

Aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
mevrouw dr. M. Bussemaker  
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**  
Werkgroep Contracteerruimte

**Telefoonnummer**  
030 296 81 24

**E-mailadres**  
CWit@nza.nl

**Kenmerk**  
09d0017850

**Onderwerp**  
Advies verdelingssystematiek contracteerruimte vanaf 2010

**Datum**  
20 mei 2009

Mevrouw de Staatssecretaris,

In uw brief van 13 november 2008 met kenmerk DLZ/SFI-U-2893681 over de aanwijzing 'Contracteerruimte AWBZ 2009 en enkele andere aangelegenheden' heeft u de NZa onder andere verzocht om:

1. Advies uit te brengen ten behoeve van de verwerking van bovenregionaal contracteren in de regionale contracteerruimte 2010.
2. Advies uit te brengen over de verdelingssystematiek van de contracteerruimte vanaf 2010.

In uw brief vraagt u de NZa om advies uit te brengen omtrent de verdelingssystematiek vanaf 2010 en in hoeverre de verdelingssystematiek meer kan aansluiten bij indicaties en demografische ontwikkelingen in plaats van de historische budgetten.

De NZa wil opmerken dat de in deze brief genoemde adviezen geen of beperkte consequenties hebben voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en zorgkantoren.

In hoofdstuk 1 worden de historische achtergronden van het huidige verdeelsysteem van de contracteerruimte AWBZ weergegeven. In hoofdstuk 2 komt de toedeling van de bovenregionale zorgproductie aan de orde. In hoofdstuk 3 geeft de NZa het advies over de verdeling van de intramurale zorg binnen de contracteerruimte 2010. Hoofdstuk 4 geeft een dergelijk advies over de verdeling van de extramurale zorg binnen de contracteerruimte 2010. In hoofdstuk 5 zijn de adviezen nogmaals kort weergegeven.

## 1. Huidige verdelingssystematiek contracteerruimte

Kenmerk  
09d0017850

Pagina  
2 van 19

De landelijke contracteerruimte<sup>1</sup> is een waarborg voor de macrobetaalbaarheid van AWBZ-zorg. De regionale contracteerruimte vormt een begrenzing per zorgkantoor voor zowel de hoogte van de productieafspraken met de aanbieders, als –indirect- voor de afrekening van de werkelijke productie. Vanuit de contracteerruimte wordt zowel extramurale als intramurale zorg vergoed.

De verdeling van het extramurale deel van de contracteerruimte 2009 is nog steeds (voornamelijk) gebaseerd op historische gegevens, namelijk de productieafspraken van het jaar 2004. Daarnaast wordt elk jaar een bedrag aan groeiruimte, bedoeld voor volumegroei, toegevoegd. Vanaf 2007 wordt dit bedrag verdeeld op basis van de indicatieontwikkeling. Daarnaast is vanaf 2008 steeds een bedrag van € 25 miljoen apart gehouden voor eventuele knelpunten. Ook het niet bestede deel wordt bij de extramurale contracteerruimte gerekend en is beschikbaar voor volumegroei.

Doordat de zorgvraag en het type zorg in de regio's sinds 2004 veranderd kunnen zijn, is het de vraag of de huidige verdeling van de contracteerruimte nog wel juist is. In 2006 en 2007 heeft een aantal zorgkantoren aangegeven dat geïndiceerde zorg niet volledig ingekocht kon worden binnen de regionaal vastgestelde contracteerruimte. Hierdoor zouden AWBZ-verzekerden met een geldige indicatie in de regio mogelijkwel geen of beperkte toegang hebben tot de benodigde AWBZ-zorg.

Het intramurale deel van de contracteerruimte 2009 sluit daarentegen goed aan bij de huidige intramurale capaciteit in een zorgkantoorregio. Exploitatatiegevolgen van capaciteitswijzigingen worden immers gedurende het jaar aan de intramurale contracteerruimte van het desbetreffende zorgkantoor toegevoegd. Aan de verdeling van de intramurale contracteerruimte zit wel het aspect dat deze geen rekening houdt met de geleidelijke toename van de zorgzwaarte op de bestaande capaciteit. Deze toename komt evenmin tot uitdrukking in de toelating en daarmee in de bekostiging van het zorgaanbod. Het betreft bijvoorbeeld de vergrijzing in verzorgingshuizen. Hierdoor kan de zorgbehoefte binnen de indicatie mogelijk niet altijd volledig worden geleverd.

Beide situaties leiden ertoe dat de regionale contracteerruimte niet altijd meer aansluit bij de werkelijke zorgbehoefte. In de extramurale zorg bestaat het risico dat het totaal van de uitstaande indicaties groter is dan de regionale contracteerruimte en dat gedurende het jaar nieuwe cliënten hun indicatie niet kunnen verzilveren. Binnen de intramurale zorg komt de kwaliteit van de zorg mogelijk onder druk te staan als er in de regionale contracteerruimte geen geld is voor zorgverzekering. De problematiek van de intramurale contracteerruimte verschilt van de extramurale contracteerruimte. In deze brief zullen deze contracteerruimten dan ook apart worden behandeld.

---

<sup>1</sup> Het advies gaat uitsluitend over de reguliere contracteerruimte, dat wil zeggen exclusief geormerkte gelden voor extreme zorgzwaarte, innovatie en dergelijke.

In beide onderdelen van de contracteerruimte speelt echter de problematiek van bovenregionale zorg. Deze zal daarom als eerste worden behandeld.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
3 van 19

## **2. Bovenregionale zorg**

Met ingang van 1 januari 2009 is de Regeling Gezamenlijke aanlevering bovenregionale-opgave in werking getreden. Een bovenregionale opgave (op grond van voornoemde regeling) is een gezamenlijke opgave van een zorgaanbieder en een zorgkantoor waarin het totaal van de zorg dat de zorgaanbieder per zorgkantoorregio levert (gesplitst naar onderliggende prestaties en tarieven) dient te worden opgegeven. De afspraken in een zorgkantoorregio zijn namelijk niet per definitie bedoeld voor zorg geleverd in de betreffende zorgkantoorregio. Met name in de sector Verpleging en Verzorging maakt een zorgkantoor afspraken met een zorgaanbieder voor de levering van zorg in meerdere zorgkantoorregio's. De Regeling is in eerste instantie opgesteld om meer inzicht te krijgen in deze bovenregionale zorgaanbieders.

Ook bij een berekening van de regionale contracteerruimte op reële parameters spelen bovenregionale zorgaanbieders een rol. Bij een mogelijke herverdeling op basis van indicatiecijfers dient dan ook rekening gehouden te worden met het bovenregionaal contracteren door zorgkantoren. De indicatiecijfers zeggen namelijk iets over het aantal indicaties in een zorgkantoorregio, maar geven niet aan of de desbetreffende zorg door een regionale of bovenregionale aanbieder geleverd wordt.

Uit onderzoek door de NZa is gebleken dat zorgkantoren niet altijd goed op de hoogte zijn van zorg die in hun regio geleverd wordt door zorgaanbieders die zij niet contracteren. Zowel het aantal zorgaanbieders dat in hun regio zorg levert als de omvang van deze zorg is voor hen relatief onbekend. Deze zorgaanbieders zouden bij de nieuwe verdeling tussen wal en schip kunnen vallen. Om dit te voorkomen moeten de zorgkantoren inzicht krijgen in de zorg die geleverd wordt in hun regio. Voor deze cliënten heeft het zorgkantoor namelijk op grond van artikel 6 AWBZ een zorgplicht.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bovenregionale opgave in de maartronde 2009. Vervolgens wordt de koppeling gelegd met de contracteerruimte. Tenslotte zal aandacht worden besteed aan het vervolgtrajec van bovenregionaal contracteren in 2010 en verder.

### **2.1 Bovenregionale opgave maartronde 2009**

De Regeling richt zich in eerste instantie op de extramurale zorg. De bovenregionale opgave bevat een uitsplitsing per zorgkantoorregio van het totaal van de zorg dat de aanbieder levert, verbijzonderd naar extramurale prestaties en tarieven. In de maartronde 2009 is op vrijwillige basis ook een uitvraag gedaan naar de bovenregionale intramurale zorglevering.

In de onderstaande tabel is het aantal zorgaanbieders opgenomen dat bij de maartronde 2009 tweezijdig heeft aangegeven bovenregionale zorg te leveren.

Kenmerk  
09d0017850

Pagina  
4 van 19

Sector	Boven-regionaal Extramuraal	Boven-regionaal Intramuraal	Bovenregionaal Intramuraal + Extramuraal	Fractie van het totaal aantal aanbieders
V&V	102	11	11	11%
GHZ	58	38	11	24%
GGZ	17	10	8	12%
<b>Totaal</b>	<b>177</b>	<b>59</b>	<b>30</b>	<b>14%</b>

Tabel 1: Bovenregionale zorg maartronde 2009 (in aantallen)

De mate van het leveren van bovenregionale zorg verschilt per zorgaanbieder. Niet alleen het aantal bovenregionale zorgaanbieders is van belang, maar uiteraard ook de financiële omvang van de bovenregionale zorg. In onderstaande tabel staat de financiële omvang van de bovenregionale zorg per sector. De omvang van de bovenregionale zorg verschilt significant per zorgkantorregio.

Sector	Boven-regionaal Extramuraal	Boven-regionaal Intramuraal	Totale bovenregionale zorg
V&V	95,5	32,2	127,7
GHZ	108,2	210,8	319,0
GGZ	10,2	43,8	54,1
<b>Totaal</b>	<b>213,9</b>	<b>286,9</b>	<b>500,7</b>

Tabel 2: Bovenregionale zorg maartronde 2009 (x € 1 miljoen)

Vervolgens is aan de zorgkantoren waar de bovenregionale zorg daadwerkelijk wordt geleverd, gevraagd of zij in kunnen stemmen met de ingediende tweezijdige opgaven van zorgaanbieder en contracterend zorgkantoor. De respons op dit verzoek was nihil. Hierdoor is er geen bovenregionale zorg waar aanbieder, contracterend zorgkantoor en "werkelijke" zorgkantorregio het over eens zijn.

## 2.2 Invloed op contracteerruimte

In de toelichting op de Regeling Gezamenlijke aanlevering bovenregionale-opgave is de NZa ingegaan op het belang van de informatieaanlevering voor de contracteerruimte. De Regeling is in 2009 alleen van toepassing op de extramuraal zorg. Deze paragraaf gaat dan ook alleen in op de extramuraal zorg. Voor de intramuraal zorg is nog geen compleet beeld van de bovenregionale zorglevering te geven. Een verschuiving van middelen tussen de zorgkantoren op basis van de bovenregionale zorgopgaven is noodzakelijk. Door deze aanpassing sluiten de financiële middelen van het zorgkantoor aan bij de inkoop van zorg, die in zijn regio wordt geleverd.

In de Regeling is aangegeven dat de NZa ernaar streeft om met ingang van 2010 de zorgvraag in de regio het uitgangspunt te laten zijn. Dit betekent dat vanaf 2010 de afspraken moeten worden gemaakt in de regio waar de zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd. Het streven van de

NZa was erop gericht om bovenregionale zorgaanbieders vanaf 2010 in meerdere regio's productieafspraken te laten maken. Het streven is om het extramurale deel van de regionale contracteerruimte vanaf 2010 te verdelen op basis van reëlere parameters, naar de populatie van het eigen werkgebied. Ook in verband hiermee moeten bovenregionale effecten worden uitgeschakeld.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
5 van 19

In tabel 2 is weergegeven dat ruim € 500 miljoen van de AWBZ-zorg bovenregionaal geleverd wordt. Hiervan bedraagt het extramurale deel bijna € 214 miljoen. Dit is 4,7% van de totale extramurale zorg. Dit percentage verschilt echter per zorgkantorregio. Het merendeel van de zorgkantoren heeft een aandeel van bovenregionale zorg dat ligt tussen de 0 en 10%. Hierop zijn enkele uitschieters, waaronder één relatief klein zorgkantoor met een aandeel van de bovenregionale zorg van 41%, het hoogste percentage.

De verschillen tussen de regio's laten zich niet eenvoudig verklaren. Grote afwijkingen tussen regio's lijken niet alleen te komen door regionale verschillen, maar ook door verschillen in de respons en de volledigheid van de gedane opgaven. Ook signalen vanuit het veld wijzen erop dat niet alle bovenregionale zorg daadwerkelijk is opgegeven.

### 2.3 Vervolgstappen

Op basis van bovenstaande inventarisatie, adviseert de NZa voor 2010 geen aanpassing op de contracteerruimte te doen voor bovenregionaliteit. Het jaar waarin de bovenregionale zorgaanbieders voor het eerst afspraken maken in de regio waar zij daadwerkelijk de zorg leveren, wordt verschoven naar 2011.

De Regeling Gezamenlijke aanlevering bovenregionale-opgave is mede geïntroduceerd om inzicht te krijgen in de bovenregionale zorg geleverd door de grote thuiszorgorganisaties in de Verpleging en Verzorging. De bovenregionale extramurale opgave vertoont het beeld dat bovenregionale zorglevering voornamelijk plaatsvindt in de sector Gehandicaptenzorg. Gezien de uitkomsten van de bovenregionale zorgopgave verwacht de NZa dat deze nog geen juiste weerspiegeling is van de werkelijk bovenregionaal geleverde zorg in Nederland.

Bij een mogelijke verdelingsaanpassing op basis van de bovenregionale zorgopgaven spelen ook de budgetgarantie en de zorginkoop een belangrijke rol. Een verschuiving van contracteerruimte zal gepaard moeten gaan met de verplaatsing van de zorginkoop naar de zorgkantorregio waar de zorg geleverd wordt. Dit raakt met name de zorginkoop van het zorgkantoor, in wiens regio de desbetreffende zorg geleverd wordt. Dit zorgkantoor moet ervan op de hoogte zijn dat een zorgaanbieder die het zorgkantoor wellicht nog niet kent, zorg levert in de zorgkantorregio (aan de cliënten voor wie het zorgkantoor een zorgplicht heeft) en dat het zorgkantoor dus ook met deze aanbieder een contract moet afsluiten teneinde te waarborgen dat zij voldoet aan de zorgplicht.

Budgetgarantie en/of een meerjarig contract tussen zorgaanbieder en het huidige contracterende (bovenregionale) zorgkantoor spelen evenwel ook een rol. Derhalve zal doorgaans het thans contracterende

zorgkantoor niet, zonder de eisen van zorgvuldigheid, redelijkheid en billijkheid in acht te nemen, het huidige contract met de zorgaanbieder kunnen opzeggen. Bij een nieuwe verdeling zal dit echter wel noodzakelijk zijn omdat het thans contracterende zorgkantoor de middelen niet meer in de contracteerruimte krijgt. Voor de zorgaanbieder die met een ander zorgkantoor moet gaan contracteren geldt echter dat er wel enige mate van zekerheid t.a.v. de productie van het voorgaande jaar moet worden ingebouwd. Deze zorgaanbieder zal door het nieuw te contracteren zorgkantoor niet zonder meer als een nieuwe aanbieder worden gezien en het zorgkantoor kan de extra ruimte gunnen aan de reeds bestaande (en bekende) aanbieders in de regio.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
6 van 19

De NZa is van mening dat alle partijen gelijke kansen dienen te krijgen waarbij reeds in een ander zorgkantoor opgebouwde rechten niet zomaar uit het oog mogen worden verloren. Het is aan de NZa –in samenwerking met partijen- om hieromtrent nadere regelgeving te ontwikkelen. Zie hiervoor ook paragraaf 4.3 waarin nader op het begrip budgetgarantie wordt ingegaan.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en vertegenwoordigers van zorgkantoren hebben thans aangegeven –in tegenstelling tot eerdere berichten (zie het eerder aan u uitgebrachte advies over bovenregionale zorg)- geen aanpassing van de contracteerruimte 2010 voor bovenregionale zorglevering op basis van de beschikbare informatie te wensen. Uit de opgaven blijkt dat zorgkantoren niet de bovenregionale zorgopgave tussen zorgaanbieder en het huidige zorgkantoor waarmee nu de afspraken worden gemaakt, fiatteren. Ze geven aan geen inzicht te hebben in de zorg die door een bovenregionale zorgaanbieder in hun zorgkantoorregio wordt geleverd. Hierdoor kunnen ze de bovenregionale opgave niet controleren. ZN geeft aan de aanpassing in de contracteerruimte bovenregionaal wel te ondersteunen voor de toekomst en stelt voor tijdig zorgvuldige afspraken te maken voor een herberekening van de contracteerruimte 2011.

De NZa adviseert om voor 2010 nog geen aanpassingen te maken in de contracteerruimte op basis van de bovenregionale zorgopgave. Vanwege de onvolledige zorgopgave en hiermee samenhangende inventarisatie van problemen in de zorginkoop die nog moet plaatsvinden is een aanpassing in 2010 nog niet mogelijk.

Gevolg hiervan is dat bij de (her)verdeling van vooral de extramurale contracteerruimte rekening moet worden gehouden met de bovenregionale zorg. Aangezien hiervoor in 2010 niet wordt gecorrigeerd bestaat het risico dat de herverdeling onbedoeld voor onjuiste verschuivingen zorgt. In hoofdstuk 4 wordt hier verder op ingegaan.

#### 2.4 Vervolgstep in 2011

In 2009 wordt met zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland afgesproken hoe de bovenregionale zorg dusdanig in kaart te krijgen is dat overhevelen van financiële middelen voor de contracteerruimte 2011 mogelijk is. In 2011 moeten bovenregionale zorgaanbieders afspraken maken met de zorgkantoorregio waar zij daadwerkelijk de zorg leveren. De contracteerruimte 2011 wordt hiervoor aangepast. Dit raakt zowel de extra- als de intramurale zorg.

De NZa stelt voor in 2009, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, te bekijken op welke wijze de aanpassing van de regionale contracteerruimte voor bovenregionale zorg het beste gerealiseerd kan worden en op basis hiervan een stappenplan op te zetten. Naar aanleiding van dit stappenplan wordt de contracteerruimte 2011 voor bovenregionale zorg aangepast. De NZa stelt voor hierbij ook de intramurale zorg integraal te betrekken.

**Kenmerk**  
09d0017850  
**Pagina**  
7 van 19

### 3. Verdeling contracteerruimte – Intramuraal in 2010

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de volgende onderwerpen die betrekking hebben op het intramurale deel van de contracteerruimte.

- Verdeling van de basiscontracteerruimte 2010 op basis van de ZZP-afspraken 2009 van 1 maart 2009 tussen zorgkantoor en zorgaanbieder (§ 3.1);
- Correctie van de basiscontracteerruimte 2010 conform de vastgestelde herallocatiebedragen 2010 op basis van de ZZP-afspraken 2009 van 1 maart 2009 tussen zorgkantoor en zorgaanbieder (§ 3.2);
- Verschuivingen in zorgzwaarten (§ 3.3);
- Exploitatiegevolgen loon- en materiële kosten van capaciteitswijzigingen (§ 3.4);
- Exploitatiegevolgen loon- en materiële kosten van toelatingswijzigingen SGLVG, LVG, MFC, observatie (§ 3.5);
- Extreme zorgbehoefte GHZ (§ 3.6).

#### 3.1 Verdeling basiscontracteerruimte 2010 o.b.v. de ZZP-afspraken maartronde 2009

Zoals in hoofdstuk 1 is weergegeven, is de huidige contracteerruimte (ongeveer € 12 miljard) voor de intramurale zorg hoofdzakelijk gebaseerd op de huidige capaciteit van elke zorgaanbieder. Deze capaciteit wordt voornamelijk bekostigd op basis van vaste normbedragen, die maar deels rekening houden met de zorgzwaarte van de cliënt.

Per 2010 zal het nieuwe bekostigingssysteem op basis van ZZP's in werking treden. In tegenstelling tot de huidige intramurale bekostiging houdt dit systeem wel volledig rekening met de aanzienlijke verschillen in zorgzwaarte per cliënt, per zorgaanbieder en per zorgkantoorregio. Vanaf dit moment wordt de zorg in termen van ZZP's ingekocht. Om ook in de verdeling van de contracteerruimte rekening te houden met de zorgzwaarteverschillen moet de huidige verdeling van de basiscontracteerruimte worden herzien.

De NZa is van mening dat voor de (her)verdeling van de intramurale basiscontracteerruimte de volgende mogelijkheden bestaan:

1. op basis van overzichten van het CIZ van indicaties per zorgkantoor;
2. op basis van de ZZP-afspraken 2009 van 1 maart 2009 tussen zorgkantoor en zorgaanbieders.

Deze opties worden hieronder nader toegelicht.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
8 van 19

#### Optie 1

Een herverdelingsmodel op basis van afgegeven CIZ-indicaties is een goede afspiegeling van de zorgvraag, omdat de indicatiegegevens door een objectieve instantie worden aangeleverd. Voor 2010 is dit echter, naar de mening van de NZa, geen juiste optie. Reden hiervoor is dat de huidige indicatiegegevens van het CIZ hierop nog niet zijn toegesneden. Dit heeft te maken met het feit dat er nog cliënten zijn met een geldig indicatiebesluit voor intramurale zorg in functies en klassen. Daarnaast zijn er nog steeds non-indicaties: intramurale cliënten waarvoor überhaupt geen indicatiebesluit is afgegeven. De NZa verwacht dat deze problemen op termijn adequaat kunnen worden opgelost zodat een herverdelingsmodel op basis van afgegeven CIZ-indicaties in de toekomst mogelijk is. Hierbij geldt dat ervan uit wordt gegaan dat het uitstaand recht bepalend is voor het zorggebruik: verschillen als gevolg van alternatieve (extramurale of PGB-) zorg en cliënten op de wachtlijst worden gelijk verondersteld.

#### Optie 2

Een alternatief is om bij de herverdeling van de contracteerruimte uit te gaan van de opgaven van afgesproken ZZP's tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Dit model geeft voor alle intramurale cliënten het zorgvolume weer in termen van ZZP's. Dit model is evenals optie 1 gebaseerd op de ZZP-indicaties van het CIZ maar neemt tegelijkertijd geen ZZP-indicaties mee waarop alternatieve zorg wordt geleverd en evenmin indicaties op de wachtlijst, waarvoor (nog) geen zorgkosten worden gemaakt. Bovendien volgt dit model de uitkomsten van het HHM-scoreprogramma voor cliënten met een intramurale indicatie, die nog niet in ZZP's is omgezet.

Dit model zorgt ervoor dat de contracteerruimte voor het zorgkantoor optimaal aansluit op de zorgwaarde 2009 die het zorgkantoor via de productieafspraken 2009 met de zorgaanbieder is overeengekomen. Een bijkomend voordeel is dat dit tevens de toepassing van het herallocatietraject per zorgkantoor en per zorgaanbieder vergemakkelijkt, aangezien dat op dezelfde gegevensopgave is gebaseerd.

Nadelen van een herverdelingsmodel op basis van de ZZP-opgaven is dat de informatieverzameling per zorgkantoor wordt opgebouwd vanuit de belanghebbenden bij het resultaat: zorgkantoren en zorgaanbieders zelf. Daarom stelt de NZa voor om de herverdeling van de basiscontracteerruimte voor 2010 te baseren op één peilmoment (1 maart 2009) en deze niet te actualiseren naar aanleiding van de productieafspraken 2009 en 2010 in de ronde van 1 november 2009. Uitzondering daarop vormen capaciteitswijzigingen, zie ook § 3.4 en § 3.5.

<p>Advies: de NZa adviseert u om de basiscontracteerruimte <u>intramuraal</u> 2010 over de zorgkantoren te herverdelen op basis van de ZZP-opgave van zorgkantoor en zorgaanbieders op één peilmoment, 1 maart 2009 voor de productie 2009 van de prestaties die zijn opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten.</p>
--

### 3.2 Correctie van de basiscontracteerruimte 2010 i.v.m. de vastgestelde herallocatiebedragen 2010

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
9 van 19

Inherent aan de invoering van de ZZP's is dat de overgang van de oude bekostigingssystematiek naar de nieuwe bekostigingssystematiek –op basis van zorgzwaarte- geleidelijk moet plaatsvinden. Op deze wijze hebben zorgaanbieders die hun inkomsten uit de bekostiging aanzienlijk zien stijgen of dalen voldoende tijd om te anticiperen op de nieuwe situatie en op dat gebied maatregelen te nemen. Hieraan is een gewenningsperiode verbonden van ten hoogste drie jaar: het herallocatietraject.

Dit houdt in dat in 2010 nog niet alle zorgaanbieders volledig worden bekostigd op basis van ZZP's. Een aantal aanbieders verkeert dan nog in een afbouwtraject en ontvangt in 2010 nog een opslag bovenop de ZZP-bekostiging. Het tegengestelde komt ook voor: bij aanbieders die dan nog in een groeitraject zitten, wordt in 2010 nog een bedrag op de ZZP-bekostiging in mindering gebracht. Het herallocatiebedrag is vastgesteld op basis van de afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder van 1 maart 2009. Dit herallocatiebedrag is tevens vastgelegd in de rekenstaat van de zorgaanbieder.

Het effect van dit herallocatietraject vertaalt zich ook door naar zorgkantoorregio. Immers, in 2010 wordt de contracteerruimte van het zorgkantoor gebaseerd op het totaal van zijn ZZP-afspraken met de door hem gecontracteerde aanbieders. Hierbij wordt het totaal van bovengenoemde individuele herallocaties van alle zorgaanbieders in de regio berekend. Dit resulteert in een positieve of een negatieve tijdelijke correctie herallocatie op de basiscontracteerruimte per zorgkantoorregio.

Advies: de NZa adviseert u om de basiscontracteerruimte 2010, her te verdelen op zorgzwaarte per zorgkantoor, te corrigeren voor de herallocatie-effecten ZZP van de regionale zorgaanbieders.
--

### 3.3 Verschuivingen in zorgzwaarte

In paragraaf 3.1 is reeds aangegeven dat de NZa voorstelt de herverdeling van de basiscontracteerruimte voor 2010 te baseren op slechts één peilmoment (1 maart 2009).

Invoering van een systeem gebaseerd op prestatiebekostiging op basis van zorgzwaarte brengt echter met zich mee dat verschuivingen in geïndiceerde zorg uiteindelijk vertaald moeten worden in de bekostiging. Positieve effecten van een doelmatige zorginkoop moeten hierbij eveneens in ogenschouw worden genomen. Dit neemt niet weg dat de (zwaardere) herindicaties, die zich vanaf het peilmoment 1 maart 2009 mogelijk voordoen, een financiële doorvertaling moeten krijgen in de basiscontracteerruimte. Gebeurt dat niet, dan wordt de verschuiving naar zwaardere pakketten financieel niet gecompenseerd. Dit zet de kwaliteit van de zorg mogelijk onder druk.

Op dit moment laten verschuivingen in zorgzwaarte zich nog niet geheel objectiveren en daarmee dus evenmin kwantificeren. Dit wordt o.a.

veroorzaakt doordat nog niet voor alle intramurale cliënten CIZ-indicaties in ZPZP-vorm zijn afgegeven. Daarom stelt de NZa voor om voor eventueel hieruit voortvloeiende problematiek een bedrag te reserveren. Dit bedrag kan analoog aan de extramurale zorg worden ingezet indien er knelpunten ontstaan door verschuivingen in zorgzwaarte.

**Kenmerk**  
09d0017850  
**Pagina**  
10 van 19

Advies: de NZa adviseert om een bedrag van € 25 miljoen te reserveren voor intramurale zorg, voor eventuele problematiek, voortvloeiend uit zwaardere herindicaties. De NZa kan medio 2010 over de noodzaak van inzet van deze middelen en eventuele verdeling hiervan adviseren.

#### 3.4 Exploitatiegevolgen capaciteitswijziging

Zoals reeds in paragraaf 3.1 is aangegeven, sluit de huidige verdeling van het intramurale deel van de contracteerruimte goed aan bij de huidige intramurale capaciteit. Tot 2009 zijn zorgaanbieders bekostigd op basis van in de toelating opgenomen bedden en plaatsen. De exploitatiegevolgen van capaciteitswijzigingen zijn periodiek aan het intramurale deel van de contracteerruimte van het desbetreffende zorgkantoor toegevoegd. Deze werkwijze levert nagenoeg geen problemen op aangezien de extra contracteerruimte en de financiële gevolgen van de extra afspraken aan elkaar gelijk worden gesteld.

Door de overgang van instellingsbudgettering naar prestatiebekostiging op basis van zorgzwaarte wordt het mogelijk om het bekostigen op basis van een toegelaten aantal bedden / plaatsen los te laten. Omdat indicatie en productieafspraken dan goed aansluiten is het logischer om de middelen voor capaciteitsmutatie direct in de basiscontracteerruimte op te nemen.

Het loslaten van de toelating als basis voor bekostiging van capaciteitsuitbreidingen onder welke benaming dan ook, kan echter alleen verantwoord geschieden als voor alle cliënten een CIZ-indicatie in ZPZP-vorm is afgegeven. Op dat moment kan voor elk zorgkantoor worden vastgesteld wat de geïndiceerde zorg, de verschuiving in geïndiceerde zorgzwaarte en een eventuele toename van het geïndiceerde zorgvolume is.

Middelen die door de overheid beschikbaar worden gesteld voor groei (geabstraheerd van kapitaallasten), verandering van zorgzwaarte en omzetting of uitbreiding van capaciteit (bouwkader) kunnen dan op basis hiervan rechtvaardig en verantwoord worden verdeeld over de zorgkantoren. Een zorginstelling die door nieuwe of gewijzigde capaciteit meer productie levert is dan in staat deze afspraken met het zorgkantoor te maken.

Een dergelijke situatie is in 2010 echter niet bereikt aangezien nog niet voor alle cliënten een ZPZP-indicatie is afgegeven. Hierdoor is het nog niet mogelijk om bovengenoemde middelen op reële parameters vooraf toe te wijzen aan de zorgkantoren. Dit betekent dat deze middelen expliciet moeten worden toegevoegd aan de regionale basiscontracteerruimte op het moment dat de capaciteitsmutatie wordt ingerekend.

Dit zorgt ervoor dat de bestaande methodiek, waarin de middelen voor capaciteitsmutatie het eerste jaar buiten de contracteerruimte blijft, in

2010 wordt gehandhaafd. De toelating is dus nog steeds de basis waarop een capaciteitsmutatie tot stand komt.

De toelating bevat geen gedetailleerde informatie over zorgzwaarte. Hierdoor is het lastig het exacte bedrag in te rekenen dat nodig is voor een specifieke capaciteitsmutatie. Daarom zal aan zorgaanbieders met een capaciteitstoename in 2010 worden gevraagd opgave te doen van zowel de ZZP-productie in de capaciteitsuitbreiding als de productie van cliënten in de al bestaande capaciteit. De NZa zal monitoren of de frequentieverdeling van de nieuwe capaciteit overeenstemt met de bestaande capaciteit en zal hiervoor een methodiek ontwikkelen.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
11 van 19

De financiële gevolgen worden in het jaar van uitbreiding –ic 2010– als voorheen buiten de contracteerruimte gehouden en in 2011 op 12-maandsbasis structureel verwerkt. Hierbij wordt dus nog steeds getoetst aan de toelating. Naast capaciteitsuitbreiding wordt ook een omzetting van zorgzwaarte<sup>2</sup> slechts buiten de contracteerruimte gehouden als deze gebaseerd is op een nieuwe toelating.

Advies: de NZa adviseert om de exploitatiegevolgen van capaciteitsuitbreidingen te baseren op de ZZP-productieafspraken 2010, behorende bij de ingerekende capaciteitswijzigingen 2009 en 2010. De NZa zal de opgave toetsen op plausibiliteit en –indien noodzakelijk– corrigeren.

### 3.5 Exploitatiegevolgen toelatingswijzigingen SGLVG, LVG, MFC, observatie.

De bekostiging van de SGLVG- en LVG-clianten en cliënten die voor een beperkte periode in een observatie- of een multifunctioneel centrum verblijven, neemt een bijzondere positie in. Het betreft dure zorg waaraan een aantal kwaliteitscriteria is verbonden. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid heeft de overheid de bekostiging van deze bijzondere zorgvormen en cliëntengroepen vooralsnog afhankelijk gehouden van de toelating.

De financiële gevolgen worden in het jaar van uitbreiding –ic 2010– als voorheen buiten de contracteerruimte gehouden en in 2011 op 12-maandsbasis structureel verwerkt. Hierbij wordt dus nog steeds getoetst aan de toelating. Naast capaciteitsuitbreiding wordt ook een omzetting van zorgzwaarte<sup>3</sup> slechts buiten de contracteerruimte gehouden als deze gebaseerd is op een nieuwe toelating.

Dit betekent dat deze zorgvormen aan de regionale contracteerruimte 2010 worden toegedeeld op basis van de specifieke toelatingen voor Observatiecentrum, Multifunctioneel Centrum (MFC), SGLVG-behandelplaatsen en plaatsen verblijf en LVG. Binnen de aangepaste contracteerruimte wordt vervolgens de ZZP-afpraak tussen zorgkantoor en zorgaanbieder aan de gewijzigde toelating getoetst.

<sup>2</sup> Voorbeeld hiervan is de omzetting van plaatsen zonder toelating voor behandeling naar bedden met toelating voor behandeling.

<sup>3</sup> Een voorbeeld hiervan is een omzetting van een VG5-cliant naar VG7; hiervoor is per definitie een specifieke toelating noodzakelijk.

Advies: de NZa adviseert om de exploitatiegevolgen van toelatingwijzigingen voor Observatiecentrum, Multifunctioneel Centrum MFC, SGLVG-verblijf, SGLVG-behandeling en LVG te baseren op de specifieke toelatingen.

**Kenmerk**  
09d0017850  
**Pagina**  
12 van 19

### 3.6 Verdeelsystematiek vanaf 2011

Voor de intramurale zorgproductie 2009 baseert de NZa zich op de afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders op 1 maart 2009. Het betreft hier dus één peilmoment (1 maart 2009) van ZZP-opgaven dat niet geactualiseerd wordt naar aanleiding van de productieafspraken 2009 en 2010 in de ronde van 1 november 2009, anders dan de doorgevoerde capaciteitsmutaties. Zoals eerder aangegeven heeft de NZa hiervoor gekozen omdat de informatieverzameling per zorgkantoor wordt opgebouwd vanuit belanghebbenden bij het resultaat: zorgkantoren en zorgaanbieders zelf.

Deze handelwijze heeft ook nadelen. Bijstellingen van de contracteerruimte 2010 op basis van de herschikking van ZZP-productie in 2010 (ronde van 1 november 2010) en nacalculatie op deze productie (meetmoment in 2011) vinden niet plaats. Dit zou geen recht meer kunnen doen aan de realiteit. Afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder, gemaakt op 1 maart 2009, komen wellicht niet meer overeen met de zorgzwaarte van de cliënten in de regio in 2010. Bij ongewijzigd beleid werken die afspraken echter wel structureel door in de jaren na 2010. De NZa vindt dit niet gewenst.

De NZa wil de berekening van de contracteerruimte 2011 als volgt actualiseren, zodat de aansluiting met de te objectiveren zorgvraag in de regio niet verloren gaat:

- Basis voor de regionale verdeling van de contracteerruimte 2011 zijn de gegevens over de feitelijke productie 2009, waarmee in ieder geval verschuivingen in zorgzwaarte in 2009 ten opzichte van het peilmoment 1 maart 2009 worden verwerkt. Dit leidt ertoe dat de verdeling van de contracteerruimte 2011 zoveel mogelijk samenhangt met de werkelijke zorglevering. Deze wordt aangevuld met het effect van capaciteitsmutaties in 2010;
- De capaciteitswijzigingen voor SGLVG verblijf, SGLVG behandeling, LVG, MFC en observatie zullen, evenals in 2010, op basis van toelatingen worden ingerekend.
- Verschuiving in geïndiceerde zorgzwaarte en ontwikkeling van het geïndiceerde zorgvolume vanaf 1 januari 2010 worden bij voorkeur vastgesteld aan de hand van de ontwikkeling van de geïndiceerde zorgzwaarte en het geïndiceerde zorgvolume, op basis van cijfers van het CIZ<sup>4</sup>. Op basis hiervan kan een eerste prognose worden gemaakt bij de bekendmaking van de contracteerruimte 2011 in augustus 2010. Actualisatie hiervan zal plaatsvinden tot 1 september 2011. Mocht dit in augustus 2010 niet mogelijk zijn, dan zullen

<sup>4</sup> De CIZ-informatie betreft idealiter het uitstaand recht in ZZP-termen van alle intramurale cliënten op 1 januari 2012 minus het recht van alle intramurale cliënten op 1 januari 2010. Het verschil betreft per definitie de effecten van alle cliënten nieuw in zorg, alle cliënten die niet meer in zorg zijn en de effecten van herindicaties in de periode 2010 en 2011.

- capaciteitsmutaties anders dan SGLVG verblijf, SGLVG behandeling, LVG, MFC en observatie op basis van toelatingen worden ingerekend;
- De NZa stelt een ex-ante maximering voor, geormerkt op basis van de productieafspraken 2009 en indexering. Het gaat om de overige prestaties en de toeslagen<sup>5</sup> in de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
13 van 19

Advies: de NZa adviseert u om de contracteerruimte 2011 over de zorgkantoren her te verdelen op basis van de gerealiseerde ZZP-productie 2009, aangevuld met een volumecomponent voor de ontwikkeling in 2010 en 2011 van de geïndiceerde zorgvraag.

#### 4. Verdeling contracteerruimte – Extramuraal

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het extramuraal deel van de contracteerruimte. Het gaat momenteel om circa € 4,6 miljard. De volgende punten komen in dit hoofdstuk aan bod.

- Verdeling van extramuraal basiscontracteerruimte 2010 op basis van indicatiecijfers (§ 4.1);
- Beperkingen bij het verdelen op basis van indicatiecijfers (§ 4.2);
- De invloed van budgetgarantie (§ 4.3);
- Opties voor herverdeling in 2010 (§ 4.4);
- Opties voor herverdeling in 2011 (§ 4.5).

##### 4.1 Verdeling van extramuraal basiscontracteerruimte 2010 op basis van indicatiecijfers

De NZa wil de verdeling van de extramuraal basiscontracteerruimte beter laten aansluiten op de reële zorgvraag in een zorgkantorregio. Dit kan door de verdeling te baseren op meer reële parameters in plaats van historische productieafspraken.

De meest reële parameter is de indicatiestelling door het CIZ. De indicatiestelling is een goede weergave van de zorgvraag. De indicatie houdt rekening met persoonlijke omstandigheden, wonen, beperkingen en handicaps. De indicatie specificeert het recht van de cliënt op AWBZ-zorg. Dit komt echter niet noodzakelijkerwijs overeen met het feitelijk aantal geleverde uren zorg. Hierdoor blijft de indicatie een indirecte voorspeller voor de feitelijke zorgvraag.

Voordat een verdeling op basis van CIZ-indicaties kan plaatsvinden dient inzicht te zijn in het totaal van de geïndiceerde zorgrechten per zorgkantorregio. Dit kan door het geldig uitstaand recht als uitgangspunt te nemen. Dit geldig uitstaand recht is een weergave van het aantal geldende indicaties op een bepaald peilmoment. Per cliënt wordt alleen de laatst afgegeven indicatie per zorgkantorregio weergegeven.

<sup>5</sup> Het betreft hier de Toeslag Cerebrovasculair Accident (CVA), Toeslag Dagbesteding gehandicaptenzorg kind en Mutatiedag V&V.

De dataset van het CIZ drukt het geldig uitstaand recht op AWBZ-zorg per functie uit in een totaal aantal uren zorg per week. Individuele AWBZ-cliënten kunnen altijd alleen aan het laatst afgegeven indicatiebesluit rechten ontleen, mits dat indicatiebesluit nog geldig is. Wanneer de geldige indicatiebesluiten op een willekeurig moment in de tijd worden bekeken, zal deze doorsnede geen dubbele indicaties van dezelfde cliënt bevatten. Op 1 december 2008 is in het kader van de BSN-verificatie de dataset van het CIZ eenmalig opgeschoond met de actuele cliëntinformatie, waaronder datum van overlijden. Door deze correctie is het bestand van cliënten met een uitstaand recht op AWBZ-zorg in sterke mate verbeterd.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
14 van 19

#### 4.2 Beperkingen aan het verdelen op basis van indicatiecijfers

Zoals gezegd is het uitstaand recht op basis van CIZ-indicaties een goede voorspeller van het feitelijk zorggebruik. Een aantal onderdelen van de extramurale contracteerruimte komt echter niet tot uiting in de dataset van het CIZ. Voor deze onderdelen is het niet raadzaam de contracteerruimte her te verdelen. Deze onderdelen worden daarom buiten de herverdeling van de extramurale contracteerruimte gehouden. Hiervoor wordt het huidige verdeelmodel (zie hoofdstuk 1) gehanteerd. Het gaat hier om de volgende zaken:

##### *Ontbrekend toegekend recht*

Indicatiebesluiten krijgen in principe een geldigheidsduur van niet langer dan vijf jaar. Aangezien de gegevensset waarover het CIZ beschikt loopt vanaf 1 januari 2005 kan het zijn dat er cliënten zijn met een geldig indicatiebesluit die niet in de gegevens van het CIZ voorkomen. In principe is de gegevensset van het CIZ vanaf 1 januari 2010 compleet. In de praktijk zullen veel van de cliënten die voor 1 januari een indicatiebesluit met een geldigheidsduur van vijf jaar hebben gekregen intussen uit zorg zijn of zijn geherindiceerd.

##### *Indicaties Bureau Jeugdzorg*

Naast het CIZ geven ook de bureaus Jeugdzorg indicaties af voor AWBZ-zorg. De NZa heeft geen beschikking gehad over de gegevens van de bureaus Jeugdzorg. Wel is bekend dat, in vergelijking met de aantallen indicaties afgegeven door het CIZ, het gaat om relatief kleine aantallen indicatiebesluiten. Vanwege het ontbreken van deze gegevens dient de NZa in beperkte mate rekening te houden met deze afgegeven indicaties.

##### *Functie behandeling*

De functie behandeling wordt door het CIZ geïndiceerd zonder zorgomvang; deze wordt door het zorgkantoor in overleg met de cliënt bepaald. De NZa had derhalve geen beschikking over gegevens omtrent de omvang van de functie behandeling. Behandeling is echter maar een relatief klein onderdeel van de extramurale zorg.

##### *Overige prestaties buiten indicatiecijfers*

De dataset van het CIZ bevat geen gegevens over het extramurale vervoer, de functie uitleen van verpleegartikelen en sommige gespecialiseerde zorgvormen. Met het ontbreken van deze informatie zal door de NZa rekening worden gehouden bij het bepalen van de verdeelsystematiek.

### *Bovenregionaal contracteren*

In hoofdstuk 3 is uiteengezet hoe de inventarisatie van de bovenregionale zorg is verlopen. Door het ontbreken van betrouwbare cijfers over de bovenregionale contractering zal voor de bovenregionale extramurale zorg op basis van de opgaven geen verschuiving kunnen plaatsvinden. Deze bovenregionaal werkende zorgaanbieders kunnen een vertekend beeld geven van de reële zorgvraag in een bepaalde zorgkantorregio. De inkoop van de zorg vindt (doorgaans) plaats in een andere regio dan de regio waar de zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Bij een verdeling op basis van indicaties komen de financiële middelen dus in de regio terecht waar (doorgaans) niet de productieafspraken gemaakt worden. Een verdeelsystematiek volledig gebaseerd op indicaties is daardoor in 2010 niet mogelijk zonder dat duidelijk is op welke wijze thans bovenregionale afspraken worden gemaakt. Ditzelfde geldt voor 2011: volledige herverdeling is pas mogelijk als er een oplossing is voor de bovenregionale zorg.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
15 van 19

#### 4.3 De invloed van budgetgaranties

In het zorginkoopbeleid van zorgkantoren geven de zorgkantoren bestaande zorgaanbieders een extramurale budgetgarantie. Budgetgaranties zouden door het zorgkantoor moeten worden gegeven om bij de betreffende zorgaanbieder minimaal de zorg te kunnen continueren aan de reeds in zorg zijnde cliënten. Cliënten hebben namelijk het recht op voortzetting van de zorg door hun eigen aanbieder. Dit staat los van de vraag of een zorgkantoor die aanbieder nog langer wil contracteren of niet.

Budgetgarantie wordt thans door de meeste zorgkantoren op de volgende wijze ingevuld: het zorgkantoor maakt met een zorgaanbieder in de eerste budgetronde een productieafpraak van tenminste X% van de productie of het budget van het jaar daarvóór. Hierbij hoeft de aanbieder voor dat deel van het budget niet te concurreren met andere zorgaanbieders. Als de zorgaanbieder die productie lopende het jaar ook daadwerkelijk haalt, kan hij minstens op dit 'gegarandeerde' budget rekenen. Zorgaanbieders weten via de inkoopbeleidsplannen van de zorgkantoren ruim van te voren wat 'gegarandeerd' wordt.

In de monitor extramurale zorg 2007-2008, hoofdstuk 4 (september 2008), heeft de NZa onderzoek gedaan naar het fenomeen budgetgarantie en onder meer geconcludeerd dat:

- De budgetgarantie in de extramurale zorg hoger is dan strikt noodzakelijk;
- De hoogte van de budgetgaranties per zorgkantoor / concessiehouder sterk verschilt. Deze varieert momenteel van 80% tot bijna 100%.
- Een gemiddelde benadering van de budgetgarantie niet zondermeer de beste is; dit vanwege de verschillen in doorlooptijden per zorgaanbieder. Dit betekent dat per aanbieder de budgetgarantie kan verschillen.

Wanneer de extramurale contracteerruimte wordt herverdeeld kan het zijn dat een zorgkantoor onvoldoende contracteerruimte overhoudt om

tegemoet te komen aan de bestaande budgetgaranties en daarmee aan de bestaande afspraken met zorgaanbieder. Dit is een ongewenst effect van de herverdeling. Ook na herverdeling moet het mogelijk zijn om aan eerder gemaakte afspraken te voldoen. Echter, daarbij wijst de NZa erop dat zij toe wil werken – in samenwerking met VWS en partijen- naar een aanpak waarin budgetgaranties niet meer een X percentage van de productie van het voorgaande jaar bedragen, maar uitsluitend zien op een garantie die noodzakelijk is om te voldoen aan de zorgplicht van het zorgkantoor (zorgcontinuering). Zie hiervoor de monitor extramurale zorg 2007-2008, hoofdstuk 4.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
16 van 19

#### 4.4 Opties voor herverdeling

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het niet mogelijk is om reeds in 2010 100% van de extramurale contracteerruimte her te verdelen op basis van het geldig uitstaand recht. Wanneer dit wel zou gebeuren is het risico groot dat bestaande verplichtingen voor het zorgkantoor op basis van overeenkomsten niet meer gehonoreerd kunnen worden of dat er in 2010 grote overhevelingen tussen zorgkantoren noodzakelijk zijn.

Wanneer de extramurale contracteerruimte wordt geschoond voor bovenstaande factoren (ontbrekend toegekend recht, indicaties afgegeven door Bureau Jeugdzorg, functie behandeling, overige prestaties buiten indicatiecijfers), exclusief de bovenregionale zorg blijft dat deel over dat wel goed tot uiting komt in het geldig uitstaand recht. Dit deel valt samen met de functies die terugkomen in de CIZ-dataset. Het gaat hier dan om de totale extramurale contracteerruimte (€ 4,6 miljard) gecorrigeerd voor alle bovenstaande posten. De uitkomst is hiervan is € 4,1 miljard, circa 91% van de extramurale contracteerruimte. Dit bedrag heet in het vervolg de gecorrigeerde extramurale contracteerruimte.

Dit deel kan echter niet in zijn geheel worden herverdeeld, omdat zorgkantoren dan mogelijk in een lastig parket worden gebracht. Dit komt doordat dan mogelijk getreden wordt in bestaande afspraken (budgetgarantie) en de bovenregionale zorg nog niet goed verdeeld is. Hierdoor kan niet alle contracteerruimte waar een herverdeling goed mogelijk is ook daadwerkelijk worden herverdeeld.

De hoogte van de budgetgarantie verschilt per regio. De NZa heeft berekeningen gemaakt waarbij van een voorzichtig scenario is uitgegaan. Hierbij is per regio met een budgetgarantie van 95% gerekend. Er wordt dus vanuit gegaan dat slechts 5% van de gecorrigeerde extramurale contracteerruimte vrij is voor herverdeling. Dat houdt in dat de maximale verschuiving van de extramurale contracteerruimte niet groter mag zijn dan dit bedrag. Hierdoor is het risico dat op individueel niveau de herverdeling botst met de budgetgaranties minimaal.

Dit onderzoek levert het volgende op:

Kenmerk  
09d0017850

Pagina  
17 van 19

% herverdeling	Gemiddelde daling in mln	Gemiddelde stijging in mln	Minimale mutatie in mln	Maximale mutatie in mln
100%	15,3	19,6	-/- 47,9	+ 58,7
50%	7,6	9,8	-/- 23,9	+ 29,4
25%	3,8	4,9	-/- 12,0	+ 14,7
20%	3,1	3,9	-/- 9,6	+ 11,7
15%	2,3	2,9	-/- 7,2	+ 8,8
10%	1,5	2,0	-/- 4,8	+ 5,9

Tabel 3: Gemiddelde daling/stijging en de minimale en maximale mutatie (x € 1 miljoen) bij % herverdeling

Wanneer 100% van de gecorrigeerde extramurale contracteerruimte wordt herverdeeld leidt dit in 13 gevallen tot problemen: de mutatie (gemiddeld - 15,3 miljoen) is groter dan de genoemde maximale verschuiving van 5%. Pas bij een herverdeling van 20% vallen alle mutaties onder de 5%.

Bij een herverdeling van 20% van de gecorrigeerde extramurale contracteerruimte, op basis van indicaties wordt 91% x 20% = ca. 18,2% herverdeeld. Met dit percentage wordt ervoor gezorgd dat het risico van onterechte verschuivingen als gevolg van bovenregionale zorg minimaal is. Het streven om de gecorrigeerde extramurale contracteerruimte volledig op basis van indicatiecijfers te verdelen, is pas haalbaar als er geen rekening wordt gehouden met budgetgaranties.

Tot op heden is het nog niet voorgekomen dat de regionale contracteerruimte van een zorgkantoor lager is dan het jaar ervoor, anders dan als gevolg van beleidswijzigingen. Het is daarom van belang dat de zorgkantoren die een lagere extramurale contracteerruimte krijgen tijdig worden geïnformeerd. Er moet duidelijk worden gecommuniceerd dat het kan voorkomen dat een regionale contracteerruimte lager kan uitvallen dan het jaar ervoor. Aan de hogere contracteerruimte van het jaar daarvoor kunnen geen rechten worden ontleend.

Belangrijk voor het invoeringstraject is dat partijen voldoende tijd hebben om de verschuivingen te implementeren. De zorgkantoren en ZN hebben unaniem aangegeven de resterende tijd in 2009 te kort te vinden de verschuivingen effectief in te zetten, zeker gezien de overige wijzigingen in de bekostiging en de vervroeging van de contracteercyclus. Voor 2011 zien zij wel mogelijkheden.

Zoals hierboven geconcludeerd is het goed mogelijk om een deel van de extramurale contracteerruimte te herverdelen, zodat de contracteerruimte zo goed mogelijk aansluit bij de reële zorgvraag. Dit is voor 2010 nog niet mogelijk als gevolg van:

1. de korte voorbereidingstijd voor zorgkantoren;
2. de budgetgaranties en de bovenregionale zorg.

De NZa adviseert om over 2010 nog geen extramurale contracteerruimte her te verdelen en de huidige verdelingssystematiek te handhaven. De NZa wil in samenwerking met de zorgkantoren ervoor zorgen dat in 2011 een zo groot mogelijk deel verdeeld kan worden.

Kenmerk  
09d0017850  
Pagina  
18 van 19

#### 4.5 Opties voor herverdeling vanaf 2011

In 2009 zal met ZN en zorgkantoren overlegd worden hoe de berekening zo vorm te geven dat tijdige bekendmaking voor de inkoop 2011 mogelijk is. Ditzelfde geldt voor de aanpak van de budgetgaranties en de bovenregionale zorg.

Advies: De NZa adviseert u om de extramurale contracteerruimte 2011 voor een zo substantieel mogelijk deel over de zorgkantoren te herverdelen op basis van de indicatieontwikkeling. De NZa zal u hierover in 2010 nader adviseren. De NZa adviseert om de contracteerruimte 2011 in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, ook aan te passen voor de bovenregionale zorg.

## 5. Adviezen

Samenvattend adviseert de NZa u als volgt:

### **Geen aanpassing contracteerruimte 2010 voor bovenregionale zorg**

Op grond van hetgeen in hoofdstuk 2 is geschetst, adviseert de NZa u om op basis van de (in de maartronde 2009 ontvangen) bovenregionale zorgopgaven in 2010 nog geen aanpassingen in de contracteerruimte te doen voor bovenregionale zorg.

Daarnaast stelt de NZa voor in 2009, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, te bekijken op welke wijze de aanpassing voor de regionale contracteerruimte voor bovenregionale zorg het beste gerealiseerd kan worden en op basis hiervan een stappenplan op te zetten. Naar aanleiding van dit stappenplan wordt de contracteerruimte 2011 voor bovenregionale zorg aangepast. De NZa stelt voor hierbij ook de intramurale zorg integraal te betrekken.

### **Verdeling intramurale deel contracteerruimte 2010**

Voor de verdeling van het intramurale deel van de contracteerruimte 2010 adviseert de NZa u om:

- de basiscontracteerruimte intramuraal over de zorgkantoren her te verdelen op basis van de opgave van zorgkantoor en zorgaanbieders op één peilmoment, 1 maart 2009, voor de productieafspraken 2009 van de prestaties die zijn opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten;
- de basiscontracteerruimte intramuraal herverdeeld op zorgzwaarte per zorgkantoor, te corrigeren voor de herallocatie-effecten van de regionale zorgaanbieders;
- een bedrag van € 25 miljoen te reserveren voor eventuele problematiek voortvloeiend uit zwaardere herindicaties;

- de exploitatiegevolgen van capaciteitsuitbreidingen te baseren op de ZZP-productieafspraken 2010 behorende bij de capaciteitswijzigingen 2009 en 2010;
- de exploitatiegevolgen van toelatingswijzigingen voor Observatiecentrum, Multifunctioneel Centrum MFC, SGLVG-verblijf, SGLVG-behandeling en LVG te baseren op de specifieke toelatingen.

**Kenmerk**  
09d0017850

**Pagina**  
19 van 19

### **Verdelingssystematiek intramurale deel contracteerruimte vanaf 2011**

Voor de verdeling van het intramurale deel van de contracteerruimte adviseert de NZa u om de contracteerruimte 2011 over de zorgkantoren te herverdelen op basis van de gerealiseerde ZZP-productie 2009, aangevuld met een volumecomponent voor de ontwikkeling in 2010 en 2011 van de geïndiceerde zorgvraag.

### **Verdelingssystematiek extramuraal deel contracteerruimte 2010**

De NZa adviseert om over 2010 nog geen extramuraal deel contracteerruimte her te verdelen en de huidige verdelingssystematiek te handhaven. De NZa wil in samenwerking met de zorgkantoren ervoor zorgen dat in 2011 een zo groot mogelijk deel verdeeld kan worden.

### **Verdelingssystematiek extramuraal deel contracteerruimte vanaf 2011**

De NZa adviseert u om de extramuraal deel contracteerruimte 2011 voor een zo substantieel mogelijk deel over de zorgkantoren te herverdelen op basis van de indicatieontwikkeling. De NZa zal u hierover in 2010 nader adviseren. De NZa adviseert om de contracteerruimte 2011 in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, ook aan te passen voor de bovenregionale zorg.

Hoogachtend,  
de Raad van Bestuur van de  
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr.M.E.Homan  
Portefeuillehouder Zorgmarkten  
Care

mevr. drs. C.C. van Beek MCM  
voorzitter a.i.