nog) geen andere aanbieder(s) bereid is om deze zorg over te nemen. Het gaat daarbij om zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren.

Curatieve zorg

Op basis van deze definitie geldt dat waarborgen voor continuïteit van *curatieve zorg* alleen ingezet kunnen worden voor het beschikbaar houden van vier zorgfuncties binnen de bijbehorende norm:

- 1 mobiele stabilisatie en behandeling: 97% van de bevolking moet binnen 15 minuten responstijd bereikt kunnen worden en in tenminste 95% van de spoedmeldingen moet een ambulance binnen 15 minuten na aanneming van de melding ter plaatse zijn.
- 2 basis spoedeisende hulpverlening (basis-SEH): de basis-SEH moet na een spoedmelding binnen 45 minuten bereikbaar zijn. De Gezondheidsraad zal ons in december advies geven over welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is.
- 3 acute verloskunde: binnen 45 minuten met een ambulance moet een zorgaanbieder bereikbaar zijn die in geval van een levensbedreigende situatie acute verloskunde levert. Conform de normen van het veld zelf² moet binnen 15 minuten na vaststelling van de diagnose van een levensbedreigende situatie³ de benodigde medisch specialistische behandeling gestart kunnen worden⁴.
- 4 crisisopvang binnen de GGZ: er dient per Regionaal Overleg Acute Zorg-regio in ieder geval één crisisdienst te zijn die zorgt voor de eerste diagnose, verwijzing en opvang van patiënten met een acute psychiatrische crisis. Voor de crisisopvang wordt bekeken of een advies zoals hierboven voor de basis-SEH is beschreven nodig is.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 393, nr. 2.

² *Een goed begin. Veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte.* (Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, december 2009).

³ Diagnose gesteld door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional.

⁴ Waarbij aangemerkt dat als de zwangere vrouw, in het geval van een levensbedreigende situatie thuis, vanuit huis naar het ziekenhuis moet worden verplaatst het niet gegarandeerd mogelijk is om na het vaststellen van een potentieel levensbedreigende situatie binnen 15 minuten te starten met de behandeling in verband met reistijd naar het ziekenhuis.

Langdurige zorg

Mensen die AWBZ-zorg ontvangen, hebben een indicatie gekregen omdat zij beperkingen in het dagelijks functioneren hebben en deze niet door bijvoorbeeld mantelzorg zijn op te heffen. Wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is, belemmert dit het dagelijks functioneren.

Dat betekent echter niet dat de overheid altijd ingrijpt wanneer een AWBZ-aanbieder failliet is gegaan. Verwacht wordt dat in verreweg de meeste gevallen de zorg overgenomen wordt door andere aanbieders. De zorgverzekeraar heeft immers zijn terugvalplan in werking gezet. Op hem rust een resultaatsverplichting die hem, behoudens situaties van overmacht, dwingt om te zorgen dat de continuïteit van zorg niet in gevaar komt. Wanneer de zorgaanbieder, de verzekeraar en andere belanghebbenden niet tot een oplossing van de problemen lijken te komen, zal hij alternatieven moeten onderzoeken. Bijvoorbeeld door te vragen of andere aanbieders bereid en in staat zijn om (al dan niet na faillissement) de activiteiten (tijdelijk) over te nemen. Uiteraard dient de zorgverzekeraar daarbij rekening te houden met de specifieke woonsituatie en de langdurige behoefte aan zorg van de cliënten. Het verdient daarom de voorkeur dat de verzekeraar ervoor zorgt dat een overnemende partij zo veel als mogelijk de zorg zal doorleveren in de gebouwen van de failliete zorgaanbieder. Het is echter niet volledig uit te sluiten dat een deel van de cliënten na een faillissement verhuist naar een andere locatie binnen een redelijke afstand.

De zorgverzekeraar zal door zijn inspanningen in de meeste gevallen aanbieders vinden die het zorgaanbod willen overnemen. Dat is voor hen immers aantrekkelijk. De macro zorgvraag groeit, de verzekeraar heeft de aanbieder nodig om aan zijn zorgplicht te voldoen en de overnemende aanbieder kan het personeel en de expertise die hij nodig heeft overnemen van de failliete aanbieder. Pas wanneer aangetoond wordt dat er desondanks onvoldoende of geen vervangend aanbod te vinden is, zal de overheid tijdelijk aan zet zijn om te voorkomen dat cliënten ernstig belemmerd worden in hun dagelijks functioneren. Die belemmering zal voor sommige cliënten ernstiger zijn dan voor anderen. Voor sommige cliënten zal gelden dat het tijdelijk ontbreken van AWBZ-zorg vooral leidt tot incidentele ongemakken en niet direct ernstige gevolgen heeft. In andere gevallen leidt het tijdelijk ontbreken van zorg (en eventueel verblijf) tot acute gevaarlijke situaties voor de cliënt en/of zijn omgeving. Het vooraf stellen van eenduidige wegingscriteria om dit onderscheid te maken, blijkt moeilijk. Het waarborgen van continuïteit van *langdurige zorg* zal daarom gericht zijn op het tijdelijk in stand houden van die zorgfuncties die in de specifieke situatie cruciaal zijn in het voorkomen dat de aan de faillierende aanbieder verbonden cliënten ernstig worden belemmerd in hun functioneren.

7. Waarborg voor zorg: vangnetaanbieder

Zoals gezegd, verwachten wij dat wij in de praktijk bijna nooit aan zet zullen zijn om de hierboven genoemde vormen van zorg tijdelijk door te laten leveren. De belangen van veldpartijen om een faillissement te voorkomen gecombineerd met het feit dat het vaak zo zal zijn dat het overnemen van zorg na een faillissement aantrekkelijk is en een vangnetaanbieder tijdelijk van aard dient te zijn, zullen ervoor zorgen dat die partijen zelf bijna altijd de continuïteit van zorg zullen waarborgen. Zoals eerder gesteld is de zorgplicht van de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting. Hij moet zorg leveren tenzij hij aantoonde dat er sprake is van overmacht. Zorgverzekeraars dienen actief te zoeken naar vervangend aanbod. Dat betekent soms dat zij de continuïteit van zorg soms op een

andere wijze waarborgen dan voor het faillissement. Zo is het goed mogelijk dat een locatie van de basis-SEH zelf niet wordt overgenomen, maar dat, door het plaatsen van een of meer extra ambulances, de basis spoedeisende hulp wordt overgenomen door andere SEH-aanbieders in de regio. Voor AWBZ-zorg kan het soms betekenen dat cliënten de zorg op een andere locatie zullen ontvangen, van een andere hulpverlener of op andere tijdstippen dan voorheen.

Wij zullen de NZa vragen om, in samenwerking met het College voor Zorgverzekeringen, in het kader van haar toezicht op de zorgplicht onderzoek te doen naar de mogelijke criteria die gehanteerd kunnen worden om te toetsen of een zorgverzekeraar een terecht beroep doet op overmacht wanneer hij aangeeft dat hij niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen. Pas wanneer dat zo is, kan de overheid, voor bepaalde vormen van zorg, een vangnetaanbieder (in de vorm van een stichting) in het leven roepen. Wij zorgen dat er statuten zijn, dat er een onafhankelijk bestuur en toezicht is en dat de stichting opgericht wordt. Het is echter nadrukkelijk niet de bedoeling dat de overheid, anders dan het oprichten, bestuurlijk betrokken is bij de aanbieder, zorg gaat inkopen of een (structurele) subsidierelatie met de vangnetstichting aangaat. Om dit te benadrukken zal in de statuten van de stichting worden opgenomen dat het door ons aangezochte lid van de raad van toezicht op zo kort mogelijke termijn zorgt voor de benoeming van een voltallig bestuur en leden van de raad van toezicht om vervolgens samen met de door ons aangezochte bestuurder af te treden.

Door de aanbieder op te richten, zorgen wij er alleen voor dat er een aanbieder is die zich ten doel stelt een of meerdere van de hierboven genoemde vormen van zorg door te leveren gedurende de periode dat andere marktpartijen dat nog niet zelf kunnen. De vangnetstichting is dus uitsluitend bedoeld ter overbrugging van een eventuele periode tussen een daadwerkelijk faillissement van een zorgaanbieder en een structurele oplossing in de markt. Een expliciete doelstelling van de vangnetaanbieder zal zijn dat deze zichzelf zo spoedig mogelijk opheft, hetzij door overname door een andere partij, hetzij door geleidelijke afbouw van de activiteiten. Het tijdelijke karakter van de vangnetstichting voorkomt dat zorgverzekeraars en aanbieders het als een alternatief gaan zien voor een structurele oplossing. De dynamiek in de markt wordt hierdoor zo min mogelijk verstoord. Bovendien is de tijdelijke aard van de stichting nodig om te voldoen aan Europese richtlijnen. Voorstellen van een andere zorgaanbieder voor overname van (een deel van) de activiteiten van de vangnetstichting dienen serieus in behandeling genomen te worden. Uiteraard dient daarbij rekening gehouden te worden met de regels ten aanzien van mededinging.

De vangnetaanbieder zal ten doel hebben om te zorgen dat de hierboven genoemde vormen van zorg worden doorgeleverd na faillissement. Deze aanbieder sluit daartoe contracten met de zorgverzekeraars die de nieuwe aanbieder nodig hebben om aan hun zorgplicht te voldoen. Immers, als verzekeraars de zorg elders kunnen inkopen was er geen reden geweest om een vangnetaanbieder in het leven te roepen. De aanbieder wordt dus bekostigd vanuit de inkomsten die hij genereert door zijn productieafspraken met de zorgverzekeraar.

De vangnetaanbieder zal daarnaast met de curator afspraken maken over de overname van een deel van het personeel en gebruik van middelen indien hij deze nodig heeft voor het aanbieden van de zorg. Wanneer de vangnetaanbieder financiering nodig heeft, bijvoorbeeld voor de (gedeeltelijke) overname van vastgoed uit de failliete boedel zal hij zich, zoals elke andere aanbieder, moeten wenden tot banken. Samen met de NZa bekijken wij of eventuele specifieke «kosten» die worden gemaakt door de overname na faillissement onder de beschikbaarheidsbijdrage kunnen vallen voor zover zij niet uit de reguliere tarieven kunnen worden

bekostigd. Te denken valt bijvoorbeeld aan eenmalige kosten die gemaakt moeten worden in verband juridisch advies of tijdelijk management. Over de beschikbaarheidsbijdrage en de waarborgen voor continuïteit van zorg zal ik nog met de Europese Commissie in overleg treden.

Bij het (doen) oprichten van de vangnetaanbieder houden wij rekening met hetgeen geregeld is in artikel 34 van de Comptabiliteitswet en het *Beleidskader voor betrokkenheid van de Rijksoverheid bij het oprichten van stichtingen* dat het Ministerie van Financiën in 2006 aan uw kamer heeft verzonden¹. Wij zullen daarom het ministerie van Financiën en de Algemene Rekenkamer betrekken bij de verdere uitwerking, van dit beleid.

8. Concluderend

Wij zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van bepaalde vormen van zorg, niet van individuele zorgaanbieders. Wij zullen daarom niet langer steun verlenen om een faillissement te voorkomen, maar als *ultimum remedium* zorgen dat een tijdelijke vangnetstichting cruciale zorg kan doorleveren. Hierdoor worden alle partijen optimaal gepikkeld om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en zorgen wij ervoor dat burgers (via premie- of belastingmiddelen) niet opdraaien voor slecht (financieel) management van zorgaanbieders.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 25 268, nr. 42.