

**BELEIDSREGEL CA-393**

**Herallocatietraject ZZP–invoering**

**1. Algemeen**

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de AWBZ en die wordt geleverd door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de functie verblijf, in combinatie met de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2009. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2008, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2009.
- c. Deze beleidsregel is vastgesteld op grond van artikel 57 Wmg naar aanleiding van de aanwijzing van de Minister van VWS met kenmerk DLZ/SFI-2890293 op grond van artikel 7 Wmg.
- d. Deze beleidsregel vervangt de reeds eerder door de NZa gepubliceerde Beleidsregel herallocatietraject ZZP-invoering met nummer CA-350.
- e. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt, loopt tot en met 31 december 2011.
- f. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel herallocatietraject ZZP-invoering'.

**2. Definities**

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

*a. Herallocatiebedrag:* het verschil tussen de budgetbasis en ZZP-opgave. Dit herallocatiebedrag wordt eenmalig in 2009 door de NZa vastgesteld op basis van de budgetverzoeken in de maartronde 2009. Capaciteitsmutaties 2009 die na 31 december 2008 feitelijk in gebruik worden genomen, worden niet meegenomen bij de berekening van het herallocatiebedrag.

*b. Budgetbasis:* het financiële totaal van een zorgaanbieder dat de NZa vaststelt op grond van de door zorgaanbieder en zorgkantoor ingediende productieafspraken in termen van de oude bekostigingsparameters ten aanzien van:

- loonkosten zoals die voortvloeien uit de beleidsregels:
  - o I-732 /II-706 / III-887 Calculatieschema
  - o CA-348 Personeelskosten (V&V)
  - o CA-302 Palliatief terminale zorg (V&V)
  - o CA-303 Intramurale zorg (V&V)
  - o CA-318 Loonkosten (JLVG)
  - o CA-320 Loonkosten (ZG auditief)
  - o CA-322 Loonkosten (ZG visueel)
  - o CA-324 Loon- en materiële kosten VG, LG en ZG
  - o CA-391 Loonkosten (VG)
  - o CA-326 Beleidsregel Loon- en materiële kosten (LG)
  - o CA-327 Loon- en materiële kosten intramurale geestelijke gezondheidszorg AWBZ
  
- materiële kosten zoals die voortvloeien uit de beleidsregels:
  - o I-732 /II-706 / III-887 Calculatieschema
  - o CA-355 Materiële kosten (V&V)
  - o CA-317 Materiële kosten (VG)
  - o CA-319 Materiële kosten (JLVG)
  - o CA-321 Materiële kosten (ZG auditief)
  - o CA-323 Materiële kosten en onderhoud (ZG visueel)
  - o CA-324 Loon- en materiële kosten VG, LG en ZG
  - o CA-326 Loon- en materiële kosten (LG)
  - o CA-327 Loon- en materiële kosten intramurale geestelijke gezondheidszorg AWBZ met uitzondering van prestaties K.1.1 t/m K.1.6 en VZ2.5 en voor klinisch intensieve behandeling op grond van de beleidsregel Loon- en materiële kosten intramurale geestelijke gezondheidszorg AWBZ.
  
- zorgzwaartetoeslag zoals die voortvloeien uit de beleidsregel:
  - o CA-309 Zorgzwaartetoeslag.
  
- zorg op maat zoals die voortvloeien uit de beleidsregel:
  - o III-796 Zorg op maat.
  
- toepassing van de hardheidsclausule zoals opgenomen in de tot 31 december 2003 geldende Beleidsregel wachtlijstmiddelen.
  
- bestendig beleid dat voor 2009 middels een afzonderlijk besluit is toegekend ter bekostiging van de zorgzwaarte van daarbij aangegeven categorieën van cliënten.
  
- energie- en onderhoudskosten zoals die voortvloeien uit de beleidsregel:
  - o CA-385 Kleinschalig wonen
  
- vergoeding zoals die voortvloeit uit de beleidsregel:
  - o II-716 Herallocatie normatieve budgettering
  
- een opgave van de kosten door zorgkantoor en aanbieder van de kosten van extramurale zorg die geleverd wordt aan cliënten die verblijven in een instelling die overwegend zorg levert aan zintuiglijke gehandicapten. De verblijfsinstelling levert zowel de extramurale zorg als de intramurale zorg.

*c. Oude bekostigingsparameters:* de vóór 2009 gebruikelijke parameters voor de bekostiging van een intramurale AWBZ-instelling, gerelateerd aan bedden en plaatsen.

*d. Aanvaardbare kosten 2009:* de budgetbasis plus of min het te effectueren herallocatiebedrag op basis van de afbouw-, opbouw- of maatwerkregeling plus de overige budgetcomponenten (kapitaallasten en extramurale zorg).

*e. Aanvaardbare kosten 2010:* het financiële totaal van een zorgaanbieder dat de NZa vaststelt op grond van de door zorgaanbieder en zorgkantoor ingediende productieafspraken in termen van ZZP's plus of min het te effectueren herallocatiebedrag op basis van de afbouw-, opbouw- of maatwerkregeling plus de overige budgetcomponenten (kapitaallasten en extramurale zorg).

*f. Productieafspraken:* de lokale afspraken met betrekking tot het variabele/productiegebonden deel van de aanvaardbare kosten van een zorgaanbieder.

*g. ZZP-opgave:* de door de NZa vastgestelde opgave op basis van:

1. het door zorgaanbieder en zorgkantoor afgesproken aantal ZZP's en bijbehorende tarieven;
2. de door zorgaanbieder en zorgkantoor afgesproken overige prestaties die voortvloeien uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en bijbehorende tarieven;
3. de door zorgaanbieder en zorgkantoor afgesproken verblijfscomponent en zorgcomponent uitgedrukt in functies voor tijdelijk verblijf.

De ZZP-opgave is gebaseerd op de:

- indicatiegegevens van nieuwe cliënten of herindicaties (vanaf 1 juli 2007 indiceert Centrum Indicatiestelling Zorg in ZZP's).
- geactualiseerde zorgzwaarte van bestaande cliënten (bij voorkeur met behulp van het ZZP-scoreprogramma van HHM) met verwerking van de resultaten van de controle door het CIZ (ook voor niet-gecontroleerde zorgaanbieders).
- uitkomst van het expertteam van het Centrum voor Consultatie en Expertise indien en voor zover van toepassing.

*h. Sluittarief:* het tarief dat dient ter dekking van het verschil tussen de door de zorgaanbieder gedeclareerde ZZP's, overige prestaties, verblijfscomponent en zorgcomponent tijdelijk verblijf, klinisch intensieve behandeling, en extramurale zorgprestaties enerzijds en de door de NZa bepaalde aanvaardbare kosten 2009 van die zorgaanbieder anderzijds.

*i. Budgetverzoek:* tariefverzoek van zorgaanbieder en/of zorgkantoor op grond van het bepaalde bij of krachtens paragraaf 4.4 van de Wmg ter vaststelling van de aanvaardbare kosten in enig jaar.

*j. Capaciteitsmutatie 2009:* een wijziging van de op grond van de Wet toelating zorginstellingen toegelaten capaciteit 2009 die na 31 december 2008 feitelijk in gebruik wordt genomen.

k. ZZP: een zorgzwaartepakket bestaande uit een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg dat die cliënt nodig heeft.

### **3. Vaststelling herallocatiebedrag**

In het kader van de budgetronde in maart 2009 dienen het zorgkantoor en de zorgaanbieder middels het daartoe door de NZa beschikbaar gestelde budgetformulier een budgetverzoek in. Dit budgetverzoek bevat zowel een verzoek met betrekking tot productieafspraken in termen van oude bekostigingsparameters als een ZZP-opgave.

#### *3.1 Vaststelling budgetbasis*

Ten aanzien van de vaststelling van de budgetbasis is de Beleidsregel contracteerruimte 2009 van toepassing.

Indien de contracteerruimte wordt overschreden, zal de NZa de overschrijding (correctie) verdelen naar intramuraal en extramuraal op basis van de verhouding totaal werkelijk beslag extramurale zorg en totaal werkelijk beslag intramurale zorg op het totale beslag op de beschikbare ruimte van de zorgaanbieder. De berekende intramurale overschrijding wordt doorgevoerd in de budgetbasis.

#### *3.2 Vaststelling ZZP-opgave 2009*

De NZa bepaalt de ZZP-opgave aan de hand van een gezamenlijke opgave van zorgaanbieder en zorgkantoor. Het aantal ZZP-dagen sluit aan bij het aantal dagen op grond van de oude bekostigingsparameters.

#### *Vaststelling herallocatiebedrag*

De NZa stelt per NZa-instellingsnummer in 2009 op basis van de maartronde eenmalig het herallocatiebedrag vast aan de hand van de budgetbasis en de ZZP-opgave.

De dagbestedingcomponent in de ZZP's voor cliënten met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke handicap die verblijven bij een zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijf én niet voor behandeling als omschreven in Besluit zorgafspraken AWBZ (GVT's) wordt niet meegenomen bij de vaststelling van de herallocatie.

#### *3.3 Differentiatie herallocatie*

Afhankelijk van het herallocatiebedrag zijn er verschillende trajecten voor de opbouw en de afbouw, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke omstandigheden bij een afbouw van meer dan 13%. Voor die laatste afbouwers wordt een maatwerkregeling getroffen. De gedifferentieerde herallocatie wordt in volgende onderdelen vermeld.

#### **4. Budgetafbouwtraject 2009, 2010 en 2011**

Indien het herallocatiebedrag negatief is, leidt dit tot het onderstaande afbouwtraject.

##### *4.1 Budgetafbouw 2009*

De NZa stelt het in 2009 af te bouwen herallocatiebedrag vast op 2% van de budgetbasis voor de GHZ en VV.

De NZa stelt het in 2009 af te bouwen herallocatiebedrag vast op 0% van de budgetbasis voor de GGZ.

Indien het afbouwbedrag minder dan 2% bedraagt, is het herallocatiebedrag het maximum.

Zorgaanbieder en zorgkantoor kunnen in 2009 een gezamenlijk verzoek indienen voor een afbouwbedrag dat groter is dan 2% van de budgetbasis. De NZa accepteert in geval van een gezamenlijk verzoek dit hogere afbouwbedrag.

##### *4.2 Vooraankondiging afbouwbedrag 2010*

De NZa neemt in 2009 in de rekenstaat van de zorgaanbieders die behoren tot de sectoren GHZ of VV een afbouwbedrag voor 2010 op dat overeenkomt met 4% van de budgetbasis. Indien het afbouwbedrag minder dan 4% bedraagt, is het herallocatiebedrag het maximum. Dit herallocatiebedrag moet onderdeel uitmaken van de lokale afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor over het afbouwbedrag in 2010.

De NZa neemt in 2009 in de rekenstaat van de zorgaanbieder die behoort tot de GGZ een afbouwbedrag voor 2010 op dat overeenkomt met 6% van de budgetbasis. Omdat het financiële effect van 2% nog niet in 2009 gerealiseerd is, zullen zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken moeten maken over 6% van de in 2009 vastgestelde budgetbasis. Indien het afbouwbedrag minder dan 6% bedraagt, is het herallocatiebedrag het maximum.

##### *4.3 Budgetafbouw 2010*

De NZa verlaagt in het jaar 2010 de contracteerruimte per zorgkantoorregio met inachtneming van de afbouwbedragen die door de NZa zijn vastgesteld in 2009 en met de vooraangekondigde afbouwbedragen 2010 die door de NZa ter informatie in de rekenstaten van 2009 van de zorgaanbieders zijn opgenomen. Daarmee wordt in 2010 een afbouw van 6% gerealiseerd.

In het budgetverzoek 2010 dat in november 2009 wordt ingediend, geven zorgaanbieder en zorgkantoor gezamenlijk aan welk afbouwbedrag zij - met inachtneming van het bedrag dat de NZa als informatie in de rekenstaat van 2009 heeft opgenomen - voor 2010 overeen zijn gekomen.

#### *4.4 Vrijwillig afgesproken herallocatiebedrag in 2009 en 2010*

Indien zorgaanbieder en zorgkantoor gezamenlijk voor 2009 of 2010 bovenop de centraal voorgeschreven afbouwpercentages van 2% respectievelijk 4% hogere percentages afspreken, kan een zorgkantoor deze vrijvallende middelen inzetten bij andere intramurale zorgaanbieders in zijn regio om minder snel af te bouwen.

#### *4.5 Budgetafbouw 2011*

Voor 2011 maken zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken over het nog resterende afbouwbedrag. Zij dienen daartoe gezamenlijk bij de NZa in november 2010 een budgetverzoek in.

### **5. Budgetopbouwtraject 2009, 2010 en 2011**

Indien het herallocatiebedrag positief is, leidt dit tot het onderstaande opbouwtraject.

#### *5.1 budgetopbouwtraject*

De NZa stelt het opbouwbedrag vast naar aanleiding van de budgetronde van maart 2009.

Indien er sprake is van een opbouwbedrag bepaalt de NZa, aan de hand van de landelijk beschikbare opbouwmiddelen welk opbouwbedrag per zorgaanbieder (derhalve op NZa-instellingsnummer) beschikbaar is.

De beschikbare opbouwmiddelen bestaan uit:

- de uit de budgetafbouw beschikbaar gekomen middelen. De NZa bepaalt de landelijke omvang per sector voor 2009 en 2010 op basis van de maartronde 2009;
- 0,25% van de jaarlijkse 1%-margeregeling;
- € 246 miljoen ten behoeve van de extra verpleeghuismiddelen voor de sector Verpleging en Verzorging;
- € 42 miljoen ten behoeve van kwaliteitsverbetering in de Gehandicaptenzorgsector.

Het opbouwbedrag stelt de NZa per zorgaanbieder die behoort tot de sector GHZ, VV en GGZ vast naar rato van het aandeel van de betreffende zorgaanbieder in het totaal van het beschikbare opbouwbedrag per sector.

#### *5.2 Vrijwillig afgesproken herallocatiebedrag in 2009 en 2010*

Indien zorgaanbieder en zorgkantoor gezamenlijk voor 2009 of 2010 bovenop de centraal voorgeschreven afbouwpercentages van 2% respectievelijk 4% hogere percentages afspreken, kan een zorgkantoor deze vrijvallende middelen inzetten bij andere intramurale zorgaanbieders in zijn regio om versneld op te bouwen.

## 6. Maatwerkregeling

### 6.1 Af te bouwen bedrag $\geq$ 13% de budgetbasis

Na de oktoberronde 2008 nodigt de NZa zorgaanbieders en zorgkantoren uit voor sectorale toelichtinggesprekken indien blijkt dat er – op basis van de laatst bij de NZa ingediende ZZP-opgave 2008 – sprake kan zijn van een af te bouwen bedrag groter dan 13% van budgetbasis. In deze gesprekken wordt een toelichting gegeven over de voorgenomen maatwerkregeling en in het bijzonder over de inhoud van de informatie die zorgaanbieders en zorgkantoren moeten aanleveren ter beoordeling van de vraag in hoeverre en op welke wijze zij in aanmerking komen voor de maatwerkregeling.

De NZa stelt vervolgens op basis van de verzoeken in het kader van de budgetronde van maart 2009 het definitieve afbouwbedrag vast. Dit herallocatiebedrag bepaalt of er sprake kan zijn van een maatwerkregeling. In dat geval stuurt de betreffende zorgaanbieder op verzoek van de NZa de navolgende informatie aan de NZa:

- de oorzaak/reden van het afbouwbedrag  $>13$  %
- een plan van aanpak waarin de zorgaanbieder aangeeft hoe deze de bedrijfsvoering, strategie, cliëntenbestand en personeelsbestand in lijn brengt met het te verwachten ZZP-budget;
- een reactie van het zorgkantoor met betrekking tot de haalbaarheid van dit plan van aanpak;

Na ontvangst van bovenstaande informatie nodigt de NZa de zorgaanbieder en het zorgkantoor uit voor een tariefhoorzitting, waarna de NZa beslist of, en zo ja in hoeverre, de individuele zorgaanbieder in aanmerking komt voor een maatwerkoplossing.

De NZa bepaalt vervolgens aan de hand van de verstrekte informatie de precieze aard en inhoud van de maatwerkoplossing om de herallocatie op een verantwoorde wijze te laten verlopen.

## TOELICHTING

### *Inleiding*

Met ingang van 1 januari 2009 zal een nieuwe bekostigingssystematiek voor wonen en zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden ingevoerd. Vanaf 1 januari 2009 zal sprake zijn van zorgzwaartebekostiging door middel van ZorgZwaartePakketten (ZZP's). De nieuwe bekostigingswijze op basis van zorgzwaarte betekent dat zorgaanbieders – in tegenstelling tot nu- geen geld meer krijgen op basis van de toegelaten capaciteit (aanbodregulering), maar op basis van de zorgzwaarte van de cliëntpopulatie. Het doel van de ZZP's is om cliënten met een verblijfsindicatie een pakket te geven dat past bij hun zorgzwaarte. Ook kan op deze manier meer ruimte worden geboden om in samenspraak met de cliënt keuzes te maken over de precieze invulling van de zorg en ondersteuning.

De NZa laat de overgang van (historische) instellingsbudgetten naar zorgzwaartebekostiging zorgvuldig en geleidelijk plaatsvinden, waarbij zorgaanbieders die een gedeelte van hun budget moeten af- dan wel opbouwen voldoende tijd krijgen om daarop te anticiperen en reageren. De NZa heeft de Staatssecretaris van VWS bij brief van 28 juli 2008 (kenmerk IBON/pwar/A/08/547) geadviseerd over het te volgen herallocatietraject en daartoe een voorstel gedaan.

Bij brief van 5 augustus 2008 (kenmerk DLZ/SFI-2869692) heeft de Staatssecretaris gereageerd op het voorstel van de NZa en ingestemd met de hoofdlijnen van het voorstel van de NZa. In haar brief heeft de Staatssecretaris vervolgens de uitgangspunten van het herallocatietraject verwoord. Op grond van artikel 7, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de Staatssecretaris een aanwijzing inzake de invoering van ZZP's gegeven aan de NZa en daarbij aangesloten bij haar brief van 5 augustus 2008.

Deze aanwijzing heeft onder andere zijn neerslag gekregen in onderhavige beleidsregel en bevat het NZa-uitvoeringsbeleid met betrekking tot het herallocatietraject.

Het herallocatietraject behelst een eenmalige vaststelling van een herallocatiebedrag op basis van de maartronde 2009. In 2009 is voor zorgaanbieders die behoren tot de sector GHZ of VV sprake van een uniform vastgesteld afbouwpercentage van 2% van de budgetbasis (zie hierna) voor 2009. Voor zorgaanbieders die behoren tot de sector GGZ is sprake van een financieel effect (afbouwpercentage) van 0%. In eerste instantie, zie CA-350, was ook voor de GGZ sprake van een afbouwpercentage van 2%. De Staatssecretaris heeft de NZa op 21 april 2009 bericht dat het herallocatietraject van de GGZ is herzien en dat het financiële effect in 2009 op nul procent wordt gesteld. Met een herallocatie van 0% voor de GGZ is in deze beleidsregel rekening gehouden. Het betreft dan met name onderdeel 4.2, 4.3 en 5.1.

In 2010 is voor de sector GGZ sprake van een afbouwpercentage van 6% dat decentraal moet worden uitgevoerd door zorgkantoor en zorgaanbieder.

Voor de sectoren GHZ en VV is sprake van een afbouwpercentage van 2% (2009) plus 4% dat decentraal moet worden afgesproken door zorgkantoor en zorgaanbieder.



De opbouw wordt door de NZa in 2009 centraal toegedeeld. Voor zorgaanbieders die te maken krijgen met een groot herallocatiebedrag, in die zin dat sprake is van een herallocatiepercentage van meer dan 13% heeft de NZa een zogenoemde maatwerkregeling in het leven geroepen. Voor de groep die een afbouwpercentage heeft tussen 7-13% betekent dit dat de zorgaanbieder met het zorgkantoor afspraken moet maken. In lokaal overleg dienen hierover afspraken gemaakt te worden. In 2011 is de afbouw gereed.

In deze beleidsregel is niet alleen rekening gehouden met een wijziging van het herallocatiepercentage in 2009 voor de GGZ maar ook nog met de volgende zaken:

- In de beleidsregel met het nummer CA-350 was nog sprake van een specifieke, individuele beoordeling van zorgaanbieders met een opbouw van meer dan 13 % door de NZa alvorens opbouwmiddelen zouden worden toegekend. Deze beoordeling is komen te vervallen. Zie onderdeel 6.
- In beleidsregel met het nummer CA-350 was geen rekening gehouden met de extramurale ZG-zorg die aan intramurale cliënten met een zintuiglijke handicap wordt geboden. In deze beleidsregel is hiermee wel rekening gehouden. Zie onderdeel 2.b.

In het hiernavolgende volgt een toelichting per onderdeel van de beleidsregel.

#### *Onderdeel 2 definities*

In dit onderdeel worden de begrippen nader gedefinieerd.

#### *Sub a*

Er kan sprake zijn van een negatief of een positief herallocatiebedrag.

Van een negatief herallocatiebedrag is sprake indien de vastgestelde budgetbasis van een zorgaanbieder hoger is dan het vastgestelde ZZP-budget, er is dan sprake van afbouwbedrag.

Van een positief herallocatiebedrag is sprake indien de vastgestelde budgetbasis van een zorgaanbieder lager is dan het vastgestelde ZZP-budget, er is dan sprake van opbouwbedrag.

Het herallocatiebedrag wordt per NZa-instellingsnummer slechts eenmalig vastgesteld naar aanleiding van de maartronde 2009.

Capaciteitsmutaties 2009 die na 31 december 2008 feitelijk in gebruik worden genomen, worden door de NZa niet meegenomen in het herallocatiebedrag. Aangezien per 2009 ZZP's worden ingevoerd, is er voor de nieuwe capaciteit geen sprake van een overgang van oude naar nieuwe bekostiging. In 2009 wordt weliswaar nog bekostigd op basis van oude bekostigingsparameters. Nieuwe toelatingen vallen buiten de contracteerruimte. De kosten voor de capaciteitsmutaties worden aldus in 2009 gefinancierd. Bij het verzoek capaciteitsmutatie 2009 moet naast een opgave in oude bekostigingsparameters ook een ZZP-opgave worden gedaan.

*Sub b tot en met k*

Het uitgangspunt in 2009 is dat zorgaanbieders nog worden bekostigd op basis van de oude bekostigingsparameters (loon- en materiële kosten aan de hand van dagen en bedden); in deze beleidsregel de budgetbasis genoemd. De budgetbasis is exclusief kapitaallastencomponent, omdat de ZZP-tarieven voorsnog niet integraal zijn. Om die reden zijn in deze beleidsregel de beleidsregels die doorlopen na 2008 en die uitsluitend zien op de loon - en materiële kosten opgenomen.

In maart 2009 is gebleken dat aanbieders van intramurale zorg voor zintuiglijk gehandicapten ook extramurale zorg aan deze cliënten boden. Bij de invoering van de ZZP's maakt deze extramurale zorg deel uit van het ZZP. Om die reden is bij het vaststellen van de herallocatie voor aanbieders van verblijfszorg aan zintuiglijk gehandicapten de budgetbasis aangepast en opgehoogd met het aandeel extramurale zorg geboden aan intramurale cliënten. Deze wijziging is opgenomen in deze beleidsregel.

De aanvaardbare kosten 2009 bepalen het budget waar de zorgaanbieder in 2009 recht op heeft. Naast de budgetbasis krijgt een zorgaanbieder in 2009 te maken met een eerste herallocatiestap op weg naar zorgzwaartebekostiging. Dit kan een positief of negatief bedrag zijn afhankelijk van de ZZP-opgave van de zorgaanbieder. Daarnaast behoren ook de overige budgetcomponenten (kapitaallasten en extramurale zorg) tot de aanvaardbare kosten 2009.

In 2009 declareren zorgaanbieders de productie in ZZP-dagen. Het verschil tussen aanvaardbare kosten 2009 en de declaraties op basis van ZZP's wordt via het zogenoemde sluittarief verrekend bij de instelling.

*Onderdeel 3 Vaststelling herallocatiebedrag*

In maart 2009 dienen zorgaanbieder en zorgkantoor tweezijdig een ZZP-opgave en een productieafspraken op basis van de oude bekostigingsparameters bij de NZa in. Het aantal opgegeven ZZP-dagen dient aan te sluiten bij het aantal afgesproken dagen in termen van oude bekostigingsparameters (verpleegdagen).

*Onderdeel 3.1 Vaststelling budgetbasis*

De NZa zal de ingediende productieafspraken in termen van oude bekostigingsparameters toetsen aan de Beleidsregel contracteerruimte en overige van toepassing zijnde beleidsregels.

In de Beleidsregel contracteerruimte is geregeld dat indien het financiële totaal van de per zorgkantoorregio ingediende productieafspraken de regionaal beschikbare contracteerruimte overschrijdt een correctie van de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders naar rato zal plaatsvinden.

In de Regeling transparantie contracteerproces AWBZ is vastgelegd dat de zorgkantoren de zorgaanbieders moet wijzen op de gevolgen van de overschrijding van de contracteerruimte.

*Onderdeel 3.2 Vaststelling ZZP-opgave 2009*

Ten behoeve van de bepaling van het herallocatiebedrag moet de NZa beschikken over een gezamenlijke ZZP-opgave. In het geval zorgaanbieder en zorgkantoor geen gezamenlijke ZZP-opgave indienen, past de NZa het beslismodel zoals opgenomen in de Beleidsregel contracteerruimte toe.

### *Onderdeel 3.3 Vaststelling herallocatiebedrag*

Op grond van de door de NZa vastgestelde productieafspraken in oude bekostigingsparameters en de ZZP-opgave stelt de NZa ambtshalve eenmalig een herallocatiebedrag vast.

Dit bedrag kan tussentijds niet meer worden bijgesteld als gevolg van bijvoorbeeld een wijziging in ZZP-opgave dan wel de productieafspraken in oude bekostigingsparameters.

Het herallocatiebedrag is het eenmalige, definitieve verschil tussen de budgetbasis en de ZZP-opgave berekend op basis van de maartronde 2009, en is de basis van het herallocatietraject van de jaren 2009 en verder. Er kan daarbij sprake zijn van een negatief of een positief herallocatiebedrag.

Van een negatief herallocatiebedrag is sprake indien de door de NZa vastgestelde productieafspraken in termen van oude bekostigingsparameters hoger zijn dan de vastgestelde ZZP-opgave; in dat geval is er sprake van afbouwbedrag. Welk traject wordt gevolgd indien sprake is van een afbouwbedrag wordt besproken in onderdeel 4 van deze beleidsregel.

Van een positief herallocatiebedrag is sprake indien de door de NZa vastgestelde productieafspraken in termen van oude bekostigingsparameters lager zijn dan de vastgestelde ZZP-opgave; in dat geval is er sprake van opbouwbedrag. Welk traject wordt gevolgd indien sprake is van een opbouwbedrag wordt besproken in onderdeel 5 van deze beleidsregel.

### *Onderdeel 3.4 Differentiatie herallocatie*

Expliciet is hier vastgelegd dat voor de herallocaties gekozen is voor een gedifferentieerde benadering. Hiermee wordt beoogd zoveel mogelijk recht te doen aan de specifieke omstandigheden.

### *Onderdeel 4 Budgetafbouwtraject 2009, 2010 en 2011*

In onderdeel 4 wordt het traject besproken indien sprake is van een negatief herallocatiebedrag en derhalve sprake is van een zorgaanbieder die zal moeten gaan afbouwen omdat het budget dat is vastgesteld op grond van oude bekostigingsparameters groter is dan de ZZP-opgave van de zorgaanbieder.

#### *Onderdeel 4.1 Budgetafbouw 2009*

Bij de afhandeling van de maartronde 2009 zal de NZa ambtshalve - en derhalve uniform - voor de zorgaanbieders die behoren tot de sectoren VV of GHZ en die moeten afbouwen, 2% van de budgetbasis verwerken in de aanvaardbare kosten 2009. Indien het herallocatiebedrag kleiner is dan 2% van de budgetbasis zal maximaal het herallocatiebedrag worden verwerkt in de aanvaardbare kosten.

Naast deze centrale herallocatie wordt aan zorgaanbieders en zorgkantoren de mogelijkheid gegeven om samen meer afbouw (dan het percentage van 2%) af te spreken, waarbij heeft te gelden dat nooit meer kan worden afgesproken dan het totale herallocatiebedrag.

Het percentage van 2% is tevens de ondergrens, door zorgaanbieder en zorgkantoor kan nooit een lager percentage dan 2% worden afgesproken.

Indien het zorgkantoor gezamenlijk met de aanbieder een groter afbouwpercentage heeft afgesproken kan deze extra afbouw ingezet worden voor de opbouw/ minder snelle afbouw in de betreffende regio.

#### *Onderdeel 4.2 Vooraankondiging afbouwbedrag 2010*

Naar aanleiding van de maartronde 2009 zal de NZa in de bij de tariefbeschikking behorende rekenstaat het totale herallocatiebedrag bekendmaken.

Ook zal de NZa het afbouwpercentage voor 2009 en het afbouwbedrag voor 2010 weergeven. Voorts zal de NZa in deze rekenstaat een afbouwbedrag voor 2010 opnemen dat overeenkomt met 4% van de productieafspraken in termen van oude bekostigingsparameters (budgetbasis) voor zorgaanbieders die behoren tot de GHZ of VV. Voor zorgaanbieders die behoren tot de GGZ zal de NZa in de rekenstaat een afbouwbedrag voor 2010 opnemen dat overeenkomt met 6% van de budgetbasis. Dit afbouwbedrag voor 2010 moet door het zorgkantoor en de zorgaanbieder worden vertaald in passende productieafspraken. Het percentage voor 2010 sluit aan bij de uitgangspunten om in 2009 en 2010 in ieder geval te komen tot een totale afbouw van 6%..

#### *Onderdeel 4.3 Budgetafbouw 2010*

De stap van aanbodgestuurde bekostiging naar een vraaggestuurde inrichting van de bekostiging betekent dat de regionale contracteerruimte moet worden berekend op meer reële parameters, zoals indicatieontwikkeling en ZZP-opgave.

In 2009 wordt de regionale contracteerruimte nog berekend op grond van oude bekostigingsparameters voor intra- en extramurale zorg.

In 2010 worden de oude bekostigingsparameters losgelaten, wordt de contracteerruimte berekend op meer reële parameters en worden instellingen bekostigd op grond van ZZP's. Teneinde de omslag zorgvuldig te laten verlopen zal de NZa vanaf november 2008 een eerste indicatie geven van de nieuwe regionale contracteerruimte op basis van ZZP-opgaven. De NZa zal voorts in 2009 een steeds actueler en beter inzicht kunnen geven in de regionale berekeningen en daarmee in de nieuwe contracteerruimte. Aan de zorgkantoren wordt daarmee het noodzakelijke inzicht gegeven om zich goed voor te kunnen bereiden op de nieuwe situatie met de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de regio.

Bij de berekening van de regionale contracteerruimte 2010 zal de NZa het uniform geboekte percentage van 2% (van 2009), het uniform voorgeschreven percentage van 4% voor de GHZ en VV en 6% voor de GGZ (van 2010) verdisconteren. De NZa zal ook de opbouw meenemen berekend op basis van de 6% afbouw en de extra middelen die in 2010 ter beschikking zijn gesteld.

In 2010 moeten zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken over de het uniform voorgeschreven percentage van 4% voor de GHZ en VV en 6% voor de GGZ. Partijen kunnen uitsluitend gezamenlijk een ander percentage overeenkomen (hoger dan 4 dan wel 6 %).

Het totaal van de productieafspraken in termen van ZZP's dient binnen de beschikbare contracteerruimte te passen, de beleidsregel contracteerruimte blijft van toepassing.

#### *Onderdeel 4.4 Vrijwillig afgesproken herallocatiebedrag in 2009 en 2010*

In deze nieuwe (regionale) contracteerruimte is de 2% en 4% afbouw meegenomen. Indien het zorgkantoor bij een zorgaanbieder – in gezamenlijkheid - meer afbouw afspreekt, dan kan het zorgkantoor ervoor kiezen om bij een andere zorgaanbieder deze middelen in zetten waardoor een aanbieder minder hoeft af te bouwen. Deze middelen kunnen ook worden ingezet om zorgaanbieders sneller te laten groeien (zie onderdeel 5.2). Uiteraard houdt dit in dat de afspraken vormgegeven moet worden binnen de regionale contracteerruimte.

#### *Onderdeel 4.5 Budgetafbouw 2011*

In augustus 2010 zal de NZa de contracteerruimte per regio voor het jaar 2011 bekendmaken.

De NZa zal de door zorgkantoren en zorgaanbieders (gezamenlijk) bij de NZa ingediende decentrale afspraken over de laatste fase van de opbouw/afbouw in ZZP-termen beoordelen aan de hand van deze, herziene contracteerruimte. Conform de ZZP-opgaven van maart 2009 zal de gehele afbouw eind 2010 zijn voltooid. Dit behoudens de Maatwerkregeling die nog doorloopt in 2011.

#### *Onderdeel 5 Budgetopbouwtraject 2009, 2010 en 2011*

In onderdeel 5 wordt het traject besproken indien sprake is van een positief herallocatiebedrag en derhalve sprake is van een zorgaanbieder die zal opbouwen omdat de budgetbasis die is vastgesteld op grond van oude bekostigingsparameters lager is dan de ZZP-opgave van die zorgaanbieder.

De beschikbare opbouwmiddelen bestaan uit:

- de uit de budgetafbouw beschikbaar gekomen middelen, waarvan de landelijke omvang per sector respectievelijk Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GHZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voor 2009 en 2010 bekend is na beoordeling van de budgetrondes in maart 2009. De toedeling zal per sector geschieden.
- 0,25% van de jaarlijkse 1%-margeregeling De extra middelen zullen AWBZ-breed voor de opbouw worden ingezet;
- € 246 miljoen ten behoeve van de extra verpleeghuismiddelen voor de sector Verpleging en Verzorging;
- € 42 miljoen ten behoeve van kwaliteitsverbetering in de Gehandicaptenzorgsector.

#### *Onderdeel 5.1 Budgetopbouwtraject*

Na de budgetronde van maart 2009 zal de NZa indien sprake is van een opbouwbedrag aan de hand van de per sector beschikbare opbouwmiddelen bepalen welk deel van het opbouwbedrag per zorgaanbieder beschikbaar is. Het op te bouwen bedrag stelt de NZa per zorgaanbieder vast naar rato van het aandeel van de betreffende zorgaanbieder in het totaal van het beschikbare opbouwbedrag.

Het opbouwbedrag voor 2009 en 2010 zal op NZa-instellingsnummer worden verwerkt.

Voor de duidelijkheid wordt hierbij opgemerkt dat in geval de budgetverzoeken de contracteerruimte overschrijden, de NZa een correctie zal toepassen. Dit levert de budgetbasis op. Aangezien de herallocatie een percentage betreft van de budgetbasis, werkt een correctie vanwege overschrijding van de contracteerruimte door in het door een zorgkantoor afgesproken hogere opbouwbedrag. Dit zal dan naar beneden worden bijgesteld.

#### *Onderdeel 5.2 Vrijwillig afgesproken herallocatiebedrag 2009 en 2010*

De in 2009 en 2010 bovenop de voorgeschreven herallocatiepercentages van 2- respectievelijk 4% afgesproken percentages blijven behouden voor de regio waarin ze zijn afgesproken. Deze middelen kunnen door het zorgkantoor ingezet worden voor opbouwers in de betreffende regio. Eveneens kunnen deze middelen worden ingezet om een zorgaanbieder minder snel te laten afbouwen (zie onderdeel 4.4)

#### *Onderdeel 6.1 Af te bouwen bedrag $\geq 13\%$ de budgetbasis*

De NZa heeft voor zorgaanbieders die na de verwerking van de maartronde 2009 een ZZP-opgave hebben met een afbouw van 13% (vóór de correctie van 2%) een maatwerkregeling opgesteld. Deze maatwerkregeling staat open voor elke zorgaanbieder die een afbouwpercentage heeft van meer dan 13% maar betekent niet automatisch dat er een maatwerkoplossing wordt geboden. De zorgaanbieder (en het zorgkantoor) dienen aan een aantal voorwaarden te voldoen, zoals het overleggen van informatie. De NZa zal eerst na beoordeling van deze informatie beslissen of de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een maatwerkoplossing.

Het traject ziet er als volgt uit. Na de oktoberronde 2008 zal de NZa zorgaanbieders (en zorgkantoren) waarvan op basis van de laatst bij de NZa ingediende ZZP-opgave blijkt dat er sprake is van een af te bouwen bedrag groter dan 13% uitnodigen om hen voor te lichten over de maatwerkregeling en in het bijzonder over de inhoud van de informatie die zij dienen aan te leveren ter beoordeling van de vraag in hoeverre zij in aanmerking komen voor de maatwerkregeling.

De NZa zal vervolgens op basis van de verzoeken in het kader van de budgetronde van maart 2009 het definitieve afbouwbedrag vaststellen, en bepalen of er sprake kan zijn van een maatwerkregeling. Hiervoor zal de NZa de betreffende zorgaanbieders verzoeken om de navolgende informatie aan de NZa te doen toekomen:

- de oorzaak/reden van het afbouwbedrag  $>13\%$
- een plan van aanpak waarin de zorgaanbieder aangeeft hoe deze de bedrijfsvoering, strategie, cliëntenbestand en personeelsbestand in lijn brengt met het te verwachten ZZP-budget;
- een reactie van het zorgkantoor met betrekking tot de haalbaarheid van dit plan van aanpak.

Het kan dus voorkomen dat een zorgaanbieder op basis van de oktoberronde 2008 meer dan 13% dient af te bouwen, maar dat dit niet geldt voor de maartronde 2009. In dat geval heeft de maartronde als uitgangspunt te gelden en kunnen door de zorgaanbieder geen rechten worden ontleend aan het feit dat deze is uitgenodigd door de NZa voor het verkrijgen van een toelichting naar aanleiding van de oktoberronde 2008. De zorgaanbieder komt dus niet in aanmerking voor de maatwerkregeling.

Na ontvangst van bovenstaande informatie zullen de zorgaanbieder en het zorgkantoor worden uitgenodigd voor een gesprek, waarna de NZa zal beslissen of, en zo ja in hoeverre, de individuele zorgaanbieder in aanmerking komt voor een maatwerkoplossing.

Indien de zorgaanbieder en het zorgkantoor de door de NZa verzochte informatie niet overleggen, zal de zorgaanbieder niet worden uitgenodigd voor een gesprek en dus ook niet kunnen deelnemen aan de maatwerkregeling.

Ook indien de zorgaanbieder en het zorgkantoor alle verzochte informatie hebben overgelegd, kan de NZa besluiten dat een maatwerkoplossing niet nodig is. Dit kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het feit dat de zorgaanbieder geen afdoende verklaring heeft gegeven ten aanzien van de afbouw. Een maatwerkoplossing zal geen betrekking hebben op de bekostiging van lege bedden en/of plaatsen.

De NZa zal aan de hand van de schriftelijk verstrekte informatie per zorgaanbieder bepalen wat de aard en omvang van het maatwerkoplossing is dat noodzakelijk is om het grote afbouwbedrag op verantwoorde wijze af te bouwen. Een oplossing kan zijn dat het afbouwtraject langere tijd in beslag neemt dan 2011.