



Nederlandse
Zorgautoriteit

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

125452/177681

Onderwerp

Aanbevelingen monitor Risicoverkenning faillissementen in de zorg

Datum

21 mei 2015

Mevrouw de Minister,

Bijgaand treft u de Monitor Risicoverkenning faillissementen in de zorg aan.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzocht voor deze monitor de faillissementsrisico's bij zorgverzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg. Omdat er sprake is van een toenemende concentratie van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, inventariseerden we wat de kans is op een faillissement en wat de gevolgen daarvan (kunnen) zijn voor de toegankelijkheid van de zorg in beide markten. Andere zorgmarkten zijn niet onderzocht; het rapport is dan ook niet te beschouwen als een algemene analyse van faillissementsrisico's en de gevolgen daarvan in de zorg.

Uit de monitor blijkt dat er weinig risico's zijn voor de toegankelijkheid van zorg. Voor de meeste ziekenhuizen of zorgverzekeraars bestaat er geen probleem, omdat de kans dat zij failliet gaan klein is. Ook zijn de gevolgen van een eventueel faillissement vaak goed te overzien. Wel zien we vier aandachtsgebieden, te weten:

- het ontbreken van garanties voor hoogcomplex medisch specialistische zorg voor kleine groepen patiënten;
- in grensgebieden bestaat er weinig alternatief aanbod, waardoor bij een eventueel faillissement de toegankelijkheid van zorg in gevaar kan komen;
- het risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden tijdelijk onverzekerd zijn;
- mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij het faillissement van een regionaal dominante verzekeraar.

In het licht van deze aandachtsgebieden is de geconstateerde toename van de concentratie een punt van zorg.

We hebben de bevindingen van de risicoverkenning geconsulteerd bij het veld. De reacties uit de consultatieronde treft u aan in de bijlage.

Hieronder beschrijven wij de vier aandachtspunten en geven daarbij de belangrijkste reacties uit de consultatieronde. Tot slot vatten we de aanbevelingen kort samen.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
2 van 8

1. Risico's rondom complexe zorg

Als een ziekenhuis zou wegvallen, leidt dit in het algemeen niet tot grote problemen voor de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg. De toename van de reistijden is in het algemeen relatief beperkt: Voor de patiëntengroep met de meeste extra reistijd, neemt de reistijd gemiddeld 9 minuten toe. Voor alle andere patiëntengroepen neemt de reistijd gemiddeld minder toe.

Voor hoogcomplexe zorg met een laag volume kan de reistijd in sommige gevallen wel fors toenemen als een zorgaanbieder wegvalt. Dit wordt versterkt omdat zorgaanbieders aangeven dat zij deze hoogcomplexe zorg niet gemakkelijk kunnen overnemen van andere zorgaanbieders. Er zijn ook situaties denkbaar waarin het wegvallen van de aanbieder kan leiden tot het geheel verdwijnen van een zorgvorm of -functie uit Nederland. Een dergelijke situatie speelde toen het VU voor nieuwe transgenderpatiënten een wachtlijst invoerde nadat het overeengekomen volume was volgelopen. Er bleek geen goed alternatief in Nederland voorhanden met voldoende capaciteit.

Bij de consultatie heeft NFU aangegeven het risico voor de toegankelijkheid van hoogcomplexe zorg te herkennen. Zij gaven aan dat het probleem groter zou kunnen zijn dan uit de analyse van de NZa blijkt. Uit eigen onderzoek van de NFU 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 zijn niet (afzonderlijk) herkenbaar in de patiëntengroepen van de NZa-analyses. We gaan deze analyses nog verder uitdiepen zodat ook deelpopulaties zo veel mogelijk zichtbaar worden.

De NPCF geeft bovendien aan dat faillissementen nadelig zijn voor chronisch zieken omdat die relatief vaak een mobiliteitsprobleem hebben. De NPCF wil graag een signaleringskader voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de complexe zorg. Andere partijen, waaronder de NVZ, geven aan dat het zinvol is om te kijken naar minimumeisen voor toegankelijkheid van alle vormen van Zvw-zorg. Hierbij wordt aangegeven dat ook electieve laagcomplexe zorg toegankelijk moet blijven. Wij vinden ook dat laagcomplexe zorg toegankelijk moet zijn. Maatregelen hiervoor zijn op dit moment niet nodig. Wij zien op basis van onze analyses weinig risico's voor de continuïteit van laagcomplexe zorg.

Er zijn ook verschillende partijen die de problematiek van de complexe zorg kleiner vinden dan wij in het consultatiedocument schetsen. Zo houden wij in het onderzoek geen rekening met een eventuele doorstart van een marktpartij. In de consultatie wordt aangegeven dat een doorstart vaak een reële optie is, omdat anders kostbare infrastructuur verdwijnt die toch nodig is. Ook verzekeraars hebben in verband met hun zorgplicht meestal belang bij een doorstart (van een deel van de zorg). Een doorstart is daarom vaak een mogelijk scenario. Een doorstart hangt echter in hoge mate af van de omstandigheden van het geval en

de bereidwilligheid en mogelijkheden van de betrokken partijen. Dit betekent dat een doorstart vaak een onzeker scenario is. Daarom kijken wij in ons onderzoek naar de meest extreme situatie, namelijk het wegvallen van een marktpartij.

Kenmerk
125452/177681
Pagina
3 van 8

Bij de consultatie is er ook op gewezen om terughoudend te zijn bij het in stand houden van de bestaande infrastructuur voor complexe zorg. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat mensen voor complexe zorg vaak bereid zijn verder te reizen. Een toename van de reistijd is dan niet problematisch. Belangrijk hierbij is bovendien dat het borgen van de toegankelijkheid juist ten koste kan gaan van de betaalbaarheid en kwaliteit van complexe zorg. 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. Waar het gaat om de wachtlijsten en wachttijden, bekijken wij momenteel al hoe die nader kunnen worden ingevuld. Hiervoor is input vanuit het veld noodzakelijk om tot een invulling van die normen te kunnen komen.

Uit de analyses en de consultatiereacties is ons gebleken dat alleen op het niveau van de individuele faillissementscasus de continuïteit van zorg kan worden geborgd. Zo zijn de gevolgen voor reistijden per zorgvorm en de beschikbare alternatieve capaciteit in hoge mate afhankelijk van de lokale situatie. De bestaande regelgeving biedt hiervoor mogelijkheden. Het belangrijkste toezichtinstrument voor de NZa is het toezicht op de zorgplicht. Bij een dreigend faillissement van een zorgaanbieder, moet de zorgverzekeraar de continuïteit van zorg borgen. Dit gaat zowel om electieve als complexe zorg, voor de korte en middellange termijn. De NZa houdt er toezicht op of zorgverzekeraars deze taak goed uitvoeren. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan een goede informatieverstrekking aan consumenten. Uit de ervaring met eerdere (bijna-) faillissementen is gebleken dat dit toezicht effectief is.

Voor de zorgverzekeraars is een primaire rol weggelegd bij het signaleren en oplossen van problemen met de continuïteit van zorg. Het is van belang dat zorgverzekeraars de risico's voor de continuïteit van zorg in kaart brengen en indien nodig maatregelen treffen om die te borgen. Denk hierbij aan een early warning systeem en een draaiboek voor het geval een zorgaanbieder de zorg niet meer kan verlenen, bijvoorbeeld vanwege een faillissement. De NZa spreekt zorgverzekeraars via het toezicht op de zorgplicht aan op dit proactief handelen. De NZa is op grond van artikel 45 Wmg bevoegd om met het oog op de bevordering van de tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg zo nodig voor te schrijven dat afspraken gemaakt moeten worden in contracten. Die mogelijkheid om zo nodig voor te schrijven dat (bepaalde) vroegsignaleringsafspraken gemaakt moeten worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geldt voor vormen van zorg die een beschikbaarheidsbijdrage kunnen ontvangen.

We blijven de ontwikkelingen wat betreft hoogcomplexere zorg nadrukkelijk volgen vanuit onze rol bij het monitoren van zorgmarkten en specifiek onze taken op het gebied van de zorgplicht. De NZa zal u informeren als er aanvullende beleidsmaatregelen nodig zijn.

2. De risico's in dunbevolkte gebieden

In dunbevolkte gebieden zoals Zeeuws-Vlaanderen en Friesland zijn er vaak maar één of twee ziekenhuizen waar inwoners terecht kunnen. Deze dunbevolkte gebieden zijn vaak ook krimpregio's. Uit uw brief van 6 maart jl.¹ over deze krimpregio's blijkt dat hier ook een bijzondere problematiek speelt omdat de bevolking in het algemeen meer vergrijsd is. Dit leidt tot meer chronische aandoeningen. Hierdoor is er sprake van een andere zorgvraag in combinatie met een beperkt zorgaanbod. Wanneer een zorgaanbieder in deze regio's failliet gaat, vormt dit een risico voor de toegankelijkheid van zorg voor de inwoners van deze regio's.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
4 van 8

De NZa heeft recent (3 maart 2015²) een advies uitgebracht over de bekostiging van op zichzelf onrendabele zorgfuncties in dunbevolkte gebieden. Het ging specifiek om de functies SEH en acute verloskunde bij ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm en onvoldoende inkomsten hebben om deze functies rendabel te exploiteren. De NZa heeft daarbij aangegeven dat het door zorgverzekeraars laten betalen van deze functies kan leiden tot risicoselectie van verzekerden die aangewezen zijn op de genoemde ziekenhuizen. De NZa heeft geadviseerd om via de risicoverevening compensatie te bieden aan zorgverzekeraars voor de hogere kosten per verzekerde in deze gebieden. In samenhang met dit probleem hebben wij ook advies uitgebracht over de bekostiging van een ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden³. Ook voor deze functie hebben wij aangegeven dat compensatie via de risicoverevening wenselijk is om risicoselectie te voorkomen.

U geeft in uw brief van 6 maart 2015⁴ aan ervoor te kiezen de beschikbaarheidsbijdrage te behouden voor SEH en acute verloskunde en het gehanteerde criterium 'overmachtsituatie zorgverzekeraars' te schrappen. U zult de NZa daartoe een aanwijzing geven. Op deze manier wordt net als bij ons voorstel risicoselectie voorkomen.

Voor andere functies of zorgaanbieders in dunbevolkte gebieden is geen specifiek beleid voor het handhaven van de continuïteit van zorg. Zorgverzekeraars zijn vanwege hun zorgplicht verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg, ook in deze krimpregio's. Wij zullen in het kader van de zorgplicht erop toezien dat de continuïteit van zorg in dunbevolkte gebieden voldoende geborgd blijft. We blijven de ontwikkelingen in dunbevolkte gebieden nadrukkelijk volgen vanuit onze rol bij het monitoren van zorgmarkten en specifiek onze taken op het gebied van de zorgplicht. De NZa zal u informeren als er aanvullende beleidsmaatregelen nodig zijn.

¹ Brief van de minister aan de tweede kamer van 6 maart 2015, kenmerk 728266-133506-CZ

² Brief van de NZa aan de minister van 3 maart 2015, kenmerk 0117759/0166278

³ Brief van de NZa aan de minister van VWS van 3 maart 2015, met kenmerk 0117759/0166278.

⁴ Brief van de minister aan de tweede kamer van 6 maart 2015, kenmerk 728266-133506-CZ

3. De financiële afhankelijkheid van zorgaanbieders

De kans op financiële problemen bij aanbieders van medisch specialistische zorg is weliswaar beperkt, maar aanwezig. Dit blijkt uit het feit dat recent twee faillissementen zijn uitgesproken over ziekenhuizen. Daarnaast blijkt uit financiële informatie uit de marktscan Medisch Specialistische Zorg 2013 dat er een groep ziekenhuizen is met een current ratio (gemiddelde liquiditeit) kleiner dan 1 in 2012. Dit betekent dat die ziekenhuizen een liquiditeitstekort hadden.

Kenmerk
125452/177681
Pagina
5 van 8

Ziekenhuizen zijn daarnaast in sterke mate afhankelijk van financiering door één of enkele zorgverzekeraars. De oorzaak daarvan ligt in lange doorlooptijden van zorgproducten en afhankelijkheid van financiering van het onder handen werk door de zorgverzekeraars. Wanneer een regionaal dominante zorgverzekeraar failliet gaat, kan deze afhankelijkheid leiden tot liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders in die regio. De afhankelijkheid is, mede als gevolg van de hoge concentratie op de zorgverzekeringsmarkt zo groot geworden dat hier nauwelijks nog gesproken kan worden van een normaal bedrijfsrisico. Dit geldt vooral in regio's met een zeer sterke dominante zorgverzekeraar, zoals in Friesland.

Uit de consultatie blijkt dat zorgaanbieders met name de afhankelijkheid van enkele grote zorgverzekeraars als risico voor financiering zien. De NVZ noemt een garantiefonds voor zorgaanbieders als mogelijke oplossing. Echter, naar onze mening neemt een garantiefonds in belangrijke mate de prikkel weg om zelf financiële problemen koste wat kost te voorkomen. Het bestuur van zorgaanbieders wordt hiermee onvoldoende gedisciplineerd om zich maximaal in te spannen om zelf de continuïteit te borgen. Daarbij maakt een degelijk financieel beleid een inherent deel uit van de reguliere bedrijfsvoering. Er zijn in de markt andere oplossingen om problemen te voorkomen. Denk daarbij aan verzekering van openstaande vorderingen. Dit zijn maatregelen die aanbieders zelf kunnen en vanuit hun bijzondere taak misschien wel moeten nemen.

De lange doorlooptijd van behandelingen in de curatieve zorg en de afhankelijkheid van financiering door zorgverzekeraars zijn wel punten die bij de doorontwikkeling van de bekostiging van de zorg aandacht nodig hebben. Vorig jaar zijn hiertoe de doorlooptijden van zorgproducten ingekort, zodat zorgaanbieders eerder kunnen declareren. Wij adviseren u de doorlooptijd van behandelingen en de afhankelijkheid van financiering voor zorgaanbieders als aandachtspunt bij uw (bekostigings-)beleid mee te blijven nemen. Van belang is dat nieuw beleid de afhankelijkheid van financiering niet vergroot en de liquiditeit niet schaadt.

4. Onverzekerd raken bij faillissement verzekeraar

Voor zorgverzekeraars is de kans op een faillissement door verschillende institutionele factoren (toezicht, risicoverevening, beperkt debiteurenrisico) erg klein, maar wel aanwezig. Ook bij een faillissement zijn de risico's vrij beperkt. Uit onze analyses blijkt dat zorgverzekeraars voldoende flexibel zijn, en op basis van de huidige solvabiliteitscijfers voldoende vermogen hebben om de verzekerden van de failliete zorgverzekeraar over te nemen.

Wanneer een zorgverzekeraar failliet gaat, worden de verzekerden niet automatisch bij een andere zorgverzekeraar verzekerd. Verzekerden hebben na het onverzekerd raken maximaal een maand de tijd om zich elders met terugwerkende kracht te verzekeren. Wanneer zij na een maand nog steeds onverzekerd zijn treedt de nieuwe zorgverzekering niet meer met terugwerkende kracht in werking en blijven zij een periode onverzekerd. Het Zorginstituut neemt maatregelen om verzekerden op hun verzekeringsplicht te wijzen. Na negen maanden (niet eerder) sluit het Zorginstituut een verplichte verzekering voor de persoon in kwestie af. Deze verzekering kent geen terugwerkende kracht. Een verzekerde zit een jaar vast aan de namens hem afgesloten verzekering, tenzij binnen twee weken na het ingaan een andere verzekering wordt afgesloten. In het jaar waarin de verplichte verzekering geldt, betaalt een consument niet de premie van de verzekeraar maar een bestuursrechtelijke premie. Deze premie ligt meestal hoger dan de gebruikelijke premie.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
6 van 8

De NZa constateert een risico dat een groep consumenten zich abusievelijk niet tijdig verzekert. Zeker gezien de korte termijn die zij hebben om een zorgverzekering met terugwerkende kracht in te laten gaan. Consumenten kunnen daardoor financieel grote risico's lopen wanneer zij zorg nodig hebben. Omdat de zorgverzekeraar die failliet gaat behoorlijk groot kan zijn, gaat het ook bij een relatief klein deel van de verzekerden al gauw om een groot aantal mensen dat zich (abusievelijk) niet op tijd verzekert.

De reacties uit de consultatie waren op dit punt wisselend. Sommige partijen vinden dit risico meevallen, andere onderschrijven deze conclusie. Waar de ene partij adviseert om niet op voorhand een automatische verzekering te regelen, wordt dit door één zorgverzekeraar juist als expliciete optie genoemd.

De NZa vindt dat het belang van de consument voorop moet staan. Onnodige risico's voor de consument moeten worden voorkomen. Automatische verzekering na een faillissement is daartoe een relatief eenvoudig en effectief instrument. We realiseren ons dat dit een uitzondering is op het systeem waarin consumenten zelf verplicht zijn zich te verzekeren. Echter, de risico's voor de consument en het feit dat het eindigen van een verzekering buiten de schuld van de verzekeringnemer is, rechtvaardigen naar onze mening een uitzondering. Een vergelijkbaar systeem bestaat op dit moment al op de energiemarkt. We wijzen er bovendien op dat het Zorginstituut voor onverzekerden nu ook al na negen maanden een automatische verzekering toepast.

Wel moeten consumenten dan eerst zelf de mogelijkheid hebben zich te verzekeren. Wij adviseren u daarom de wettelijke mogelijkheid van automatische verzekering na een faillissement verder uit te werken, voor alle verzekerden die na een maand zelf nog geen zorgverzekering hebben afgesloten. Het is overigens niet logisch om ook een verhoogde bestuursrechtelijke premie te hanteren na een faillissement, zoals wel gebruikelijk is als een persoon zich onder andere omstandigheden niet verzekert.

Hoge concentratie op de onderzochte markten

Zoals blijkt uit de risicoverkenning is er sprake van concentratie bij zorgverzekeraars en bij aanbieders van medisch specialistische zorg. In de zorgverzekeringsmarkt bedienen vier zorgverzekeringsconcerns bijna 90% van de markt⁵ en in de medisch specialistische zorg zien we een afname van het aantal zelfstandige ziekenhuizen⁶.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
7 van 8

In beide markten neemt ook het financiële risico voor organisaties toe: aan de verzekeraarskant door het afbouwen van de zogeheten *ex post* compensatie. In de ziekenhuiszorg door het in 2012 ingevoerde bekostigingsstelsel waarin, anders dan vroeger, meer concurrentie mogelijk is en door de afschaffing van het steunbeleid ook sneller faillissementen kunnen plaatsvinden. Een risico van concentratie van het zorgaanbod kan daarnaast zijn dat er aanmerkelijke marktmacht ontstaat, waardoor de prijzen kunnen stijgen zonder dat daar meer kwaliteit van zorg tegenover staat. In deze monitor heeft de NZa niet onderzocht in hoeverre er sprake is van aanmerkelijke marktmacht.

In uw brieven aan de Tweede Kamer van 6 februari 2015⁷ (kwaliteit loont) en 6 maart 2015 over de curatieve zorg in krimpregio's, geeft u aan geen voorstander te zijn van concentratie tenzij dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van de zorg. In de brief kwaliteit loont geeft u aan dat slechts bij 5-10% van de concentraties kwaliteit de reden is voor de concentratie.

Op grond van de bevindingen uit de risicoverkenning constateren wij dat de toenemende concentratie een punt van zorg is. Door de voortgaande concentratie kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zo groot worden dat zij niet meer gemist kunnen worden. In dat geval kan de overheid mogelijk gedwongen zijn in te grijpen bij financiële problemen om zo de toegankelijkheid van zorg te kunnen borgen. Het overeind houden van falende organisaties kost de maatschappij in potentie veel geld. Dit houdt een risico in voor de publieke belangen. Deze conclusie wordt bij de consultatie herkend. Zo roept de NPCF op tot maatregelen om verdere concentratie te voorkomen. Wij vinden het van belang dat bij de zorgspecifieke fusietoets bovendien getoetst kan worden op de effecten op de publieke belangen. Zie hiervoor ook ons positionpaper van april 2015⁸.

Het verdient aanbeveling dat de risico's bij faillissementen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars nauwgezet worden gevolgd. Wij hebben daarom het voornemen om dit onderzoek binnen een periode van drie jaar, of eerder wanneer de marktomstandigheden daar om vragen, te herhalen.

⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

⁶ Ook relevant is dat voor de helft van de patiënt hoofdgroepen de marktleider een gewogen gemiddeld marktaandeel heeft van ruim 50%.

⁷ Brief van de minister aan de tweede kamer van 6 februari 2015, kenmerk 723296-133115-Z

⁸ Positionpaper 'werking van het zorgstelsel', Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), april 2015

Aanbevelingen

Resumerend adviseren wij u om:

- bijzondere aandacht te blijven besteden aan de continuïteit van zorg in de krimpregio's en de verantwoordelijkheid en mogelijkheid van zorgverzekeraars om de toegankelijkheid te garanderen.
- bijzondere aandacht te blijven besteden aan de continuïteit van hoogcomplexe zorg en de verantwoordelijkheid en mogelijkheid van zorgverzekeraars om de toegankelijkheid te garanderen.
- de doorlooptijd van behandelingen en de financiële afhankelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgaanbieders als expliciet aandachtspunt mee te blijven nemen in uw (bekostiging)beleid
- de mogelijkheid van een automatische verzekering na een faillissement verder uit te werken als instrument om te voorkomen dat individuele consumenten als gevolg van een faillissement van hun zorgverzekeraar in financiële problemen komen.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
8 van 8

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Bijlagen

1. Eindrapport risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen
2. Openbare Consultatieronde

Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen

De effecten van concentratie van ziekenhuizen
en zorgverzekeraars voor de toegankelijkheid
van zorg

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Problematische marktconcentraties in de zorg?	12
1.2 Afbakening onderzoek	14
1.3 Leeswijzer	15
2. Analyse zorgverzekeringsmarkt	17
2.1 Inleiding en leeswijzer	17
2.2 Opzet analyse	17
2.3 De kans dat een zorgverzekeraar wegvalt	18
2.3.1 Het vermogen	18
2.3.2 Inkomstenstroom biedt zekerheid voor zorgverzekeraars	19
2.3.3 Kosten van zorgverzekeraars zijn redelijk voorspelbaar	20
2.3.4 Verzekerdenverlies is risico voor kleine zorgverzekeraars	20
2.3.5 Belangrijke risico's: stelselwijzigingen en schoksgewijze externe effecten	21
2.3.6 De praktijk van de afgelopen jaren	22
2.3.7 Deelconclusie	23
2.4 De gevolgen van een wegvallende zorgverzekeraar	23
2.4.1 Gevolgen voor de solvabiliteit	23
2.4.2 Absorptievermogen	24
2.4.3 Wat gebeurt er met de financiering van lopende behandelingen als een zorgverzekeraar wegvalt?	27
2.5 Gevolgen voor verzekerden: toegang tot de zorgverzekering na faillissement	29
2.6 Conclusies	31
3. Medisch specialistische zorg	33
3.1 Inleiding en leeswijzer	33
3.2 Opzet analyse	34
3.3 De kans op een faillissement van een aanbieder van Medisch specialistische zorg	34
3.3.1 Financiële situatie zorgaanbieders	34
3.3.2 Risico's voor faillissement	36
3.3.3 Deelconclusie kans op faillissement	38
3.4 Concentratie op de markt voor Medisch specialistische zorg	39
3.4.1 Gewogen marktaandeel van zorgaanbieders per patiënthoofdgroep	39
3.4.2 Specialisatie-index Nederlandse ziekenhuizen	42
3.4.3 Waarom concentreren aanbieder van MSZ	46
3.4.4 Deelconclusie	46
3.5 De gevolgen van een faillissement van een aanbieder van Medisch Specialistische Zorg	47
3.5.1 Extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd per patiëntgroep	47
3.5.2 Aantal alternatieve zorgaanbieders binnen 30 minuten reistijd per patiëntgroep	52
3.5.3 Interviews	54
3.6 Conclusie	55

4. Conclusies en discussie	59
Bijlage 1. Vragenlijsten interviews	63
Bijlage 2. Analyse van de relatie tussen financiële prestatie en schaal	67
Bijlage 3. Uitleg van de specialisatie-index en een voorbeeld	73
Bijlage 4. Reistijden	75
Bijlage 5. Bronnen en methoden	83
Bijlage 6. Openbare consultatieronde	85

Vooraf

Voor u ligt een risicoverkenning met betrekking tot concentratie van marktpartijen in de gezondheidszorg. Aanleiding voor ons was de notie dat de concentratie van marktpartijen blijft toenemen, terwijl tegelijkertijd de financiële risico's meer en groter worden.

Als marktmeester kijken wij structureel naar de ontwikkeling van zorgmarkten. Zo hebben we recent aangekondigd nader te kijken naar de werking van de verzekeringsmarkt¹ en hebben we vorig jaar een rapportage uitgebracht over de continuïteit van langdurige zorg naar aanleiding van de hervormingen.² Dit rapport past ook in deze lijn van onderzoeken en was dan ook opgenomen in ons werkprogramma 2014.

In dit geval hebben we eerst een kwalitatief onderzoek gedaan, gericht op het inschatten van risico's van faillissementen in de nabije toekomst. Zodat we eventuele problemen tijdig kunnen signaleren en waar nodig verdiepend en gericht kwantitatief onderzoek kunnen doen. Of maatregelen kunnen treffen/adviseren om ongewenste effecten van faillissementen te voorkomen of tegen te gaan.

We beseffen ons dat een faillissement vaak ernstige gevolgen kan hebben voor betrokkenen. Vanwege onze rol zijn deze specifieke consequenties geen onderdeel van de analyses. Onze conclusies zijn erop gericht de algemene toegankelijkheid van zorg te waarborgen, wanneer deze eventueel in het geding komt door een faillissement.

Bij ons onderzoek hebben we via interviews en doormiddel van een consultatie dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en ideeën die leven in het werkveld. We willen eenieder die heeft bijgedragen aan dit onderzoek hartelijk danken voor hun inbreng.

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

¹ Brief aan de minister van VWS, 8 december 2014, 'Aandachtspunten toezicht zorgverzekeraars'. De brief terug te vinden via: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-onderzoekt-ontwikkelingen-zorgverzekeringsmarkt/>.

² Monitor en beleidsbrief Continuïteit van Langdurige Zorg, 4 juni 2014, terug te vinden via <http://www.nza.nl/95832/voorlopig-voldoende-zorg-beschikbaar-voor-bewoners-AWBZ-instellingen>.

Managementsamenvatting

Wat gebeurt er als een grote zorgaanbieder of zorgverzekeraar failliet gaat? Blijft de zorg dan nog wel toegankelijk? De combinatie van toenemende concentratie van organisaties in de zorg met toenemende bedrijfsrisico's, was aanleiding voor de NZa voor deze risicoverkenning van faillissementen in de zorg. Deze rapportage past in een reeks van onderzoeken van de NZa naar de werking van het stelsel.

We hebben specifiek gekeken naar de markten voor medisch specialistische zorg en voor zorgverzekeringen.³ Deze markten staan in deze risicoverkenning centraal omdat de maatschappelijke discussie zich vooral hierop richt. Bovendien doet de geschetste ontwikkeling naar schaalvergroting zich sterk voor op deze twee markten. In de zorgverzekeringmarkt bedienen vier verzekeringsconcerns bijna 90% van de markt⁴ en in de medisch specialistische zorg zien we een sterke afname van het aantal zelfstandige ziekenhuizen. In beide markten neemt ook het financiële risico voor organisaties sterk toe: aan de verzekeraarskant door het afbouwen van de zogeheten *ex post* compensatie. In de ziekenhuiszorg door het in 2012 ingevoerde bekostigingsstelsel waarin, anders dan vroeger, meer concurrentie mogelijk is en voor het eerst ook faillissementen kunnen plaatsvinden.

We hebben de risico's van deze ontwikkelingen geconcretiseerd door te kijken naar de kwalitatieve kans dat een faillissement zich voordoet en het mogelijke effect daarvan. Een faillissement van een onderneming heeft voor de direct betrokken medewerkers, leveranciers en cliënten vaak negatieve gevolgen. In onze analyses stellen wij echter de algemene toegankelijkheid van zorg voor consumenten centraal en zolang die niet in het gedrang komt zijn de gevolgen van een faillissement, binnen het huidige stelsel, acceptabel.

Kans op faillissement zorgverzekeraar zeer klein

Op de verzekeraarsmarkt kunnen we stellen dat de kans dat een faillissement zich voordoet klein is. Ten eerste omdat de bedrijfsresultaten en de vermogenspositie van alle bestaande partijen goed zijn. Daar komt ook bij dat de risico's die deze partijen lopen relatief klein zijn. De belangrijkste risico's die naar voren komen uit interviews en analyses zijn stelselwijzigingen en eventueel gebrekkige compensatie via de *ex ante* verevening. Deze twee aspecten kunnen overigens pas een probleem worden bij de (verdere) afbouw van de *ex post* risicoverevening. De risico's voor kleine verzekeringsconcerns zijn groter dan voor grote verzekeringsconcerns.

Faillissement (grote) zorgverzekeraar kan toegankelijkheid van zorg verminderen

De gevolgen van een faillissement van een zorgverzekeraar zijn wisselend. Het faillissement van een klein verzekeringsconcern zal naar verwachting met de bestaande mechanismen te ondervangen zijn. Het faillissement van één van de vier grote verzekeringsconcerns zal tot veel meer problemen leiden. In dit geval zien wij twee grote problemen: de afhankelijkheid van zorgaanbieders van de financiering van onder handen werk door zorgverzekeraars. Dit kan betekenen dat bij een

³ In dit rapport beperken we ons tot de basisverzekering van de Zvw. Aanvullende ziektekostenverzekeringen blijven buiten beschouwing.

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Zorgverzekeringmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

faillissement van een zorgverzekeraar ook de continuïteit van ziekenhuizen⁵ in het geding komt. Ten tweede zien wij het als mogelijkheid dat door een faillissement een groot aantal verzekerden een periode onverzekerd is en daarom tijdelijk geen toegang tot zorg heeft.

Kans op faillissement aanbieders medisch specialistische zorg is klein maar reëel

De kans op een faillissement voor een aanbieder van medisch specialistische zorg is in zijn algemeenheid eveneens klein. Echter, op deze markt achten wij incidentele faillissementen een reëel risico. Onder andere op basis van de praktijk: op deze markt zijn recent twee faillissementen geweest. Ook zien we in de financiële cijfers meer risico's: er bestaat een aantal marktpartijen met een liquiditeit lager dan 1, alhoewel daarmee niet gezegd is dat deze partijen failliet gaan. Eveneens signaleren we een afnemende rentabiliteit. In dit kader is ook van belang dat er anders dan bij zorgverzekeraars, geen publiekrechtelijk financieel toezichthouder bestaat op zorgaanbieders van medisch specialistische zorg.

Naast de huidige stand van zaken hebben we ook een aantal risico's in de nabije toekomst waargenomen. Ten eerste kan de omvang van het aantal behandelingen afnemen, door substitutie van zorg naar de eerstelijns en doordat zorgverzekeraars selectiever gaan inkopen. Andere risico's zijn de druk op de tarieven in de zorg en de toenemende kwaliteits- en volume-eisen waar zorgaanbieders aan moeten voldoen. Ook mismanagement (bijvoorbeeld foute investeringsbeslissingen, zoals bij ICT, verbouw en nieuwbouw) vormt een bedrijfsrisico voor ziekenhuizen. Tot slot kan toepassing van het macrobeheersingsinstrument (MBI) een risico betekenen voor ziekenhuizen.

We zien in de belangrijkste financiële kengetallen geen verschillen tussen kleine zorgaanbieders en grote zorgaanbieders.

Gevolgen faillissement zorgaanbieder: voor de meeste zorg binnen 10 minuten een alternatief

De gevolgen van een faillissement van een aanbieder van medisch specialistische zorg zijn voor de meeste patiënten behapbaar. De NZa concludeert dit aan de hand van interviews en reistijdanalyses. Bij de patiëntengroep met de langste reistijd is op gemiddeld 9,2 minuten een alternatieve zorgaanbieder die zorg biedt voor deze patiëntengroep.⁶ Voor andere patiëntengroepen ligt de gemiddelde reistijd lager. Deze resultaten variëren wel per regio en per individuele patiënt. Ook geven zorgaanbieders aan in veel gevallen zorg over te kunnen nemen van een andere partij bij een eventueel faillissement. Een uitzondering zijn meer complexe vormen van zorg. Deze zorgvormen kunnen moeilijk door andere partijen overgenomen worden.

⁵ Op veel markten bestaan zorgaanbieders die al dan niet bewust zonder contract werken. Bij ziekenhuizen is dat veel minder het geval, onder andere vanwege de behoefte aan liquiditeitsafspraken.

⁶ We zijn uitgegaan van het aanbieden van soortgelijke DBC's. Het was voor ons niet mogelijk om te onderzoeken of exact dezelfde zorg en expertise aanwezig is bij het alternatief.

Risico's in dunbevolkte gebieden en bij hoog complexe zorg met laag volume

In de gebieden Zeeuws Vlaanderen, Waddeneilanden en Friesland moeten patiënten relatief ver reizen naar een alternatieve aanbieder⁷. De minister gaf eerder al aan dat het steeds duidelijker wordt dat er in kleine ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden een spanningsveld ontstaat tussen het voldoen aan volumennormen, kwaliteitsnormen enerzijds en bereikbaarheid anderzijds⁸. Wij vinden in onze analyse terug dat patiënten in dunbevolkte gebieden relatief ver reizen. Verder blijkt dat hoog complexe zorg voor andere aanbieders vaak moeilijk over te nemen is. Aangezien, wat de medisch specialistische zorg betreft, alleen overheidsgaranties bestaan voor SEH en acute verloskunde, kan de continuïteit van deze zorg bij een faillissement problematisch zijn.

Samenvattend hebben we vastgesteld dat marktconcentraties aan zowel de verzekeraars- als aanbiederskant een beperkt aantal risico's kennen voor de toegankelijkheid van zorg. Voor de meeste ziekenhuizen of zorgverzekeraars bestaat er geen probleem, omdat de kans dat zij failliet gaan klein is. Ook zijn de gevolgen vaak goed te overzien. Er zijn vier aandachtsgebieden, te weten:

- Het ontbreken van garanties voor hoog-complexe, laag volume medisch specialistische zorg.
- Het risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn.
- Mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij het faillissement van een regionaal dominante verzekeraar.
- In dunbevolkte gebieden bestaat er weinig alternatief aanbod, waardoor bij een faillissement de toegankelijkheid van zorg in gevaar kan komen.

In het licht van deze aandachtsgebieden is de geconstateerde toename van de concentratie een punt van zorg.

⁷ Daarbij moet worden aangetekend dat een deel van de patiënten uit Zeeuws Vlaanderen wellicht ook een Belgisch ziekenhuis bezoekt.

⁸ Brief aan de Tweede Kamer 'Curatieve zorg in krimpregio's' van 6 maart 2015.

1. Inleiding

De omvang van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de afgelopen jaren toegenomen. Net als in de financiële sector speelt in de gezondheidszorg dan ook discussie over de vraag of zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet té groot worden.⁹

Wat gebeurt er als een grote zorgaanbieder of zorgverzekeraar failliet gaat? Blijft de zorg dan nog wel toegankelijk?

Als marktmeester kijken wij structureel naar de ontwikkeling van zorgmarkten. Zo hebben we recent aangekondigd nader te kijken naar de werking van de verzekeringsmarkt¹⁰ en hebben we vorig jaar een rapportage uitgebracht over de continuïteit van langdurige zorg naar aanleiding van de hervormingen.¹¹ Dit rapport past in deze lijn van onderzoeken en was dan ook opgenomen in ons werkprogramma 2014.

In deze risicoverkenning zoomen we in op de risico's van 'problematische marktconcentraties' in de ziekenhuissector en bij zorgverzekeraars. Met een problematische marktconcentratie bedoelen we in deze risicoverkenning dat het wegvallen¹² van één organisatie negatieve gevolgen heeft voor de algemene toegankelijkheid van zorg, op de korte en lange termijn. In de financiële sector wordt dit fenomeen 'too big to fail' genoemd. (De precieze definitie staat op pagina 13)

Het is overigens niet op voorhand zo dat concentratie van marktpartijen slecht is voor de prijs en kwaliteit van zorg die consumenten ontvangen. Zo is in de ziekenhuiszorg het voldoen aan specifieke kwaliteits- en/of volumenormen een bewust doel van concentratie. Voor zorgverzekeraars kan schaalgrootte een manier zijn om de financiële stabiliteit van het concern te vergroten en risico's te spreiden. Dit kan een positief effect hebben op de zorgpremies en/of kwaliteit. Maar ook in het geval dat concentratie voordelen heeft voor de prijs en kwaliteit van dienstverlening, is er een risico dat het verschijnsel 'too big to fail' kan optreden.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van mogelijke problematische marktconcentraties in de ziekenhuiszorg en bij zorgverzekeraars, en de mogelijke effecten daarvan voor de toegankelijkheid van de zorg bij een eventueel faillissement. Hierbij is van belang dat een partij die daadwerkelijk 'too big to fail' is in principe niet kan verdwijnen. We identificeren een dergelijke partij wel door te kijken naar de toegankelijkheid van zorg, op het moment dat deze partij wegvalt.

⁹ Voor discussie over ziekenhuizen, zie onder andere het artikel 'Nieuwe Koningen in de Zorg', NRC Handelsblad, 25 oktober 2014. Voor discussie over verzekeraars en ziekenhuizen, zie onder het artikel: 'Verzekeraars te groot geworden om niet te redden', NRC Handelsblad, 9 november 2013.

¹⁰ Brief aan de minister van VWS, 8 december 2014, 'Aandachtspunten toezicht zorgverzekeraars'. De brief terug te vinden via: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-onderzoekt-ontwikkelingen-zorgverzekeringsmarkt/>.

¹¹ Monitor en beleidsbrief Continuïteit van Langdurige Zorg, 4 juni 2014, terug te vinden via <http://www.nza.nl/95832/voorlopig-voldoende-zorg-beschikbaar-voor-bewoners-AWBZ-instellingen>.

¹² We bedoelen het verdwijnen van het aanbod dat deze organisatie biedt. Niet het verder gaan van het aanbod en/of de organisatie in een andere vorm.

In de consultatie is aangegeven dat voor patiënten met mobiliteitsproblemen een probleem vormen, ook al lijkt de extra reistijd beperkt. Bij het omvallen van een zorgorganisatie is het ook mogelijk dat de relatie tussen arts en patiënt komt te vervallen en dat de patiënt moet investeren in een nieuwe vertrouwensrelatie. Deze en mogelijke andere effecten zijn moeilijk te kwantificeren, maar daarom niet minder belangrijk.

De kwantitatieve analyses die in dit rapport worden gepresenteerd richten zich op toegankelijkheid van zorg in termen van reistijd en alternatieve aanbieders. Andere gevolgen kan de NZa niet (getalsmatig) in beeld brengen. Meerdere partijen hebben in de consultatieronde aangegeven graag een nadere specificering of kwantificering van de risico's te zien. De NZa heeft bij het schrijven van deze verkenning echter moeten concluderen dat het kwantificeren van faillissement risico's onmogelijk is. Wel brengen we kwalitatief in kaart wat het effect is van het omvallen van marktpartijen. Daarbij moet opgemerkt worden dat het gaat om een eerste analyse. De NZa onderschrijft het standpunt dat aanvullende informatie waardevol zou kunnen zijn. Waar mogelijk zullen we in de toekomst de risico's beter kwantificeren.

1.1 Problematische marktconcentraties in de zorg?

Wanneer is een concentratie problematisch in de zorg? Om de risico's van marktconcentraties te kunnen signaleren is het ten eerste van belang om het verschijnsel 'too big to fail' beter te begrijpen.

'Too big to fail' heeft ten eerste te maken met de absolute omvang van een marktpartij. Als een grote partij verdwijnt, dan kunnen anderen niet (direct) haar dienstverlening overnemen. Ook de verwevenheid met andere organisaties speelt een rol: door het verdwijnen van een partij kunnen anderen hun werk niet meer goed doen. Of zij worden gedwongen tot het maken van hoge kosten. Deze extra kosten worden vervolgens doorberekend in de prijzen voor producten, of opgebracht met behulp van overheidssteun. Via deze weg worden de extra kosten uiteindelijk op de consument/belastingbetaler afgewenteld.

Sterk gerelateerd aan het begrip 'too big to fail' is het begrip 'too lonely to fail'. Als er in een markt of regio slechts één aanbieder is (hoe groot of klein ook) en die valt weg, dan ontstaat er een probleem. Het gaat dus niet alleen om de absolute omvang van een marktpartij, maar ook om de omvang in relatie tot de relevante markt die een partij bedient.

Een paradoxaal verschijnsel is dat vaak getracht wordt met een fusie een faillissement te voorkomen. Dit betekent op de korte termijn dat de negatieve gevolgen van een faillissement niet optreden. Tegelijkertijd zijn de risico's van het faillissement van een fusie-organisatie groter.

Een faillissement kan voorkomen zonder de publieke belangen te schaden. In twee situaties komen de publieke belangen wel in het geding:

- Dat consumenten, door het faillissement van een organisatie, op korte termijn een dienst niet meer kunnen ontvangen bij de wegvallende organisatie, maar ook niet bij een ander vanwege een gebrek aan aanbod.
- Een mogelijk domino-effect waarbij het wegvallen van een marktpartij andere marktpartijen in gevaar brengt en daarmee de stabiliteit van een stelsel ondergraaft.

Uiteraard is de veronderstelling bij deze twee effecten dat de betreffende dienst uit het oogpunt van de publieke belangen altijd beschikbaar moet

zijn. Is dit niet het geval, dan verdwijnt slechts een (type) dienst waar geen behoefte aan is.¹³

Zorgplicht dempt effecten problematische marktconcentratie

Deze effecten vertalen zich in een nieuwe situatie waarin ofwel het aanbod van een dienst niet langer bestaat, of het niet tegen marktconforme kosten kan worden aangeboden. In veel markten zal de laatste variant ook leiden tot het wegvallen van aanbod. Als we echter specifiek naar de zorg kijken, dan geldt dit risico in mindere mate. Zorgverzekeraars hebben immers voor de zorg die onder de basisverzekering valt een zorgplicht. Daarom zal eerder het probleem van niet-concurrerende kosten bij het (verplicht) voort laten bestaan van zorgaanbod overheersen. Deze kosten worden indirect door consumenten betaald in de vorm van hogere premies¹⁴.

Vanwege de problemen met de dienstverlening aan burgers kan de overheid ingrijpen op het moment dat een cruciale marktpartij van de markt verdwijnt of dreigt te verdwijnen. Vanzelfsprekend is dat aan die interventie ten grondslag ligt dat de overheid van mening is dat de desbetreffende dienst respectievelijk het stelsel voor (al haar) burgers beschikbaar dient te zijn.

Het beleid van de centrale overheid gaat er vanuit dat niet wordt geïntervenieerd bij een faillissement van een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht¹⁵ voor hun verzekerden. Dit houdt in dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat consumenten hun aanspraak op zorg kunnen verzilveren waar nodig. De overheid zal zorgverzekeraars bovendien aanspreken op het nakomen van hun zorgplicht. De centrale overheid intervenueert sneller bij de zogeheten cruciale zorg, waarvoor is vastgelegd dat deze binnen een bepaalde tijd bereikbaar dient te zijn.¹⁶ Ook zien we in de praktijk wel eens dat lokaal bestuur een zorgaanbieder te hulp schiet. Bij zorgverzekeraars is er sprake van actief toezicht van DNB op de continuïteit van de verzekeringsconcerns.

Overheidsinterventies

Logischerwijs is een interventie niet nodig als een markt(partij) goed functioneert. Dit is meestal het geval. Het druist bovendien niet per definitie tegen de publieke belangen in als een marktpartij verdwijnt of een doorstart maakt. Een faillissement kan immers ook aangeven dat de betreffende organisatie geen zelfstandig bestaansrecht heeft. Bijvoorbeeld omdat er te weinig vraag is naar de aangeboden diensten of omdat er overcapaciteit in de markt bestaat. Door het verdwijnen ontstaat bovendien ruimte voor een nieuwe dienstverlener die mogelijk wel de gewenste prijs/kwaliteit kan bieden. Daar komt bij dat de dreiging van een mogelijk faillissement marktpartijen kan prikkelen tot goede

¹³ Bij zorg opgenomen in de basisverzekering is dit echter zelden het geval.

¹⁴ Premies moet in dit geval breder opgevat worden dan alleen de nominale premie. Ook het inkomensafhankelijke deel van de premie dekt deze kosten.

¹⁵ Zie ook de NZa-beleidsregel "toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw", met nummer TH/BR-018. De formele definitie van de zorgplicht is daarin vastgelegd: Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

¹⁶ De minister kan een vangnetstichting oprichten om de continuïteit van als cruciaal aangewezen zorg te borgen, als deze zorg bijvoorbeeld door een faillissement van een zorgaanbieder niet meer binnen de bereikbaarheidsnorm beschikbaar zou zijn. Dit wordt alleen gedaan als een zorgverzekeraar door overmacht de zorgplicht niet kan nakomen. De minister kan ook middelen toekennen aan de vangnetstichting ten behoeve van de continuïteit. Dit gebeurt dan in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage.

(financiële) prestaties. De mogelijkheid van een faillissement heeft in theorie een disciplinerende werking. Die mogelijkheid moet dan wel reëel zijn en bij zeer grote marktconcentraties is dat niet altijd het geval.

Faillissementen hebben op lokaal niveau uiteraard verstrekkende negatieve gevolgen voor betrokken medewerkers, leveranciers en cliënten. Dit geldt temeer als het faillissement onverwacht plaatsvindt. Er zijn wel waarborgen om de negatieve gevolgen voor betrokkenen te beperken. Het faillissementsrecht biedt waarborgen voor de betrokken schuldeisers. Het arbeidsrecht voorziet in bescherming van de werknemersbelangen. Het consumentenbelang wordt echter niet beschermd door deze algemene wetgeving. Daarom is specifiek voor de zorg voorzien in enkele aanvullende voorliggende maatregelen om negatieve effecten van faillissementen te beperken. Relevante waarborgen in dit kader zijn bijvoorbeeld: de zorgplicht van verzekeraars (voor de zorg in het basispakket), een vangnetregeling voor het beschikbaar houden van cruciale zorg en toezicht op aanmerkelijke marktmacht en mededinging.¹⁷

Bij de keuze voor een eventuele overheidsinterventie speelt ook mee dat ingrijpen kostbaar is. Tot slot is van belang dat zowel in de politiek¹⁸ als in de wetenschap overheidsingrijpen in veel gevallen als onwenselijk wordt beschouwd en vaak alleen geschikt wordt bevonden als ultimum remedium.

Kortom, alleen als een individueel probleem een onacceptabel negatief effect heeft op de publieke belangen (algemeen) is een overheidsinterventie te overwegen. De invulling van het begrip 'onacceptabel' is in veel gevallen een open norm.¹⁹ De vraag of er sprake is van een onacceptabel negatief effect hangt dus meestal af van een specifieke afweging op casusniveau. Eventuele interventies hebben te allen tijde het doel om de betreffende zorg voor consumenten/patiënten te continueren. Overheidsinterventie heeft niet als doel om de continuïteit van een marktpartij te continueren; het is hooguit een middel om de continuïteit te garanderen. Het gevolg kan wel zijn dat een marktpartij blijft bestaan.

We onderzoeken in deze risicoverkenning of de bestaande marktstructuur en regelgeving in de zorg aanleiding geeft tot nieuwe of extra maatregelen vanuit de overheid om de continuïteit van zorg en het stelsel te waarborgen. Deze risicoverkenning bevat conclusies in de vorm van risico's die we signaleren. In de bijgevoegde beleidsbrief zijn de geadviseerde beleidsmaatregelen terug te vinden.

1.2 Afbakening onderzoek

In dit onderzoek willen we geen integrale afweging maken over de wenselijkheid van marktconcentratie. Dit vraagstuk is te complex en van te veel aspecten afhankelijk om voor de gehele markt uit te voeren. De insteek van deze risicoverkenning is het maken van een risico-

¹⁷ We wijzen er hier op dat de beschikbare interventiemechanismen bij verzekeraars en aanbieders verschillen. Bij verzekeraars is sprake van toezicht op en eventueel ingrijpen in de bedrijfsvoering. Bij aanbieders richt de interventie zich uitsluitend op de continuïteit van bepaalde functies, naast de mogelijkheid tot het treffen van maatregelen om het effect van marktmacht te verzachten.

¹⁸ Waarborgen voor continuïteit van zorg, brief aan de Tweede Kamer, 27 april 2011

¹⁹ De open norm geldt bijvoorbeeld niet voor de beschikbaarheid van acute zorg binnen de wettelijk gestelde tijden.

inventarisatie op het gebied van faillissementen. Dit betekent dat we niet kijken naar eventuele marktmacht van partijen.

We bakenen het onderzoek verder af door ons te richten op twee verschillende markten; te weten de zorgverzekeringsmarkt (zorgpolismarkt) en de markt voor medisch specialistische zorg. Deze markten staan in deze risicoverkenning centraal omdat de in de Inleiding aangehaalde maatschappelijke discussie zich vooral richt op deze markten. Bovendien doet de geschetste ontwikkeling naar schaalvergroting zich sterk voor op deze twee markten. In de zorgverzekeringsmarkt bedienen vier verzekeringsconcerns bijna 90% van de markt²⁰ en in de medisch specialistische zorg neemt het aantal zelfstandige ziekenhuizen af. In beide markten neemt ook het financiële risico voor organisaties sterk toe: aan de verzekeraarskant door het afbouwen van de zogeheten *ex post* compensatie. In de ziekenhuiszorg door het in 2012 ingevoerde bekostigingsstelsel waarin, anders dan vroeger, meer concurrentie mogelijk is en instellingen minder zekerheid hebben over hun inkomsten waardoor de kans dat faillissementen plaatsvinden groter is geworden.

Uit de keuze voor zorgmarkten volgt ook dat we alleen kijken naar de Zorgverzekeringswet. Zoals eerder aangehaald hebben we in juni 2014 al een rapport uitgebracht over de continuïteit van langdurige zorg. Een ander belangrijk punt in de afbakening is dat we alleen kijken naar de toegankelijkheid van zorg in de basisverzekering. De reden hiervan is dat het publieke karakter van de basisverzekering een grotere en actievere rol vraagt van de overheid.

In de navolgende hoofdstukken hebben we de risico's van deze ontwikkelingen geconcretiseerd door te kijken naar de kans dat een faillissement zich voordoet en het mogelijke effect daarvan. Veldpartijen hebben de risicoverkenning in de consultatiefase reeds becommentarieerd. Hun suggesties en onze reacties zijn te vinden in als los document te vinden op onze website en zo nodig verwerkt in de tekst.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 0 gaat over de kans op en het effect van een faillissement van een zorgverzekeringsconcern. Hoofdstuk 3 behandelt dezelfde onderwerpen voor de ziekenhuismarkt. We sluiten af met een discussie en conclusies in hoofdstuk 4. In de bijlagen zijn de vragenlijsten voor de interviews, aanvullende analyses en duiding van de methodologie opgenomen.

²⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

2. Analyse zorgverzekeringsmarkt

In dit hoofdstuk bespreken we het risico op een faillissement van een zorgverzekeraar en de mogelijke gevolgen voor de financiële toegankelijkheid van zorg voor consumenten.

2.1 Inleiding en leeswijzer

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw; 2006) waren er tientallen grote en kleine zorgverzekeraars/ziekenfondsen. Als gevolg van fusies en overnames in de afgelopen jaren zijn er op dit moment nog zesentwintig zorgverzekeraars over. Deze zijn verdeeld over negen zorgverzekeringsconcerns. De kleinste zorgverzekeraar heeft ca. 150.000 verzekerden. Het grootste concern, waaronder zeven zorgverzekeraars vallen, heeft meer dan vijf miljoen verzekerden. Een zorgverzekeraar is een verzekeraar die een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Zorgverzekeraars worden in de praktijk ook wel risicodragers genoemd. Een zorgverzekeringsconcern kan uit één of meer zorgverzekeraars bestaan. De zorgverzekeraars binnen een concern zijn (meestal) nauw financieel met elkaar verbonden. In dit onderzoek hebben we gekeken naar de concerns.

Na een faillissement van een zorgverzekeraar, is het van belang dat verzekerden toegang blijven hebben tot zorg. Aan de hand van interviews en kwantitatieve analyses hebben we verkend hoe op dit moment de (financiële) toegankelijkheid geborgd is in het geval een zorgverzekeraar failliet gaat.

Als eerste gaan we in paragraaf 2.2 in op de opzet van de uitgevoerde analyses. Vervolgens beschrijft paragraaf 2.3 op hoofdlijnen de kans dat een zorgverzekeraar in financiële problemen komt en welke verzachtende maatregelen er bestaan. In paragraaf 2.4 worden de gevolgen besproken als een zorgverzekeraar toch in problemen raakt en het verzekeringsbedrijf moet staken. Paragraaf 2.5 behandelt de gevolgen voor de verzekerden. In paragraaf 2.6 bevat de belangrijkste conclusies.

2.2 Opzet analyse

Om de risico's op faillissement en de mogelijke gevolgen daarvan in te kunnen schatten, hebben we een aantal analyses uitgevoerd. We hebben de verzekerdenmobiliteit en de marktaandelen van zorgverzekeraars in kaart gebracht met behulp van data over overstappedrag. Daarnaast hebben we gekeken naar de financiële posities van zorgverzekeraars om de kans op een faillissement te kunnen beoordelen. Tot slot zijn interviews gehouden. In de interviews hebben we zorgverzekeraars gevraagd welke factoren volgens hen het risico op faillissement bij een zorgverzekeraar vergroten. Tevens vroegen we hen welke gevolgen een faillissement van een zorgverzekeraar heeft voor de overige zorgverzekeraars. De geïnterviewde personen hebben een concept van het consultatiedocument kunnen inzien en commentariëren. Vervolgens is een uitgebreide consultatie georganiseerd. De reacties zijn bijgesloten bij deze rapportage en verwerkt in dit document en de bijbehorende beleidsbrief.

Op grond van deze informatie hebben wij in kaart gebracht wat de kans is dat een zorgverzekeraar in problemen raakt en wat het effect daarvan is.

2.3 De kans dat een zorgverzekeraar wegvalt

De algemene conclusie die we hieruit trekken is dat de kans beperkt is dat een bestaande zorgverzekeraar in dussdanige financiële problemen raakt, dat deze gedwongen wordt het verzekeringsbedrijf te beëindigen.

2.3.1 Het vermogen

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan solvabiliteits-eisen van De Nederlandsche Bank (DNB). In Tabel 1 zijn de solvabiliteitspercentages per soort zorgverzekeraar op basis van de jaarstaat 2013 opgenomen. Voor de basisverzekering is de huidige minimumvermogens-eis 11% van de gemiddelde schadelast²¹ van de afgelopen drie jaar.

Tabel 1: Gemiddelde solvabiliteitsratio per soort verzekeraar (ultimo jaar)

Solvabiliteit	2010		2011		2012		2013	
	Absoluut	Tov minimumeis	Absoluut	Tov minimumeis	Absoluut	Tov minimumeis	Absoluut	Tov minimumeis
Verzekeraars met alleen BV	18%	161%	19%	176%	20%	182%	23%	210%
Verzekeraars met alleen AV	71%	294%	62%	258%	55%	231%	59%	247%
Verzekeraars met BV en AV		182%		180%		176%		212%
Totaal alle verzekeraars^{22,23}		188%		190%		187%		216%

Bron: NZa (op basis van informatie van DNB uit jaarstaten Wet op het financieel toezicht, geschoond voor dubbelstellingen van moeder-/dochtermaatschappijen)

Eind 2013 zitten alle individuele zorgverzekeraars boven de wettelijke minimumeis voor de basisverzekering. Het laagste percentage voor een individuele zorgverzekeraar bedraagt 19%. Een solvabiliteitspercentage van 24% staat ongeveer gelijk aan drie maanden gedeclareerde schade. Overigens moet hierbij vermeld worden dat recent bekend is geworden dat verzekeraars ongeveer 1,4 miljard aan reserves uitkeren aan hun verzekerden in de vorm van lagere premies. De effecten van deze maatregel op de solvabiliteit zijn pas in 2015/2016 te meten.²⁴

DNB ziet vanuit haar prudentietoezicht nauwkeurig toe op de ontwikkeling van de solvabiliteit. Ieder kwartaal moeten zorgverzekeraars zich aan DNB verantwoorden over de ontwikkeling van hun schadelast, inkomen en vermogen. Dit doen zij apart voor de

²¹ Schadelast: door zorgverzekeraars aan zorgaanbieders of aan patiënten vergoede declaraties plus korte termijn verplichtingen voor lopende behandelingen.

²² Het totaal van de solvabiliteitsratio van alle verzekeraars wijkt af van het totaal zoals dat werd gerapporteerd in de Marktscan Zorgverzekeringmarkt 2013 (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2013. *Marktscan Zorgverzekeringmarkt 2013*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)). Dit komt doordat DNB de aanwezige solvabiliteit heeft geschoond voor dubbelstellingen bij moeder-/dochtermaatschappijen.

²³ De absolute cijfers voor gecombineerde BV+AV maatschappijen ontbreken en daarmee ook het absolute getal totaal.

²⁴ Nederlandse Zorgautoriteit; "Zorgpremie 2015 gemiddeld 97 euro per maand, Zorgverzekeraars gebruiken reserves om premiestijging te beperken." 15 december 2014.

basisverzekering en de aanvullende verzekering. Deze informatie wordt door DNB ook verstrekt aan de NZa. Door deze periodieke rapportage kan tijdig worden ingegrepen door DNB als dat noodzakelijk is. Hiernaast moeten zorgverzekeraars een risicoanalyse²⁵ maken. Met behulp van deze analyse brengen zorgverzekeraars de belangrijkste risico's in beeld en kunnen zij ter voorkoming van financiële problemen reserves aanleggen. DNB toetst deze risicoanalyses en de maatregelen die op basis daarvan genomen worden. Wanneer er desondanks toch problemen ontstaan kan DNB aanvullende eisen stellen. DNB heeft een palet aan handhavinginstrumenten en maatregelen ter beschikking, waaronder het geven van een formele aanwijzing.

In voorkomende situaties kan extra vermogen nodig zijn. Niet iedere zorgverzekeraar heeft dezelfde toegang tot aanvullend kapitaal. Voor een zorgverzekeraar die onderdeel is van een groot concern is dit makkelijker dan voor een verzekeraar die zelfstandig opereert. Binnen een concern kan immers vermogen van de moedermaatschappij worden ingezet, terwijl een zelfstandige zorgverzekeraar dit kapitaal extern zal moeten verwerven. Dit heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars die zelfstandig opereren minder flexibel zijn dan zorgverzekeraars binnen een concern.

Door een combinatie van voldoende financiële buffers enerzijds en toezicht van DNB op de financiële situatie anderzijds, zien wij op dit moment geen reëel risico op faillissement door een gebrek aan vermogen.

Punt van aandacht is de uitbreiding van de Zvw als gevolg van de herziening van de langdurige zorg. De zorgverzekeraars worden weliswaar gecompenseerd voor de verwachte extra schadelast, maar er vindt geen aanvulling van het vermogen plaats met als gevolg dat het extra vermogen uit de bedrijfsresultaten moet komen. Bij de huidige solvabiliteitspercentages zou dit echter geen problemen op moeten leveren omdat het gaat om een relatief kleine hoeveelheid aanvullend benodigd vermogen. Daarbij moet opgemerkt worden dat door de verandering van de solvabiliteitseisen per 2016 (Solvency II) ook het percentage vereiste solvabiliteit toeneemt²⁶.

2.3.2 Inkomstenstroom biedt zekerheid voor zorgverzekeraars

Het verplichte karakter van de basisverzekering en de wijze van premieheffing beperken omzetriscos voor zorgverzekeraars in hoge mate. Doordat de zorgverzekering wettelijk verplicht is voor alle inwoners, is de landelijke vraag naar verzekeringen constant. Dit geeft de verzekeraars als collectief zekerheid over de inkomstenstroom.

Ook de aard van de inkomsten draagt bij aan de zekerheid. Zorgverzekeraars worden voor ongeveer de helft van de schadelast voor de basisverzekering betaald via het vereveningsfonds. Op deze betalingen loopt een verzekeraar geen debiteurenrisico. Het deel van de inkomsten dat via de premies rechtstreeks door consumenten wordt betaald kent eveneens een laag (debiteuren)risico. Dit komt doordat verzekerden niet gedurende het jaar hun verzekering kunnen opzeggen. Daarnaast lopen zorgverzekeraars voor wanbetalers alleen de eerste zes maanden het risico dat de premie niet wordt betaald. Daarna wordt de premieheffing overgedragen aan het Zorginstituut Nederland. Verzekeraars worden na zes maanden financieel gecompenseerd.

²⁵ Own Risk and Solvency Assessment (ORSA).

²⁶ Zie voor de veranderingen in Solvency II en de effecten daarvan op verzekeraars: 'Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars', brief aan de Tweede Kamer, 25 februari 2015

2.3.3 Kosten van zorgverzekeraars zijn redelijk voorspelbaar

De kosten van zorgverzekeraars bestaan voor het overgrote deel uit de schadelast. Van alle inkomsten gaat in 2013 ongeveer 2% naar de uitvoeringskosten²⁷. Over de jaren heen is de ontwikkeling van de schadelast vrij constant geweest. Dit blijkt ook uit de ontwikkeling van de nominale premie in de afgelopen jaren. De gemiddelde nominale premie schommelt in de afgelopen vijf jaar tussen de 1.100 en 1.200 euro. In het geval zich sterke wijzigingen voordoen, is het bovendien mogelijk voor een zorgverzekeraar om van jaar tot jaar zijn premie aan te passen op de aangepaste verwachtingen en de resultaten uit het recente verleden.

Zorgverzekeraars worden via de risicoverevening zo veel mogelijk gecompenseerd voor voorspelbare goede en slechte risico's. Voor enkele markten waarvoor de verevening nog onvoldoende is doorontwikkeld worden zorgverzekeraars achteraf (*ex post*) via een bandbreedte gecompenseerd. Dit geldt op dit moment bijvoorbeeld voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

In interviews geeft een aantal verzekeraars aan dat de *ex ante* verevening nog niet goed genoeg werkt. Niet voor alle groepen verzekerden worden verzekeraars voldoende gecompenseerd. Dit risico geldt met name voor de kleinere zorgverzekeraars, omdat deze de mee- en tegenvallers minder goed kunnen uitmiddelen. Factoren die verder bijdragen aan een onvoorspelbare ontwikkeling van de schadelast zijn de overheveling van zorg uit de langdurige zorg naar de Zorgverzekeringswet en frequente wijzigingen in de tariefsystematiek, met name in de markt voor medisch specialistische zorg.

Overigens kennen zorgmarkten met een minder goed werkende *ex ante* verevening vaak aanvullende *ex post* compensaties. Pas bij het afschaffen van deze *ex post* compensaties gaat dit probleem spelen. In hoeverre eventuele gebrekkige compensatie van materieel belang is voor de resultaten van zorgverzekeraars, is op dit moeilijk te bepalen. In het algemeen is een adequate werking van de *ex ante* verevening een randvoorwaarde voor het afbouwen van de *ex post* compensaties. Dit aspect wordt nadrukkelijk meegewogen door de minister bij het vormgeven van de risicoverevening²⁸.

In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat de ontwikkeling van de uitgaven goed te voorspellen is en daarmee de risico's beperkt zijn. Het belangrijkste risico met betrekking tot de kosten betreft wijzigingen en/of imperfecties in de bekostiging. Kleine zorgverzekeraars zijn gevoeliger voor schommelingen in de schadelast dan grote verzekeraars.

2.3.4 Verzekerdenverlies is risico voor kleine zorgverzekeraars

Verzekerdenverlies kan ook een reden zijn voor zorgverzekeraars om in problemen te raken. Een daling van het aantal verzekerden betekent immers een daling van de inkomsten uit zowel het zorgverzekeringsfonds als de nominale premie.

²⁷ NB: de premie-inkomsten betreffen slechts de helft van de totale inkomsten van een zorgverzekeraar. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2014. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

²⁸ De *ex ante* verevening is een dynamisch model, onderhevig aan beleidsmatige beslissingen. Zie ook de brief aan de tweede kamer 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015 waarin een wijziging van het *ex ante* vereveningssysteem wordt aangekondigd

Op korte termijn leidt een daling van het aantal verzekerden paradoxaal genoeg tot een toename van de solvabiliteitsmarge. Immers, het vermogen blijft gelijk maar de verwachte schadelast daalt. Daarnaast zal de schadelast in bijna gelijke mate dalen met het aantal verzekerden.²⁹ Verzekerdenverlies leidt op korte termijn dan ook niet tot financiële problemen.

Op de langere termijn kan verzekerdenvlies leiden tot een relatieve stijging van de beheerskosten als een verzekeraar er niet in slaagt zijn beheerskosten evenredig te laten dalen met het verlies aan inkomsten. Dit betekent een stijging van de nominale premie, met als gevolg een minder aantrekkelijk aanbod voor consumenten. Voor een kleinere verzekeraar zal een absolute daling van het verzekerdenaantal een relatief sterker effect hebben dan bij een grote zorgverzekeraar.

2.3.5 Belangrijke risico's: stelselwijzigingen en schoksgewijze externe effecten

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat stelselwijzigingen en schoksgewijze effecten de belangrijkste risico's voor een zorgverzekeraar zijn.

Effecten van stelselwijzigingen

Bij stelselwijzigingen kan, naast wijzigingen in tariefssystemen, worden gedacht aan de afschaffing van de *ex post* verevening of de overheveling van bijvoorbeeld de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet. Uiteraard ten eerste omdat door een beleidswijziging de schadelast sterk kan muteren. Deze wijzigingen zijn vaak wel, maar niet altijd, (volledig) afgedekt door de *ex post* verevening. Omdat de solvabiliteit wordt berekend als ratio van het vermogen ten opzichte van de schadelast, moeten verzekeraars voor dit soort beleidswijzigingen extra geld reserveren. De verevening voorziet hier niet in. Uit de analyse van de vermogenspositie in paragraaf 2.4 blijkt dat dergelijke veranderingen echter niet direct tot financiële problemen zullen leiden. Daarnaast moeten zorgverzekeraars hun bedrijfsvoering aanpassen als stelselwijzigingen zich voordoen. Vooral voor kleine zorgverzekeraars kan dit moeilijk zijn, blijkt uit de interviews, omdat zij relatief beperkt personeel en middelen kunnen inzetten.

In de praktijk houden zorgverzekeraars in hun bedrijfsvoering rekening met stelselwijzigingen, zo wordt ook door de zorgverzekeraars in de gesprekken bevestigd. De afbouw van *ex post* compensaties vergroot de risico's van stelselwijzigingen en het belang van de *ex ante* verevening. Op langere termijn kunnen stelselwijzigingen met name voor verzekeraars met een verzekerdenpopulatie met een hoger risico op zorgkosten dan gemiddeld gecompenseerd door de risicoverevening, in financiële problemen raken³⁰.

Schoksgewijze effecten

Bij schoksgewijze effecten moet gedacht worden aan grote (bedrijfs-) calamiteiten zoals brand, elektronische systemen die besmet worden met een virus, of epidemieën en grote rampen die tot een zeer hoge tijdelijke schadelast leiden. Ook een acute financiële crisis zoals in 2008 is denkbaar. Met name een grote beleggingsportefeuille kan dan een risico vormen. Overigens geven alle geïnterviewde zorgverzekeraars aan dat zij zeer risicomidgend beleggen, vanuit hun maatschappelijke

²⁹ De schadelast van individuele verzekerden kan sterk verschillen van het gemiddelde. Bij groepen zal de totale schadelast naar verwachting het gemiddelde benaderen.

³⁰ In de brief 'kwaliteit loont' van 6 februari 2015 heeft de minister een aanpassing in het vereveningsmodel aangekondigd die beoogt om de compensatie voor bepaalde (grote) schaderisico's te verbeteren.

verantwoordelijkheid om een stabiele bedrijfsvoering te hebben en te behouden. De Nederlandsche Bank houdt toezicht op de samenstelling van de beleggingsportefeuille. De Wet Financieel Toezicht en lagere regelgeving (Besluit prudentiële regels) bevatten concrete beleggingsvoorschriften en rapportageverplichtingen. Ook in de toekomstige Solvency II-structuur is dit het geval. Wij zijn van mening dat de risico's van beleggingen hierdoor beperkt worden.

De kans op calamiteiten zoals brand of besmetting van systemen kan in belangrijke mate worden beperkt door een goede beheersing van de infrastructuur en het gebruik van back-up locaties. Alle zorgverzekeraars maken hier dan ook gebruik van. Waar het epidemieën en rampen betreft, bestaat er een wettelijke mogelijkheid voor de overheid om een aanvullende storting te doen vanuit het vereveningsfonds (artikel 33, Zvw). Hiermee zijn deze risico's voor zorgverzekeraars grotendeels ondervangen.

Onderlinge verwevenheid en regeldruk

Een risico dat bij een groot zorgverzekeringsconcern kan spelen is de onderlinge verwevenheid van zorgverzekeraars binnen het concern. Als verschillende zorgverzekeraars voor elkaars tekorten aanspreekbaar zijn, kan een verzekeraar met een financieel probleem binnen een concern de andere verzekeraars binnen datzelfde concern in de financiële problemen meetrokken. Tegelijkertijd kan een groot concern gemakkelijker risico's spreiden, waardoor risico's juist gedempt worden. DNB houdt bovendien toezicht op de risico's van verwevenheid binnen een concern.

Zorgverzekeraars geven verder aan dat de hoeveelheid aan regels in de zorgsector en het aantal mutaties ervan een grote uitdaging is voor hun organisaties. Compliance kost geld. Bij kleinere zorgverzekeraars tellen deze kosten zwaarder, omdat deze kosten over minder verzekerden gedeeld kunnen worden. Veel verzekeraars zoeken oplossingen, bijvoorbeeld onderlinge samenwerking, om deze compliance kosten te verlagen.

2.3.6 De praktijk van de afgelopen jaren

Uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014³¹ blijkt dat zorgverzekeraars in de afgelopen jaren goede resultaten hebben behaald. Dit is een signaal dat de bedrijfsvoering van verzekeraars gezond is en er beperkte bedrijfsmatige risico's zijn.

In de analyses in dit hoofdstuk maken we een aantal keer onderscheid tussen de risico's van grotere en kleinere verzekeringsconcerns. We concludeerden dat de risico's voor beide verzekeraars beperkt zijn, maar dat de risico's voor kleine verzekeringsconcerns vaak net iets groter zijn. Aan de hand van de resultaten van de afgelopen jaren zijn deze verschillen overigens niet terug te zien. Hoewel de exploitatieresultaten verschillen per jaar, is duidelijk dat grotere concerns tot en met 2013 niet per se meer winst maakten dan kleinere concerns. De bedrijfskosten per verzekerde zijn bovendien in de loop van de jaren naar elkaar toegegroeid. De gemiddelde bedrijfskosten van grotere concerns zijn bijna gelijk aan die van kleinere concerns.

³¹ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

2.3.7 Deelconclusie

In het algemeen lopen zorgverzekeraars weinig financiële risico's. De belangrijkste risico's zijn externe effecten en stelselwijzigingen. Kleine verzekeraars lopen relatief meer risico dan de grootste concerns, omdat zij moeilijker risico's kunnen middelen over hun verzekerdenpopulatie. Ze zijn bijvoorbeeld gevoeliger voor verzekerdenmutaties, een niet goed werkende *ex ante* risicoverevening of een verhoging van de beheerskosten. De afgelopen jaren waren in de praktijk de bedrijfsresultaten van zowel grote als kleine verzekeringsconcerns meestal positief. De exacte resultaten verschillen per jaar. De groep grote concerns is niet meer winstgevend dan de groep kleine concerns. In het licht van de theoretische risico's is het wenselijk de bedrijfsresultaten van kleine zorgverzekeraars goed te blijven volgen.

2.4 De gevolgen van een wegvallende zorgverzekeraar

In dit deel van de risicoverkenning brengen we in kaart wat de gevolgen zijn als een zorgverzekeraar in problemen raakt en het verzekeringsbedrijf moet staken.

2.4.1 Gevolgen voor de solvabiliteit

Wanneer een zorgverzekeraar in de problemen raakt en het aanbieden van de zorgverzekering moet staken, zal de verzekerdenpopulatie moeten overstappen naar andere zorgverzekeraars (zie ook paragraaf 2.5). Dit heeft gevolgen voor de solvabiliteit van de overblijvende partijen. Er moet immers voldoende vermogen aanwezig zijn om meer verzekerden aan te kunnen. De omvang van de wegvallende verzekeraar, maar ook de verdeling van verzekerden in de nieuwe markt heeft gevolgen voor de solvabiliteit van de achterblijvers. Bij een toename van het aantal verzekerden zal de solvabiliteitsmarge van een zorgverzekeraar dalen. De solvabiliteit is namelijk afhankelijk van de schadelast. Hoe meer verzekerden, hoe hoger de schadelast. Bij een gelijkblijvend eigen vermogen daalt dan de solvabiliteit.

Wegvallende zorgverzekeraar leidt niet tot solvabiliteitsrisico's

We hebben een fictief extreem scenario onderzocht om te bezien of er in theorie problemen kunnen ontstaan met de solvabiliteit van een verzekeraar door een plotselinge herverdeling van verzekerden. Het betreft geen realistisch scenario, maar een soort stresstest.

We zijn hiervoor uitgegaan van een fictieve marktverdeling. De grootste vier hebben een gezamenlijk marktaandeel van 90%. De grootste zorgverzekeraar van deze vier bedient 50% van de markt. In dit voorbeeld is de grootste marktpartij dus veel groter dan in werkelijkheid.

Het verwachte totale solvabiliteitstekort met deze fictieve marktaandelen is in het minst gunstige scenario maximaal 200 miljoen euro. Dit is ongeveer 28 euro per verzekerde. Het gaat om een situatie waarbij de fictieve marktleider wegvalt en alle verzekerden van die partij een voorkeur hebben voor één grote, overblijvende marktpartij. Onder Solvency I³² mag een verzekeraar dit solvabiliteitstekort in drie jaar compenseren. Dit betekent een premieverhoging van 0,8 tot 1,3% per

32 Eerste Richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het direct verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan.

jaar. Onder Solvency II³³ zal dit bedrag echter in één jaar moeten worden gecompenseerd. De premiestijging is dan ongeveer 3% van een gemiddelde nominale premie.

Hierbij moet worden opgemerkt dat gerekend is met de wettelijke minimumsolvabiliteit, die ligt op 11% van de schadelast. Als de solvabiliteit van een verzekeraar onder deze grens uitkomt, dan is de verzekeraar niet per definitie failliet en is er tijd om herstelmaatregelen te nemen. Een zorgverzekeraar zal bovendien niet zo snel in liquiditeitsproblemen komen vanwege de stabiele stroom inkomsten uit de risicoverevening en de verplichte premiebetalingen.

Ook moet worden opgemerkt dat het bovenstaande voorbeeld gaat om een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Niet alleen komen de marktaandelen niet overeen met de werkelijke marktaandelen, maar ook is er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met het effect van een eventuele premiestijging. Zo zou de premiestijging er toe kunnen leiden dat de verzekering minder aantrekkelijk wordt zodat verzekerden naar andere partijen zullen overstappen. Verder is het onwaarschijnlijk dat de verzekerden allemaal een voorkeur hebben voor hetzelfde alternatief. Ook kan een verzekeraar, binnen de grenzen van de acceptatieplicht, enige sturing uitoefenen op het aantal verzekerden dat hij binnenhaalt. Te denken valt aan het beperken van korting voor collectiviteiten of het afsluiten van verkoopkanalen en marketingcampagnes.³⁴ Toch is het goed om dit extreme scenario te simuleren. Uit deze analyses blijkt namelijk dat de solvabiliteitsgevolgen van het wegvallen van een grote marktpartij relatief beperkt zijn; ook in het extreme scenario dat we hebben bekeken in deze stresstest. In de interviews met zorgverzekeraars werd dit beeld bevestigd.

In de interviews werd wel aandacht gevraagd voor grote collectiviteiten. Wanneer een grote groep verzekerden die verzekerd is via een collectiviteit in één beweging overstapt kan dat flinke effecten op de solvabiliteit van (met name kleine) zorgverzekeraars hebben. Wanneer een grote collectiviteit overstapt betekent dat voor een kleine zorgverzekeraar een relatief grote stijging van de verzekerdenpopulatie, waardoor de solvabiliteitspercentage daalt.

Hoewel de Zvw voorziet in een mogelijkheid van extra uitkeringen aan zorgverzekeraars in geval van catastrofes (art. 33 Zvw), is geen sprake van een extra uitkering bij toeloop van verzekerden als gevolg van faillissement van een of meer andere verzekeraars.³⁵

2.4.2 Absorptievermogen

Naast de financiële mogelijkheid om extra verzekerden op te nemen, is het ook van belang dat overstappende verzekerden daadwerkelijk ingeschreven en bediend kunnen worden door een nieuwe verzekeraar. De concurrerende verzekeraars moeten, bij het omvallen van een rivaal, immers plotseling een (grote) toestroom van nieuwe verzekerden verwerken. Daarnaast zullen zij aanvullende activiteiten moeten verrichten om voor deze nieuwe verzekerden voldoende zorg in te kopen.

³³ Solvency II is het nieuwe, risico gebaseerde toezichttraamwerk voor verzekeraars dat per 1 januari 2016 in werking treedt. Het kader bestaat uit de Solvency II-richtlijn (2009/138/EC) en de nadere invullingen daarvan in de vorm van de uitvoeringsverordening en technische standaarden.

³⁴ Waarbij moet worden opgemerkt dat selectie op soorten verzekerden volgens de Zorgverzekeringswet niet is toegestaan. De NZa ziet hier streng op toe. Het beperken van het totaal aantal verzekerden door het afsluiten van verkoopkanalen mag uiteraard wel.

³⁵ zie Veegwet VWS 2012, kamerstukken 33507-3, 2012-2013.

– Verzekerdenmobiliteit

Als voorspellende indicator voor de gevolgen van het wegvallen van een verzekeraar, kan het aantal verzekerden en de verzekerdensmobiliteit in kaart worden gebracht. Hierbij geldt hoe groter de verzekeraar die omvalt en hoe ongelijkmatiger de verdeling van verzekerden is over de achterblijvers, hoe hoger de risico's.

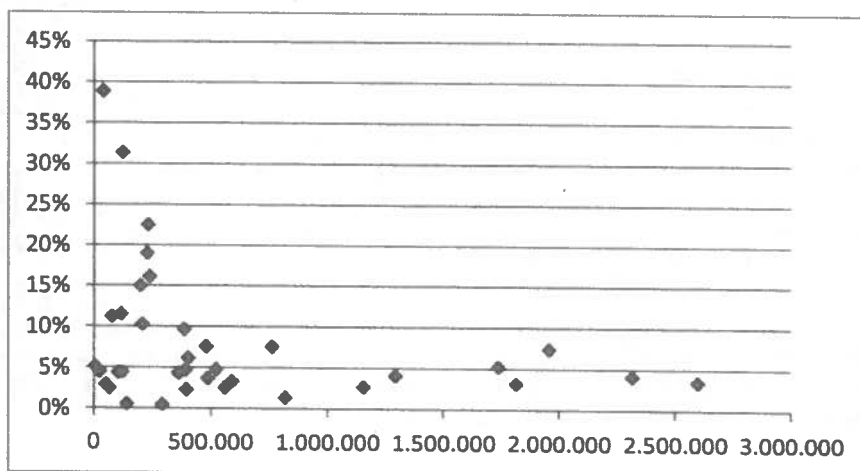
Uit de NZa-marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014³⁶ blijkt dat de in- en uitstroom van verzekerden per zorgverzekeraar schommelt tussen -7,7% en 11,6%.

Instroom bij kleine zorgverzekeraar kent relatief hoge spreiding

Wanneer een grote zorgverzekeraar zich terugtrekt uit de zorgverzekeringsmarkt zullen de verzekerden overstappen. Om dit overstapgedrag te analyseren kan het beste worden gekeken naar alleen de instroomcijfers. Er is in dat geval immers een grote populatie verzekerden die moet worden herverdeeld over de bestaande zorgverzekeraars.

In Figuur 1. Gemiddelde instroom (%) in relatie tot aantal verzekerden zorgverzekeraar hebben we de gemiddelde instroom van verzekerden in procenten over de afgelopen zeven jaar per zorgverzekeraar (Y-as) vergeleken met de gemiddelde verzekerdenomvang van die zorgverzekeraar (X-as).

Figuur 1. Gemiddelde instroom (%) in relatie tot aantal verzekerden zorgverzekeraar



Uit de grafiek blijkt dat de instroom bij kleine zorgverzekeraars een relatief hoge spreiding kent. Bij grote zorgverzekeraars is die spreiding veel beperkter. We hebben ook gekeken naar de spreiding van de instroom ten opzichte van de gemiddelde instroom voor een zorgverzekeraar. Daaruit blijkt dat de spreiding van de mutaties voor kleine zorgverzekeraars groter is dan bij grote zorgverzekeraars. Dit komt door de schaal van de kleine zorgverzekeraar. Met name het overstappen van grote groepen verzekerden, zoals collectiviteiten, kan bij een kleine schaal leiden tot forse mutaties in de verzekerdenpopulatie. Dit maakt het moeilijker voor kleinere verzekeraars om inkomsten en uitgaven te voorspellen.

³⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Administratieve processen kunnen relatief eenvoudig opschalen

Een grote toename van verzekerden betekent dat een verzekeraar op korte termijn (veel) nieuwe verzekerden moet inschrijven en meer declaraties moet verwerken. We hebben vragen gesteld over deze gevolgen voor de interne organisatie. Wat zijn de effecten als zij in korte tijd veel nieuwe aanmeldingen moeten verwerken, wat zijn de effecten voor de geautomatiseerde systemen en voor andere aspecten zoals bijvoorbeeld de zorginkoop?

Zorgverzekeraars geven aan dat zij in staat zijn om, indien nodig, hun verwerkingscapaciteit voor de aanmeldingen binnen enkele weken op te schalen. Hetzelfde geldt voor de verwerking van declaraties. Beide processen zijn voornamelijk digitaal geregeld. Als een systeem eenmaal functioneert is het aantal handelingen niet zo van belang. De capaciteit van servers en verbindingen kent weliswaar een limiet, maar deze kan volgens de verzekeraars relatief snel worden uitgebreid. In de noodzakelijke flexibiliteit van personeel is vaak al voorzien voor de reguliere overstapperiode.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven zonder grote problemen verzekerdenmutaties van 20-30% of meer te kunnen verwerken. Zorgverzekeraars staven dit met hun ervaringen uit eerdere overstapperiodes. Op grond van de uitkomsten van de interviews zijn er op dit vlak geen problemen te verwachten. Kleine zorgverzekeraars zijn op dit vlak echter minder flexibel dan grotere verzekeraars.

Effect op zorginkoop beperkt

Over de zorginkoop merken zorgverzekeraars op dat, bij een grote toevloed van verzekerden, zij in eerste instantie de bestaande afspraken blijven toepassen. Doordat zorgverzekeraars tot nu toe met bijna alle ziekenhuizen een contract hebben afgesloten³⁷, is het de verwachting dat dit in de praktijk geen grote problemen zal opleveren. Voor de lopende periode worden dan de bestaande prijzen in stand gehouden. Waar er ook volumeafspraken bestaan, zal met de betrokken zorgaanbieders moeten worden gesproken. Voor het nieuwe polisjaar zal de zorgverzekeraar wel nieuwe afspraken maken met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars geven hierbij aan op korte termijn geen knelpunten te zien. Wij merken hierbij op dat een selectiever contracteringsbeleid kan betekenen dat er niet met alle zorgaanbieders contracten zijn. In dat geval kan het snel uitbreiden van de zorginkoop wel een probleem worden. Het is nu niet goed te voorspellen hoe verzekeraars hiermee omgaan als ze met minder zorgaanbieders contracten hebben.

Conclusie

Uit de analyse naar het absorptievermogen van zorgverzekeraars zijn twee belangrijke conclusies te trekken. Allereerst constateren we dat, als een (grote) zorgverzekeraar omvalt, kleine zorgverzekeraars kwetsbaarder zijn dan grote zorgverzekeraars. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door hun beperktere vermogen en anderzijds doordat zij minder personeel en middelen kunnen inzetten bij majeure wijzigingen. De tweede conclusie is dat zorgverzekeraars over het algemeen flexibel zijn als het gaat om de verwerking van een grote hoeveelheid mutaties in één keer en de capaciteit van hun geautomatiseerde systemen. Ook op het vlak van de zorginkoop zijn de risico's op korte termijn beperkt. Het risico voor kleine zorgverzekeraars is dus weliswaar groter, maar blijft klein.

³⁷ Met uitzondering van een beperkt aantal selectieve polissen. Later dit jaar publiceert de NZa cijfers over de inhoud van en vraag naar deze selectievepolissen. Ons beeld op dit moment is dat voor bijna alle zorg voor bijna alle verzekerden een contract met een ziekenhuis bestaat.

2.4.3 Wat gebeurt er met de financiering van lopende behandelingen als een zorgverzekeraar wegvalt?

Een belangrijk aspect voor zorgaanbieders is de mate waarin het onderhanden werk - de lopende behandelingen - wordt gefinancierd. Dit speelt vooral bij langdurige, kostbare behandelingen. Dit geldt voor zorgaanbieders zoals ziekenhuizen. Bij het omvallen van een zorgverzekeraar valt deze financiering (tijdelijk) weg. Dit kan grote gevolgen hebben voor een zorgaanbieder wanneer in het verzorgingsgebied sprake is van een grote mate van concentratie van zorgverzekeraars. Eén verzekeraar heeft dan namelijk een groot aandeel in de inkomsten van een ziekenhuis.

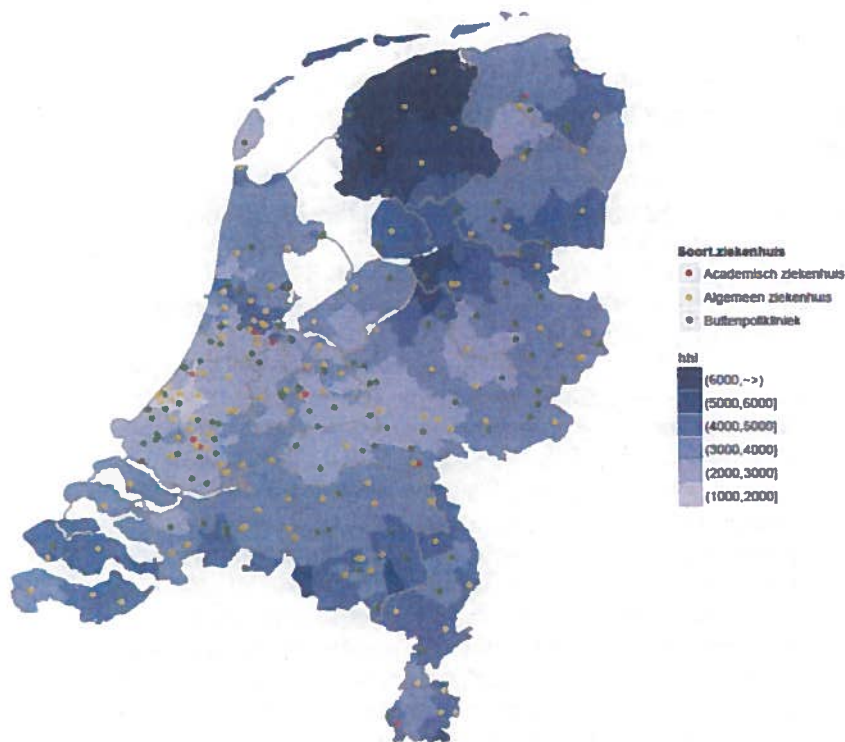
Er is daarom behoefte aan inzicht in de regionale marktaandelen van zorgverzekeraars. Deze informatie wordt door Zorginstituut Nederland periodiek aan de NZa geleverd. Hierbij wordt op postcodeniveau inzicht gegeven in het aantal verzekerden per zorgverzekeraar. Hieruit kunnen de verwachte afhankelijkheden van zorgaanbieders in beeld worden gebracht.

In Figuur zijn met behulp van deze gegevens de marktaandelen van verzekeraars per gemeente uitgedrukt in de Herfindahl-Hirshman Index (HHI). Deze index is een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt. De hoogte van de index wordt bepaald door de marktaandelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. Bij een HHI van 2.000 of hoger wordt gesproken van een geconcentreerde markt. In de figuur zijn tevens de locaties opgenomen van alle Nederlandse ziekenhuizen. Uit de figuur blijkt dat er in Nederland sprake is van een sterk geconcentreerde zorgverzekeringsmarkt.^{38 39} Met name in de regio Friesland is er sprake van een zeer hoge concentratie. De grootste zorgverzekeraar in deze regio heeft een marktaandeel van meer dan 80%. De zorgaanbieders in met name deze regio zijn hierdoor kwetsbaar voor het omvallen van een van de grootste zorgverzekeraars in hun regio.

³⁸ Bij deze analyse moet worden opgemerkt dat het nog beter zou zijn om van het aandeel in de schade van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder uit te gaan. Helaas is die informatie niet beschikbaar. Voor deze analyse gaan we er daarom vanuit dat er een verband bestaat tussen het aandeel verzekerden in een regio en de daaraan gerelateerde schade voor een ziekenhuis in die regio.

³⁹ In haar brief kenmerk 109538/153162 van 2 december 2014 heeft de NZa gewezen op de aandachtspunten voor het toezicht in 2015 op de verzekeringsmarkt, zie http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_aan_VWS_-_Aandachtspunten_toezicht_zorgverzekeraars.pdf.

Figuur 2: Landelijke verdeling ziekenhuizen en marktaandelen verzekeraars



Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis

De gemiddelde doorlooptijd van een DBC bedraagt vier maanden voor ziekenhuiszorg.⁴⁰ Wanneer een zorgverzekeraar het onderhanden werk financiert kan dit bij het omvallen van de grootste zorgverzekeraar in de regio leiden tot het wegvallen van de financiering van wel een derde van de jaaromzet voor die betreffende aanbieder. Omdat de aanbieder op korte termijn nog geen afspraken met andere zorgverzekeraars heeft gemaakt over aanvullende onderhanden werk financiering, kan de zorgaanbieder in acute liquiditeitsproblemen raken. Met name voor de ziekenhuizen in Friesland, maar ook de regio Amsterdam, het gebied boven de Flevopolder en Limburg is dit een reëel risico vanwege de afhankelijkheid van één verzekeraar.

In de interviews hebben zorgverzekeraars aangegeven dat zij de afhankelijkheid van zorgaanbieders van de onderhanden werk financiering inderdaad als een risico zien. De aanbieders zijn vooral afhankelijk van de grootste regionale zorgverzekeraar. Hierdoor kan het probleem zich ook voordoen wanneer een zorgverzekeraar met een klein marktaandeel op de landelijke markt omvalt. Op een regionale markt kan deze verzekeraar een grote speler zijn. In dat laatste geval is het echter voor de overige verzekeraars relatief gemakkelijk om de financiering voor één of enkele zorgaanbieders over te nemen. Dit wordt anders wanneer een grote zorgverzekeraar in de problemen raakt. In dat geval zal een groot aantal zorgaanbieders tegelijkertijd in liquiditeitsproblemen raken. Dit is voor de overige zorgverzekeraars moeilijker over te nemen, omdat het een zeer arbeidsintensief proces is. Ad hoc maatwerk om de problemen weg te nemen is dan moeilijker toe te passen.

⁴⁰ Door een aantal wijzigingen in de productstructuur zal dit verder afnemen.

De NZa kan niet zelf een faillissement afwikkelen, of voorkomen. De NZa kan wel partijen aanspreken op het vervullen van de zorgplicht en vanuit deze rol een snelle en goede oplossing voor consumenten stimuleren. In dit geval zal dat niet voldoende zijn om de geschetste liquiditeitsproblemen bij een groter aantal aanbieders op te lossen.

2.5 Gevolgen voor verzekerden: toegang tot de zorgverzekering na faillissement

Een faillissement van een zorgverzekeraar heeft uiteraard gevolgen voor zijn verzekerden. Voor een inschatting van de risico's hebben we bekeken of de verzekerde aanspraak kan blijven maken op de vergoeding van zorg die al genoten is. Ook kijken we naar de overgang naar een nieuwe zorgverzekeraar.

Vergoeding van (geleverde) zorg na faillissement

De wetgever heeft, gelet op het sociale karakter van de zorgverzekering, voorzien in noodmaatregelen die de verzekerde enige bescherming bieden. Deze zijn vastgelegd in artikel 31 Zvw. Dit artikel geeft aan dat indien een zorgverzekeraar failliet is verklaard, het Zorginstituut aan de verzekerden jegens die failliete zorgverzekeraar bestaande vorderingen ter zake van een recht op vergoeding als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, of artikel 13 Zvw voldoet. Indien noodzakelijk kan de overheid daartoe een extra storting in het zorgverzekeringsfonds doen (art. 56 Zvw). Het gaat in dit wetsartikel niet om het overnemen van de verzekering als zodanig maar om bestaande vorderingen ter zake van een recht op vergoeding van zorg. Wij interpreteren dit zo dat dit gaat om verzekerden die uit hoofde van een restitutieverzekering of op grond van artikel 13 Zvw (de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg), nog een claim voor de vergoeding van gemaakte zorgkosten hebben op hun zorgverzekeraar. Door verzekerden vooruitbetaalde premies vallen naar de letter van art. 31 Zvw niet onder deze regeling. Het gaat hier naar onze mening wel om een risico dat consumenten bewust nemen. Immers, het is een expliciete keuze om de premie in één keer te betalen. Meestal krijgt een consument hiervoor ook korting.

In de Memorie van Toelichting bij de Zvw⁴¹ valt te lezen dat er geen verplichting van het Zorginstituut jegens aanbieders geldt. Dat wil zeggen dat de wetgever niets heeft geregeld voor de vorderingen van zorgaanbieders op zorgverzekeraars uit hoofde van de zorginkooprelatie. Dit wordt als een normaal bedrijfsrisico voor de aanbieder gezien. De zorgaanbieder heeft immers (eventueel op grond van een contract met de zorgverzekeraar) de levering van zorg op zich genomen en draagt daarmee tevens het financiële risico. Dit zal de aanbieder dan op de verzekeraar moeten verhalen (door zich tot de curator of bewindvoerder van de verzekeraar te richten).

De wetgever heeft er vooral in voorzien dat er sprake is van een relatie tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Voor zover in die relatie nog sprake is van bestaande vorderingen van de verzekerde jegens de failliete zorgverzekeraar ter zake van een recht op vergoeding van zorg, neemt het Zorginstituut die over. We verwachten niet dat er een nadere regeling bij faillissement nodig is.

⁴¹ Toelichting bij artikel 31. Kamerstuk: 2003-2004, 29 763. Betreft de toelichting op de Zorgverzekeringswet. Een wet van 16 juni 2005, *Stb.* 2005, 358, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (*Zorgverzekeringswet*).

Overgang naar een nieuwe verzekering na faillissement

Een verzekerde is zelf verantwoordelijk en verplicht om te zoeken naar een zorgverzekeraar. Een verzekeringsplichtige kan echter niet ongelimiteerd onverzekerd blijven. Het Zorginstituut neemt maatregelen om verzekerden op hun verzekeringsplicht te attenderen.

Het Zorginstituut volgt kort samengevat de volgende procedure voor een onverzekerde⁴²:

- Zorginstituut Nederland kijkt wie er onverzekerd is en stuurt de desbetreffende personen een mededeling/aanwijzing
- De onverzekerde heeft vervolgens 3 maanden de tijd om een nieuwe verzekering af te sluiten.
- Na drie maanden legt Zorginstituut Nederland een boete op.
- Er volgt na drie maanden nog een boete indien de aangeschrevene nog steeds geen verzekering heeft afgesloten.
- Daarna sluit Zorginstituut Nederland een verzekering voor de persoon in kwestie af, waar deze 12 maanden aan vast zit tenzij binnen 2 weken na de mededeling over de verzekering aangetoond kan worden dat alsnog zelf een verzekering is afgesloten. Bij het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering is Zorginstituut Nederland gehouden de polissen naar rato van het aantal verzekerden over de verzekeraars te spreiden.

Zoals blijkt uit de procedure is het opnieuw zoeken van een zorgverzekeraar in beginsel de taak van de consument. Alleen als een verzekerde van een failliete verzekeraar binnen een maand na het eindigen van de verzekering een nieuwe afsluit is hij effectief niet onverzekerd geweest. Een consument kan echter tot 9 maanden onverzekerd blijven. Na negen maanden wordt de betreffende consument automatisch verzekerd.⁴³

Wij verwachten dat bij een faillissement, waarbij grote aantallen consumenten acuut en onverwacht onverzekerd zijn, een deel van de verzekerden een periode onverzekerd zal zijn. De redenatie hierachter is dat het met slechts stimulerende maatregelen niet mogelijk is om binnen een maand (de maximale terugwerkende kracht van een nieuwe verzekering) alle verzekerden een nieuwe verzekering af te laten sluiten. Gezien de grote aantallen cliënten van alle zorgverzekeraars, is een klein percentage onverzekerden in absolute zin wel een groot aantal.

Tijdelijk onverzekerd zijn na een faillissement is zeer nadelig voor consumenten om twee redenen. Ten eerste omdat eventuele (nieuw te starten) behandelingen niet betaald worden. Een consument kan er dan voor kiezen of geen zorg te gebruiken, of dit volledig zelf te betalen. Ten tweede is de toegankelijkheid van zorg in het geding, omdat aanbieders in financiële problemen kunnen raken. Of door vraaguitval, of omdat rekeningen onbetaald blijven. Hierbij moet opgemerkt worden dat aanbieders alleen in financiële problemen raken als consumenten in het betreffende werkgebied op grote schaal onverzekerd zijn. Dit is echter niet uit te sluiten, gezien de grote regionale marktaandeelen van bijna alle zorgverzekeraars. (Zie ook figuur 2 op pagina 27)

Op basis van deze redenering concluderen wij dat een faillissement van een zorgverzekeraar een risico inhoudt voor verzekerden voor wat betreft de toegang tot zorg. Een deel van de veldpartijen heeft de NZa

⁴² Zie Zorginstituut Nederland. Onverzekerden [Online]. Via: <http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerden>

⁴³ Deze terugwerkende kracht is logisch vanwege de jaarlijkse overstapperiode. Een verzekeringsplichtige die voor 1 januari zijn verzekering heeft opgezegd, moet uiterlijk 1 februari een nieuwe verzekering hebben afgesloten, die dan tot 1 januari terugwerkt.

tijdens de consultatieronde vragen gesteld bij deze conclusie. De NZa heeft aangegeven dat zij 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. Dit beschouwt de NZa als een onwenselijke situatie.

2.6 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we in kaart gebracht wat de kans is dat een zorgverzekeraar in problemen kan raken waardoor hij het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen en wat de gevolgen daarvan zijn.

Op grond van de analyse kunnen we constateren dat de kans dat een zorgverzekeraar (onverwacht) in problemen raakt zeer beperkt is. Er zijn diverse factoren die dit risico beperken. De belangrijkste zijn de aanwezigheid van de risicoverevening, de stabiliteit van de vraag op de markt en het toezicht door DNB. De kans op faillissement is voor kleine zorgverzekeraars relatief groter dan voor de grote zorgverzekeraars, maar nog steeds beperkt. Door hun beperkte schaal hebben kleine zorgverzekeraars minder absorptievermogen dan grote zorgverzekeraars en kunnen zij dus sneller in problemen raken.

Voor de gevolgen van het scenario dat een zorgverzekeraar in problemen raakt en het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen, geldt het omgekeerde. Een kleine zorgverzekeraar die niet langer aan zijn verplichtingen kan voldoen, zal nauwelijks tot problemen leiden. De gevolgen van het wegvallen van één van de grote vier verzekeraars zijn daarentegen veel groter.

Zorgverzekeraars hebben in theorie voldoende vermogen om het omvallen van de grootste zorgverzekeraar zonder grote problemen op te kunnen vangen. Ook op het terrein van de organisatorische gevolgen blijken zorgverzekeraars flexibel en zonder al te veel problemen een grote verzekerdersaanname te kunnen opvangen.

Eén van de risico's die wij signaleren betreft de financiering van onderhanden werk bij zorgaanbieders. Wanneer een grote zorgverzekeraar in problemen raakt is het denkbaar dat dit tot dusdanige acute financiële problemen leidt bij de gecontracteerde zorgaanbieders dat zij ook op grote schaal in problemen komen. Dit effect is groter naarmate de zorgaanbieder meer afhankelijk is van declaraties achteraf. Ook is het probleem afhankelijk van de concentratiegraad van verzekeraars in geografische gebieden. Aanbieders hebben naar verwachting minder problemen als de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt binnen de lokale markt minder hoog is. In het algemeen geldt dat het de vraag is of de overige verzekeraars dit soort problemen bij een specifieke groep aanbieders zonder een centraal geregisseerde aanpak kunnen oplossen.

Een ander probleem waarvoor in bestaande wet- en regelgeving slechts in beperkte mate een vangnet is opgenomen betreft de positie van verzekerden in geval van een faillissement van hun verzekeraar. Het is reëel om te veronderstellen dat in een dergelijk scenario in absolute aantallen⁴⁴ veel mensen gedurende langere tijd onverzekerd blijven, met nadelige gevolgen voor hun toegang tot zorg.

⁴⁴ Stel: Een verzekeraar met twee miljoen klanten faillieert. Na een maand gelden klanten als onverzekerd. Stel dat 1% van deze mensen nog geen nieuwe verzekering heeft na een maand, dan betekent dat dat er 20.000 mensen onverzekerd zijn geraakt.

3. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg (MSZ) omvat medisch specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. De zorg kan electief of acuut zijn en wordt gegeven in instellingen voor medisch specialistische zorg zoals ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken. We onderzoeken in dit hoofdstuk wat de kans op een faillissement van een aanbieder van MSZ is en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn.

3.1 Inleiding en leeswijzer

In hoofdstuk 1 werd reeds beschreven waarom in deze risicoverkenning onder andere de medisch specialistische zorg centraal staat. Belangrijk is bijvoorbeeld dat in de MSZ alleen spoedeisende hulp en acute verloskunde⁴⁵ zijn aangemerkt als cruciale zorg.⁴⁶ Er bestaat een vangnet voor het uitzonderlijke geval dat cruciale zorg dreigt weg te vallen als gevolg van een faillissement van een aanbieder. Als de zorgverzekeraar in dat geval vanwege overmacht niet meer zelf in de continuïteit van deze zorg kan voorzien, kan de minister een vangnetstichting oprichten om hierin te voorzien. Dit vangnet treedt dus pas in werking nadat de instelling is weggefallen. Omdat in de afgelopen jaren al enkele keren zorgaanbieders failliet zijn gegaan, is het van belang om te bezien of de continuïteit van zorg niet in gevaar komt bij het omvallen van een zorgaanbieder.

Daarnaast hebben er in de markt voor MSZ de afgelopen jaren heel wat fusies plaatsgevonden.⁴⁷ Fusies leiden tot concentratie van zorgmarkten. Als de markt erg geconcentreerd is, kunnen faillissementen een groot effect hebben. In dat geval is het mogelijk dat de continuïteit van zorg niet langer gewaarborgd kan worden voor de inwoners in de regio. Die kans is beperkter veronderstellen we, als de markt minder geconcentreerd is. In dit hoofdstuk onderzoeken we daarom wat de kans op een faillissement is van een aanbieder van MSZ en wat daarvan de gevolgen kunnen zijn. We veronderstellen daarbij dat de aanbieder van MSZ de markt verlaat. Zoals in de consultatie door Marc Pomp Beleidsanalyse aangegeven, is het uiteraard mogelijk dat een faillerende marktpartij een doorstart maakt waarbij met (een deel van) de activa en/of het personeel al dan niet onder de vlag van een andere rechtspersoon de zorglevering kan worden voortgezet. Daarbij is het de vraag of dat de gehele zorgverlening betreft of slechts een deel daarvan. Omdat een doorstart geen automatisme is en bereidwilligheid vergt van alle betrokkenen is het afhankelijk van de situatie of een (succesvolle) doorstart tot de mogelijkheden behoort. Daarom kijkt de NZa in deze verkenning naar de situatie die het grootste effect tot gevolg heeft en dat is het effect van het wegvallen van de marktpartij.

⁴⁵ Binnen de Zvw worden ook ambulancezorg en crisisopvang GGZ als cruciale zorg aangemerkt, die vallen buiten het bestek van deze monitor. Dat geldt ook voor de AWBZ/WLZ zorg die ook als cruciaal wordt aangemerkt.

⁴⁶ Voor cruciale zorg geldt dat wanneer deze (tijdelijk) niet voldoende dichtbij beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids-)schade kunnen oplopen of ernstig worden belemmerd in hun dagelijkse leven (Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel A, onder 2, sub a t/m e van de bijlage bij dat besluit). Het is belangrijk te realiseren dat deze definitie ook van toepassing kan zijn op andere vormen van zorg, maar dat deze vormen van zorg niet als zodanig in de wet zijn opgenomen.

⁴⁷ Zie de overzichten 'Aantal Zorgaanbieders' in Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). *Marktscan Medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit 2010-2014.

Een ander argument om de doorstartoptie niet mee te nemen in de analyses, is dat we hierdoor onvoldoende zicht hebben op risicogevalen. Immers, hoe groter de marktpartij, hoe waarschijnlijker een (gedeeltelijke) doorstart. Maar juist het wegvallen van een grote partij kent risico's voor de publieke belangen. Als de toegankelijkheidsrisico's worden weggenomen dan kan nog steeds sprake zijn van een negatief effect op de betaalbaarheid.

In paragraaf 3.2 bespreken we de opzet van de analyse. Paragraaf 3.3 beschrijft de kans op faillissement van een aanbieder van MSZ. In paragraaf 3.4 bekijken we hoe geconcentreerd de markt voor MSZ nu is en wat de redenen voor concentratie zijn. In paragraaf 3.5 wordt besproken wat de gevolgen zijn als een aanbieder in financiële nood komt en niet langer aan zijn verplichtingen kan voldoen. In paragraaf 3.6 vatten we de belangrijkste conclusies van dit hoofdstuk samen.

3.2 Opzet analyse

In dit hoofdstuk maken we gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data. De kwalitatieve data zijn verzameld middels interviews met een aantal zorgaanbieders. De NZa heeft medewerkers van een Universitair Medische Centrum (UMC), drie algemene ziekenhuizen, één categoriaal ziekenhuis en één Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) gesproken. De lijst met onderwerpen is opgenomen in bijlage 1. Het ging om semigestructureerde interviews.⁴⁸ De respondenten zijn allen betrokken bij het strategisch beleid van hun organisatie. In de interviews stond de continuïteit van zorg centraal en de eventuele problemen die kunnen ontstaan als deze continuïteit bedreigd wordt. Ook de rol van de zorgverzekeraar bij het handhaven van de continuïteit van zorg kwam aan de orde.

Voor de analyse van de kwantitatieve indicatoren zijn onder andere data van Vektis (2012) gebruikt. In bijlage 5 worden alle databronnen besproken.

3.3 De kans op een faillissement van een aanbieder van Medisch specialistische zorg

In deze paragraaf onderzoeken we de kans dat een aanbieder van MSZ in financiële problemen raakt. We baseren onze bevindingen onder andere op de interviews die we hebben gehouden (zie paragraaf 3.2) en een kwantitatieve analyse van financiële indicatoren.

3.3.1 Financiële situatie zorgaanbieders

In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven dat er slechts een kleine kans is dat een verzekeraar door een tegenvallende financiële situatie niet langer in staat is om aan zijn verplichtingen te voldoen. In de praktijk is er dan ook nog geen verzekeraar failliet gegaan. In de afgelopen jaren hebben daarentegen wel enkele zorgaanbieders op het randje van faillissement verkeerd. Ook is in de afgelopen twee jaar bij twee ziekenhuizen faillissement aangevraagd. We hebben geen beeld van het aantal faillissementen bij ZBC's.

⁴⁸ Dat wil zeggen: de onderwerp lijst in bijlage 1 fungeerde als een indicatie van de mogelijke onderwerpen, maar hier kon vanaf geweken worden tijdens het gesprek als daar aanleiding voor bestond.

In de Marktscan Medisch specialistische zorg 2013⁴⁹ staat een overzicht van de financiële positie van ziekenhuizen. De financiële positie van aanbieders in 2012 is iets verbeterd ten opzichte van 2011. Zo bleek dat de gemiddelde liquiditeit (current ratio) van alle ziekenhuizen samen gestegen was van 0.9 naar 1 in één jaar tijd. Omdat een current ratio kleiner dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn verplichtingen kan voldoen, is deze stijging gunstig. Wel bleek dat veel individuele ziekenhuizen nog een current ratio hebben lager dan 1 en dat de rentabiliteit van ziekenhuizen juist is afgenomen. In deze cijfers zien we dat veel aanbieders in de markt financiële risico's lopen⁵⁰.

We hebben ook gekeken of we kunnen bepalen of de schaalgrootte van het ziekenhuis samenhangt met de financiële risico's die het loopt. We analyseren vijf financiële indicatoren die ook in andere rapportages vaak gebruikt worden (bijv. in analyses van het CBS of BDO⁵¹). De exacte definities van de indicatoren kunnen tussen bronnen verschillen. Dit betekent dat er soms kleine verschillen zijn tussen de waarden van verschillende indicatoren. In deze risicoverkenning gebruiken we de volgende definities:

- Winstgevendheid is het bedrijfsresultaat na belastingen (nettowinst) gedeeld door opbrengst. Deze indicator geeft de relatieve resultaatmarge weer.
- Rentabiliteit van het eigen vermogen is de uitkomst van het resultaat na belastingen gedeeld door het eigen vermogen. Deze indicator zegt hoe goed het rendement van het ziekenhuis is.
- Solvabiliteit is de uitkomst van het eigen vermogen gedeeld door het balans totaal. Solvabiliteit karakteriseert de mate waarin een ziekenhuis op de lange termijn aan zijn verplichtingen kan voldoen.
- Weerstandsvermogen is de uitkomst van het eigen vermogen gedeeld door opbrengsten. Deze indicator geeft een indicatie van de financiële reservepositie van een ziekenhuis.
- Liquiditeit meten we aan de hand van de 'current ratio', gedefinieerd als de uitkomst van de totale vlottende activa gedeeld door kortlopende schulden (vlottende passiva). De liquiditeit geeft aan in hoeverre het ziekenhuis in staat is op korte termijn aan zijn verplichtingen te voldoen.

De analyse is gedaan over de periode 2012 en 2013. We gebruiken twee verschillende indicatoren voor de schaal: het aantal patiënten en de totale DOT-omzet. Bijlage 2 geeft de grafieken weer. Andere types analyses bevestigen het beeld uit de grafieken (OLS-regressies).

De grafieken leiden tot de volgende conclusies:

1. Er is een sterk verband tussen de schaal en het type ziekenhuis: kleine ziekenhuizen zijn vooral algemene ziekenhuizen. Ze leveren relatief eenvoudig zorg in vergelijking met grotere ziekenhuizen.
2. Er is een grote spreiding in de waarde van financiële indicatoren. Er zijn enkele ziekenhuizen met lage scores, maar ook enkele ziekenhuizen met relatief hoge scores. De groep van kleine

⁴⁹ Zie Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2013. *Marktscan Medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit zijn de meest recente gegevens. De *Marktscan Medisch specialistische zorg (deel B)* 2015, die in het voorjaar van 2015 zal verschijnen, zal de gegevens vanaf 2012 presenteren.

⁵⁰ Dit beeld wordt deels bevestigd door een recent onderzoek van BDO (benchmark ziekenhuizen 2015, februari 2015, www.bdo.nl/nl/branches/zorg/benchmark-ziekenhuizen/paginas/default.aspx) waarin BDO concludeert dat 20% van de ziekenhuizen financieel kwetsbaar is, ondanks een lichte verbetering t.o.v. 2 jaar terug.

⁵¹ Zie voetnoot 43

ziekenhuizen lijkt het minst homogeen: daar zien we de grootste spreiding en uitschieters in beide richtingen.⁵²

3. We vinden geen sterk statistisch significant verband tussen financiële indicatoren en schaal.

In de periode 2012 en 2013 was een overgangsmiddel van kracht, dat de financiële effecten van de overstap naar prestatiebekostiging dempte. De verschillen tussen het oude bekostigingsmodel en prestatiebekostiging werden in die jaren deel verrekend. Dit was afhankelijk van de verhouding tussen opbrengsten uit het budgetmodel en opbrengsten uit prestatiebekostiging. Het resultaat was een bedrag dat in meerdering of mindering werd gebracht op de resultaten van het ziekenhuis. Dit bedrag werd het transitiebedrag genoemd. Dit model was van grote invloed op de financiële resultaten van ziekenhuizen.

Een groot transitiebedrag kan betekenen dat een ziekenhuis in de toekomst onvoldoende inkomsten heeft onder het regime van prestatiebekostiging. We kijken daarom ook of we aan de hand van de transitiebedragen kunnen bepalen of een bepaalde schaalgrootte meer risico's met zich meebrengt.

Om de relatie tussen de transitiebedragen (als fractie van de opbrengst) en de schaal te berekenen, gebruiken we twee indicatoren:

- Het transitiebedrag gedeeld door de definitieve opbrengst 2012
- Het transitiebedrag gedeeld door totale omzet.

De uitkomsten worden gerapporteerd in bijlage 2. Deze grafieken tonen geen of een zwak positief verband van beide indicatoren met schaal: kleine ziekenhuizen ontvangen dus dezelfde of relatief kleinere bedragen (als fractie van de omzet) in vergelijking met andere ziekenhuizen.

Op basis van deze analyses lijkt er geen sprake van een statistisch significant verband tussen de schaal en de meeste financiële indicatoren. De transitiebedragen veranderen niets aan dit beeld. Dit wil zeggen dat de financiële prestaties niet afhangen van de grootte van het ziekenhuis.

3.3.2 Risico's voor faillissement

In de interviews werden bedrijfsrisico's genoemd die een faillissement van een aanbieder van MSZ als gevolg kunnen hebben. Meerdere zorgaanbieders geven aan risico's te zien door de toegenomen druk op de tarieven. Ook zit er een risico in het afnemen van het volume. Risico's voor aanbieders liggen onder andere in (de dreiging van) selectief contracteren en de inspanningen voor het realiseren van substitutie naar de eerstelijns. In de marktscan medisch specialistische zorg zagen we reeds een afname in het aantal Eerste Polibezoeken (EPB) en opnamen.⁵³ Mismanagement is een (incidenteel) risico voor zorgaanbieders. Bijvoorbeeld bij te dure nieuwbouw, ICT of andere (riskante) investeringsbeslissingen.

Een risico dat in de consultatie genoemd werd, is het macrobeheersinstrument waardoor aanbieders achteraf met heffingen kunnen worden geconfronteerd die zij individueel noch kunnen beïnvloeden, noch kunnen voorspellen. Hoewel wij niet verwachten dat

⁵² Dit lijkt in lijn met de bevinding van BDO (2015) dat drie kleine ziekenhuizen bij de "top 10" ziekenhuizen m.b.t. financiële prestatie horen, waarbij twee kleine ziekenhuizen de hoogste score hebben. Bron: BDO (2015), 2015: Jaar van de waarheid.

⁵³ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2013. *Marktscan Medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

deze heffingen de directe oorzaak van faillissementen zullen zijn⁵⁴ introduceren ze wel een additioneel risico in de markt.

Onzekerheid over de financiering van onderhanden werk vormt ook een risico voor zorgaanbieders. In dit kader speelt het risico op faillissement van een zorgverzekeraar (zie ook paragraaf 2.4.3). Als dit gebeurt heeft dit ernstige gevolgen voor een ziekenhuis. Het risico op faillissement van een verzekeraar schatten de zorgaanbieders echter klein in. De zorgaanbieders hebben daar dan ook geen draaiboeken voor paraat. Ook wij schatten dit risico als klein, zoals volgt uit hoofdstuk 2.

Eén bestuurder geeft aan dat bedrijfsrisico's voornamelijk veroorzaakt worden door de schaal van de instelling (te klein of juist te groot). Daarbij wordt tevens aangegeven dat reputatieschade een zeer groot risico vormt. Meerdere casussen hebben in de afgelopen jaren laten zien dat als incidenten een slecht imago veroorzaken, dit zich vertaalt in lagere patiëntenaantallen en een problematische financiële situatie van het ziekenhuis.

We zien verder dat er geen aanvullende eisen worden gesteld aan de financiële status van ziekenhuizen. Er bestaat weliswaar een vangnet voor het uitzonderlijke geval dat de continuïteit van cruciale zorg niet meer geborgd zal zijn als gevolg van bijvoorbeeld een faillissement van een zorgaanbieder en zorgverzekeraars vervolgens niet meer op andere wijze aan hun zorgplicht kunnen voldoen, maar dit treedt pas in werking nadat de instelling is weggevallen.

Het vangnet kan het wegvallen van de instelling dus niet voorkomen. Bovendien geldt deze regelgeving alleen voor een zeer klein deel van de medisch specialistische zorg. Ook is er geen centraal georganiseerd publiekrechtelijk toezicht op de financiële situatie van zorgaanbieders. Een aantal partijen kijkt wel naar de financiële situatie van een ziekenhuis en heeft daarin ook wettelijke taken en bevoegdheden. De jaarrekeningen van zorgaanbieders worden jaarlijks gecontroleerd door een accountant. Doel van deze controle is zeker te stellen dat de jaarrekening getrouw de werkelijke financiële situatie van de aanbieder weergeeft. Ook is ruim 85% van de algemene en categorale ziekenhuizen lid van de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ).⁵⁵ Met een borgstelling van het WFZ kan een zorginstelling tegen gunstige condities financiering aantrekken voor investeringen.⁵⁶ Periodiek wordt van alle deelnemers aan de WFZ de kredietwaardigheidssituatie herbeoordeeld.⁵⁷ Desondanks kunnen WFZ-deelnemers wel failliet gaan.⁵⁸ Een belangrijke rol heeft de zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht. Voorts zijn op basis van de Wet toelating zorginstellingen eisen gesteld aan de bedrijfsvoering en administratie van zorgaanbieders. Tot slot bevat het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg de mogelijkheid voor de minister van VWS om, indien de minister van oordeel is dat de

⁵⁴ Bij het schrijven van deze rapportage is het MBI nog niet in de praktijk toegepast. Kortingen op budgetten uit het verleden zijn niet rechtstreeks in verband te brengen met faillissementen van aanbieders, maar dat speelde in de context van een financieringsmodel met meer zekerheden.

⁵⁵ Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector. Jaarverslag 2013. Utrecht: Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (pagina 13) via <http://www.wfz.nl/site/index.php?c=snelmenu&i=3> (laatst bezocht op 2014-11-25).

⁵⁶ Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector. Het WFZ via http://www.wfz.nl/site/index.php?c=het_wfz (laatst bezocht op 2014-11-25).

⁵⁷ Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector. Wie kan deelnemen via http://www.wfz.nl/site/index.php?c=wie_kan_deelnemen&p=1 (laatst bezocht op 2014-11-25).

⁵⁸ Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector. Wie kan deelnemen via http://www.wfz.nl/site/index.php?c=wie_kan_deelnemen&p=1 (laatst bezocht op 2014-11-25).

organisatiestructuur van de zorgaanbieder in ernstige mate afbreuk doet aan het verlenen van goede zorg, een aanwijzing in de vorm van een structurele maatregel aan de zorgaanbieder op te leggen.

Geen van de genoemde partijen heeft echter een formele bevoegdheid tot (preventief) ingrijpen in verband met de financiële situatie van een zorgaanbieder. We constateren dat er anders dan in de verzekeringsmarkt, geen publiekrechtelijk toezicht is dat kan dienen ter preventie van (ongewenste) faillissementen.

Bij voorgaande risico's moet wel opgemerkt worden dat in het algemeen de meeste zorgaanbieders voldoende vraag hebben naar hun diensten en beschikken over een gezonde bedrijfsvoering. Een faillissement ligt dus niet voor de hand. De genoemde concentratie van zorg verkleint bovendien de kansen op een faillissement, hoewel de schadelijke effecten van een (dreigend) faillissement dan wel groter (kunnen) worden. Dit schadelijke effect hoeft dan niet alleen een toegankelijkheidsrisico te zijn, maar kan ook een financieel effect zijn dat optreedt omdat het borgen van de toegankelijkheid geld kost.

3.3.3 Deelconclusie kans op faillissement

De meeste zorgaanbieders hebben een tamelijk stabiele vraag naar hun productie. Faillissementen op grote schaal liggen dan ook niet voor de hand.

Er zijn enkele factoren die een reëel risico vormen voor de financiële stabiliteit van individuele zorgaanbieders. Het gaat onder andere om onzekerheid over financiering van onderhanden werk, druk op de tarieven, het wegvallen van een deel van de omzet door selectieve contractering en substitutie en tot slot mogelijk mismanagement en reputatieschade. De genoemde bedrijfsmatige risico's spelen voor veel zorgaanbieders. De ziekenhuizen met een current ratio kleiner dan 1 zijn het meest kwetsbaar voor dergelijke risico's. Het is niet te zeggen of grotere of kleinere ziekenhuizen meer financiële risico's lopen. Op basis van onze analyses lijkt er geen sprake van een sterk statistisch significant verband tussen de schaal en de meeste financiële indicatoren. Dit geldt ook voor de transitiebedragen: Er is nauwelijks een verband tussen de schaal van de zorgaanbieder en het toegekende transitiebedrag. Dit betekent, op het eerste gezicht, dat kleine zorgaanbieders geen slechtere resultaten boeken onder het regime van prestatiebekostiging dan grotere zorgaanbieders.

Wel is de kans op onverwachte problemen bij zorgaanbieders groter dan bij zorgverzekeraars. De risico's voor de bedrijfsvoering zijn groter. Ook zijn er beperktere mogelijkheden tot ingrijpen, omdat centraal georganiseerd publiekrechtelijk toezicht op de financiële situatie ontbreekt. De combinatie van de genoemde risico's met ontbrekend publiekrechtelijk toezicht maakt dat faillissementen niet uitgesloten kunnen worden. Er hebben zich in de afgelopen twee jaar bijvoorbeeld twee faillissementen voorgedaan.

Als onverwachte financiële problemen zich voordoen, hangt het van de aanwezigheid en flexibiliteit van de andere partijen en de omvang van de omvallende partij af, hoe snel de problemen opgelost kunnen worden en de toegankelijkheid van zorg gegarandeerd kan worden. Als ruim van tevoren duidelijk is dat een probleem gaat ontstaan, kunnen partijen daar op inspelen. Het failliet gaan lijkt een langdurig proces als we kijken naar de risico's, met uitzondering van de factor mismanagement/reputatieschade.

3.4 Concentratie op de markt voor Medisch specialistische zorg

Voordat we overgaan op een bespreking van de gevolgen van financiële problemen in de markt voor MSZ brengen we eerst in kaart hoe geconcentreerd de markt nu reeds is. We veronderstellen dat er een verband bestaat tussen de concentratie van de zorgaanbieders en de impact van het omvallen van een zorgaanbieder. Hoe meer het zorgaanbod geconcentreerd is, hoe groter de impact als een organisatie met een groot marktaandeel zijn activiteiten staakt.

3.4.1 Gewogen marktaandeel van zorgaanbieders per patiënthoofdgroep

In de Marktscan Medisch Specialistisch Zorg⁵⁹ zijn gewogen marktaandelen per instelling gerapporteerd. De NZa werkt voor de berekening van marktaandelen met zogenaamde micromarkten. Het marktaandeel van de instelling wordt eerst berekend per viercijferige postcode. Daarna wordt een gewogen marktaandeel per ziekenhuis berekend waarbij de marktaandelen per postcode worden gewogen met het belang van de postcode in de omzet van het ziekenhuis.⁶⁰

In de marktscan Medisch specialistische zorg⁶¹ wordt de klinische patiënt als micromarkt gehanteerd. In deze risicoverkenning hanteren we de patiënthoofdgroepen als micromarkten omdat we veronderstellen dat de gevolgen van concentratie per functie kunnen verschillen. Met patiëntgroepen bedoelt de NZa groepen patiënten met een vergelijkbare zorgvraag of vergelijkbaar klachtenpatroon die op een vergelijkbare manier bij een medisch specialist komen. We veronderstellen dat patiëntgroepen een goede benadering zijn van de functies die een instelling vervult. De NZa heeft 64 patiëntgroepen gedefinieerd. Deze patiëntengroepen zijn weer geclusterd in 16 hoofdgroepen. Als het marktaandeel van een ziekenhuis binnen één of meer patiënt(hoofd)groep(en) groot is, kan dit aanleiding zijn tot een verdiepend onderzoek. Voor de volledigheid merken we op dat we binnen de groepen geen onderscheid kunnen maken tussen acute en niet acute zorg. De productstructuur kent dat onderscheid niet.

Marktaandelen vertellen ons iets over de marktstructuur en de keuzealternatieven voor patiënten in de markt. Een ziekenhuis met een groot marktaandeel domineert de markt. Als een ziekenhuis in een micromarkt een marktaandeel van 50% heeft, gaat 50% van de patiënten in de micromarkt naar dat ziekenhuis. De andere 50% gaat naar een ander ziekenhuis. Wanneer een ziekenhuis in een micromarkt een marktaandeel van 100% heeft, bestaat er geen alternatief ziekenhuis voor patiënten uit die markt om naar toe te gaan.^{62 63}

⁵⁹ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Medisch specialistische zorg (deel A)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

⁶⁰ Zie Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2013. *Fusiesimulatiemodellen: toelichting bij de LOCI- en WTP- methoden*. Bereikbaar via: <http://www.nza.nl/104107/138494/13.0512.22> - Bijlage 1.pdf (06/05/2014 geraadpleegd). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor een uitleg van de methode.

⁶¹ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Medisch specialistische zorg (deel A)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

⁶² Opgemerkt moet worden dat de theoretische mogelijkheid bestaat dat er wel een alternatief ziekenhuis bestaat, maar dat patiënten dat ziekenhuis niet bezoeken. Dit komt in praktijk neer op het niet aanwezig zijn van een (aannemelijk) alternatief.

⁶³ In theorie kan er wel een andere aanbieder zijn in deze micromarkt, waar geen patiënten heen gaan.

Het gemiddeld gewogen marktaandeel van de ziekenhuissector in Nederland is 50,3%. Dit betekent dat een gemiddeld ziekenhuis in de voor hem relevante postcodegebieden⁶⁴ een gemiddeld marktaandeel van 50,3% heeft.⁶⁵ In praktijk betekent dit dat in het merendeel van de markten zich een dominante marktspeeler bevindt.

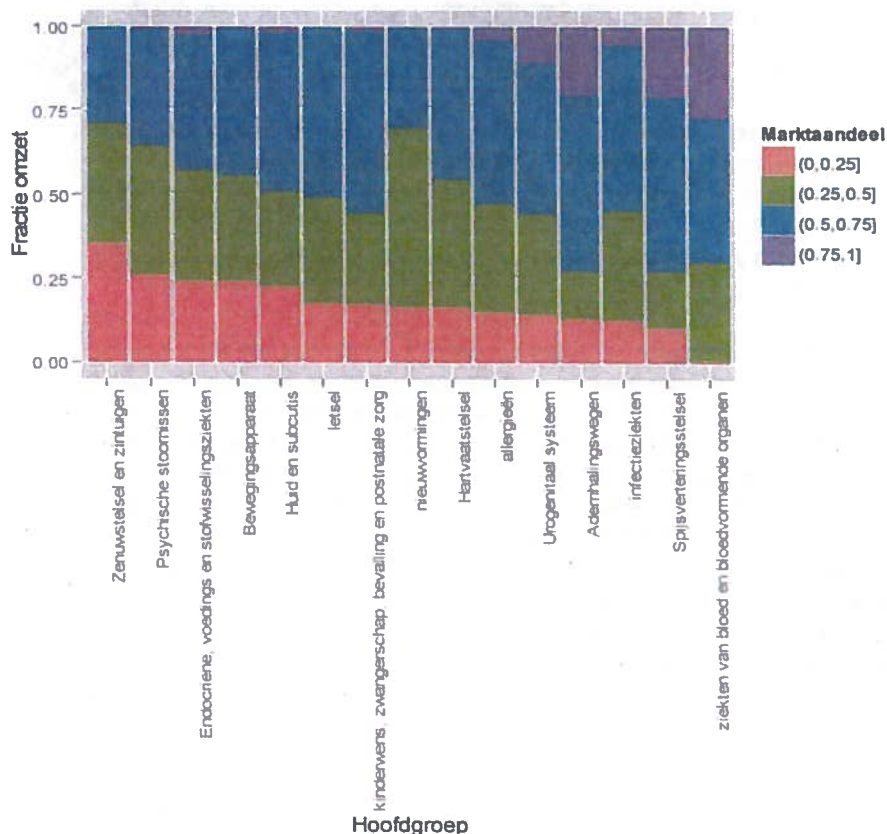
Figuur rapporteert de verdeling van de gewogen marktaandelen van de ziekenhuizen (inclusief ZBC's) per patiënthoofdgroep en zet dit af tegen de totale landelijke ziekenhuisomzet in die patiënthoofdgroep. Voor elke patiënthoofdgroep zien we de omzetfractie van ziekenhuizen die in een bepaalde marktaandeelcategorie vallen: (0, 0.25], (0.25, 0.5], (0.5, 0.75] of (0.75, 1].

De interpretatie van Figuur 3 tonen we aan de hand van enkele voorbeelden. Als we kijken naar de hoofdgroep *Zenuwstelsel en zintuigen* dan zien we dat circa 30% van de totale landelijke ziekenhuisomzet voor die hoofdgroep wordt gegenereerd door ziekenhuizen met een gewogen marktaandeel dat hoger is dan 50%. Als we vervolgens kijken naar de hoofdgroep *Ziekten van bloed en bloedvormende organen* dan valt op dat circa 70% van de totale landelijke ziekenhuisomzet voor die hoofdgroep gegenereerd wordt door ziekenhuizen met een gewogen marktaandeel dat hoger is dan 50%. We leiden hieruit af dat de markt voor *Ziekten van bloed en bloedvormende organen* geconcentreerder is dan de markt voor *Zenuwstelsel en zintuigen*.

⁶⁴ Voor de duidelijkheid: een relevant postcodegebied is een postcodegebied waar patiënten van het desbetreffende ziekenhuis wonen.

⁶⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). 2014. *Marktscan Medisch specialistische zorg (deel A)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Figuur 3: Het gewogen marktaandeel per patiënthoofdgroep op basis van geopende DOT-producten in 2012⁶⁶



Bron: NZa, op basis van informatie van Vektis

Uit Figuur 3 blijkt dat bij acht van de vijftien patiënthoofdgroepen een groot deel van de omzet wordt gegenereerd door zorgaanbieders met een gewogen marktaandeel van 50% of minder. Voor de overige patiënthoofdgroepen geldt dat 50% van de omzet gegenereerd wordt door ziekenhuizen met een gewogen marktaandeel van 50% of hoger. In die laatste groep markten kan slechts een beperkt deel van de patiënten door overblijvende marktpartijen worden overgenomen, als een grote partij wegvalt. Immers, alle andere partijen zullen tezamen hun productie moeten verdubbelen voor de zorg uit het werkgebied van het omgevallen ziekenhuis. Het omvallen van een marktpartij is dan problematischer dan in het geval dat er meer alternatieven beschikbaar zijn.

We merken hierbij op dat de zorg op sommige onderdelen waarschijnlijk geconcentreerder is dan in Figuur 3 duidelijk wordt. Het gaat dan om specifieke (delen van) behandelingen, welke in het grote geheel van hoofdgroepen en gemiddeldes per ziekenhuis niet afzonderlijk herkenbaar zijn. In praktijk gaat het om hoog complexe behandelingen, die weinig voorkomen en daarom geconcentreerd worden aangeboden in een bepaalde instelling, zoals een UMC. Daar kan een goede reden voor zijn, maar deze specifieke concentraties zijn bij het wegvallen van een individuele aanbieder wel een belangrijk punt van aandacht.

⁶⁶ De patiënthoofdgroep 'overig' mist in deze figuur, omdat in deze categorie alle niet aan andere patiëntgroepen toewijsbare diagnoses zijn samengebracht. Het gaat, kortom, om een restcategorie. Ook moet opgemerkt worden dat na 2012 nog fusies hebben plaatsgevonden zodat deze figuur een onderschatting geeft van de concentratie van zorg in 2014/2015.

In het Hoofdlijnenakkoord werd afgesproken dat voor deze hoog-complexe laag-volume zorg concentratie en specialisatie nagestreefd wordt. Dit betekent dat dergelijke medische ingrepen nog maar in een beperkt aantal ziekenhuizen worden geleverd. Spreiding en specialisatie is een doel omdat uit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen die meer complexe medische ingrepen doen, betere patiëntuitkomsten behalen bij deze moeilijke behandelingen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit positieve verband tot op heden alleen voor een beperkt aantal complexe chirurgische ingrepen werd gevonden.⁶⁷ De minister heeft in haar brief van 6 maart 2015 aan de Tweede Kamer daarom ook aangegeven dat kwaliteitsoverwegingen met betrekking tot concentratie vooral bij de complexe zorg, die naar schatting zo'n 5 – 10% van de totale medisch specialistische zorg betreft, een rol spelen⁶⁸. In Nederland heeft de bevinding van een positief verband tussen volume en kwaliteit tot verschillende initiatieven geleid. Zo hebben wetenschappelijke beroepsverenigingen volumennormen vastgesteld voor complexe medische ingrepen.⁶⁹ Deze volumennormen hebben als resultaat dat de uitvoering van een aantal van deze ingrepen plaatsvindt in een beperkter aantal gespecialiseerde instellingen.

Een risico van deze invulling van de zorg is dat als een instelling die dergelijke vormen van zorg aanbiedt, omvalt, de zorg niet meer of slechts door een beperkt aantal spelers op de markt nog wordt aangeboden. Van deze vormen van zorg wordt echter wel vaak aangenomen dat patiënten bereid zijn verder te reizen⁷⁰. Bovendien wordt in de interviews aangegeven dat de professionals hun expertise ook in andere instellingen kunnen voortzetten zodat het aanbod van zorg gewaarborgd blijft. Dat veronderstelt dan wel het bestaan van een zorgnetwerk of een (snelle) overgang van mensen, kennis en infrastructuur tussen instellingen, waarvan het de vraag is of die in alle gevallen zonder frictieproblemen tot stand komt. Daarom blijft het goed om ook het aanbod van deze vormen van zorg in kaart te blijven houden. Juist in een dergelijk is een doorstart soms de beste optie om de toegankelijkheid te borgen. Deze doorstart kan wel geld kosten en is dan een risico voor de betaalbaarheid.

3.4.2 Specialisatie-index Nederlandse ziekenhuizen

Naast de concentratie van markten is het ook relevant om te kijken naar de specialisatie van zorgaanbieders. Het idee is dat de gevolgen van faillissementen groter zullen zijn bij gespecialiseerde ziekenhuizen die complexere zorg leveren, dan bij ziekenhuizen die alleen algemene zorg aanbieden. Complexere zorg is moeilijker te substitueren door andere zorgaanbieders.

De mate van specialisatie van een ziekenhuis kan door middel van een specialisatie-index⁷¹ worden uitgedrukt. Onze specialisatie-index meet het verschil tussen het productiepatroon van een afzonderlijke ziekenhuis

⁶⁷ Zie voor een overzicht van deze verbanden: Zuiderent-Jerak, T., T. Kool & J. Rademakers (red.). 2012. *De relatie tussen volume en kwaliteit voor zorg: tijd voor een brede benadering*. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.

⁶⁸ Brief aan de Tweede Kamer 'Curatieve zorg in krimpregio's van 6 maart 2015.

⁶⁹ Zie Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2013. *Volumennormen (chirurgische) ingrepen (december 2013)*. Beschikbaar via: www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/patientveiligheid/volume-chirurgische-ingrepen/. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voor een overzicht.

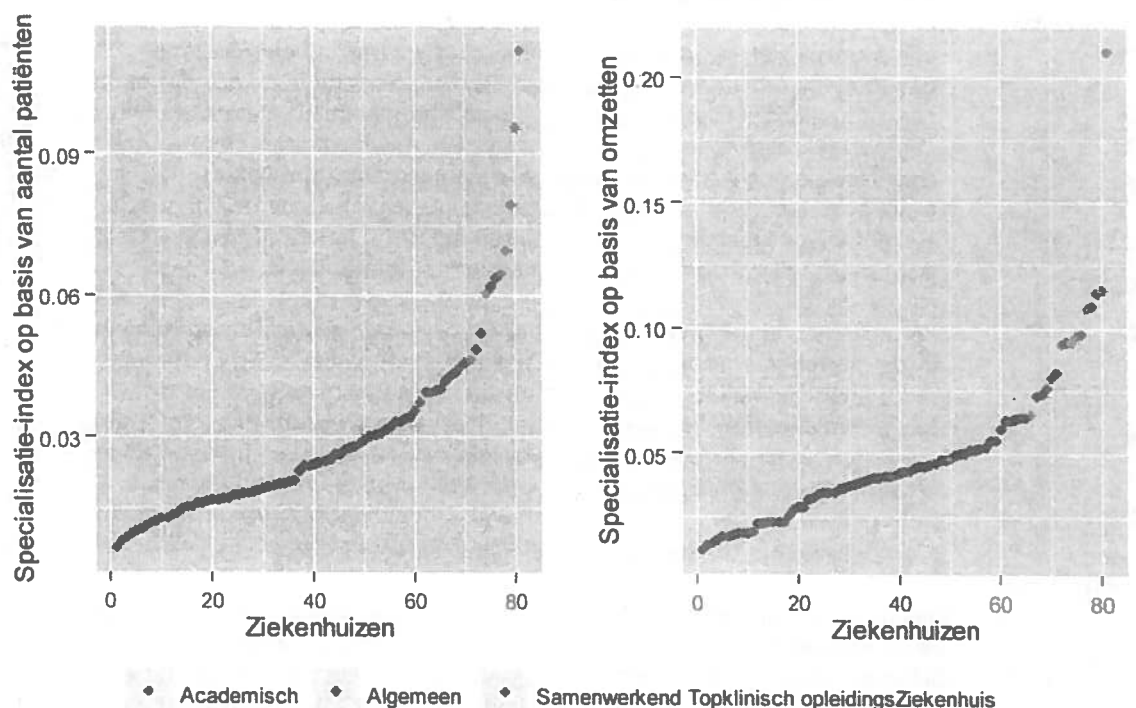
⁷⁰ De brief aan de Tweede Kamer 'Curatieve zorg in krimpregio's' van 6 maart 2015 verwijst naar onderzoeksrapporten die dit aantonen

⁷¹ Deze specialisatie-index was nog niet klaar toen een concept van de monitor is voorgelegd aan de geïnterviewde.

en het landelijke productiepatroon. Hierbij wijst de term 'productiepatroon' op de verdeling van de ziekenhuisproductie over de verschillende patiëntengroepen. De verdeling van ziekenhuisproductie kan zowel op basis van aantal patiënten als op basis van de omzet uit elke patiëntengroep worden bepaald. De uitleg over de berekening van de specialisatie-index is in bijlage 3 terug te vinden.

Een grotere afwijking van het landelijk-gemiddelde patroon wijst op meer specialisatie. Kleine ziekenhuizen vormen daarop de uitzondering omdat ze slechts een paar specialismen aanbieden. Omdat dit productiepatroon afwijkt van het gemiddelde, hebben deze ziekenhuizen een hogere index-waarde. Een ziekenhuis hoeft geen complexe zorg aan te bieden om een hogere index te krijgen. Het kan ook zijn dat hun algemene aanbod beperkt is. Bij het vergelijken van de verschillende uitkomsten zijn daarom vooral de relatieve verschillen van belang en niet de absolute waarde van de index.

Figuur 4: Specialisatie-index naar type ziekenhuis, 2012



Figuur 4 toont de specialisatie-index voor Nederlandse ziekenhuizen in 2012. De linker grafiek toont de spreiding van de specialisatie-index op basis van het aantal patiënten, terwijl de rechter grafiek de specialisatie-index op basis van de opbrengsten per patiëntengroep toont.

Het eerste wat opvalt is het verschil tussen de groep academische ziekenhuizen en de meeste andere ziekenhuizen: academische ziekenhuizen hebben vaak een hogere index waarde. Dit resultaat zien we in beide grafieken. Beide grafieken laten zien dat ook enkele niet-academische ziekenhuizen een hoge specialisatie-index hebben. Hun productiepatroon wijkt dus ook sterk af van het landelijk gemiddelde. Dit kan of doordat ze gespecialiseerd zijn of doordat ze relatief klein zijn en alleen enkele groepen van patiënten bedienen. Beide groepen komen in Nederland voor. De hoge waarde van specialisatie-index betekent dus niet vanzelfsprekend dat het ziekenhuis complexe zorg levert en moet samen met andere informatie worden geïnterpreteerd.

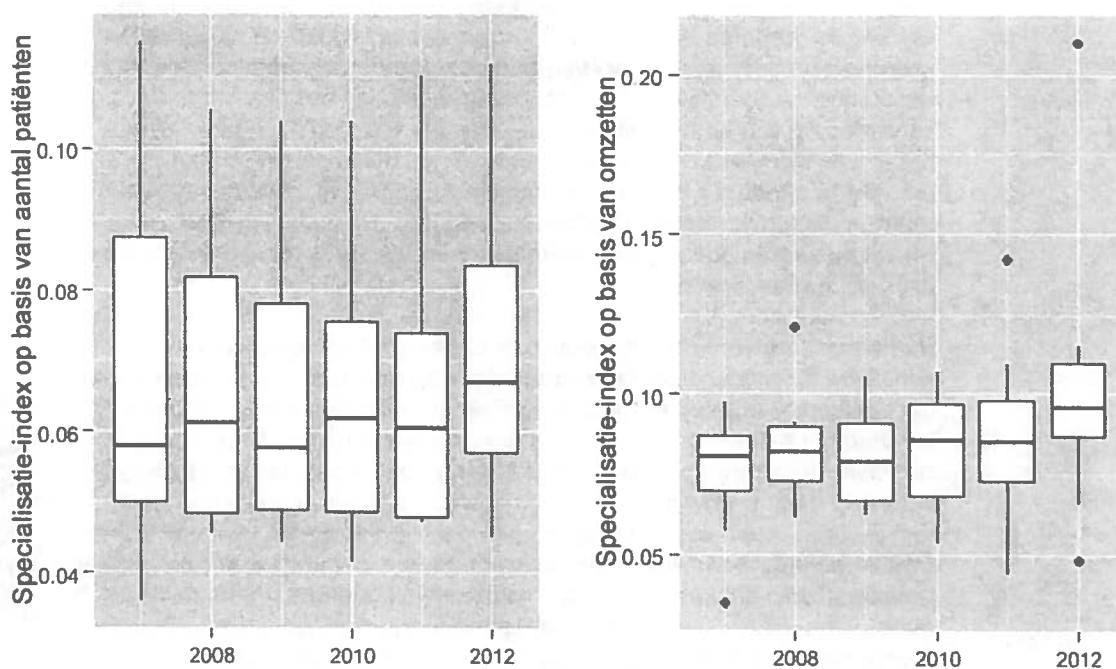
Het is ook van belang de specialisatie-index dynamisch te bekijken. Is specialisatie in de tijd gegroeid of juist gedaald? Omdat uit Figuur 4 blijkt dat academische ziekenhuizen en andere ziekenhuizen zich zo anders gedragen, hebben we in het vervolg een onderscheid gemaakt tussen deze twee groepen. We maken het onderscheid omdat we graag willen weten of het specialisatiepatroon zich ook anders ontwikkeld over de tijd.

Figuren 5 en 6 laten de ontwikkeling over de tijd zien. De linker grafiek toont wederom de spreiding over de specialisatie-index die op basis van het aantal patiënten is berekend, terwijl de rechter grafiek de spreiding toont op basis van de opbrengsten per patiëntgroep. Figuur 5 toont de spreiding voor academische ziekenhuizen en Figuur 6 toont de spreiding voor de andere ziekenhuizen.

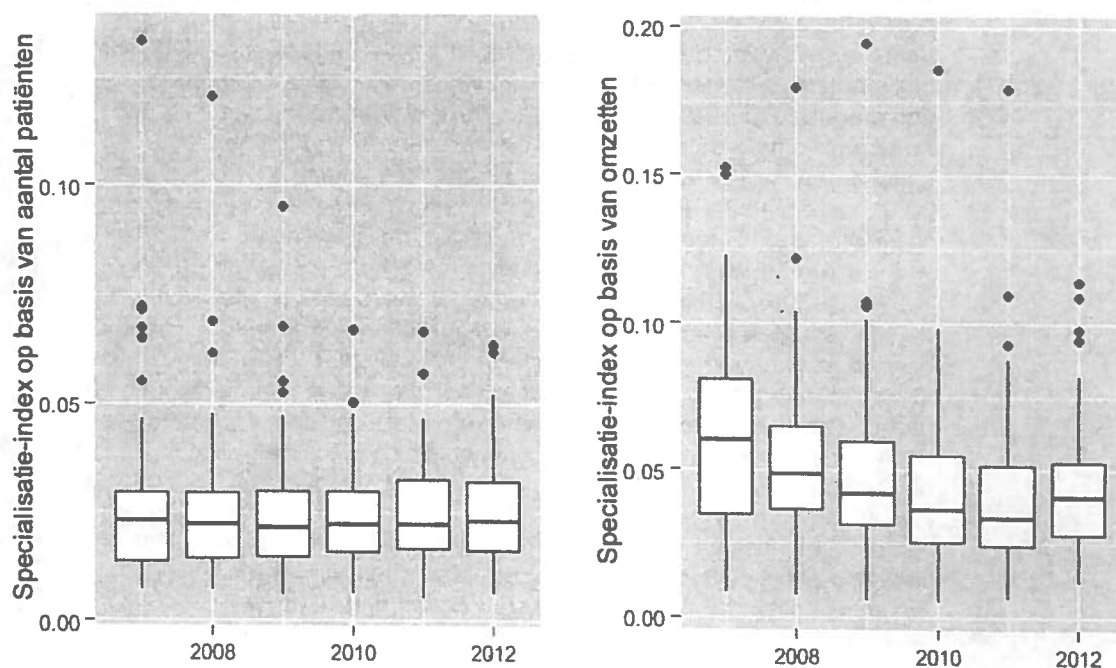
De figuren laten zien dat de patronen tussen de twee categorieën verschillen. Bij academische ziekenhuizen lijkt de specialisatie-index licht toe te nemen. Bij niet-academische ziekenhuizen zien we een lichte gemiddelde daling van de index-waarde als we kijken naar de omzet en een stabiele waarde op basis van het aantal patiënten. De afwijkende patronen in de grafieken van Figuur 6 wijzen op een verandering in de complexiteit van behandelingen binnen patiëntengroepen. Het is aannemelijk dat niet-academische ziekenhuizen gemiddeld gezien minder complexe zorg bieden binnen hun specialisatiegebieden. Patiënten met complexere ziektebeelden worden dan naar specialistische ziekenhuizen doorverwezen. Dit zijn vaak academische ziekenhuizen. Ook de tegengestelde verandering van de specialisatie-index voor academische ziekenhuizen (gebaseerd op omzet) ten opzichte van de ontwikkeling zichtbaar in Figuur 6, maakt deze verklaring aannemelijk.

We constateren in Figuur 5 en Figuur 6 ook dat er meer schommelingen in de grafieken voor academische ziekenhuizen plaatsvinden en minder in de andere categorie van ziekenhuizen. Dit komt mogelijk door de kleine omvang van de eerste categorie: er zijn maar acht academische ziekenhuizen in Nederland. Daardoor kan een verandering in één van de afzonderlijke ziekenhuizen een groot effect op de gemiddelde waarde hebben.

Figuur 5: Specialisatie-index academische ziekenhuizen in 2007-2012



Figuur 6: Specialisatie-index niet-academische ziekenhuizen in 2007-2012



Samenvattend zien we in de specialisatie-indexen dat er verschillen zijn tussen de ziekenhuizen. Het valt op dat academische ziekenhuizen gemiddeld gezien sterker gespecialiseerd zijn dan andere ziekenhuizen. Een mogelijke uitleg van de gevonden specialisatiepatronen is dat de academische ziekenhuizen zich in toenemende mate specialiseren op complexere zorg binnen hun specialisatiegebieden.

3.4.3 Waarom concentreren aanbieders van MSZ

De belangrijkste oorzaak van concentratie in de MSZ-markt zijn de fusies tussen en overnames van zorgaanbieders. Toetreding tot de markt komt wel vaak voor, maar gaat meestal om partijen met een zeer beperkt marktaandeel. Uittreding uit de markt is zeldzaam. Samensmelting van bestaande partijen is daarom het meest bepalende mechanisme voor de concentratie van de markt.

De zorgaanbieders geven aan dat fusies voornamelijk gedreven worden door het willen vergroten van hun zorgvolume. Onder andere vanwege de volume-eisen die aan hen gesteld worden.⁷² Ten tweede bestaat er de wens om tegenwicht te kunnen bieden aan de ervaren inkoopmacht van verzekeraars. KPMG⁷³ constateert dat het aantal overnames toeneemt met name bij kleinere en financieel zwakkere ziekenhuizen. In dit rapport wordt er ook op gewezen dat de ambities van fusies vaak niet gerealiseerd worden. Een onderzoek van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg⁷⁴ laat verder zien dat fusies bij zorgaanbieders vaak ingegeven worden door de wens de marktpositie te versterken en om zorginhoudelijke redenen.

In diverse interviews wordt aangegeven dat als de concentratie verder toeneemt er weinig keuzemogelijkheden voor patiënten of verzekeraars overblijven. In lijn met deze constatering merken we op dat de grote en groeiende concentratie ook gevolgen kan hebben voor de onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders en de keuzemogelijkheden van cliënten. Hier hebben we in deze risicoverkenning echter niet nader naar gekeken. Vanzelfsprekend betreft de NZa deze feiten wel bij haar markttoezicht.

3.4.4 Deelconclusie

Voor de helft van de patiënthoofdgroepen die we onderzochten blijkt dat het merendeel van de omzet gemaakt wordt door zorgaanbieders met een marktaandeel van 50% of hoger. Deze markten zijn relatief kwetsbaar omdat de toegang tot de zorg daar als gevolg van een faillissement van een grote partij in de knel kan komen. Omdat er na 2012 nog enkele fusies tussen ziekenhuizen hebben plaatsgevonden, zijn de resultaten in Figuur 3 wellicht een onderschatting van de werkelijke concentratiegraad in 2014. Bovendien zijn we met behulp van de geaggregeerde patiënthoofdgroepen nog niet in staat een inschatting te maken van specifieke hoog-complexe laag-volume vormen van zorg die geconcentreerd zijn in zeer gespecialiseerde centra. Hier wil de NZa wel aandacht aan besteden, onder andere naar aanleiding van de problemen met de transgenderzorg. Wel hebben we met de specialisatie-index een eerste stap gezet in het in kaart brengen van specialisatie. Uit deze index blijkt dat universitair medische centra sterker gespecialiseerd zijn dan niet-academische ziekenhuizen. Dit kan invloed hebben op de gevolgen van omvallen het centrum. Als een gespecialiseerd ziekenhuis omvalt, kan dit grotere gevolgen hebben voor het aanbod, dan wanneer een ziekenhuis omvalt dat voornamelijk minder complexe en dus gemakkelijker te substitueren zorg aanbiedt.

⁷² Aangezien de huidige volume-eisen enkel voor een beperkt deel van de zorgproducten geldt (voornamelijk voor hoog-complexe (laag-volume) zorg), is het maar de vraag of fusie van gehele organisaties noodzakelijk is voor het voldoen aan deze normen.

⁷³ Wie doet het met wie in de zorg, editie 2014, KPMG Plexus

⁷⁴ Postma, J.P. & A.F. Roos. Te verschijnen. 'Why Healthcare Providers Merge'. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. De publicatie is opvraagbaar bij de auteurs.

De hoge concentratie van zorgaanbod kan ook gevolgen hebben voor de keuzemogelijkheden van consumenten, of de concurrentie tussen aanbieders. Dit is in dit onderzoek niet nader bekeken, maar is wel een punt van aandacht. De NZa betreft dit in haar markttoezicht.

3.5 De gevolgen van een faillissement van een aanbieder van Medisch Specialistische Zorg

In deze paragraaf onderzoeken we de gevolgen van financiële problemen bij aanbieders van medisch specialistische zorg. Eerder zagen we al dat de kans op (onverwacht) faillissement van een aanbieder van MSZ groter is dan bij zorgverzekeraars. Ook zagen we dat de markt voor MSZ behoorlijk geconcentreerd is.

3.5.1 Extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd per patiëntgroep

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat de gewogen marktaandeelen van ziekenhuizen per hoofdgroep sterk kunnen verschillen. We bekijken nu de extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd als de dichtstbijzijnde aanbieder niet langer beschikbaar is. In de marktscan Medisch specialistische zorg⁷⁵ wordt per postcodegebied weergegeven hoe lang een patiënt moet reizen om binnen de treeknorm⁷⁶ geholpen te worden. Ook wordt afgebeeld hoeveel langer de patiënt moet reizen wanneer de instelling die het meest dichtbij is voor het betreffende specialisme niet aan de treeknorm voldoet. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft de voor cruciale zorg gevoelige zorgaanbieders in kaart gebracht.⁷⁷

In deze risicoverkenning berekenen we de reistijd naar de dichtstbijzijnde aanbieder (ziekenhuis of ZBC) per patiëntgroep en de extra reistijd die de patiënten in een patiëntgroep hebben als de meest dichtstbijzijnde zorgaanbieder niet langer beschikbaar is. We gebruiken hiervoor de viercijferige postcode en kijken alleen naar de locaties van zorgaanbieders die het betreffende specialisme of de betreffende specialismen aanbieden. We nemen daarbij aan dat ziekenhuizen die meer dan 40% van hun patiënten binnen een patiëntgroep doorverwijzen geen reële alternatieve aanbieders zijn voor deze patiëntgroep⁷⁸. Zij zijn blijkbaar niet in staat om voor een groot deel van de patiënten uit de patiëntgroep zorg te leveren.

De indicator geeft een beeld van de bereikbaarheid van zorg indien een zorgaanbieder wegvalt. We nemen daarbij aan dat een patiënt naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder voor de desbetreffende vorm van zorg gaat. Uiteraard zal in praktijk niet iedere patiënt naar de dichtstbijzijnde instelling gaan, bijvoorbeeld omdat de patiënt denkt dat de kwaliteit in een andere instelling beter is. Uit onderzoek blijkt echter dat de nabijheid van een ziekenhuis een belangrijk criterium is voor

⁷⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2014. *Marktscan Medisch specialistische zorg (deel A)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

⁷⁶ Een norm voor wachttijd. De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt ruim vier weken.

⁷⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2013. *Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013*. Beschikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/publicaties/2013/09/20/analyse-gevoelige-ziekenhuizen-2013.html> (14/05/13 geraadpleegd). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

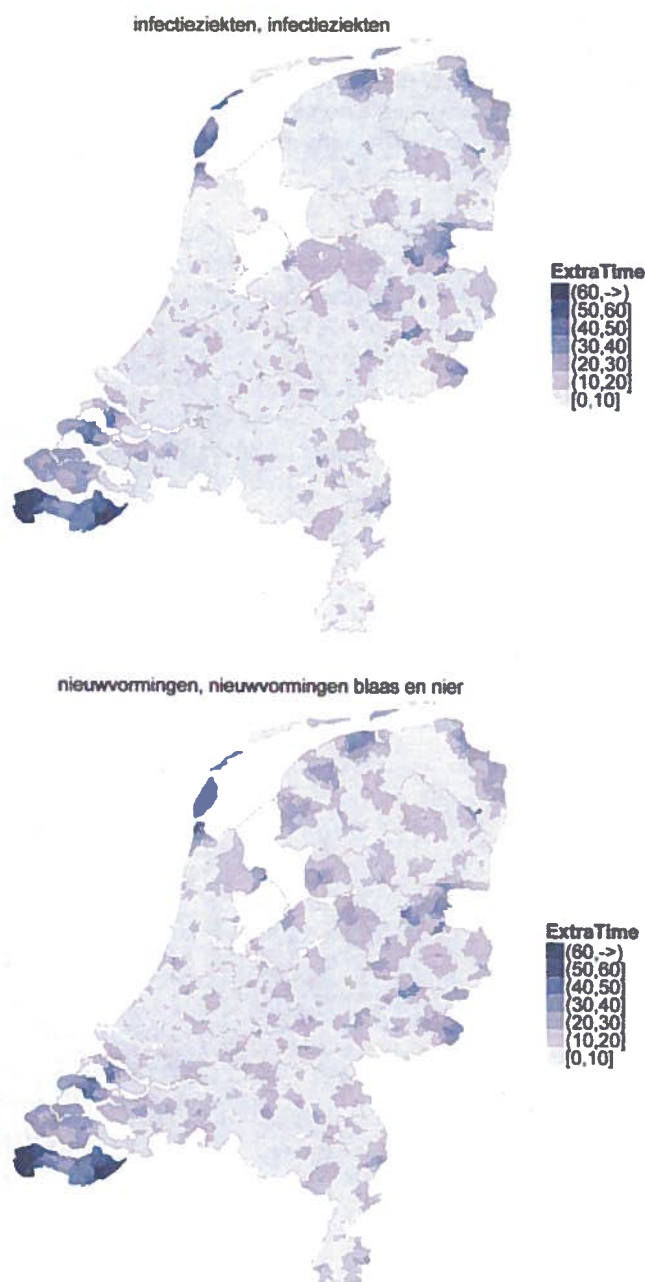
⁷⁸ De NZa denkt dat dit een reëel percentage is, maar baseert zich daarbij door het gebrek daaraan, niet op onderzoek.

consumenten. Er is bewezen dat er een negatief verband bestaat tussen reistijd en keuze voor een ziekenhuis.⁷⁹

In Figuur 7 rapporteren we de extra reistijden voor twee patiëntgroepen. De figuren die horen bij de overige 62 patiëntgroepen rapporteren we niet in dit rapport omdat de resultaten daarvan overeenkomen met die van Figuur 7. Zij kunnen ter informatie opgevraagd worden via info@nza.nl. In bijlage 4 rapporteren we wel de reistijd naar de dichtstbijzijnde aanbieder per patiënthoofdgroep en de bijbehorende extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd.

⁷⁹ Zie bijvoorbeeld Beukers, P.D.C., R.G.M. Kemp & M. Varkevisser. 2013. 'Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands'. *European Journal of Health Economics*. Forthcoming: doi: 10.1007/s10198-013-0535-7. Overigens moet hierbij worden aangetekend dat vaak wel wordt aangenomen dat de (geografische) markt voor hoog-complexe zorg groter is dan de markt voor veel voorkomende behandelingen.

Figuur 7: Extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd voor de patiëntgroep *Infectieziekten* (hoofdgroep: *Infectieziekten*) (A) en de patiëntgroep *Nieuwvormingen van de blaas en nier* (hoofdgroep: *Nieuwvormingen*) (B)



Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis.

In Figuur is met kleuren weergegeven hoeveel langer patiënten uit Nederland moeten reizen als de dichtstbijzijnde instelling wegvalt. Hoe donkerder de regio gekleurd is, hoe verder de patiënten moeten reizen. Het figuur bevat een tweetal voorbeelden. Deze zijn representatief voor de overige groepen.

De extra reistijd – en dus de bereikbaarheid van zorgaanbieders als de dichtstbijzijnde instelling wegvalt – blijkt nauwelijks afhankelijk van de patiëntgroep. De resultaten uit deze paragraaf en bijlage 4 tonen verder aan dat patiënten meestal niet veel langer hoeven te reizen als de dichtstbijzijnde aanbieder wegvalt. Daarbij moet echter wel worden opgemerkt dat de figuren de *extra* reistijd beschrijven. Dit is, kortom, de

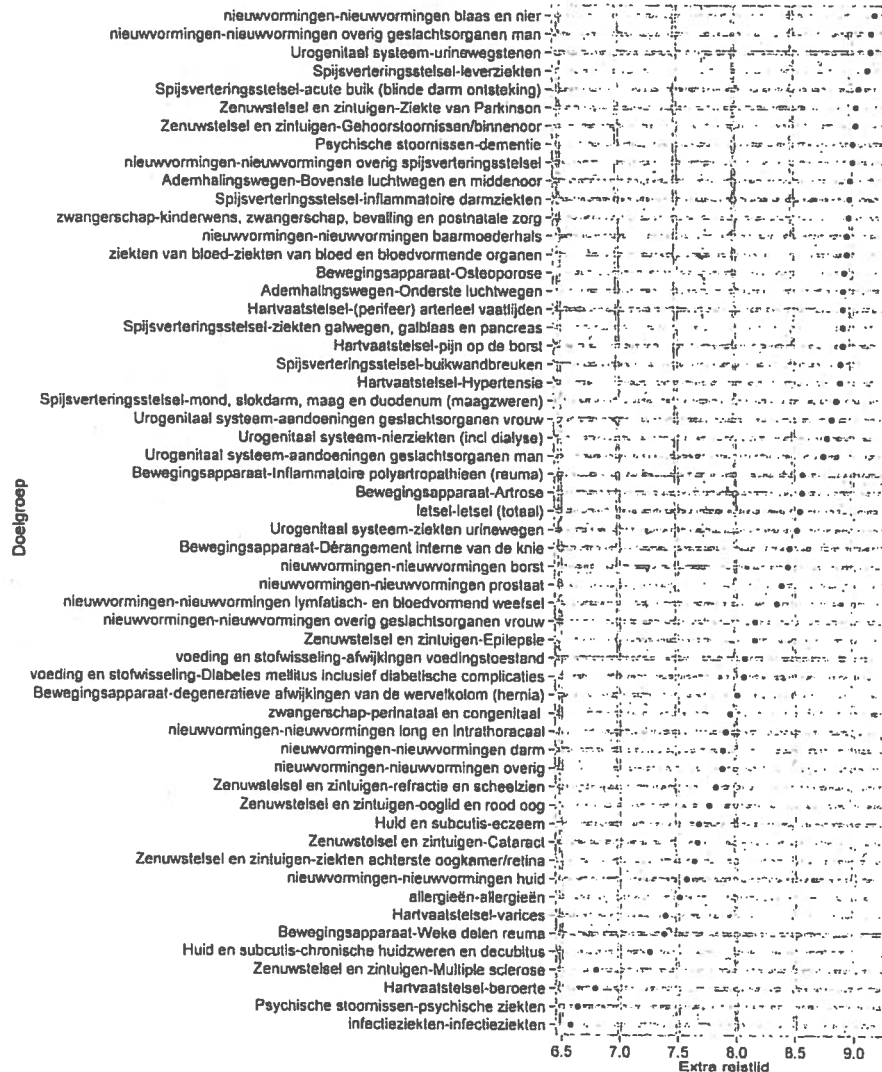
reistijd die nog bij de reistijd naar de dichtstbijzijnde instelling moet worden opgeteld.

Uit de figuren (ook uit bijlage 4) blijkt verder dat de extra reistijd sterk samenhangt met de regio waarin de patiënten wonen. Er zijn daarbij aandachtsgebieden. Zo blijken de patiënten uit Zeeuws-Vlaanderen vaak een stuk langer te moeten reizen als de dichtstbijzijnde instelling wegvalt.⁸⁰ Ook de patiënten van Texel moeten een stuk langer reizen als de dichtstbijzijnde instelling wegvalt. Voor deze regio's geldt dat vrijwel alle patiënten(groepen), ongeacht de klacht, extra lang moeten reizen naar de dichtstbijzijnde (Nederlandse) zorgaanbieder.

In Figuur tonen we de gemiddelde extra reistijd naar de aanbieder (ziekenhuis of ZBC) met de op-één-na-kortste reistijd per patiëntgroep (reistijd is gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden). Voor *Infectieziekten* hoeven patiënten gemiddeld het minst lang te reizen als de dichtstbijzijnde aanbieder wegvalt en voor *Nieuwvormingen blaas en nier* het langst. De gemiddelde extra reistijd per patiëntgroep varieert van 6,6 tot 9,2 minuten. Individuele patiënten reizen uiteraard langer of korter dan het gemiddelde. De variatie voor individuele patiënten is in kaart gebracht in figuur 9.

⁸⁰ Daarbij moet worden aangetekend dat een deel van deze patiënten wellicht ook een Belgisch ziekenhuis bezoekt.

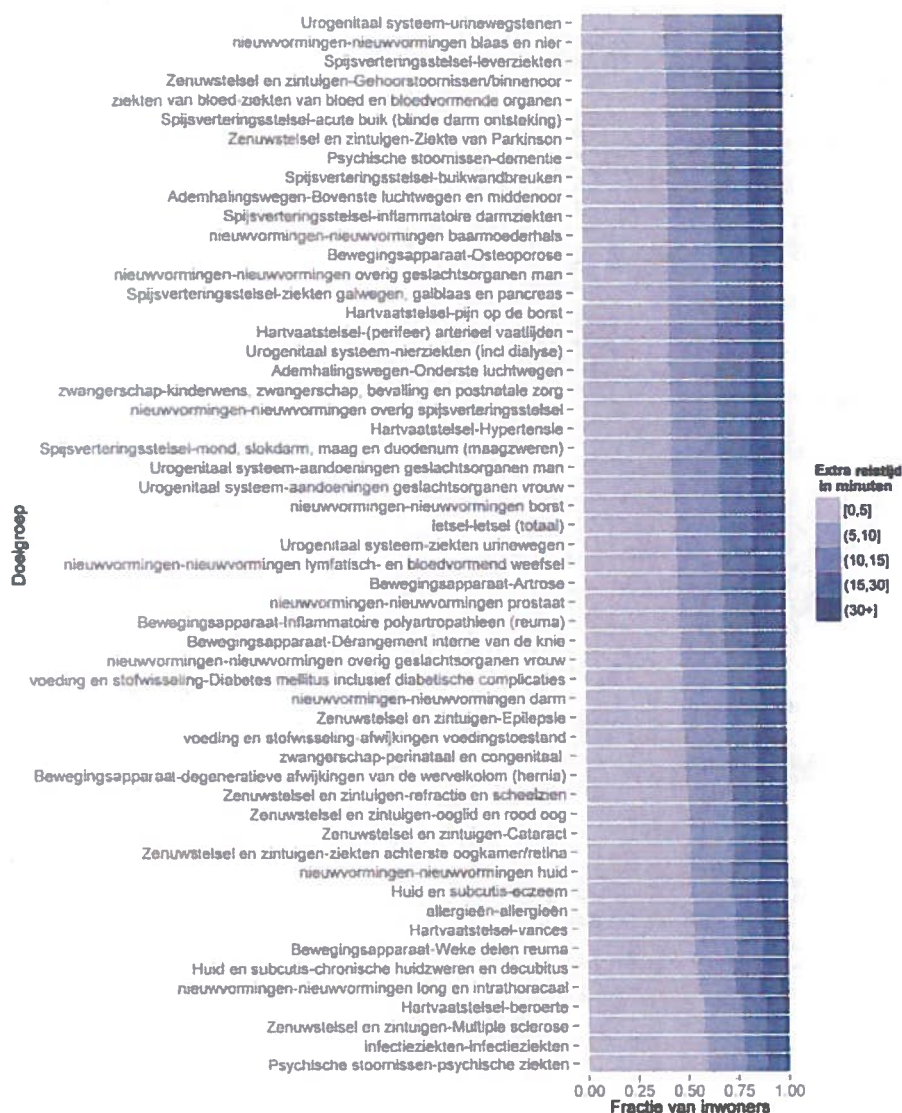
Figuur 8: De gemiddelde extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd per patiëntgroep (gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden)



Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis

Uit de analyse bij Figuur 7 en bijlage 4 bleek al dat de reistijd voor sommige patiënten veel langer of korter is dan gemiddeld, afhankelijk van waar zij wonen. Dat verschil maken we inzichtelijk in Figuur . Figuur toont hoeveel patiënten per patiëntgroep langer reizen en hoeveel langer zij dan reizen (in categorieën) naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd (reistijd is gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden). Terwijl we zien dat de gemiddelde extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd voor patiënten met *allergieën* ongeveer 7,5 minuut is (Figuur 8), zien we in Figuur 9 dat meer dan 50% van de patiënten met *allergieën* slechts 0 tot 5 minuten langer reist, dat ongeveer 25% van de patiënten met *allergieën* langer dan 10 minuten extra reist en dat een klein percentage patiënten uit die patiëntgroep meer dan 30 minuten extra moet reizen.

Figuur 9: Extra reistijd in minuten (in categorieën) dat de fractie patiënten per patiëntgroep moet reizen naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd (gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden)



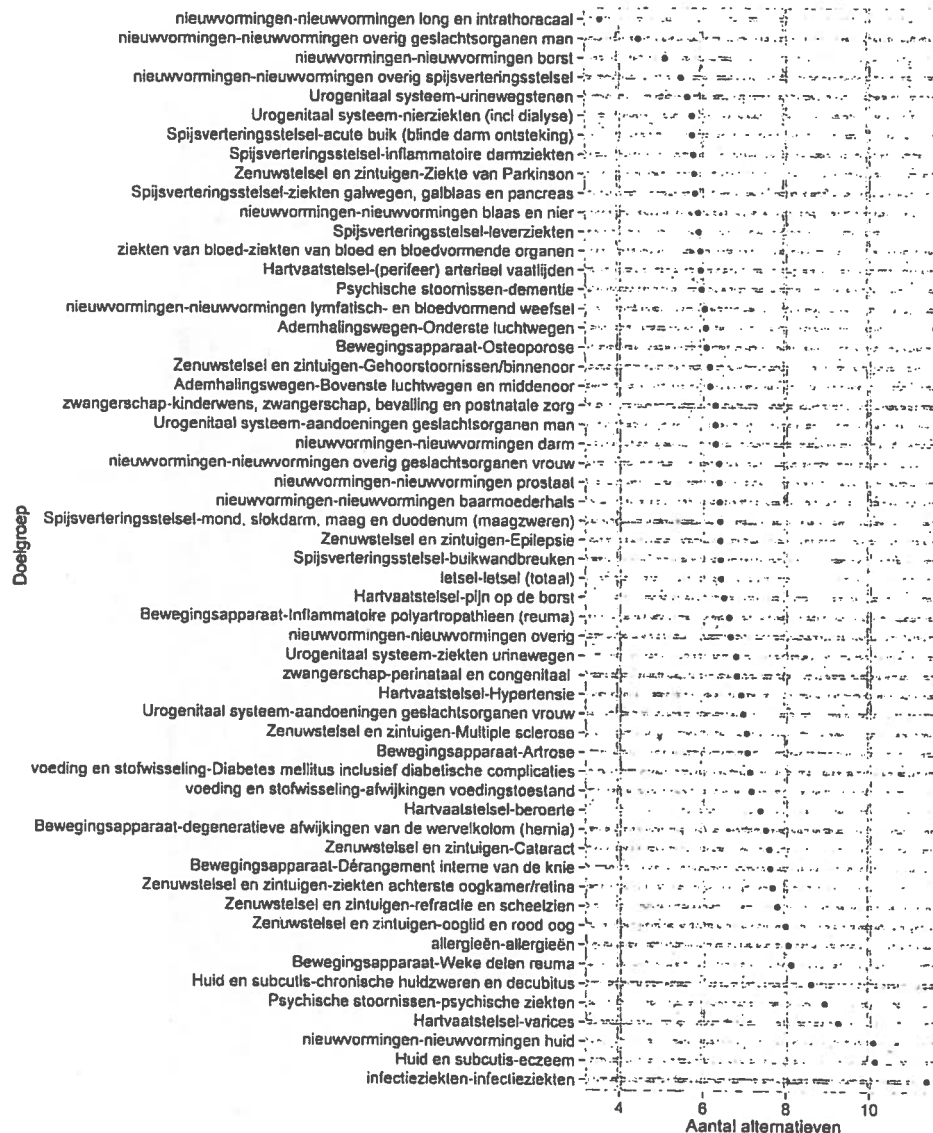
Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis

3.5.2 Aantal alternatieve zorgaanbieders binnen 30 minuten reistijd per patiëntgroep

We berekenen in deze risicoverkenning niet alleen de extra reistijd als de dichtstbijzijnde instelling wegvalt, maar ook het aantal zorgaanbieders (ziekenhuizen en ZBC's) dat binnen 30 minuten reistijd vanaf de woning van de patiënt (viercijferige postcode) ligt. Het gaat hier om het totaal aantal zorgaanbieders, dus met de dichtstbijzijnde aanbieder erbij. We brengen de alternatieven in kaart per patiëntgroep.

Figuur toont aan dat het gemiddeld aantal alternatieve zorgaanbieders voor patiëntgroepen ligt tussen 3,5 en 11,5. Voor slechts twee patiëntgroepen zijn er gemiddeld minder dan vijf zorgaanbieders binnen 30 minuten.

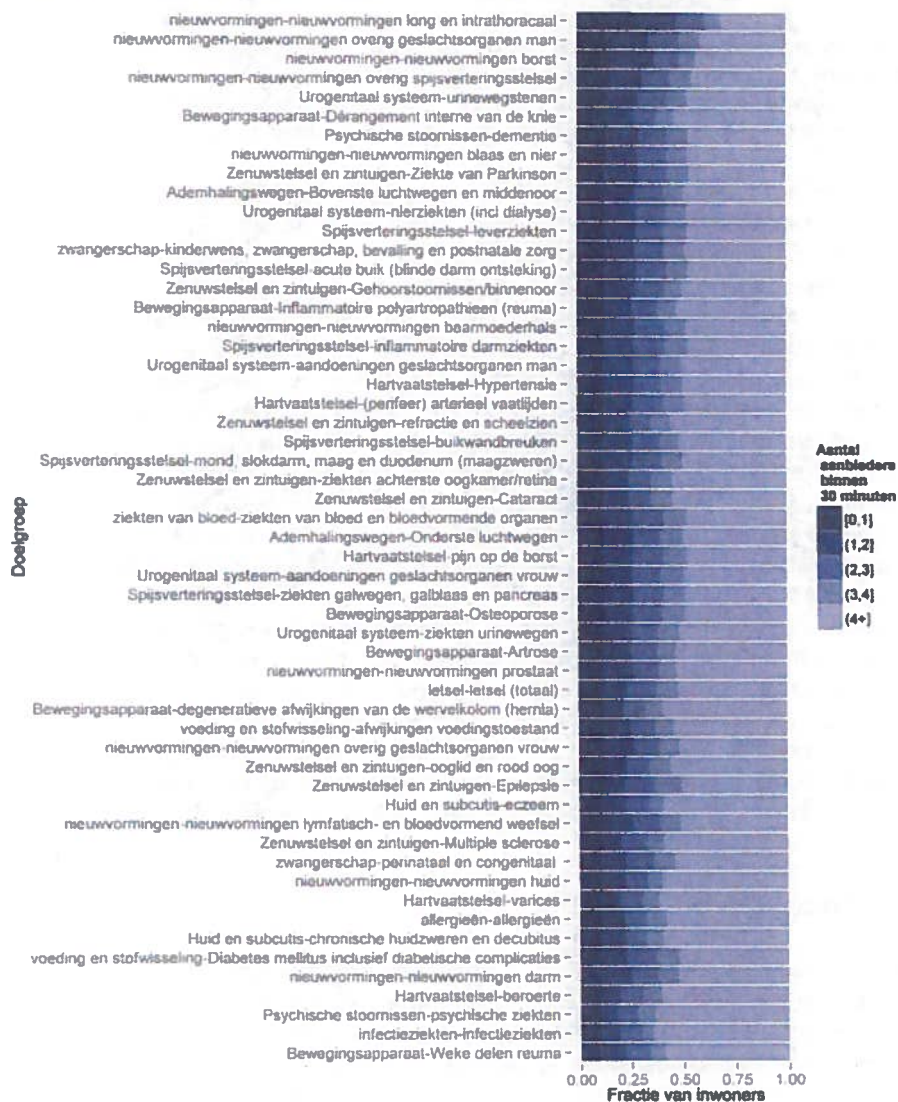
Figuur 10: Het aantal alternatieve zorgaanbieders dat binnen 30 minuten reistijd vanaf het woonadres (viercijferige postcode) van de patiënt ligt (per patiëntgroep) (gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden)



Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis

Figuur toont dat er regionale verschillen bestaan tussen het aantal (alternatieve) zorgaanbieders 30 minuten van het huisadres. Een kwart van de patiënten in de patiëntgroep *Nieuwvormingen long en intra thoracaal*, bijvoorbeeld, kunnen vier of meer alternatieve zorgaanbieders binnen een straal van 30 minuten bezoeken. Een ander kwart van deze patiënten heeft echter maximaal één alternatief tot zijn beschikking binnen 30 minuten. Bij *infectieziekten* daarentegen, hebben de meeste patiënten (ruim 70%) vier of meer alternatieven en heeft slechts een zeer klein aandeel van de patiënten nauwelijks alternatieven. Het maakt dus uit waar een patiënt woont hoeveel alternatieve zorgaanbieders er beschikbaar zijn. De meeste patiënten hebben binnen 30 minuten vanaf hun huisadres toegang tot meer dan één alternatieve zorgaanbieder.

Figuur 11: Aantal alternatieve zorgaanbieders (in categorieën) dat de fractie patiënten per patiëntgroep beschikbaar heeft binnen 30 minuten vanaf het woonadres (viercijferige postcode) (gewogen over de inwoners van alle postcodegebieden)



Bron: NZa, op basis van informatie van RIVM en Vektis

3.5.3 Interviews

Omdat we wilden weten of zorgaanbieders bij een faillissement in de regio de patiënten van de wegvallende instelling over kunnen nemen, hebben we hier extra aandacht aan besteed tijdens de interviews. De zorgaanbieders gaven aan dat zij meestal de patiënten van een failliete instelling vrij snel kunnen overnemen. Wel geven zij aan dat het overnemen van patiënten gemakkelijker is als het gaat om acute of electieve basiszorg. Patiënten met een (hoog-)complexe zorgvraag hebben vaak kapitaal- en kennisintensieve zorg nodig. Dit kan niet elke instelling zomaar leveren en voor sommige hooggespecialiseerde zorgvormen is het vrijwel uitgesloten: een perifere ziekenhuis kan geen academische zorg leveren. Voor deze vormen van zorg kan dan ook een probleem ontstaan bij een faillissement. Daarnaast kan het voor de patiënt hinderlijk zijn als hij moet wisselen van behandelaar, vooral gedurende het (langdurige) zorgtraject. Ook kan een overdrachtmoment nadelig zijn voor de medische kwaliteit. Die effecten hebben we in de

kwantitatieve analyse buiten beschouwing gelaten, we hebben alleen naar alternatief aanbod gekeken.

Het komt weinig voor dat een behandeling maar in één ziekenhuis in Nederland wordt aangeboden. Uit Figuur 7 en bijlage 4 blijkt dit ook: de reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd is voor de meeste patiëntgroepen en regio's relatief beperkt. Mochten bepaalde zorgvormen toch wegvallen in de regio, dan kan de zorg door een andere instelling worden overgenomen. Patiënten zullen in dat geval wel verder moeten reizen. Hierbij passen wel een paar kanttekeningen.

Zorg wordt in toenemende mate als keten georganiseerd. Dit betekent dat delen van de zorg op verschillende plaatsen worden geleverd. De analyse van patiëntgroepen houdt hier onvoldoende rekening mee en kijkt niet naar (deel-)behandelingen. Daardoor kan de analyse maar beperkt inzicht geven in de effecten bij complexe zorg; in feite alleen als de hele groep als zodanig wordt aangemerkt. Als bepaalde behandelingen binnen de patiënthoofdgroep vanwege hun (complexe) aard maar door enkele aanbieders kunnen of mogen worden geleverd, kan het effect voor consumenten groter zijn dan uit de cijfermatige analyse blijkt. In dat geval wordt de zorg door een beperkt aantal aanbieders aangeboden. Daar kan een goede reden voor bestaan; bijvoorbeeld kwaliteitsoverwegingen, maar dit maakt het aanbod van zorg wel kwetsbaarder voor faillissementen. Daarnaast kunnen er binnen een patiëntgroep zorgzwaarte verschillen bestaan waardoor niet alle aanbieders in de praktijk voor elkaar te substitueren zijn. Dit potentiële probleem is in de kwalitatieve analyse door verschillende aanbieders opgemerkt. In de consultatieronde is aangegeven dat het lastig substitueren van patiënten geldt voor ongeveer 40% van de patiëntenpopulatie van academische ziekenhuizen. Deze omstandigheden betekenen dat incidentele faillissementen altijd risico's kunnen inhouden voor de toegankelijkheid tot (complexe) zorg, ook bij een faillissement van een kleinere marktpartij.

3.6 Conclusie

De kans op incidentele en/of individuele financiële problemen bij een specifieke aanbieder van medisch specialistische zorg is reëel. Er is een aantal aanbieders met een current ratio kleiner dan 1, wat wijst op een financieel risico voor de organisatie. Diverse aanbieders van MSZ hebben zich reeds op het randje bevonden van faillissement. Voor twee zorgaanbieders is recent faillissement aangevraagd en uitgesproken. Uit onze analyses lijkt er geen sprake van een sterk statistisch significant verband tussen de schaal en de meeste financiële indicatoren. Bovendien vinden we ook geen of een zwak positief verband tussen (grotere) schaal en bedragen die onder de transitierегeling in 2012 en 2013 zijn berekend. Dat betekent dat we niet kunnen concluderen dat juist kleine of grote zorgaanbieders een groter risico op faillissement lopen.

Uit deze risicoverkenning blijkt wel dat onzekerheid over de financiering van onderhanden werk, het wegvallen van volume door selectieve contractering en substitutie, tariefdruk en mismanagement/reputatieschade de kans op faillissement bij een zorgaanbieder vergroten. Centraal georganiseerd publiekrechtelijk toezicht op een stabiele financiële situatie ontbreekt, wat ook het risico op een onverwacht probleem laat toenemen. De meeste factoren die we hebben gevonden, duiden er echter op dat een faillissement een langdurig proces is. Dit geeft andere partijen de tijd om maatregelen te treffen.

De markt voor medisch specialistische zorg blijkt bovendien geconcentreerd. Voor de helft van de patiënthoofdgroepen die we onderzochten blijkt dat het merendeel van de omzet gegenereerd wordt door zorgaanbieders met een marktaandeel van 50% of hoger. Op markten waar zorgaanbieders een gewogen marktaandeel van 50% of hoger hebben, kan het faillissement van de grootste partij een bedreiging vormen voor de toegankelijkheid van zorg. Verder komt naar voren dat de zorgaanbieders verwachten dat de concentratie in de toekomst verder toe zal nemen. Fuseren achten de zorgaanbieders noodzakelijk om tegenwicht te kunnen bieden tegen de inkoopmacht van zorgverzekeraars, maar ook om hun zorgvolume te vergroten. We constateren tot slot dat vooral academische ziekenhuizen zich specialiseren.

We hebben niet gekeken naar mededingingseffecten in dit onderzoek. Bovenstaande constatering kunnen wel relevant zijn voor een analyse van de concurrentie in de markt en de keuzemogelijkheden voor patiënten.

Op dit moment vertaalt de concentratie van zorg zich niet in veel langere reistijden in geval van faillissement van de voor patiënten dichtstbijzijnde instelling. Patiënten moeten vaak beperkt langer reizen naar de tweede dichtstbijzijnde instelling, maar het hangt van de regio af hoeveel langer de patiënten moeten reizen. De patiëntgroep met de langste extra reistijd, reist gemiddeld 9,2 minuten naar de tweede-dichtstbijzijnde instelling. Individuele patiënten reizen minder lang, terwijl anderen meer dan 30 minuten extra moeten reizen. Een zeer beperkte groep (<10% bij elke patiëntgroep) reist meer dan 30 minuten extra. Daarbij moet opgemerkt worden dat de reistijden waarschijnlijk een onderschatting vormen voor zorgvormen die hoog-complexe zorg behoeven en maar aan een klein aantal verzekerden wordt aangeboden. Deze zorg is meestal, geconcentreerd omdat dit de kwaliteit van de geboden zorg ten goede kan komen. Echter, een dergelijke inrichting maakt het aanbod van deze zorg wel kwetsbaar. Als een aanbieder van een dergelijke zorgvorm omvalt, kan dit de toegankelijkheid van zorg voor de patiënten sterk beperken.

Over het algemeen kan over de markt voor medisch specialistische zorg gezegd worden dat de kans op een (onverwacht) faillissement van een individuele aanbieder aanwezig is, maar dat de gevolgen qua reistijd voor consumenten meestal beperkt zijn. Uiteraard is reistijd niet de enige factor van belang, maar wel de enige factor die we op dit moment kunnen kwantificeren.

De meeste patiënten (70%) hebben binnen een straal van 30 minuten meer dan vier alternatieve zorgaanbieders die zij kunnen bezoeken. Uit de interviews blijkt ook dat, bij een faillissement van een zorgaanbieder in de regio, de omliggende zorgaanbieders de patiënten wel kunnen overnemen. Dit geldt echter in beperkte mate voor hoog-complexe zorg. Met name als de wegvallende instelling de enige aanbieder van dergelijke zorg is binnen de regio. Vanwege de organisatie van zorglevering als keten en de in praktijk optredende specialisatie/concentratie van zorgaanbieders, kunnen ook faillissementen van relatief kleine zorgaanbieders risico's voor de toegankelijkheid van zorg betekenen. De daadwerkelijke effecten hangen af van de aard van de aanbieder en de mogelijkheid op een succesvolle doorstart. Dat laatste is in deze verkenning niet aan bod gekomen omdat de mogelijkheid daartoe te veel afhangt van de specifieke lokale situatie. Bij de specifieke situatie is ook van belang of de (kwaliteit van) zorg

gebaat is bij concentratie en in hoeverre patiënten bereid zijn om extra te reizen voor deze zorg.

4. Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk presenteren wij de belangrijkste conclusies uit dit rapport en een aantal op deze conclusies aansluitende aanbevelingen.

Deze risicoverkenning bevat een onderzoek naar mogelijke problematische marktconcentraties in twee zorgmarkten: de zorgverzekeraars en de aanbieders van medisch specialistische zorg.

We beseffen ons dat een faillissement vaak negatieve gevolgen kan hebben voor betrokkenen, maar vanwege onze rol zijn deze specifieke consequenties geen onderdeel van de analyses. Onze conclusies zijn erop gericht de toegankelijkheid van zorg te waarborgen, wanneer deze eventueel in het geding komt door een faillissement. Onze conclusies bestaan uit drie elementen. Allereerst of er sprake is van een hoge concentratiegraad in de genoemde markten. Vervolgens is gekeken wat de kans is op en gevolgen zijn van faillissementen in beide markten. Tot slot signaleren we op basis van deze risico-inventarisatie een aantal aandachtsgebieden.

Er is in beide onderzochte markten sprake van een hoge concentratiegraad. In de medisch specialistische zorg is het gemiddeld gewogen marktaandeel per ziekenhuis in 2013 50,3%. De landelijke zorgverzekeraarsmarkt kent in 2014 een HHI van 2240, met regionale uitschieters tot een HHI van boven de 6000. De kengetallen van beide markten indiceren een behoorlijke mate van concentratie.

Ons onderzoek laat bovendien zien dat er sprake is van een tendens naar toenemende concentratie van medisch specialistische zorg. Op basis van de interviews lijkt er sprake van een spiraalwerking. Als reactie op de concentratie bij verzekeraars fuseren aanbieders.

Ziekenhuizen hebben de wens om hun zorgvolumes te vergroten, onder meer vanwege zorginhoudelijke redenen. Daarnaast willen zij tegenwicht kunnen bieden aan zorgverzekeraars. Hoewel het de vraag is of fusies werkelijk de enige mogelijkheid vormen om aan volumenormenten te kunnen voldoen, zijn kleine ziekenhuizen wel van mening dat zij alleen bestaansrecht hebben door samen te gaan met andere aanbieders. Daarnaast is het vergroten van het financieel draagvlak voor kleine ziekenhuizen een prikkel tot samengaan. De overtuiging lijkt te bestaan dat het voortbestaan als kleine partij zeer moeilijk is. Fusies komen dan ook zeer regelmatig voor. Als gevolg hiervan blijven steeds minder (zelfstandige) aanbieders⁸¹ over.

Wij hebben gekeken of kleine ziekenhuizen financieel slechter presteren. We hebben geen statistisch significant verband gevonden tussen de financiële prestaties en de omvang van een ziekenhuis. Dit wil zeggen dat de financiële prestaties niet af lijken te hangen van de grootte van het ziekenhuis.

Door de inspanning om met fusies het bestaansrecht te verzekeren, worden de risico's van een faillissement echter wel groter. De resultante van de concentratietendens is een situatie waarbij, zeker in bepaalde regio's, de keuze tussen aanbieders beperkt is. Dit leidt tot een marktstructuur waarbij, afhankelijk van regio en soort zorgaanbod, het

81 Het aantal zbc's neemt wel toe, maar zij zijn slechts in beperkte mate een substituuat omdat ze zich richten op delen van de electieve zorg.

aantal aanbieders beperkt is.⁸² Die beperking van aanbod leidt voor consumenten tot langere reistijden in die gevallen dat een aanbieder zou wegvallen. Op dit moment zijn (in het algemeen) de extra reistijden relatief beperkt.

In sommige (perifere) regio's speelt dat er één dominante verzekeraar is. Dit leidt tot situaties waar partijen (verzekeraars en aanbieders) vrijwel onmisbaar voor elkaar zijn geworden. Dit betekent een belemmering voor de selectieve contractering en de keuzemogelijkheden van consumenten voor een zorgaanbieder en/of polis. Bovendien veroorzaakt het wegvallen van een verzekeraar of ziekenhuis in een dergelijke situatie vraagstukken met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg in een regio.

Tot nu toe zijn geen grote aanbieders failliet gegaan. Het bleek in de casus van het Ruwaard van Putten ziekenhuis mogelijk om, zonder overheidsingrijpen, de zorgplicht te continueren. Onder andere doordat zorgverzekeraars zorg bij andere aanbieders onder konden brengen. Ook het recente faillissement van de Sionsberg in Dokkum lijkt te kunnen worden opgevangen, hoewel de effectiviteit van de noodplannen⁸³ nog moet worden afgewacht. Er is echter geen ervaring met het oplossen van het wegvallen van een groot ziekenhuis. We merken ook op dat, in tegenstelling tot de situatie bij de verzekeraars, er geen sprake is van een centraal georganiseerd publiekrechtelijk toezicht op zorgaanbieders. De continuïteit van zorgverlening rust vrijwel geheel op de zorgplicht.⁸⁴

Als we kijken naar de fysieke toegankelijkheid van zorg dan heeft ons onderzoek duidelijk gemaakt dat in het algemeen de continuïteit van acute (basis-)zorg geen knelpunt oplevert. Ten eerste omdat in de meeste gevallen de kans op een faillissement beperkt is. De kans op individuele faillissementen is echter niet uitgesloten, gezien de verschillende risico's die zorgaanbieders lopen. Ten tweede omdat de meeste (basis)zorg meestal door andere instellingen kan worden opgevangen.⁸⁵ We zien ook in de cijfermatige analyses terug dat consumenten binnen een half uur extra reistijd vaak meerdere alternatieven hebben. Verder is de extra reistijd naar de tweedechtstbijzijnde zorgaanbieder relatief beperkt. We hebben het gemiddelde per patiëntgroep bepaald. De patiëntgroep met de hoogste extra reistijd moet gemiddeld 9,2 minuten extra reizen. Voor andere patiëntgroepen is deze extra reistijd gemiddeld korter. Individuele patiënten reizen uiteraard altijd korter of langer dan het gemiddelde. In het algemeen denken wij dat voor de meeste vormen van zorg binnen een redelijke afstand alternatieven bestaan.

Een knelpunt, dat vooral uit de interviews naar voren komt zit mogelijk wel bij de (hoog-)complexe zorg. Het aantal aanbieders daarvan is sowieso al beperkt en de uitwijkmogelijkheden naar andere aanbieders in de regio zijn beperkt omdat die vaak niet beschikken over de vereiste infrastructuur (expertise en/of materieel). Een deel van de infrastructuur is bovendien locatiegebonden waardoor continuïteit alleen kan worden gerealiseerd door overname van de activa. Dit vergt in geval van

82 Zie bijvoorbeeld ook; Wie doet het met wie in de zorg? (2014) KPMG Consulting N.V.

83 Zie o.a. www.defriesland.nl/over-de-friesland/actueel/nieuwsoverzicht/november/251114/de-friesland-richtvangnetstichting-op.aspx.

84 Zie ook: Nadere memorie van antwoord wet verbetering investeringsmogelijkheden in medisch specialistische zorg, kenmerk 692999-129821 MC van 21 november 2014.

85 Met uitzondering van de locaties die in het RIVM onderzoek als kritisch voor de 45 minuten aanrijdtijd worden aangemerkt.

faillissement de medewerking van de curator, die echter primair de belangen van de schuldeiser(s) moet behartigen.

De door kwaliteitseisen en financiële overwegingen gedreven concentratie van zorgvormen vergroot dit knelpunt. Het overheidsbeleid voorziet alleen in interventie bij cruciale zorg, waaronder, wat betreft de medisch specialistische zorg, juist niet de complexe zorg wordt verstaan, maar alleen de acute zorg (SEH) en de acute verloskunde. De concentratie van zorgaanbod leidt daarentegen tot potentiële risico's voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van complexe zorg. We hebben tot op heden nog geen beschikking over een signaleringskader voor risico's op dit gebied. Vormen van complexe zorg kunnen ook bij relatief kleine zorgaanbieders voorkomen. Bij ieder faillissement is het dus van belang voor zorgverzekeraars en overheid om aandacht te hebben voor de toegankelijkheid van complexe zorg. De NZa past dit al toe bij haar toezicht op de zorgplicht.

Aan de verzekeraarskant hebben de vier grootste concerns een dermate groot marktaandeel dat ze door hun omvang een zeker risico voor het stelsel inhouden. Hoewel de kans op een faillissement door verschillende institutionele factoren (toezicht, risicoverevening, beperkt debiteurenrisico) zeer klein is, kunnen de gevolgen van een faillissement voor verzekerden en de aanbieders van medisch specialistische zorg op korte termijn ernstig zijn.

Bij de totstandkoming van de Zvw is het geaccepteerd dat een faillissement van een verzekeraar voor een aanbieder een normaal bedrijfsrisico is⁸⁶, dat bovendien wordt verkleind doordat aanbieders in de praktijk met meerdere verzekeraars contracten zullen afsluiten. De afhankelijkheid van ziekenhuizen van de financiering van onderhanden werk is zo groot geworden en de regionale concentratie bij verzekeraars van dien aard dat een deel van deze redenering uit de Zorgverzekeringswet niet langer opgaat. Het liquiditeitstekort bij ziekenhuizen als gevolg van een faillissement van verzekeraars kan een concrete dreiging voor de toegankelijkheid van zorg inhouden.

We constateren in de Zvw het ontbreken van een opvang van verzekerden na faillissement. Immers, als een verzekeraar wegvalt, zijn enkele honderdduizenden (bij de kleinste verzekeraars) tot zo'n vijf miljoen (bij de grootste verzekeraars) consumenten van de ene op de andere dag onverzekerd. Zij zijn uiteraard verplicht om een andere verzekering te nemen. Het Zorginstituut neemt dan maatregelen om verzekerden te stimuleren een nieuwe verzekering te nemen. In beginsel blijft het afsluiten van de verzekering echter de verantwoordelijkheid van de consument. Pas na 9 maanden wordt een verzekerde door het Zorginstituut verplicht verzekerd.

Bij het acuut onverzekerd raken van alle verzekerden van een verzekeraar is niet uit te sluiten dat een klein deel van hen geruime tijd onverzekerd is. Een heel klein percentage op de hele grote aantallen waar het om gaat, leidt in absolute zin tot grote aantallen onverzekerden. Zonder verzekering is er voor deze consumenten een grote belemmering bij de toegang tot zorg. Zeker bij de duurdere vormen van medisch specialistische zorg (complexe zorg). In tweede instantie worden ook zorgaanbieders getroffen, enerzijds vanwege vraaguital en anderzijds vanwege een verhoogd debiteurenrisico en hogere kosten als ze aan individuele consumenten moeten factureren.⁸⁷

⁸⁶ Zie ook paragraaf 2.5.

⁸⁷ Het is wel zo dat Zorginstituut Nederland de bestaande vorderingen op de verzekeraar overneemt. Zie paragraaf 2.5.

Zoals aangegeven hebben we niet nader gekeken naar de mededingingsaspecten van onze onderzoeksgegevens⁸⁸.

Tot slot

Wij hebben in dit onderzoek geconstateerd dat marktconcentraties aan zowel de verzekeraars als aanbiederskant een beperkt aantal risico's kennen voor de toegankelijkheid van zorg. Voor de meeste ziekenhuizen of zorgverzekeraars bestaat er geen probleem, omdat de kans dat zij failliet gaan klein is. Ook zijn de gevolgen vaak goed te overzien. Er zijn vier aandachtsgebieden waar de geconstateerde toename van de concentratie een punt zorgelijk is. Dit zijn:

- Het ontbreken van garanties voor hoog-complexe, laag volume medisch specialistische zorg.
- Het risico dat er bij een faillissement van een verzekeraar grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn.
- Mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij het faillissement van een regionaal dominante verzekeraar.
- In dunbevolkte gebieden bestaat er weinig alternatief aanbod, waardoor bij een faillissement de toegankelijkheid van zorg in gevaar kan komen.

In het licht van deze aandachtsgebieden is de geconstateerde toename van de concentratie een punt van zorg.

⁸⁸ In de eerder geciteerde brief 'Kwaliteit loont' worden wijzigingen aangekondigd in de bevoegdheden van de NZa ten aanzien van het markttoezicht. Afhankelijk van de verdere uitwerking hiervan zal de NZa die mededingingseffecten bij haar toezicht betrekken.

Bijlage 1. Vragenlijsten interviews

Topiclijst interviews zorgverzekeraars

De belangrijkste thema's in dit onderzoek zijn het absorptievermogen van marktpartijen die in de markt actief blijven en de onderlinge -financiële- verwevenheid van marktpartijen. Met andere woorden: Hoe kan het wegvallende aanbod voor verzekerden en/of patiënten door andere partijen worden verzorgd en welke effecten heeft het uittreden van een marktpartij op andere marktpartijen?

- Concentratie aanbieders

Hoe kijken jullie aan tegen de toenemende schaalvergroting aan de aanbodzijde?

Hebben jullie een draaiboek voor het garanderen van de zorgplicht als er een aanbieder in problemen komt?

Monitoren jullie de aanbieders die jullie contracteren op financiële robuustheid? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Wat zien jullie als grootste bedreiging als een (grote) aanbieder in problemen komt:

- Uitstaande vorderingen (voorschotten)
- Levering acute zorg
- Zorg aan klinische patiënten
- Wegvallen eerstelijns ondersteuning
- Specifieke vormen van aanbod, nl:...
- Ontbreken van andere aanbieders c.q. mogelijkheden om te contracteren
- Tijd om nieuwe contracten af te sluiten
- Samenwerkingsverbanden/investeringen/kwaliteits-initiatieven
- Anders, nl:

Spelen er op dit moment bij jullie problemen rond het aanbod?

- Concentratie verzekeraars

Hoe kijken jullie aan tegen de toenemende schaalvergroting aan de aanbodzijde?

Wat is volgens jullie de kans dat een zorgverzekeraar in financiële problemen komt?

Wat zijn daarbij de belangrijkste risicofactoren?

- Premiedruk
- Teruglopend marktaandeel
- Tegenvallers in de schadelast (hoger dan verwachte ziektelast, dure contractafspraken)
- Ontoereikende verevening
- Tegenvallende beleggingsopbrengsten
- Dubieuze debiteuren
- Anders, nl:

Stel dat een andere verzekeraar failliet gaat. Hoeveel nieuwe verzekerden kunnen jullie in korte tijd absorberen?

- Hoe gaat dat qua zorginkoop?
- Hoe gaat dat qua verzekerdenadministratie (ICT)?
- Hoe gaat dat qua declaratieverwerking (ICT)?
- Hoe zit het met de financiële mogelijkheden hiervoor (solvabiliteit/liquiditeit)?

Wat zien jullie als belangrijke gevolgen voor het omvallen van een verzekeraar:

- Politieke/maatschappelijke onrust
- Beschikbaarheid van zorgaanbod
- Organisatieproblemen (zie boven)
- Premiegevolgen
- Strengere eisen DNB
- Anders, nl:

Topiclist interviews aanbieders

De belangrijkste thema's in dit onderzoek zijn het absorptievermogen van marktpartijen die in de markt actief blijven als een van de marktpartijen niet langer in staat is zijn verplichtingen te voldoen en de onderlinge –financiële– verwevenheid van marktpartijen. Met andere woorden: hoe kan het wegvallende aanbod voor patiënten door andere partijen worden verzorgd en welke effecten heeft het uittreden van een marktpartij op andere marktpartijen? We richten ons daarbij voornamelijk op de risico's.

- Concentratie van zorgverzekeraars

Wat zijn jullie gedachten bij schaalvergroting in de zorgverzekeraarsmarkt?

- Vormt dit problemen en zo ja, welke?
- Voorzien jullie problemen voor de toekomst en zo ja, welke?

Houden jullie rekening met de mogelijkheid dat een verzekeraar (waar jullie een contract mee hebben) niet langer aan zijn financiële verplichtingen jegens jullie kan voldoen (bijvoorbeeld door een faillissement)?

- Hebben jullie een draaiboek?
- Wat zijn de belangrijkste stappen die jullie zullen nemen als een verzekeraar niet langer aan zijn verplichtingen kan voldoen?
- Hoe groot is volgens jullie het risico dat een verzekeraar niet langer aan zijn verplichtingen kan voldoen in jullie regio?

Is jullie financiering toereikend als een verzekeraar niet langer declaraties of bevoorschotting kan betalen?

- Zo nee, is er voldoende eigen vermogen om dan extra financiering aan te trekken of zelf te financieren?

Zijn jullie in staat om op korte termijn met andere verzekeraars nieuwe afspraken over de zorglevering te maken?

Stel dat een verzekeraar niet langer aan zijn verplichtingen kan voldoen. Hoe groot moet deze verzekeraar zijn (in termen van marktaandeel in jullie ziekenhuis) voordat de situatie voor jullie problematisch wordt?

Welke problemen zouden er voor jullie ontstaan als een grote verzekeraar niet langer in staat is aan zijn verplichtingen te voldoen?

- Uitstaande vorderingen?
- Financiering lopende behandelingen?

- Informeren van patiënten?
- Heronderhandelingen contracten?
- Anders, nl:
- Geen?

- Concentratie van andere aanbieders

Bestaat er in jullie regio bijzonder zorgaanbod en/of zorgaanbod dat op niet korte termijn vervangen kan worden? (denk aan: gespecialiseerde zorg die geconcentreerd is bij één aanbieder of een beperkt aantal aanbieders)

- Zo ja, om welke vormen van zorgaanbod gaat het dan?

Zijn er in jullie regio problemen bekend met betrekking tot cruciale zorg (dat wil zeggen: zorg waarvoor geldt dat wanneer deze (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids-)schade kunnen oplopen of (vooral bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven – zie Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, onderdeel A, onder 2, sub A t/m e van de bijlage bij dat besluit)?

- Wat zijn de risico's en om welke zorg/welke zorgaanbieder gaat het dan?

Wat doen jullie als een andere aanbieder in de regio wegvalt?

- Hebben jullie een draaiboek?
- Zijn daar in ROAZ-verband afspraken over gemaakt?
- Hoe groot is volgens jullie het risico dat een andere (grote) aanbieder in de regio wegvalt?

Wat zijn factoren die de kans vergroten op omvallen van een zorgaanbieder (risicofactoren/bedrijfsrisico's)?

- Een verzekeraar kan niet aan zijn verplichtingen voldoen?
- Jaarrekening wordt niet goedgekeurd?
- Schoksgewijze veranderingen (zoals rampen, veranderingen in regulering etc.)?
- Een onzekere omgeving/druk op bedrijfsvoering door externe factoren?
- Nieuwbouw?
- Reputatieschade/negatieve spiraal?
- Afhankelijkheid van een zorgverzekeraar (selectieve contractering)?
- Anders, nl:
- Geen?

Welke problemen zouden er voor jullie ontstaan als een andere (grote) aanbieder in de regio wegvalt?

- Leveren van acute zorg?
- Afschrijven van vorderingen?
- Wegvallen van ondersteunende diensten (onderlinge dienstverlening)?
- Overnemen patiëntenstromen?
- Geen afspraken met verzekeraars over extra volume?
- Onvoldoende capaciteit op eigen SEH?
- Anders, nl:
- Geen?

Welke toename in aantallen patiënten (uit de regio) zouden jullie (niet) kunnen opvangen?

Wat zijn de mogelijke knelpunten als er in korte tijd (veel) meer patiënten komen?

- Capaciteit (specialisten/personeel/bedden/OK)?
- Geen afspraken met verzekeraars?
- Voorfinanciering?
- Anders, nl:
- Geen?

Zouden jullie in staat zijn om de activiteiten van de andere aanbieders (inclusief de inboedel) over te nemen?

- Zo ja, gaat het dan om specifieke activiteiten of een geheel concern?

Wat zijn de knelpunten bij een overname?

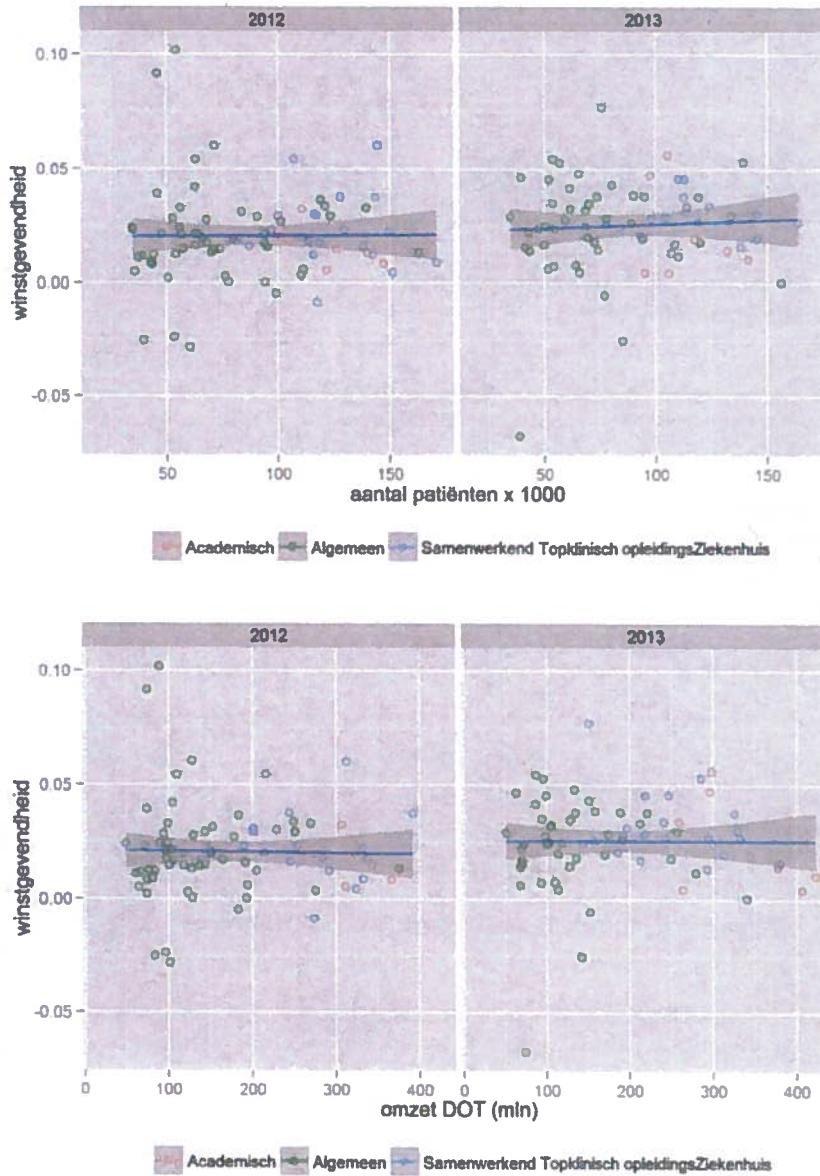
- Geen of onvoldoende eigen vermogen?
- Lokale politiek?
- Bank niet akkoord?
- Autoriteit Consument en Markt niet akkoord?
- Bestuurlijke problemen?
- Anders, nl:
- Geen?

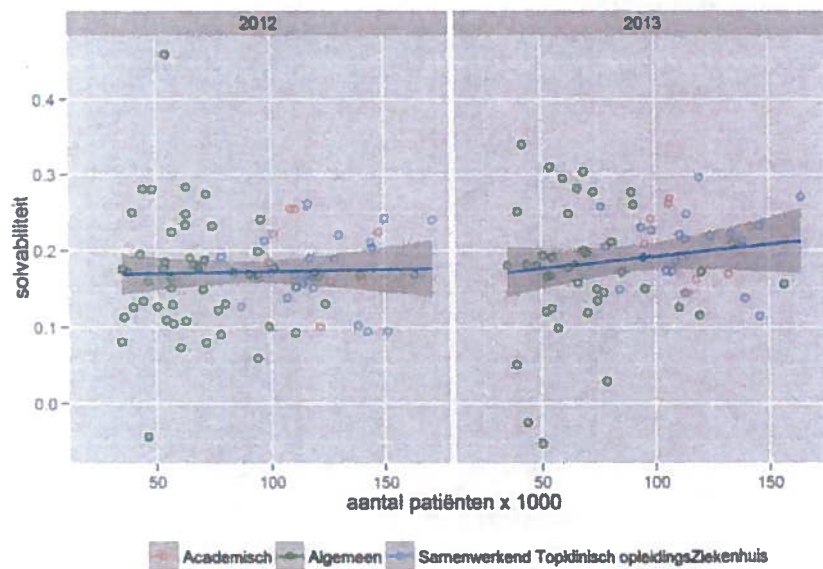
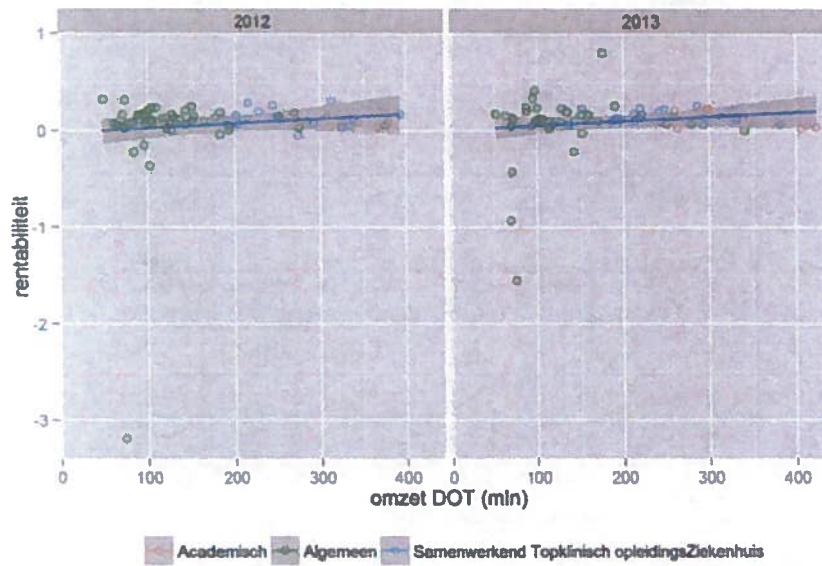
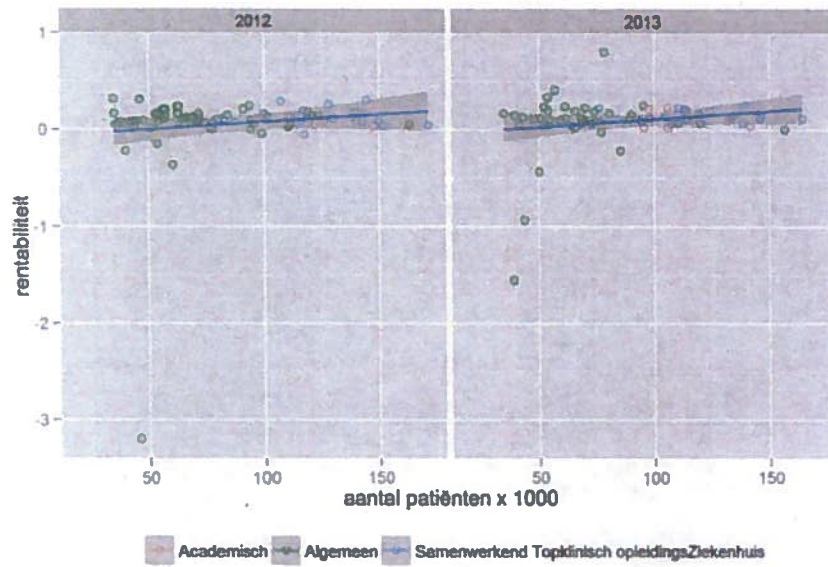
Welke andere problemen verwachten jullie bij omvallen van andere aanbieder?

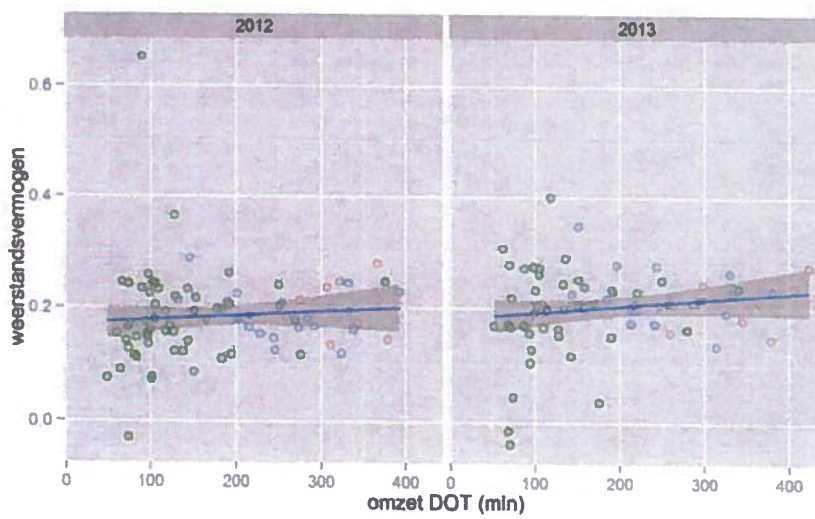
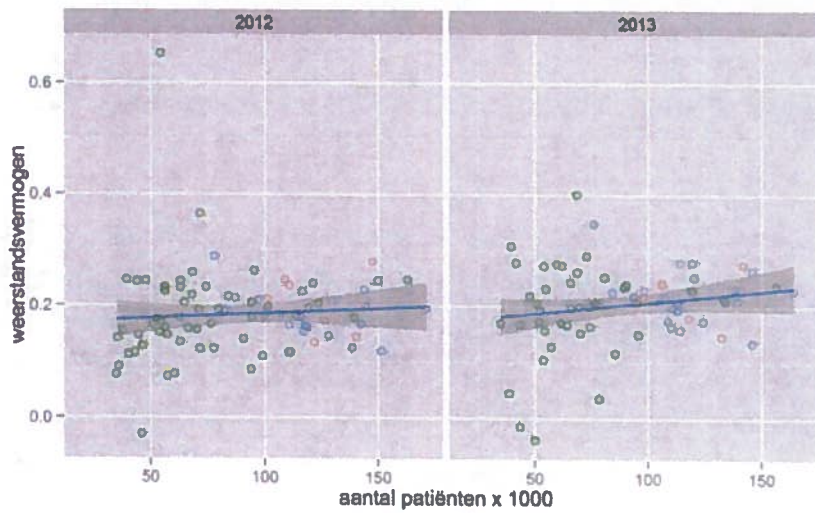
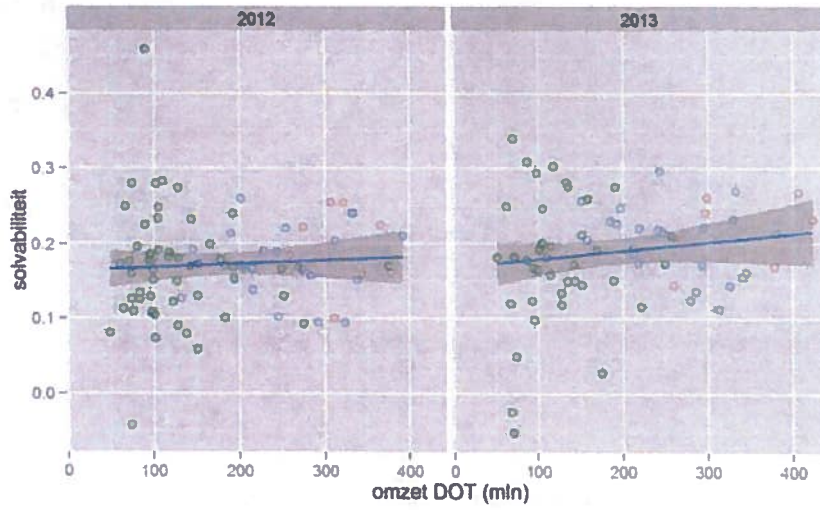
- Maatschappelijke druk/politiek?
- Hogere eisen bank?
- Afschrijven op vorderingen?
- Anders, nl:
- Geen?

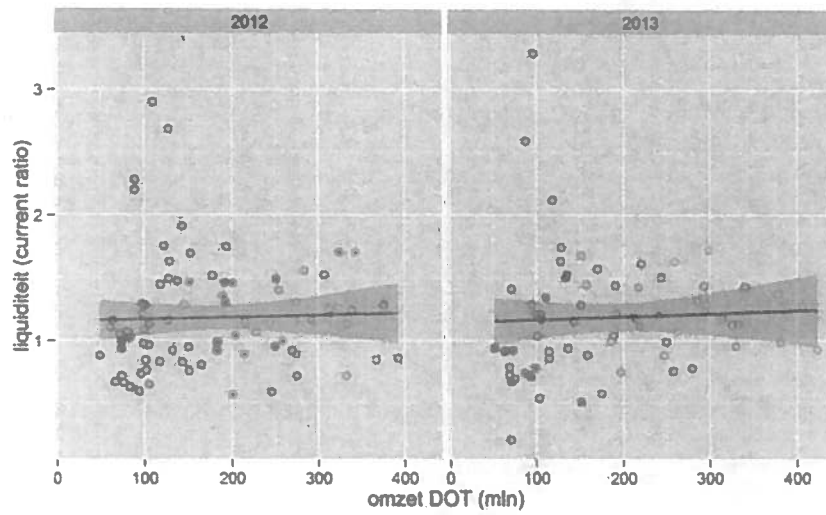
Bijlage 2. Analyse van de relatie tussen financiële prestatie en schaal

Relatie tussen financiële indicatoren en schaal

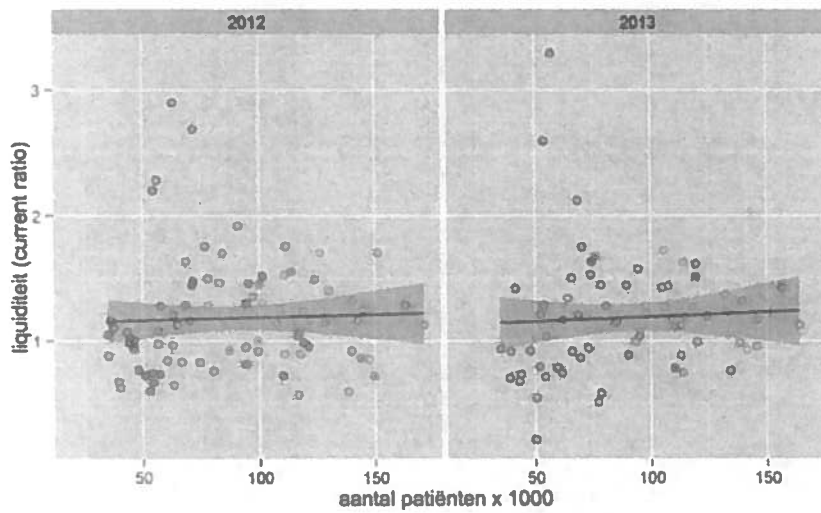






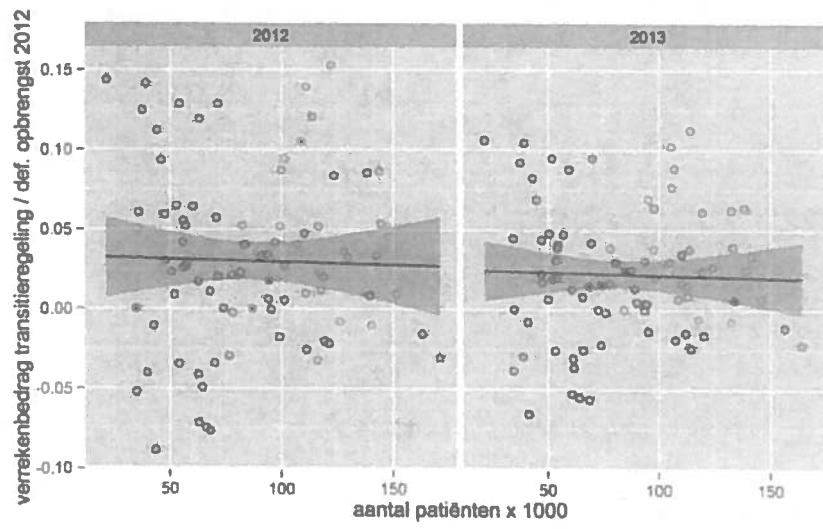


Academisch Algemeen Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis

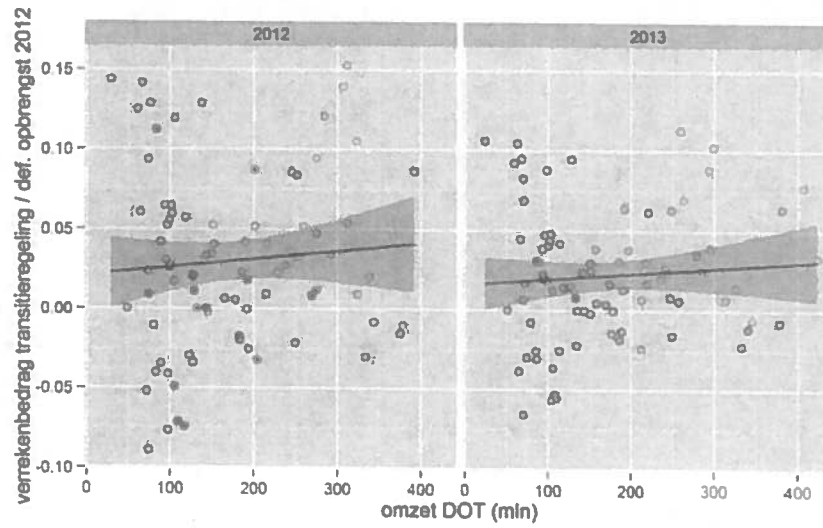


Academisch Algemeen Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis

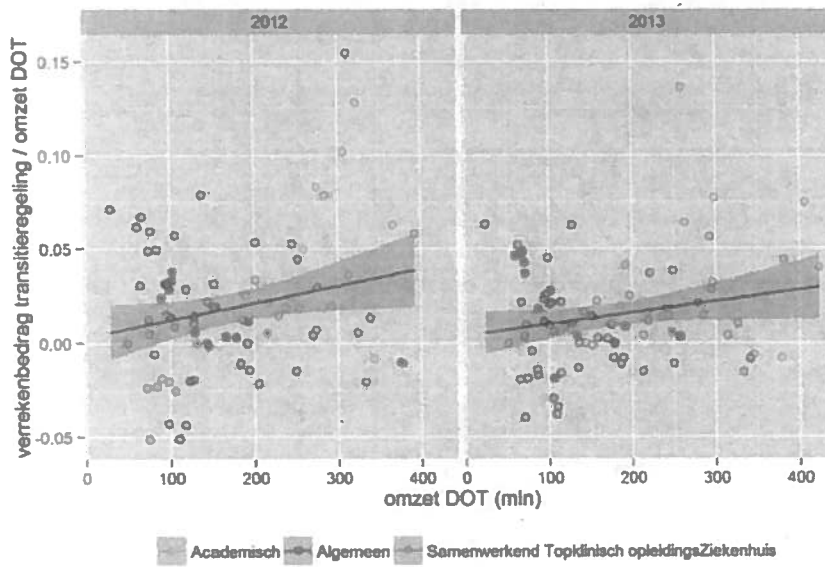
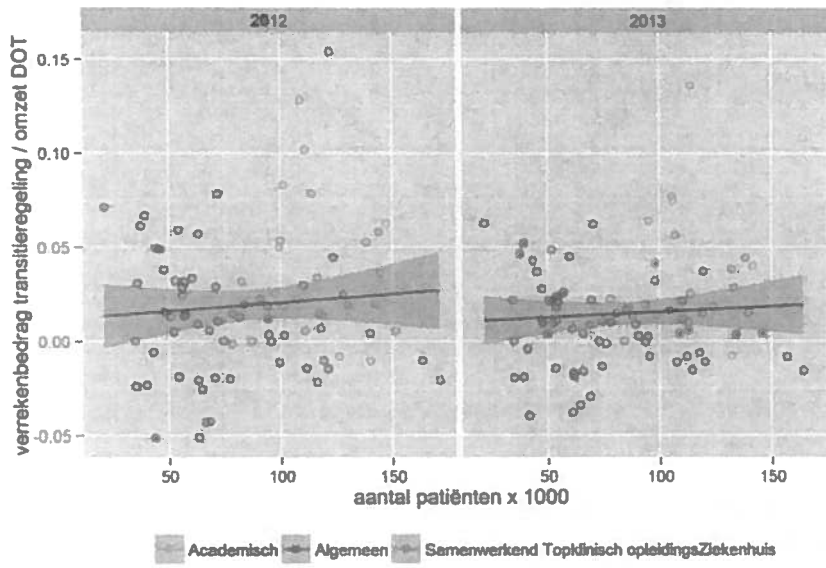
Relatie tussen de transitiebedragen (als fractie van de opbrengst) en schaal



Academisch Algemeen Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis



Academisch Algemeen Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis



Bijlage 3. Uitleg van de specialisatie-index en een voorbeeld

We meten specialisatie met behulp van de cosinus-index. Deze is gerelateerd aan de zogenoemde "uncentered correlation measure".

De specialisatie-index ziet er als volgt uit: *Specialisatie index*_a = $1 - \frac{\sum_j s_{aj} S_j}{\sqrt{\sum_j (s_{aj}^2)} \sqrt{\sum_j S_j^2}} \in [0,1]$, waarin *a* staat voor ziekenhuis *a*, *j* staat voor patiëntengroep *j*, en *s_{aj}* en *S_j* zijn respectievelijk ziekenhuis-specifieke en landelijk-niveau fracties van patiënten in patiëntengroep *j*.

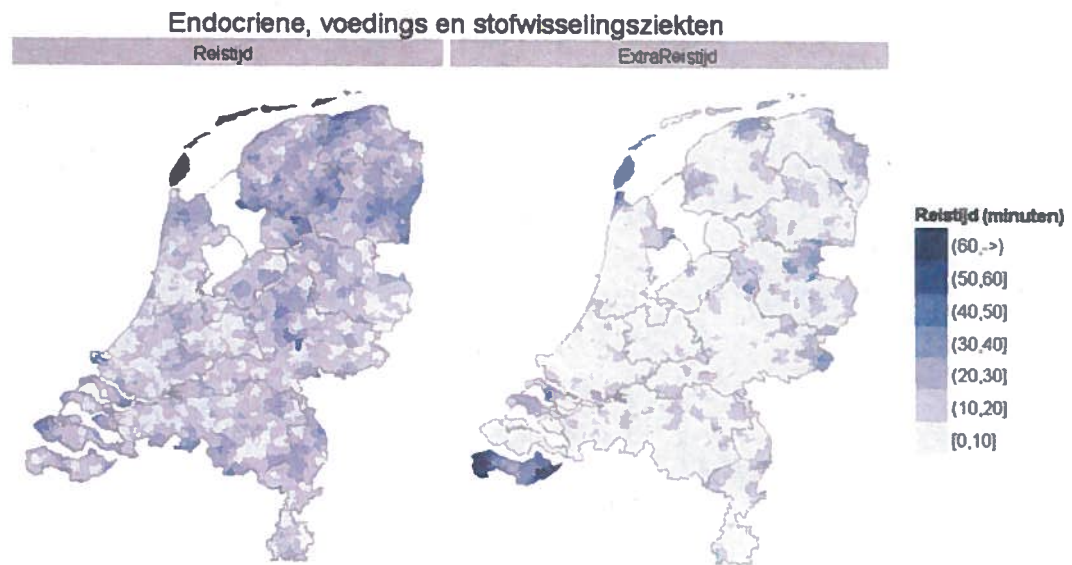
We geven een voorbeeld van de interpretatie. Stel dat er slechts twee patiëntengroepen zijn. De respectievelijke fracties van patiënten van een ziekenhuis in deze twee groepen zijn (*α*, 1-*α*); en de landelijke fracties (*β*, 1-*β*). Dan kan het verschil tussen het productiepatroon van dit ziekenhuis en het landelijke gemiddelde als de grootte van de hoek *φ* tussen de vectoren (*α*, 1-*α*) en (*β*, 1-*β*) worden gemeten. De waarde van de index wordt van deze hoek afgeleid door de formule: 1-cos*φ*. Bij het berekenen van alle specialisatie-indexen over de periode 2007-2012 houden we rekening met het marktstructuur van 2012. De gegevens van ziekenhuizen die in deze periode zijn gefuseerd, worden dan samengevoegd voor de hele periode 2007-2012. De specialisatie die eventueel binnen de afdelingen (of tussen de locaties) van hetzelfde ziekenhuis gebeurt, wordt dus buiten beschouwing gelaten.

Bijlage 4. Reistijden

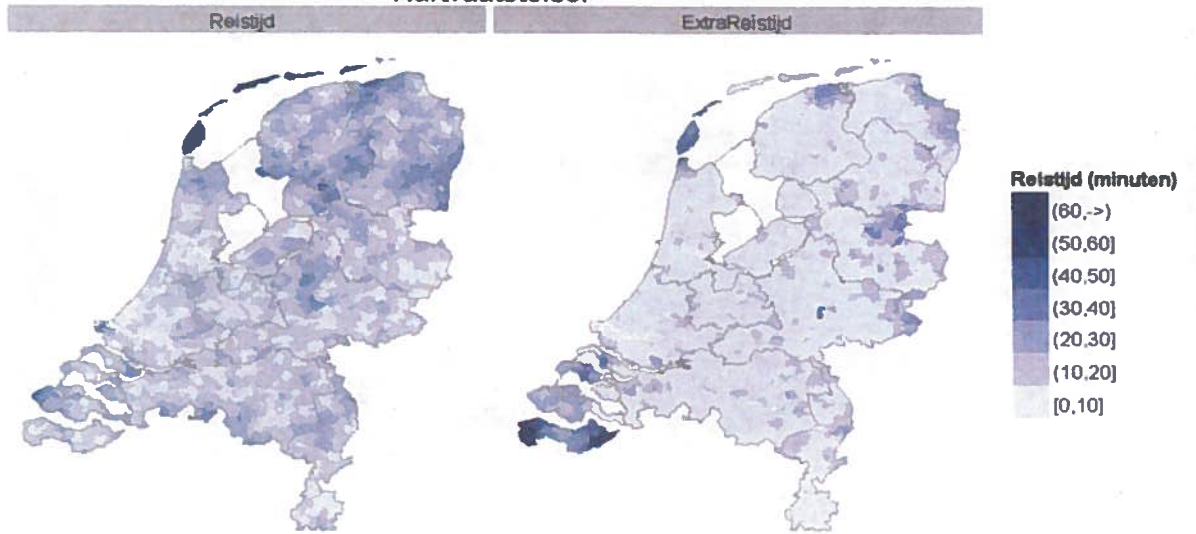
In deze bijlage zijn opgenomen:

- Reistijd naar de aanbieder met de kortste reistijd.
- Extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd per patiënthoofdgroep.

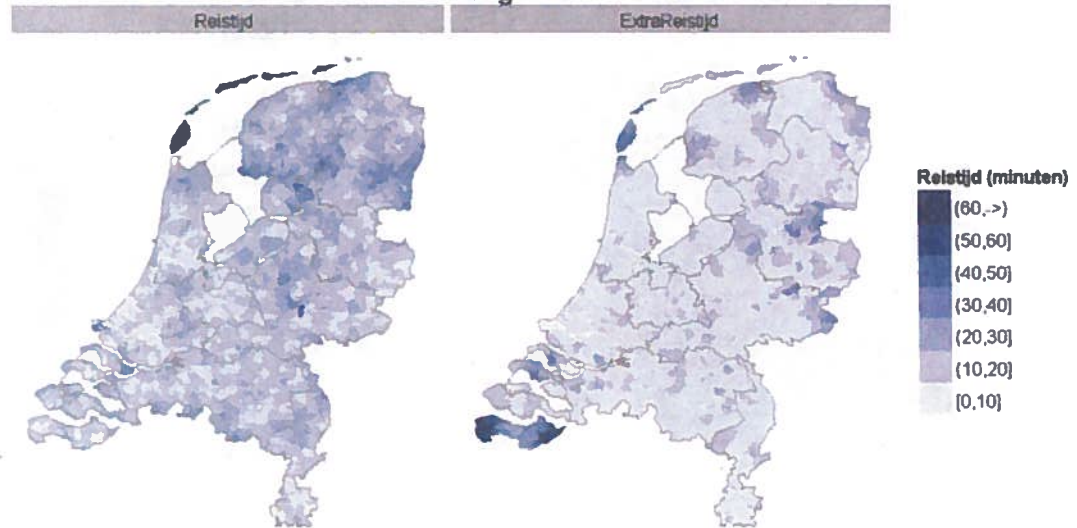
Let op: uitprinten in zwart-wit geeft geen goede resultaten voor deze plaatjes.



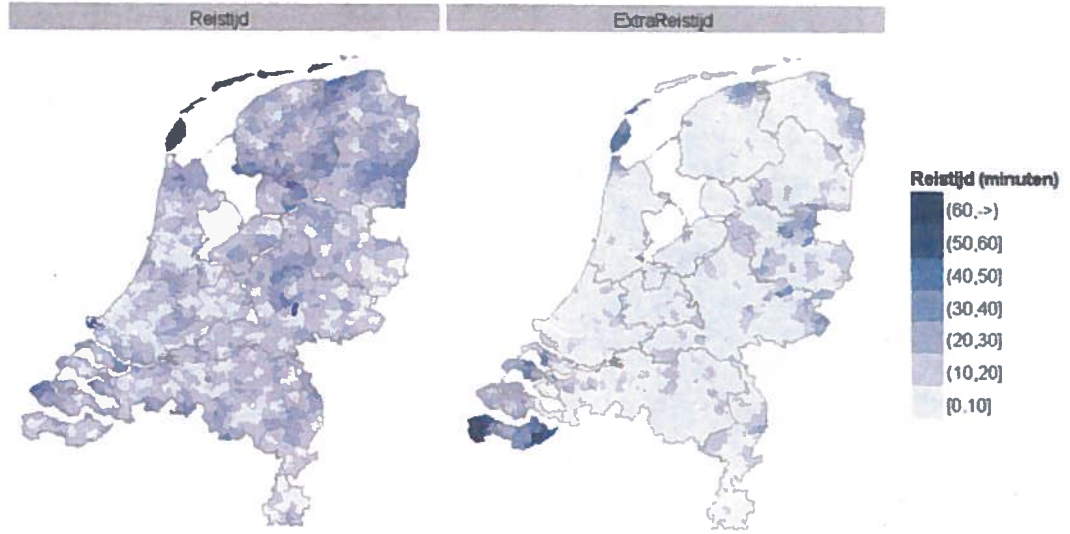
Hartvaatstelsel



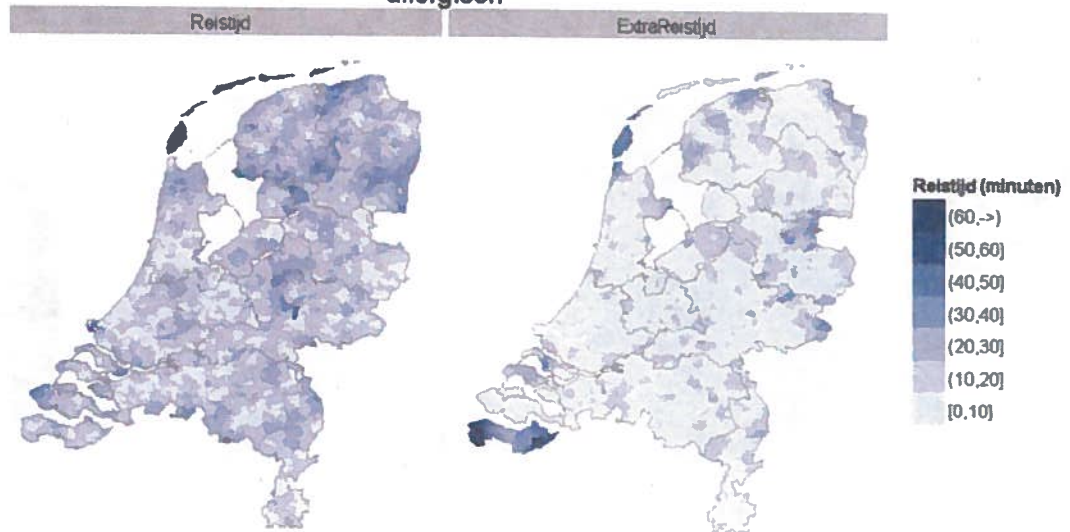
nieuwvormingen



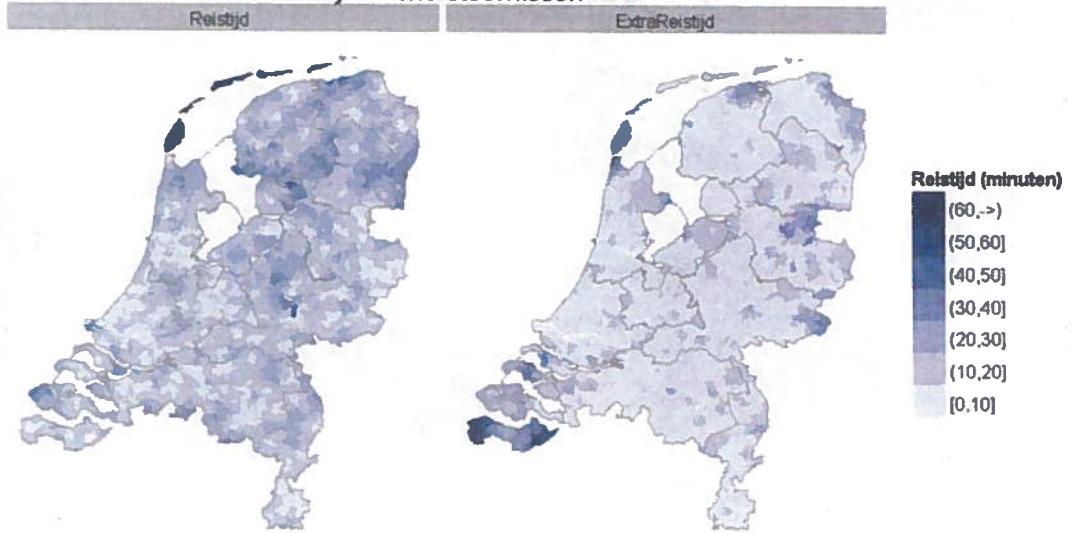
Huid en subcutis



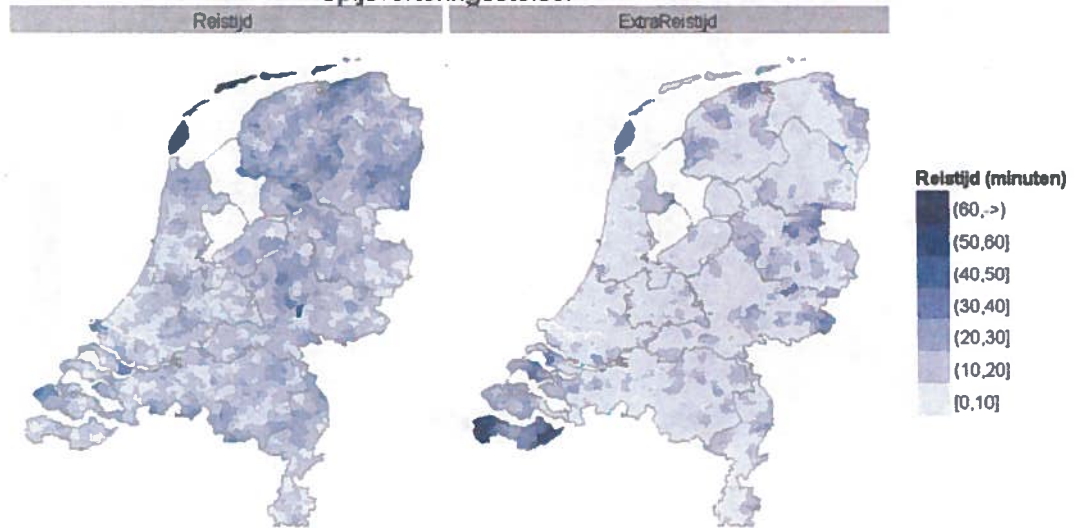
allergieën



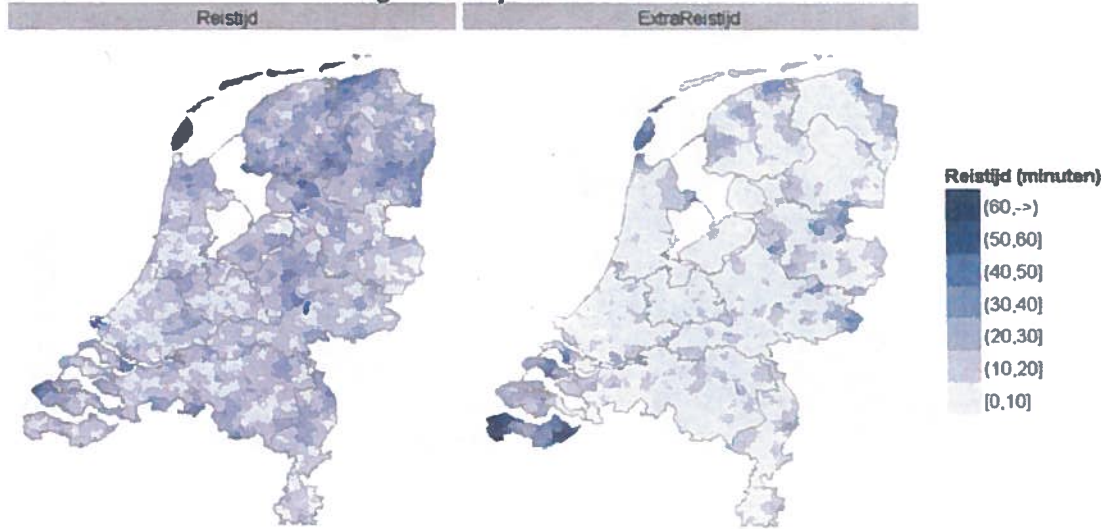
Psychische stoornissen



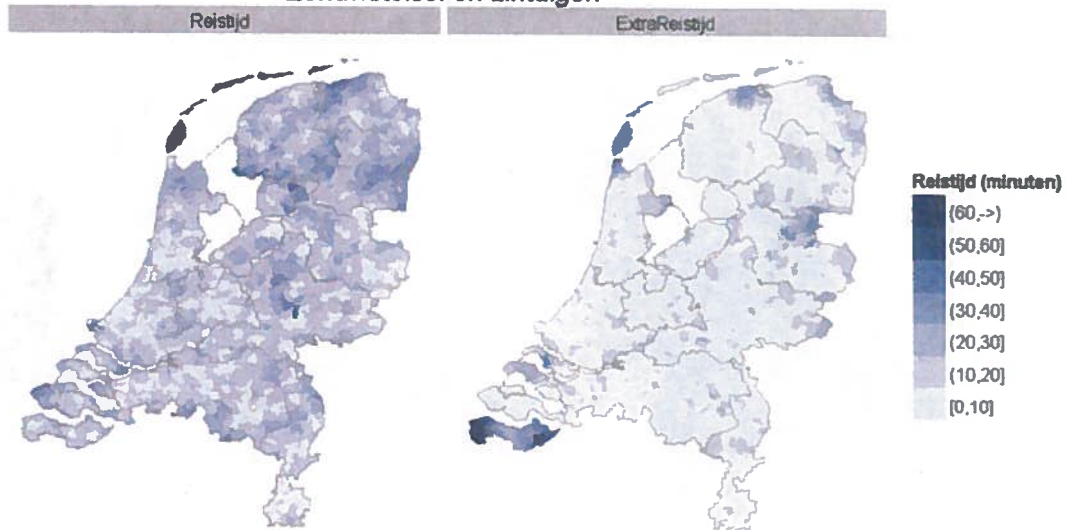
Spijverteringsstelsel



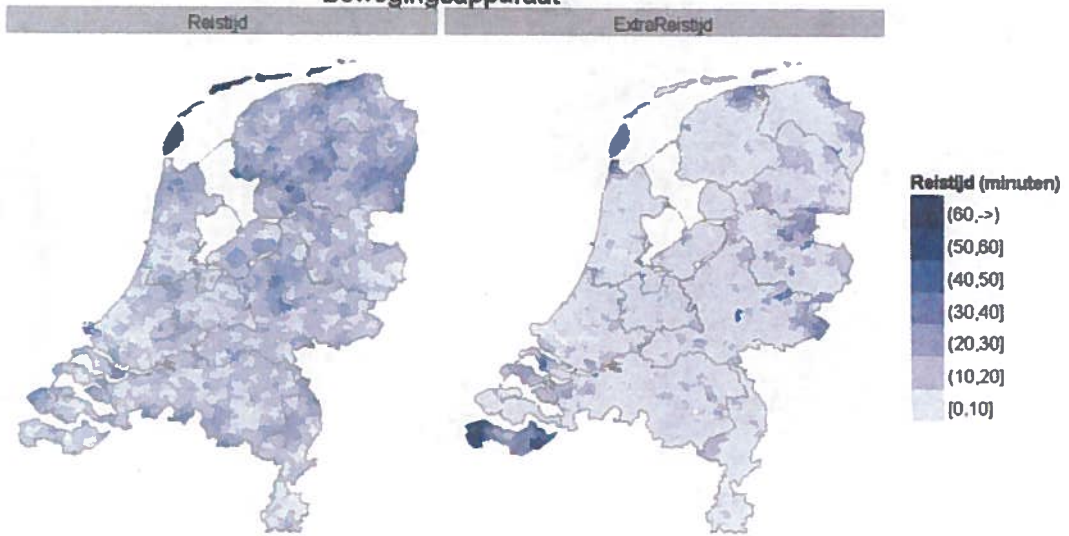
Urogenitaal systeem



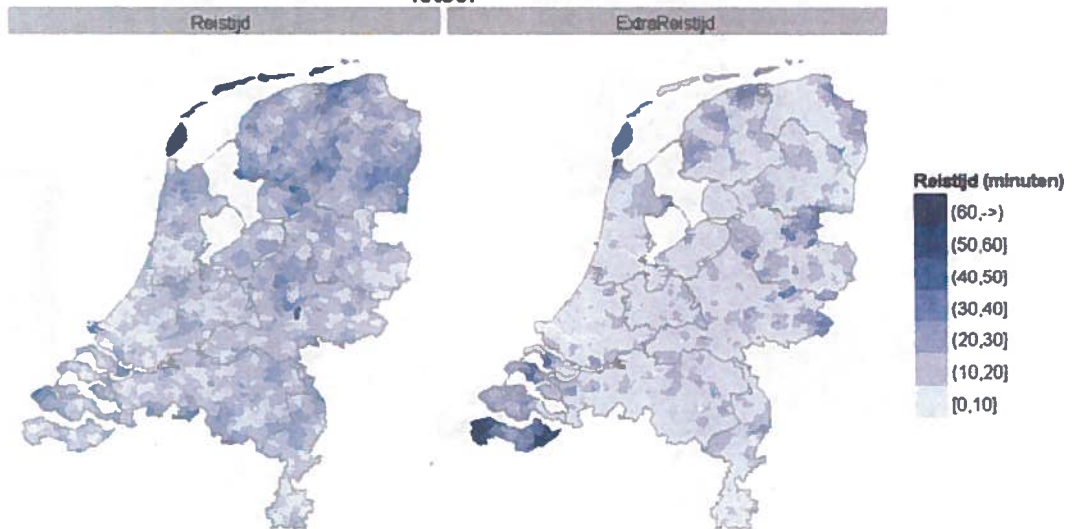
Zenuwstelsel en zintuigen



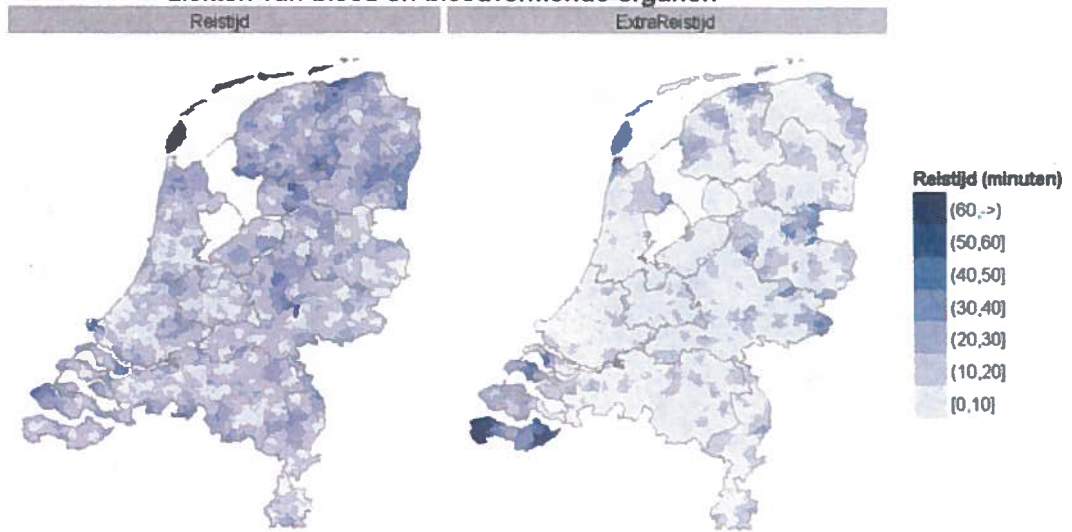
Bewegingsapparaat



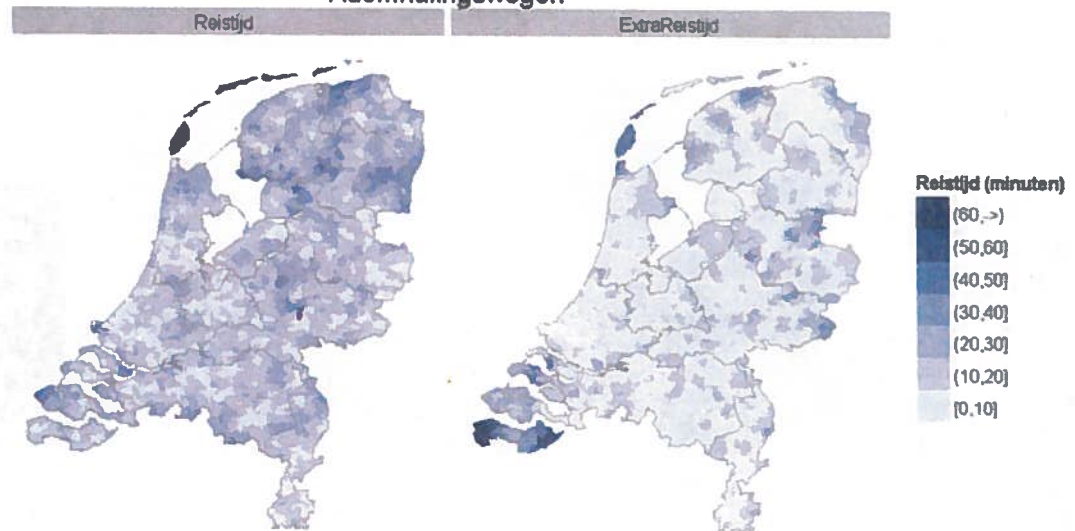
Ietsel



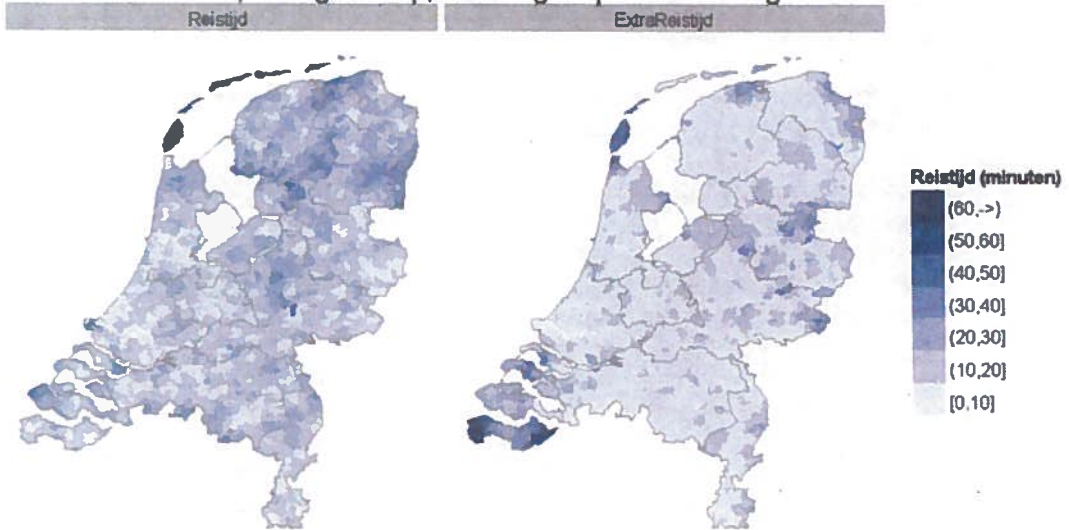
ziekten van bloed en bloedvormende organen



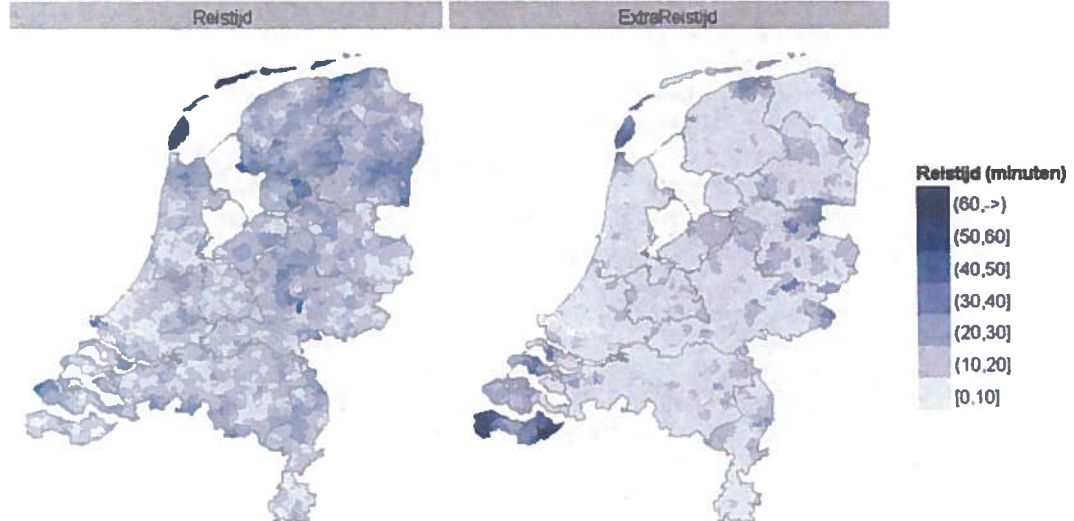
Ademhalingswegen



kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg



infectieziekten



Bijlage 5. Bronnen en methoden

Hoofdstuk Medisch specialistische zorg

Figuur 3: Het gewogen marktaandeel per patiënthoofdgroep is op basis van in 2012 geopende DOT-producten berekend.

- Bronnen en gebruikte data: voor het berekenen van de gewogen marktaandelen is DOT declaratie data van Vektis gebruikt. Alle DOT-producten die in 2012 zijn geopend zijn meegenomen. Het gaat om data van ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's). De patiëntengroepen worden uitgelegd in Marktscan Medisch specialistische zorg 2012 (november).
- Methode: Voor het berekenen van de gewogen marktaandelen per patiënthoofdgroep zijn de volgende analyses uitgevoerd:
 - Aan de hand van de DOT's in de Vektis data berekenen we per patiënthoofdgroep voor alle ziekenhuizen en ZBC's het gewogen omzet marktaandeel van deze instelling in iedere (vierpositie) postcode.
 - Het marktaandeel van een instelling in een postcode (voor een patiënthoofdgroep) wordt gewogen met het belang van deze postcode voor de betreffende instelling (binnen een patiënthoofdgroep). Het belang wordt per patiënthoofdgroep gedefinieerd als het relatieve aandeel van de omzet die uit deze postcode naar de instelling gaat op de totale omzet van de instelling. De sommatie over alle postcodes geeft de gewogen omzet marktaandelen van de instelling per patiënthoofdgroep.
- Opmerkingen:
 - De fusies tussen ziekenhuizen zijn bewerkt in de data.
 - Een aantal declaraties is niet meegenomen omdat ze ongeldige patiëntpostcodes bevatten (minder dan 0.4% van de data).
 - In het artikel 'Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009)' -
 - Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector (M&M april 2009)' en in het NZa rapport 'Fusiemodellen' (te vinden op de NZa website) is een uitgebreide uitleg van het gewogen marktaandeel en de bijbehorende LOCI-methode te vinden.

Figuur 7 t/m Figuur 11 en Bijlage 3: De extra reistijd naar de aanbieder met de op-één-na-kortste reistijd voor de patiëntdoelgroep of patiënthoofdgroep. We simuleren de extra reistijd dat een patiënt heeft als zijn dichtstbijzijnde instelling (i.e. alle hoofdlocaties van de instelling met de dichtstbijzijnde locatie) wegvalt.

- Bronnen: Voor het berekenen van reisafstanden binnen Nederland is de Geodan Drivetime Matrix 2012 gebruikt. Voor het bepalen van de relevante aanbieders is Vektis 2012 gebruikt. Voor de hoofdlocaties van de aanbieders hebben we data van de RIVM en uit eigen deskresearch gebruikt.
- Methode: Voor het berekenen van de extra reistijd zijn de volgende analyses uitgevoerd:
 - Voor elke doelgroep is er een selectie gemaakt van de aanbieders die zorg aanbieden aan deze doelgroep: (i) er is een selectie gemaakt op ziekenhuizen (inclusief categorale ziekenhuizen) en ZBC's, (ii) alle instellingen met een laag volume, gedefinieerd als kleiner dan 10% van het landelijke gemiddelde, zijn niet meegenomen, (iii) een instelling wordt alleen meegenomen als hij minder dan 40% van zijn patiënten heeft doorverwezen. Doorverwijzing is op de volgende manier geoperationaliseerd: de

patiënt heeft eerder in hetzelfde kalenderjaar in een andere medisch specialistische instelling zorg gekregen.

- Voor elke doelgroep selecteren we van de meegenomen aanbieders de hoofdlocaties dat een specialisme aanbiedt dat relevant is voor deze doelgroep. Hiervoor gebruiken we data van MediQuest.
- Voor elke doelgroep is er per (vierpositie) postcode gebied de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die zorg aan deze doelgroep aanbiedt.
- Voor elke doelgroep is er per (vierpositie) postcode gebied de reistijd bepaald tot de op-één-na-dichtstbijzijnde zorgaanbieder die voor de gegeven doelgroep (deze is per definitie gelijk of groter aan de reistijd uit de eerste stap)
- Voor elke doelgroep is er per (vierpositie) postcode gebied de 'delta reistijd' bepaald door de reistijd berekend in de eerste analyse-stap af te trekken van de reistijd berekend in de tweede analyse-stap.
- Kaarten zijn ingekleurd met de berekende reistijden uit analyse-stap 2 en analyse-stap 3.

Opmerkingen: Bij Figuur 10 en Figuur 11 is het aantal alternatieven binnen een reistijd van 30 minuten berekend in plaats van de extra reistijd.

Paragraaf 3.3.1: Het bestand van de NZa met de Definitieve verrekenbedragen m.b.t. de transitierегeling bevat informatie over transitiebedragen 2012 en 2013; en Definitieve opbrengst 2012. Er staan gegevens in van 91 Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2012-2013. Twee gespecialiseerde ziekenhuizen⁸⁹ laten we hier buiten beschouwing, want we focussen op algemene en academische ziekenhuizen. De rest van de ziekenhuizen nemen we wel mee in onze analyse, behalve de vier ziekenhuizen waarvoor de bedragen nog niet zijn vastgesteld⁹⁰. In totaal analyseren we 85 waarnemingen over ziekenhuizen. Tussen deze ziekenhuizen zijn er ook recent gefuseerde ziekenhuizen (bijv. Gemini ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar). Het eerste bestand ('NZa-bestand') werd aan het DOT-bestand gekoppeld met de productie uit de jaren 2012-2013. De informatie uit dit bestand werd gebruikt om de aantallen van patiënten en omzetten op hetzelfde aggregatieniveau van ziekenhuizen te berekenen. De gegevens die ten grondslag liggen aan de financiële indicatoren zijn afkomstig uit de openbare bestanden van DigiMV over dezelfde twee jaren. Deze gegevens die we hier gebruiken zijn op het concernniveau, wat een groter aggregatieniveau is in vergelijking met het niveau van een afzonderlijk ziekenhuis. Sommige concerns voeren namelijk ook nog andere activiteiten uit. Ook gefuseerde ziekenhuizen horen bij hetzelfde concern. Het bestand bevat niet alle ziekenhuizen, wat de uitkomsten kan beïnvloeden. Daarnaast is bekend dat de waarderingmethoden tussen concerns kunnen verschillen. Volgens BDO (2015) is de waarde van het eigen vermogen in 2012 en 2013 toegenomen, maar dit was deels door stelselwijzigingen (wijzigingen van de waarderingmethode). Maar onder de aanname dat dit laatste effect op elke schaalgrootte in dezelfde mate aanwezig is, is het nog steeds zinvol om DigiMV-gegevens te benutten om de relatie tussen de financiële prestatie en schaal te onderzoeken. Het DigiMV-bestand is aan de andere twee bestanden gekoppeld. De waarnemingen die niet gekoppeld konden worden zijn buiten beschouwing gebleven. Eén waarneming (jaar 2012) is niet in de analyse meegenomen als uitschitter op rentabiliteit.

⁸⁹ Het Oogziekenhuis en Het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (oncologie).

⁹⁰ Voor vier ziekenhuizen zijn de bedragen nog niet vastgesteld: Het Groene Hart Ziekenhuis, Ruwaard van Putten Ziekenhuis, IJsselmeerziekenhuizen en Slotervaartziekenhuis

De resulterende dataset bevat 84 waarnemingen over het jaar 2012 en 71 over het jaar 2013, waarbij elke waarneming met een kamer van koophandel (kvc)-nummer overeen komt. Het aantal waarnemingen in het bestand van het jaar 2013 is kleiner dan van het jaar 2012 omdat het oorspronkelijke DigiMV-bestand niet alle ziekenhuizen bevat.

Bijlage 6. Openbare consultatieronde

Als los document opgenomen op onze website bij deze publicatie

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.

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 makro kader 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>

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk 125452/177681
<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>	Pagina 3 van 24
<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>	

Marc Pomp Economische Beleidsanalyse
23 februari 2015

Kenmerk
125452/177681

Opmerking	Reactie NZa
<p>1. Algemeen</p>	
<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 marktaandelen. 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
2. Deelt u de conclusies uit de rapportage? De kans op faillissement		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.	
2. Deelt u de conclusies uit de rapportage? De consequenties van een faillissement		
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 toezichhouders 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.	

Opmerking	Reactie NZa
<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>
<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>
<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>

Kenmerk

125452/177681

Pagina

6 van 24

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 (verminderte 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 coûté que coûté 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>	<p>Pagina 7 van 24</p>

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
<p data-bbox="357 255 805 286">doorstart.)</p> <p data-bbox="357 286 805 779">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 data-bbox="357 779 805 1413">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 data-bbox="357 1442 805 1800">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 data-bbox="825 286 1203 510">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 data-bbox="825 539 1203 703">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 data-bbox="825 732 1203 896">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 data-bbox="825 925 1203 1193">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>	<p data-bbox="1235 255 1382 286">125452/177681</p> <p data-bbox="1235 293 1382 344">Pagina 8 van 24</p>

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 disciplineren 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
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 wankel positie van meerdere ziekenhuizen uit naar voren komt.	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.	10 van 24
Worden de gehanteerde analyses en de resultaten meegenomen bij toekomstige fusiebeoordelingen?	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. De nieuw ontwikkelde techniek voor reistijdenanalyses kan wel toegepast gaan worden bij (andere) besluiten van de NZa.	
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.	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.	
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.	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	

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

Kenmerk
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>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>
<i>Faillissement ziekenhuis</i>	
<i>Aandachtsgebied: zorg in de periferie</i>	
<p>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</p>	<p>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</p>

<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 wreekt 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>	

Opmerking	Reactie NZa	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

Opmerking	Reactie NZa	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>	<p>Pagina 17 van 24</p>

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

Kenmerk
125452/177681

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>
Blz. 18: tabel 1 en voetnoot 15 De cijfers in de kolommen <i>to minimume</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/v-erzekering/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>	
Voornameijk 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	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. 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

Pagina
18 van 24

<i>Opmerking</i>	<i>Reactie NZa</i>	Kenmerk
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.	125452/177681
<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.	Pagina 19 van 24
<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>	

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk 125452/177681 Pagina 21 van 24
<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>		
<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>	

CZ

Opmerking	Reactie NZa
<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 verzekeren 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>
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.	
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.
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.

Kenmerk
125452/177681

Pagina
22 van 24

Opmerking	Reactie NZa	Kenmerk
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).		125452/177681
<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.	Pagina 23 van 24

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Opmerking	Reactie NZa
Paragraaf 2.4.3, presenteert een figuur met landelijke verdeling ziekenhuizen en marktaandelen 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 toelicht?	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
	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.

Kenmerk
125452/177681Pagina
24 van 24