

**Advies**

# **Contracteerruimte 2012**

Advisering over de toereikendheid van de  
contracteerruimte 2012

mei 2012



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2. Opbouw Contracteerruimte AWBZ 2012</b>	<b>11</b>
2.1 Algemeen	11
2.2 Verhoging contracteerruimte 2012	12
<b>3. Landelijk beeld contracteerruimte 2011 en 2012</b>	<b>15</b>
3.1 Landelijk beeld algemeen	15
3.2 Landelijk beeld contracteerruimte 2011	15
3.3 Landelijk beeld contracteerruimte 2012	16
<b>4. Margeregeling AWBZ</b>	<b>19</b>
<b>5. Ontwikkeling aanspraken op zorg in 2010 en 2011</b>	<b>21</b>
5.1 Algemeen	21
5.2 Ontwikkelingen van de aanspraken op AWBZ-zorg: berekeningwijze	21
5.3 Extramurale zorg	22
5.3.1 Aanspraak functie persoonlijke verzorging	23
5.3.2 Aanspraak functie verpleging	23
5.3.3 Aanspraak functie begeleiding (individueel en groep)	23
5.3.4 Aanspraak functie extramurale behandeling (individueel)	24
5.4 Intramurale zorg	24
5.4.1 Aanspraak functie verblijf (ZZP's in aantallen cliënten)	24
5.4.2 Aanspraak functie verblijf (ZZP-mix)	25
5.5 Aanspraken op zorg in de regio's	25
<b>6. Overige aandachtspunten</b>	<b>27</b>
6.1 Algemeen	27
6.2 Contracteren zelfstandigen zonder personeel	27
6.3 Toevoeging NHC aan contracteerruimte	28
6.4 Herverdelingsmiddelen 2011 en verdeelsystematiek contracteerruimte	29
6.5 Herstel verdeling middelen WWA	30
6.6 Signalen/informatie van zorgkantoren	30
<b>7. Advies en conclusie</b>	<b>33</b>
7.1 Algemeen	33
7.2 Advies	33
7.2.1 Margeregeling 2012	34
7.2.2 Herverdelingsmiddelen 2012	35
7.3 Conclusie	36
7.4 Tot slot	36
<b>Bijlage 1</b>	<b>37</b>



## Vooraf

Voor u ligt het Advies Contracteerruimte 2012. Met de introductie van de (regionale) contracteerruimte in 2005 wordt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beoogd doelmatige inkoop te stimuleren en de kostenontwikkeling in de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) te beheersen. De contracteerruimte biedt een kader waarbinnen de zorgkantoren productieafspraken moeten maken met zorgaanbieders. Zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid voor een 'doelmatige zorginkoop' in de AWBZ. Binnen de contracteerruimte hebben zorgkantoren ruimte tot herschikking van middelen tussen sectoren en tussen zorgaanbieders om hiermee te komen tot een optimale afstemming tussen de vraag en de regionale contracteerruimte.

Op verzoek van de staatssecretaris van VWS brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit advies<sup>1</sup> over de totale omvang en ontwikkeling van de contracteerruimte AWBZ uit. In dit advies gaat de NZa in op de noodzakelijkheid van de inzet én de verdeling van de herverdelingsmiddelen 2012 én over de inzet van de margeregeling AWBZ 2012. De NZa ziet de reactie op dit advies graag tegemoet, zodat de NZa zo spoedig mogelijk de eventuele aanpassingen van de regionale contracteerruimte kan verwerken.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur

---

<sup>1</sup> Zie brief over de voorlopige Contracteerruimte 2012 van 1 juni 2011 (kenmerk: DLZ/SFI-U-3066915) en de brief van 21 november 2011 over de Aanwijzing Contracteerruimte 2012 (kenmerk: MC/U-3092033).



## Managementsamenvatting

De staatssecretaris van VWS heeft de NZa verzocht advies uit te brengen over de totale omvang en de ontwikkeling van de contracteerruimte AWBZ. In dit advies gaat de NZa in op de noodzaak van de inzet en verdeling van de herverdelingsmiddelen 2012 én op de inzet van de margeregeling AWBZ 2012.

De contracteerruimte 2011 is aangepast naar 2012 door de gebruikelijke indexeringsindexering, de toevoeging van de NHC (in 2012 is de NHC voor 10% onderdeel van de contracteerruimte) aan de contracteerruimte en andere specifieke posten zoals de intensiveringsmiddelen in de langdurige zorg. De totale contracteerruimte 2012 bedraagt € 21,6 miljard. Naast het kader van € 21,6 miljard zijn er voor 2012 herverdelingsmiddelen (€ 125 miljoen) beschikbaar.

In dit advies concludeert de NZa dat de huidige groeiruimte onvoldoende is om de stijging van de zorgvraag in 2012 op te vangen. De NZa vindt het dan ook noodzakelijk dat de margeregeling (0,5%) en de beschikbare herverdelingsmiddelen (€ 125 miljoen) moeten worden ingezet om de groei van de aanspraken op zorg binnen de contracteerruimte op te vangen.

Om zorgkantoor Friesland de mogelijkheid te bieden om dezelfde zorg als in 2011 in te kopen adviseert de NZa € 21,3 miljoen van deze herverdelingsmiddelen aan de contracteerruimte van zorgkantoor Friesland toe te voegen. Op deze wijze kan het tekort in de regionale contracteerruimte van zorgkantoor Friesland opgelost worden. De NZa adviseert de overige € 103,7 miljoen te verdelen op basis van het aandeel van het zorgkantoor in de geconstateerde totale groei van de aanspraken op zorg.

Verder constateert de NZa dat sprake is van een foutieve verdeling van de middelen bestemd voor de woonwerkvoorzieningen voor autisten (WWA). De NZa adviseert van deze middelen € 550.459 alsnog toe te voegen aan de regionale contracteerruimte 2012 van zorgkantoor Groningen.

De NZa constateert dat de huidige groeiruimte 2012 ontoereikend is en dat het inzetten van de margeregeling en de herverdelingsmiddelen noodzakelijk is om de groei van de aanspraken op zorg op te vangen. De volgende ontwikkelingen zijn daarbij in acht genomen:

- De contracteerruimte is voldoende om de in 2011 reeds in zorg genomen cliënten ook in 2012 van zorg te voorzien. In de contracteerruimte zit bijna geen 'extra' ruimte voor een groeiende zorgvraag. In 2011 is € 56,8 miljoen (0,3%) van de contracteerruimte onbenut gebleven en daarnaast is voor € 34 miljoen gebruik gemaakt van de margeregeling.
- De capaciteitsmutaties 2012 en het kas-jaarbasiseffect van voorgaande jaren moeten worden bekostigd uit de groeiruimte 2012. De bekostiging van deze capaciteitsmutaties neemt dus een groot deel van de beschikbare groeiruimte in beslag.
- Landelijk bestaat een verschil tussen de ophoging van de contracteerruimte in verband met de NHC en de benutting van deze ophoging in de regionale contracteerruimte. De stijging van de intramurale productieafspraken zorgt ervoor dat ook een deel van de productieafspraken van de NHC bekostigd dienen te worden uit de groeiruimte.

- Ook in 2011 is een groei van de aanspraken op zorg geconstateerd. De totale gewogen groei bedroeg 6% in 2011. In 2010 was dit 8%.
- In de extramurale zorg is voornamelijk sprake van een groei in begeleiding individueel. Deze groei is wel lager dan in 2010. Een sterke afname van de groei is te zien bij begeleiding groep en verpleging. In het geval van begeleiding groep bestaat een verband met de stijging in behandeling groep.
- In de intramurale zorg is een groei van de aantallen ZZP's én een zorgverzwaring geconstateerd. Een duidelijke groei van de hogere ZZP's is zichtbaar.
- Van de zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland heeft de NZa diverse signalen ontvangen over een problematische situatie in de contracteerruimte vanwege toegezegde nieuwe capaciteit.

De geconstateerde groei-effecten zijn de landelijke effecten op de groei. Binnen de verschillende zorgkantorregio's zijn verschillen in de groeipercentages geconstateerd. Om deze effecten op te vangen en aan te sluiten bij de regionale verschillen is de margeregeling een goede oplossing. Immers deze regeling wordt alleen ingezet, als dit in de regio noodzakelijk is.

Een speciale situatie bestaat binnen de concessiehouders in het geval van concessiehouder De Friesland. Deze concessiehouder heeft én te maken met een jaarlijks tekort én de concessie bestaat uit slechts één zorgkantoor. Het voorkomen van een regionale tekort wordt hierdoor bemoeilijkt. In 2011 is van de herverdelingsmiddelen incidenteel € 19,7 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte van De Friesland en hiermee is een overschrijding van de contracteerruimte voorkomen.



## 1. Inleiding

In dit advies kijkt de NZa naar de verwachte benutting van de contracteerruimte 2012. In hoofdstuk 2 geeft de NZa allereerst een beeld van de (opbouw van de) beschikbare contracteerruimte 2012 ten opzichte van de beschikbare contracteerruimte 2011. Vervolgens wordt, op basis van de productieafspraken 2011 en 2012 in de budgetronde van november 2011, een overzicht gegeven van de benutting van de contracteerruimte 2011 en 2012 (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 wordt de inzet van de margeregeling besproken. Aan de hand hiervan bepaalt de NZa in hoeverre de contracteerruimte 2011 toereikend is geweest.

In hoofdstuk 5 wordt gerapporteerd over de ontwikkeling van de aanspraken op zorg in 2010 en 2011 aan de hand van ontvangen informatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Aan de hand van deze informatie wordt een inschatting gemaakt over de ontwikkeling van de aanspraken op zorg in 2012 en uiteindelijk in hoeverre de wijzigingen in deze aanspraken passen binnen de beschikbaar gestelde groeiruimte.

Naast genoemde onderdelen wordt in hoofdstuk 6 van dit advies aandacht besteed aan specifieke wijzigingen in 2012 zoals de contractering van zelfstandige zorgverleners, de toevoeging van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) aan de contracteerruimte, de herverdelingsmiddelen 2011, het herstel van de verdeling van de middelen woon-werkvoorzieningen voor autisten (WWA) en de door de NZa ontvangen signalen van zorgkantoren.

In samenhang wordt de rapportage over bovenstaande onderdelen gebruikt om een advies te geven over de toereikendheid van de contracteerruimte 2012 en over de inzet van de margeregeling en de herverdelingsmiddelen in 2012 (hoofdstuk 7).



## 2. Opbouw Contracteerruimte AWBZ 2012

### 2.1 Algemeen

Voor de opbouw van de contracteerruimte 2012 is het uitgangspunt dat de productieafspraken 2011, voor zover op de prestaties ook in 2012 aanspraken bestaan, kunnen worden gecontinueerd. Daarnaast zijn de financiële effecten vanuit de Aanwijzing Contracteerruimte 2012 van 21 november 2011 (MC/U-3092033) in de contracteerruimte verwerkt<sup>2</sup>.

Een eerste belangrijke wijziging in de opbouw van de contracteerruimte ten opzichte van voorgaande jaren is dat kasbasisafspraken over capaciteitsmutaties van het voorgaande jaar niet meer op jaarbasis in de contracteerruimte van het volgende jaar worden meegenomen. Dit effect moet nu worden bekostigd uit de middelen die beschikbaar zijn voor de groei van de contracteerruimte. In het verleden werden deze middelen separaat aan de contracteerruimte van het opvolgende jaar toegevoegd. Per 2011 zijn de exploitatiegevolgen van nieuwe en gewijzigde capaciteit echter in de contracteerruimte opgenomen.

Een andere belangrijke wijziging in de opbouw van de contracteerruimte is de invoering van de NHC voor de bekostiging van kapitaallasten. Voor de invoering hiervan geldt een overgangstraject waarbij de NHC geleidelijk binnen de contracteerruimte wordt gebracht. Op grond van de overgangsregeling is voor 2012 10% van de NHC per zorgzwaartepakket (ZZP) toegevoegd aan de regionale contracteerruimten van de zorgkantoren op basis van de afgesproken ZZP's in 2011.

Naast bovenstaande wijzigingen van de basiscontracteerruimte zijn structureel extra middelen toegevoegd aan de contracteerruimte ter verbetering van de kwaliteit van de langdurige zorg (zogenaamde intensiveringsmiddelen). Deze extra middelen zijn aangewend om de maximum beleidsregelwaarden van de zorgprestaties die vallen onder de ZZP's en de zorgprestaties die vallen onder Volledig Pakket Thuis (VPT) te verhogen.

In 2012 zijn ook middelen beschikbaar gesteld voor specifieke doelgroepen, namelijk:

- dagbesteding voor lichamelijk gehandicapten;
- woon-werkvoorzieningen voor autisten (WWA);
- non-invasieve ademhalingsondersteuning en
- niet-strafrechtelijke forensische cliënten in forensisch psychiatrische klinieken.

Daarnaast zijn extra middelen aan de contracteerruimte toegevoegd in verband met maatregelen met betrekking tot het Persoonsgebonden Budget (pgb). Vanaf 2012 is het voor nieuwe cliënten zonder indicatie voor verblijf niet langer mogelijk om hun zorgbehoefte via het pgb te realiseren. In verband hiermee is extra instroom van cliënten in zorg in natura te verwachten in 2012 Momenteel wordt gesproken over het (deels)terugdraaien van de maatregelen op het pgb. Deze signalen zijn niet meegenomen in dit advies.

---

<sup>2</sup> Voor meer informatie: zie Beleidsregel contracteerruimte 2012 (CA-300-518).

Tenslotte is evenals in voorgaande jaren een bedrag (groeiruumte en eventueel de herverdelingsmiddelen) aan de contracteerruimte toegevoegd bestemd voor de groei van de aanspraken op zorg en de bijhorende productieafspraken. Door de NZa is in augustus 2011 de groeiruumte verdeeld over de zorgkantorregio's op basis van intramurale- en extramurale indicatiegegevens van het CIZ. Op de herverdelingsmiddelen wordt in dit advies verder ingegaan.

## 2.2 Verhoging contracteerruimte 2012

In de vorige paragraaf is de opbouw van de contracteerruimte 2012 beschreven. In deze paragraaf wordt deze opbouw van de contracteerruimte 2012 cijfermatig weergegeven. In de Aanwijzing Contracteerruimte 2012 is vermeld met welke bedragen de basiscontracteerruimte 2012 (exclusief geormerkte gelden) verhoogd is. In de Aanwijzing Contracteerruimte 2012 zijn geen maatregelen opgenomen die leiden tot een verlaging van de contracteerruimte 2012.

In tabel 1 is de huidige opbouw van de contracteerruimte 2012 opgenomen. De basiscontracteerruimte 2012 exclusief geormerkte middelen bedraagt € 20,4 miljard. De basiscontracteerruimte 2012 is vervolgens verhoogd met een bedrag van circa € 1,2 miljard. Dit leidt voor het jaar 2012 tot een totale contracteerruimte voor zorginkoop van € 21,6 miljard.

**Tabel 1. Opbouw contracteerruimte 2012 (x € 1 miljoen)**

Opbouw van de contracteerruimte 2012	Verhoging 2012	Totaal
Basiscontracteerruimte 2012 exclusief geormerkte gelden		20.424
Verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg (zgn. intensiveringsmiddelen)	636	
Aanpassing maximale beleidsregelwaarden dagbesteding voor lichamelijk gehandicapten	12	
Verandering indicatiestelling WWA	4	
Toeslag voor non-invasieve ademhalingsondersteuning	2	
Toeslag voor niet-strafrechtelijke forensische cliënten in forensisch psychiatrische klinieken	2	
Extra instroom zorg in natura als gevolg van beperking van de instroom van het PGB	50	
Groeiruumte	455	
Totaal verhogingen		1.161
<b>Totaal</b>		<b>21.585</b>

Bovenstaande tabel geeft de huidige stand van de contracteerruimte weer. Bovenop deze contracteerruimte zijn, indien noodzakelijk, ook herverdelingsmiddelen beschikbaar. De herverdelingsmiddelen 2012 bedragen € 100 miljoen. Aan deze middelen is € 25 miljoen toegevoegd vanuit de in 2011 beschikbaar gestelde herverdelingsmiddelen. In totaal zijn in 2012 € 125 miljoen aan herverdelingsmiddelen beschikbaar. In paragraaf 6.4 wordt ingegaan op de herverdelingsmiddelen 2011. Over de inzet en verdeling van de herverdelingsmiddelen 2012 adviseert de NZa in hoofdstuk 7.

**Tussenconclusie:**

De basiscontracteerruimte 2012 bedraagt € 20,4 miljard. De basiscontracteerruimte 2012 is vervolgens met circa € 1,2 miljard verhoogd. De totale contracteerruimte 2012 bedraagt daardoor € 21,6 miljard. Bijna 55% (€ 636 miljoen) van de verhogingen heeft specifiek betrekking op de verbetering van de kwaliteit van de langdurige zorg (zogenaamde intensiveringsmiddelen).



### 3. Landelijk beeld contracteerruimte 2011 en 2012

#### 3.1 Landelijk beeld algemeen

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de niet bestede middelen bij de budgettrondes in 2011 en in de eerste budgettronde 2012. Aan de hand van de eindstand in 2011 wordt in de basis bepaald of aan het begin van 2012 de contracteerruimte voldoende is.

Op grond van de eerste of tweede budgettronde wordt voor iedere zorgaanbieder bepaald wat de maximale productievergoeding is. Als uiteindelijk de realisatie bij de nacalculatie lager is dan de maximale productievergoeding is er sprake van onderproductie. Het totaalbedrag aan onderproductie in de jaren 2009 en 2010 is eveneens in tabel 2 te zien. De onderproductiecijfers 2011 en 2012 en het niet bestede bedrag van de tweede budgettronde 2012 zijn nog niet beschikbaar. Deze cijfers zijn daarom niet opgenomen in tabel 2.

**Tabel 2. Onbestede middelen en onderproductiegegevens  
(x € 1 miljoen)**

Jaar	1 <sup>e</sup> budgettronde	2 <sup>e</sup> budgettronde	Onderproductie (nacalculatie)
2009	563	293	240 <sup>3</sup>
2010	649	73 <sup>4</sup>	210 <sup>5</sup>
2011	1.026	56,8 <sup>6</sup>	Nog niet bekend
2012	1.893	Nog niet bekend	Nog niet bekend

#### 3.2 Landelijk beeld contracteerruimte 2011

In 2011 zijn de reguliere productieafspraken binnen de contracteerruimte gebleven. Van de contracteerruimte is, na inzet van de margeregeling, € 56,8 miljoen aan middelen onbenut gebleven. Dit is in tegenstelling met wat zorgkantoren aanvankelijk voor het jaar 2011 hadden ingeschat, namelijk dat de beschikbare contracteerruimte niet toereikend zou zijn voor de verwachte zorgvraag.

In de tweede budgettronde 2010 is, ter vergelijking, een bedrag van € 73 miljoen onbenut gebleven. In de tweede budgettronde 2011 zijn dus iets minder middelen overgebleven dan in de tweede budgettronde 2010.

In 2011 hadden twintig zorgkantoren de regionale contracteerruimte niet volledig benut. Bij één concessiehouder bedragen de onbenutte middelen € 39,2 miljoen (onderdeel van de € 56,8 miljoen). Bij acht zorgkantoren pasten de productieafspraken precies binnen de beschikbaar gestelde contracteerruimte.

<sup>3</sup> In het Advies contracteerruimte 2011 was hier de onderproductie met peildatum 1 februari 2011 opgenomen. De onderproductie 2009 die hier is opgenomen staat is van peildatum 7 december 2011 (conform de datum gegevenslevering aan VWS).

<sup>4</sup> Naast deze € 73 miljoen is € 31 miljoen ingezet vanuit de margeregeling.

<sup>5</sup> Peildatum 4 januari 2012 (conform de datum gegevensaanlevering aan VWS).

<sup>6</sup> Naast deze € 56,8 miljoen is € 33 miljoen ingezet vanuit de margeregeling.

Vier zorgkantoren hadden in 2011 te maken met overschrijdingen in de contracteerruimte. Dit had te maken met de bekostiging van de intensieve kindzorg. De regionale contracteerruimte mag worden overschreden als gevolg van kosten voor intensieve kindzorg zonder dat dit correcties van de productieafspraken tot gevolg heeft.

### 3.3 Landelijk beeld contracteerruimte 2012

In deze paragraaf worden de beschikbare middelen van de reguliere contracteerruimte 2012 weergegeven. Naast deze reguliere contracteerruimte wordt ook inzicht gegeven in de beschikbare geormerkte middelen 2012. Het gaat hierbij alleen om geormerkte middelen die kunnen worden aangevraagd bij de budgetrondes. In tabel 3 worden ook de resterende middelen na verwerking van de productieafspraken van de eerste budgetronde 2012 vermeld.

**Tabel 3. Beschikbare middelen en resterende middelen eerste budgetronde 2012 (x € 1 miljoen)**

Soort middelen	Beschikbare middelen <sup>7</sup>	Resterende middelen <sup>8</sup>
Contracteerruimte	21.585	1.893
Extreme zorgzwaarte gehandicaptenzorg	168	58
Wachlijstmiddelen jeugd JLVG	6,5	5
Ketenzorg dementie	10,5	1,8

Na verwerking van de productieafspraken van de eerste budgetronde 2012 is nog € 1.893 miljoen van de contracteerruimte 2012 onbenut gebleven. Dit is veel meer dan (de jaren voor) 2011 (9% in 2012 ten opzichte van 6% in 2011). De onbenutte ruimte is te verklaren door het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren stelt de cliëntvolgendheid steeds meer centraal. Bij het maken van de productieafspraken wordt dan ook meer aansluiting gezocht bij de zorgvraag van een cliënt.

Hieruit vloeit voort dat de meeste zorgkantoren in de eerste budgetronde niet de volledige 100% van het benodigde zorgvolume in de productieafspraken hebben verwerkt. Op deze manier is het voor zorgkantoren beter mogelijk om gedurende het jaar optimaal in te spelen op de vraagontwikkelingen bij de individuele zorgaanbieders.

De NZa benadrukt dat met betrekking tot de onbenutte ruimte van de eerste budgetronde 2012 geen conclusies kunnen worden getrokken. Zorgaanbieders en zorgkantoren hebben vaak al wel afspraken gemaakt over de inzet van deze onbestede middelen zonder dat deze afspraken geëffectueerd zijn in productieafspraken bij de NZa.

<sup>7</sup> De cijfers in deze kolom zijn gebaseerd op de Beleidsregel contracteerruimte 2012 (CA-300-518, artikelen 5.1 en 5.2).

<sup>8</sup> Peildatum 27 december 2011.



**Tussenconclusie:**

In 2011 is € 56,8 miljoen (0,3%) van de contracteerruimte niet vertaald in productieafspraken. De beschikbare contracteerruimte 2011 was dus voldoende om aan de zorgvraag te voldoen. Dit betekent dat bij aanvang van 2012 de contracteerruimte voldoende is om te voorzien in de zorg voor reeds in zorg genomen cliënten.

In de eerste budgetronde voor 2012 zijn de productieafspraken ten opzichte van de contracteerruimte aanzienlijk lager dan in voorgaande jaren. Hieruit kunnen geen conclusies getrokken worden met betrekking tot de uiteindelijke totale benutting van de contracteerruimte 2012, omdat dit onder andere te maken heeft met het steeds meer cliëntvolgende zorginkoopbeleid van verschillende zorgkantoren.



## 4. Margeregeling AWBZ

Vanaf 2009 is een extra financiële ruimte, de zogenaamde margeregeling, gecreëerd. Deze margeregeling wordt beschikbaar gesteld boven op de (regionale) contracteerruimte AWBZ. De verwachte jaarlijkse onderuitputting wordt middels de margeregeling vooraf deels beschikbaar gesteld. Met deze extra ruimte kunnen zorgkantoren gedurende het jaar productieafspraken maken tot 100,5% van de contracteerruimte. De margeregeling dient om de zorgkantoren bij de zorginkoop meer ruimte te geven bij het maken van productieafspraken en hiermee zelfstandig in te kunnen spelen op mogelijke regionale knelpunten.

In 2009 heeft slechts één zorgkantoor gebruik gemaakt van de margeregeling (voor een bedrag van circa € 0,8 miljoen). In 2010 werd door dertien zorgkantoren gebruik gemaakt van de margeregeling voor een totaal bedrag van circa € 31 miljoen. In 2011 hebben twaalf zorgkantoren gebruik gemaakt van de margeregeling voor in het totaal een bedrag van € 33 miljoen. In 2010 én in 2011 is 34% van de totale margeregeling ingezet. Mede dankzij de margeregeling zijn diverse regionale (financiële) knelpunten voorkomen. In tabel 4 wordt weergegeven in welke mate de zorgkantoren in 2011 gebruik hebben gemaakt van de margeregeling.

**Tabel 4. Inzet margeregeling 2011 (x € 1000)**

Zorgkantoor	Inzet margeregeling	Percentage inzet van de margeregeling
Groningen	3.154	82%
Friesland	2.174	54%
Apeldoorn/Zutphen e.o.	2.883	100%
Arnhem	5.451	100%
Utrecht	6.849	100%
't Gooi	2.110	100%
Amsterdam	3.922	100%
Amstelland/Meerlanden	867	75%
Zuid-Holland Noord	2.531	77%
Delft/Westland/Oostland	1.544	100%
Nieuwe Waterweg Noord	869	95%
Noordoost Brabant	624	17%
Overige Zorgkantoren (20)	0	0%
<b>Totaal landelijk</b>	<b>32.978</b>	<b>34%</b>

### Tussenconclusie:

In 2011 is de margeregeling in vergelijkbare mate ingezet als in 2010. Diverse zorgkantoren hebben mede middels deze regeling regionale (financiële) knelpunten weten te voorkomen. Hieruit kan worden afgeleid dat er in de basis een krappe regionale contracteerruimte bestaat voor verschillende zorgkantorregio's.



## 5. Ontwikkeling aanspraken op zorg in 2010 en 2011

### 5.1 Algemeen

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de aanspraken op AWBZ-zorg in de jaren 2010 en 2011 besproken. Aan de hand van deze ontwikkelingen wordt bekeken naar wat deze ontwikkelingen betekenen voor de (verwachte) benutting van de contracteerruimte 2012. De toegang tot de meeste AWBZ-zorg is de indicatiestelling. Het CIZ beoordeelt of een cliënt recht heeft op AWBZ-zorg. Als dat het geval is, stelt het CIZ het indicatiebesluit vast. In het indicatiebesluit wordt voor zorg zonder verblijf vastgelegd op welk soort zorg (in functies) en op welke hoeveelheid zorguren (in klassen) een cliënt aanspraak kan maken. Voor cliënten die zorg met verblijf behoeven wordt een samenhangend pakket aan zorg vastgesteld in de vorm van een ZZP.

De gegevens van het CIZ geven een beeld van het aantal cliënten en bijhorende uren die de maximale aanspraken op zorg bepalen. Een directe relatie met de geleverde zorg is echter niet te leggen. Dit betekent dat het vastgestelde indicatiebesluit in de praktijk niet één op één is door te vertalen naar de uren zorg die een cliënt daadwerkelijk ontvangt. Een groei van 5% op basis van de van het CIZ ontvangen indicatiebesluiten betekent dus geen stijging van de benutting van de contracteerruimte van precies 5%. De gegevens kunnen wel worden gebruikt om een prognose te maken over de groei van het totale beslag op de contracteerruimte. De informatie geeft namelijk de maximale stijging weer van de groei in 2012. Ook kan een vergelijking worden gemaakt met de groei in voorgaande jaren. Aan de hand hiervan wordt gekeken naar de verwachte toereikendheid van de contracteerruimte 2012.

### 5.2 Ontwikkelingen van de aanspraken op AWBZ-zorg: berekeningswijze

De NZa heeft voor de extramurale- en intramurale AWBZ-zorg gekeken naar de ontwikkelingen van de aanspraken op zorg. De NZa baseert zich hierbij op informatie van het CIZ. In vergelijking met voorgaande jaren is nu meer uitgegaan van het aantal cliënten en de hoogte van de aanspraak op AWBZ-zorg. In voorgaande jaren waren de aantallen afgegeven indicatiebesluiten het uitgangspunt (een cliënt kan meerdere indicaties hebben).

Met deze wijziging is meer aansluiting gevonden bij de rapportages die het CIZ beschikbaar stelt op zijn website.

Voor de analyse van de aanspraak op zorg is uitgegaan van onderstaande gegevens:

- per functie/ZZP is gekeken naar het aantal cliënten met een indicatie voor deze functie/ZZP;
- vervolgens is bij de extramurale zorg gekeken naar de hierbij behorende gemiddelde omvang in uren van de geïndiceerde zorg;
- In de informatie wordt uitgegaan van een bandbreedte van 50%;
- hierbij zijn drie peilmomenten gehanteerd: 1 januari 2010, 1 januari 2011, 1 januari 2012;

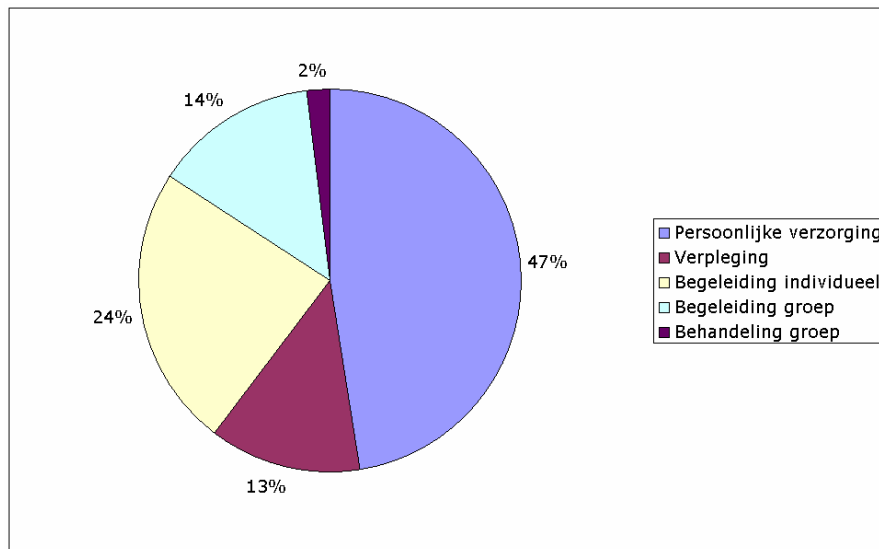
- dit leidt tot een aanspraak op zorg in aantallen, hetgeen niet gelijk is aan de werkelijk gecontracteerde zorg;
- de genoemde aanspraak op zorg is vervolgens vermenigvuldigd met de (gemiddelde) beleidsregelwaarden per functie/ZZP.

Op grond van deze uitgangpunten kan een beeld worden geschetst van de wijzigingen in de totale (financiële) maximale aanspraken op zorg. In de volgende paragrafen worden per functie deze ontwikkelingen in de aanspraak op zorg besproken.

### 5.3 Extramurale zorg

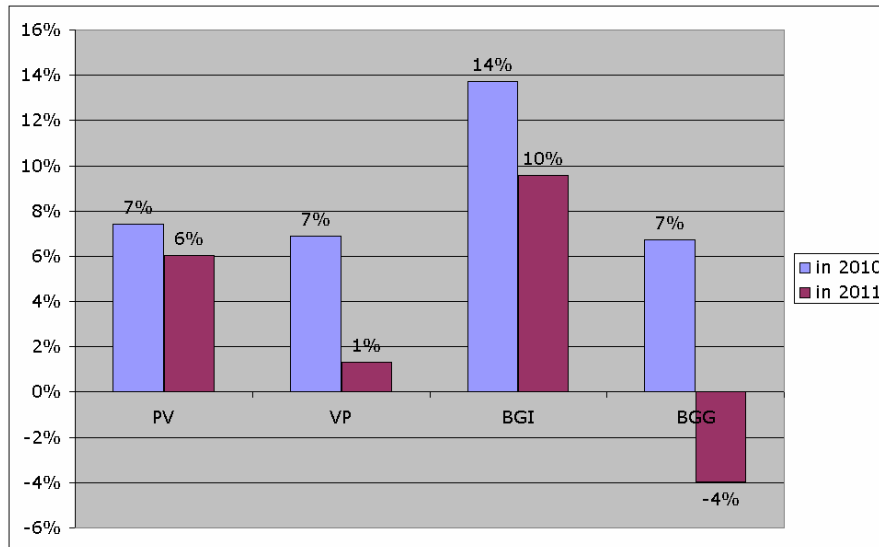
In figuur 1 is de verdeling opgenomen van de geconstateerde (financiële) aanspraken op zorg binnen de extramurale zorg. Deze figuur geeft de verhoudingen weer tussen de aanspraken op de verschillende functies.

**Figuur 1. Verdeling extramurale zorgaanspraak (financieel)**



In figuur 2 wordt gekeken naar de groei in 2011 van de afzonderlijke extramurale functies ten opzichte van 2010. De groeipercentages betreffen de groei in de maximale zorgaanspraken. De verschillende functies worden in dit hoofdstuk apart kort besproken. In onderstaande tabel is de functie behandeling groep niet opgenomen, omdat deze functie in 2010 nog maar zeer beperkt geïndiceerd is.

**Figuur 2. Groei extramurale zorg (gemiddelde uren per cliënt)**



### 5.3.1 Aanspraak functie persoonlijke verzorging

In 2011 zijn de aanspraken op de functie persoonlijke verzorging met 6% gestegen ten opzichte van 2010. Deze groei is lager dan de groei in 2010. Deze afname komt overeen met het beeld dat geconstateerd is in de voorgaande jaren met uitzondering van eind 2010. De verminderde groei in de aanspraken op de functie persoonlijke verzorging ziet de NZa dus weer terug.

### 5.3.2 Aanspraak functie verpleging

In 2010 was sprake van een groei van 7% in de aanspraken op verpleging. In 2011 is de groei van verpleging slechts 1%. De hogere groei in 2010 lijkt hiermee incidenteel te zijn. De omvang van de aanspraken op verpleging stabiliseert zich. De NZa ontvangt vaak signalen over de sterke mate van extramuralisering en het feit dat mensen langer thuis blijven wonen. Deze beweging is echter, maar beperkt te zien in de toename van extramurale verpleging.

### 5.3.3 Aanspraak functie begeleiding (individueel en groep)

In 2011 groeien de aanspraken op begeleiding in individueel verband (10%). Deze groei is lager dan de groei (14%) in 2010. Deze daling wordt deels veroorzaakt door (de doorwerking van) de beperking van de AWBZ-aanspraken op begeleiding die in 2010 is ingevoerd. Het is de verwachting dat de groei in 2012 op begeleiding weer verder zal stijgen vanwege de maatregelen op het PGB. Het merendeel van de zorg die niet meer bekostigd wordt vanuit een PGB en nog wel onder zorg in natura kan worden geleverd bestaat namelijk uit begeleiding.

In de aanspraken op begeleiding in groepsverband wordt in 2011 een daling geconstateerd (- 4%). Hiermee samenhangend bestaat vanaf 2011 de nieuwe aanspraak op behandeling groep. Vanaf 2011 hebben 51.000 cliënten deze indicatie gekregen. Een verschuiving van begeleiding groep naar behandeling groep heeft hier namelijk plaats gevonden. Hiermee valt de daling van de aanspraken op begeleiding groep te verklaren.

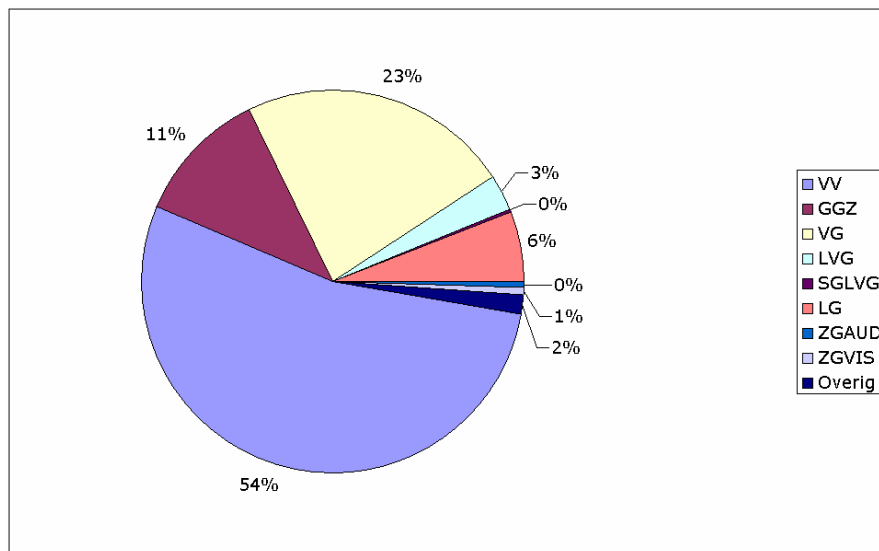
### 5.3.4 Aanspraak functie extramurale behandeling (individueel)

Voor de functie behandeling (individueel) bestaat geen indicatie in uren zorg. In figuren 1 en 2 is deze daarom buiten beschouwing gelaten. Het aantal nieuwe cliënten met een aanspraak op de extramurale functie behandeling is in 2011 met 47% gedaald. In 2010 daalde dit aantal nog met 34%. Dit wordt onder andere verklaard door de in de vorige paragraaf besproken introductie van behandeling in groepsverband.

## 5.4 Intramurale zorg

In figuur 3 is de verdeling opgenomen van de (financiële) aanspraken op zorg binnen de intramurale zorg (verblijf). Deze aanspraken op verblijf komen tot uitdrukking in de verschillende ZZP's. Deze figuur geeft de verhoudingen van deze aanspraken weer op de verschillende (deel)sectoren.

**Figuur 3. Verdeling intramurale zorgaanspraak (financieel)**

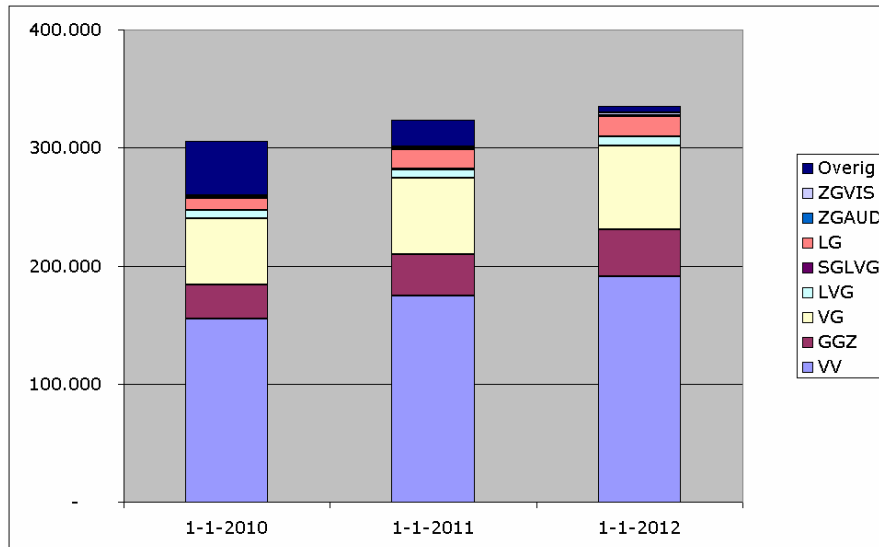


### 5.4.1 Aanspraak functie verblijf (ZZP's in aantallen cliënten)

Op totaal niveau groeit in 2011 het aantal cliënten met een aanspraak op intramurale zorg met 4%. In 2010 bedroeg deze groei 6%. In figuur 4 wordt de groei in aantallen cliënten per (deel)sector weergegeven. Tussen de GHZ-deelsectoren zitten opvallende verschillen. Een beperkte groei ziet de NZa bijvoorbeeld in de LG en de LVG, terwijl een sterke groei in de VG geconstateerd wordt.



**Figuur 4. Groei intramurale zorg (aantal cliënten)**



Doordat het herindiceren van cliënten met een oude (niet ZZP-) indicatie een groot aandeel heeft in 2010 is het beeld vertekend en is een precieze vergelijking moeilijk te maken. De effecten hiervan zullen echter spoedig verdwijnen. Indien geen rekening wordt gehouden met deze 'oude' indicaties ziet de NZa de hoogste procentuele groei in de GGZ, gevolgd door de VV en de GHZ.

#### 5.4.2 Aanspraak functie verblijf (ZZP-mix)

Om de mutaties in de totale ZZP-mix te bekijken heeft de NZa de aantallen cliënten met een aanspraak vermenigvuldigd met de desbetreffende (gemiddelde) beleidsregelwaarde. De uitkomst hiervan is de maximale groei van de intramurale aanspraken op zorg in euro's. In 2010 bedroeg deze groei circa 7%. In 2011 leidt dit op totaal niveau tot een lagere groei ten opzichte van 2010. In 2011 is sprake van een groei van de aanspraken op de intramurale zorg van 5%.

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat het aantal cliënten met een aanspraak gestegen is met 4%. Het verschil tussen dit percentage en het groeipercentages zoals hierboven beschreven betreft zorgverzwaring. Deze zorgverzwaring vindt binnen de gehele intramurale zorg plaats. Binnen alle AWBZ-sectoren valt een verschuiving van lagere ZZP's naar hogere ZZP's waar te nemen.

#### 5.5 Aanspraken op zorg in de regio's

De groei van de aanspraak op extramurale en intramurale AWBZ-zorg is in 2011 minder groot dan in 2010. De totale gewogen groei bedroeg 8% in 2010 en 6% in 2011. De geconstateerde groei is de landelijke groei. De groei verschilt uiteraard per zorgkantorregio. Deze groei verschilt in de aanspraken op de extramurale zorg per regio meer dan in de aanspraken op de intramurale zorg. Ook bestaat geen sterk verband tussen de regionale groei in 2010 en de groei van 2011 in de verschillende zorgkantorregio's. Bij het advies over de inzet van de herverdelingsmiddelen zal rekening gehouden worden met deze verschillen in groei tussen de zorgkantorregio's.

**Tussenconclusie:**

De groei van de aanspraak op extramurale en intramurale AWBZ-zorg is in 2011 minder groot dan in 2010. De totale gewogen groei bedroeg 8% in 2010 en 6% in 2011. In de extramurale zorg is voornamelijk een groei in begeleiding individueel zichtbaar. De groei van begeleiding individueel is wel lager dan in 2010. Een sterke afname van de groei zien we bij begeleiding groep en verpleging. Door de introductie van de functie behandeling groep is het aantal cliënten met een indicatie voor begeleiding groep afgenomen.

In de intramurale zorg wordt een groei van de aantallen ZZP's en een zorgverzwaring geconstateerd. Duidelijk wordt een groei van de hogere ZZP's geconstateerd. Om deze groei in de extramurale- en in de intramurale zorg op te vangen is de inzet van een groot deel van de groeiruimte noodzakelijk. De geconstateerde effecten op de groei zijn de landelijke effecten op de groei. Tussen de verschillende zorgkantoorregio's bestaan verschillen in groeipercentages.

## 6. Overige aandachtspunten

### 6.1 Algemeen

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de nieuwe beleidswijzigingen omtrent de contractering van zelfstandigen zonder personeel en de introductie in 2012 van de NHC. Daarnaast wordt op verzoek van VWS aandacht besteed aan mogelijke bestaande structurele tekorten in de regionale contracteerruimte. Tevens is een paragraaf gewijd aan het herstel van de verdeling van de middelen voor woonwerkvoorziening voor autisten (WWA). Ten slotte komen nog recente signalen en informatie van zorgkantoren aan bod. Dit hoofdstuk is aan de ene kant bedoeld om te informeren over deze specifieke punten en is anderzijds bedoeld om het effect op de benutting van de contracteerruimte 2012 te bekijken.

### 6.2 Contracteren zelfstandigen zonder personeel

In 2011 is het Besluit zorgaanspraken AWBZ gewijzigd, zodat ook zelfstandige zorgverleners door de zorgkantoren kunnen worden gecontracteerd. Met de Beleidsregel contracteren zelfstandige zorgverleners AWBZ (CA-300-521) heeft de NZa invulling gegeven aan het aangepaste Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

Vanaf 2012 kunnen zorgkantoren met zelfstandige zorgverleners productieafspraken maken voor het leveren van prestaties die vallen onder de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. In de zorgkantorregio's Noord Oost Brabant en Midden Brabant, beide behorende tot concessiehouder VGZ, is in januari 2012 een pilot gestart waarbij zelfstandige zorgverleners worden gecontracteerd voor het leveren van AWBZ-zorg.

De landelijk geormerkte contracteerruimte voor zelfstandige zorgverleners is € 20 miljoen. In de eerste budgetronde van februari 2012 is door 23 zelfstandige zorgverleners samen, met één van bovengenoemde twee zorgkantoren, een budgetverzoek ingediend. Voor een totaalbedrag van € 1,8 miljoen zijn productieafspraken gemaakt.

Zelfstandige zorgverleners kunnen voor het jaar 2012 drie keer een budgetverzoek 2012 indienen, te weten voor 1 februari 2012; voor 1 juni 2012 en voor 1 november 2012. De Beleidsregel contracteren zelfstandige zorgverleners AWBZ is landelijk opengesteld. Dit biedt ook andere zorgkantoren, dan de bovengenoemde twee, de mogelijkheid om in de komende budgetrondes 2012 productieafspraken te maken met zelfstandige zorgverleners.

De NZa heeft tot op heden geen signalen ontvangen dat het landelijk geormerkte bedrag van € 20 miljoen niet voldoende zou zijn. Verwacht wordt dat in 2012 de afspraken voor zelfstandige zorgverleners beperkt zullen blijven tot de pilotregio's van VGZ.

**Tussenconclusie:**

In februari 2012 hebben twee zorgkantoren samen met zelfstandige zorgverleners voor een bedrag van € 1,8 miljoen aan productieafspraken gemaakt. Het is de verwachting dat in 2012 alleen in de pilotregio's afspraken worden gemaakt met zelfstandige zorgverleners.

De NZa verwacht daarom dat de landelijk geormerkte contracteerruimte van € 20 miljoen voor zelfstandige zorgverleners in 2012 voldoende zal zijn.

### 6.3 Toevoeging NHC aan contracteerruimte

Vanaf 2012 is de bekostiging van de kapitaallasten van zorgaanbieders gewijzigd. De vergoeding hiervoor is in de vorm van een NHC verbonden aan de zorgzwaartepakketten. De periode van 2012 tot 2018 is een overgangperiode, waarin de huidige bekostiging van kapitaallasten wordt afgebouwd en de vergoeding op basis van de NHC wordt opgebouwd. Dit houdt in dat in 2012 10% van de kapitaallasten wordt vergoed op basis van de NHC en dat in 2018 100% van de kapitaallasten vergoed wordt op basis van de NHC.

De NHC valt met ingang van 2012 voor 10% onder de contracteerruimte. De komende jaren stijgt jaarlijks dit percentage. De contracteerruimte 2012 is hiervoor landelijk opgehoogd met circa € 274 miljoen op basis van de productieafspraken 2011. De NHC is dus voor nog maar een beperkt financieel deel onderdeel van de contracteerruimte. Voor 2012 heeft alleen de zorginkoop van de eerste budgetronde plaatsgevonden. Nog niet alle intramurale zorg is ingekocht. De productieafspraken 2012 aan ZZP's betekenen tot nu toe een beslag op de contracteerruimte horende bij de NHC van circa € 267 miljoen.

Een eventuele stijging van de productieafspraken in 2012 ten opzichte van 2011 moet bekostigd worden uit de groeiruimte 2012. De NHC is echter niet onderhandelbaar<sup>9</sup> en legt dus beslag op een deel van de groeiruimte waarop zorgkantoren geen invloed kunnen uitoefenen.

**Tussenconclusie:**

Landelijk bestaat een verschil tussen de ophoging van de contracteerruimte in verband met de NHC en de benutting van deze ophoging in de regionale contracteerruimte. Momenteel is er nog een positief verschil in de contracteerruimte van € 7 miljoen zichtbaar.

De productieafspraken in de tweede budgetronde zorgen voor een stijging van de intramurale productieafspraken. De stijging in de productieafspraken heeft dus een effect op het beslag van de contracteerruimte. De NZa verwacht dat het verschil tussen toevoeging en benutting met meer dan € 7 miljoen zal stijgen. De NHC in 2012 legt echter voor een beperkt deel beslag op de groeiruimte 2012, omdat slechts 10% van de NHC onderdeel is van de contracteerruimte.

<sup>9</sup> Alleen voor nieuwe zorgaanbieders zijn voor 2012 NHC-tarieven van toepassing die vrij onderhandelbaar zijn. Zie in dit verband de Beleidsregel invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en inventaris nieuwe zorgaanbieders (CA-300-507); artikelen 8 en 9.1.

## 6.4 Herverdelingsmiddelen 2011 en verdeelsystematiek contracteerruimte

In verband met een te krappe contracteerruimte zijn in 2011 herverdelingsmiddelen beschikbaar gesteld voor de problematiek bij de concessiehouders Friesland (€ 19,7 miljoen) en Zorg en Zekerheid (€ 5,3 miljoen). De vraag van het Ministerie van VWS om het karakter van de tekorten in deze regio's nader te onderzoeken is gekoppeld aan het lopende traject van het onderzoek 'Verdeelmodel AWBZ' uitgevoerd door Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics BV (APE). APE onderzoekt of een gewijzigde verdeelsystematiek van de contracteerruimte, vanaf op zijn vroegst 2013, mogelijk is.

Het voorliggende contracteerruimte advies van de NZa richt zich op de benutting van de contracteerruimte 2012. Met betrekking tot het APE-onderzoek loopt een separaat traject waarbij de NZa en het Ministerie van VWS nauw samenwerken.

Vooruitlopend op de uitkomsten uit het APE-onderzoek 'Verdeelmodel AWBZ' ziet de NZa jaarlijks al diverse regionale tekorten en overschotten in de benutting van de regionale contracteerruimtes. Mogelijke tekorten zijn, anders dan via de zorginkoop, in de afgelopen jaren vóórkomen door: overhevelingen binnen de concessiehouder, overhevelingen tussen concessiehouders, de inzet van de margeregeling en/of de toevoeging van extra middelen.

De zorgkantoren met tekorten onderscheiden zich in de volgende kenmerken:

- incidenteel tekort of structureel tekort. Bij sommige zorgkantoren is slechts éénmalig of enkele keren sprake van een tekort, terwijl bij andere zorgkantoren sprake is van een structureel, jaarlijks terugkerend tekort;
- aantal zorgkantoren horende bij een concessiehouder. Zorgkantoren die met meerdere zorgkantoren onderdeel zijn van een concessie, kunnen binnen deze concessiehouder tekorten en overschotten eenvoudig met elkaar verrekenen.

Indien sprake is van een incidenteel tekort in de regionale contracteerruimte ziet de NZa geen noodzaak om specifieke stappen te zetten.

Wanneer sprake is van een tekort bij een zorgkantoor dat onderdeel is van een concessiehouder met voldoende financiële middelen, dan verwacht de NZa dat de zorgkantoren dit tekort binnen de concessiehouder met elkaar verrekenen. Dit kan door een incidentele of structurele overheveling tussen de zorgkantoren.

Bij enkele zorgkantoren bestaat niet de mogelijkheid om regionale tekorten op te lossen binnen de concessiehouder, omdat de concessiehouder slechts uit één of twee (beide met tekort) zorgkantoren bestaat. Deze zorgkantoren zijn bij tekorten volledig afhankelijk van overhevelingen van andere concessiehouders of van de uitkomsten van dit advies van de NZa.

Zoals reeds in de eerste alinea van deze paragraaf is vermeld, zijn in 2011 aan twee concessiehouders extra middelen beschikbaar gesteld om regionale tekorten te voorkomen, namelijk De Friesland en Zorg en Zekerheid. Bij concessiehouder de Friesland ging het om een incidentele oplossing voor 2011 van een structureel tekort. Voor concessiehouder Zorg en Zekerheid ging het om een incidenteel tekort 2011 van de contracteerruimte.

Zorgkantoor Friesland heeft een structureel tekort in de regionale contracteerruimte, dat volgens De Friesland terug te voeren is op de historische 'foutieve' vaststelling van de contracteerruimte. Daarnaast is dit zorgkantoor alleen in de concessie. Het specifieke historische tekort van zorgkantoor Friesland is niet te bepalen. De jaarlijkse groei­ruimte is voor dit zorgkantoor voldoende om de groeiende zorgvraag op te vangen. De jaarlijkse tekorten wijzen dus op dit historische tekort. Bij zorgkantoor Friesland wordt jaarlijks met een specifieke 'oplossing' (herschikking, spoedprocedure, aanzienlijke overhevelingen van andere zorgkantoren en extra herverdelingsmiddelen) een tekort op de regionale contracteerruimte voorkomen.

**Tussenconclusie:**

Binnen de concessiehouders is sprake van een speciale situatie in het geval van concessiehouder De Friesland. Deze concessiehouder heeft én te maken met een structureel tekort én de concessie bestaat uit slechts één zorgkantoor. Het oplossen van een regionale tekort wordt hierdoor bemoeilijkt (in paragraaf 7.2.2. doet de NZa een concreet voorstel voor concessiehouder De Friesland).

## 6.5 Herstel verdeling middelen WWA

Begin 2012 heeft de NZa van een zorgaanbieder het signaal ontvangen, dat de contracteerruimte 2012 van zorgkantoor Groningen ten onrechte niet is verhoogd met een deel van de extra middelen die ter beschikking zijn gesteld om de cliënten in de WWA passend te bekostigen. Uit nader onderzoek blijkt dat deze WWA-middelen ten onrechte zijn toebedeeld aan zorgkantoor 't Gooi in plaats van aan zorgkantoor Groningen. Het gaat hier om een bedrag van € 550.459,-.

**Tussenconclusie:**

De NZa adviseert alsnog € 550.459,- toe te voegen aan de contracteerruimte 2012 van zorgkantoor Groningen om de foutieve verdeling van de WWA-middelen te herstellen. Bij een eventuele stijging van de contracteerruimte met de herverdelingsmiddelen van zorgkantoor 't Gooi zal rekening worden gehouden met de teveel toegewezen WWA-middelen.

## 6.6 Signalen/informatie van zorgkantoren

In de eerste maanden van 2012 heeft de NZa diverse signalen ontvangen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zorgkantoren over een problematische situatie in de contracteerruimte 2012 vanwege toegezegde nieuwe capaciteit. Voor het voorliggende advies heeft afgelopen maart een consultatieoverleg plaatsgevonden met zorgkantoren, ZN, VWS en de NZa. In het overleg kwamen de volgende signalen van partijen naar voren:

**Intramuraal**

Een groot deel van de groei­ruimte 2012 moet ingezet worden voor capaciteitsuitbreidingen. Het gaat hierbij om het kas- naar jaarbasiseffect uit 2011 en om noodzakelijke nieuwe capaciteit in 2012. Daarnaast wordt een verzwaring van de ZZP-mix geconstateerd.

### Extramuraal

De zorgkantoren zien een sterke groei in de extramurale zorg. Deze groei heeft volgens de zorgkantoren de volgende mogelijke oorzaken:

- een sterke mate van extramuralisering. Cliënten met een aanspraak op zorg blijven steeds langer thuis wonen en ontvangen dus meer extramurale zorg;
- de vergrijzing leidt tot een groter beroep op de AWBZ;
- de maatregelen op het gebied van het PGB. Het PGB voor extramurale zorg is per 1 januari 2012 komen te vervallen voor nieuwe cliënten. Voor een deel zullen deze cliënten gebruik (gaan) maken van zorg in natura.

Bovenstaande signalen leiden volgens de zorgkantoren tot een krapte binnen de contracteerruimte en in veel gevallen zelfs tot een ruime door de zorgkantoren geprognostiseerde overschrijding van de regionale contracteerruimte(n). Voor zover mogelijk ziet de NZa de bovenstaande signalen ook terug in de indicatiecijfers. De NZa ziet de aangeleverde prognoses als een duidelijk signaal over de benutting en de krapte van de contracteerruimte 2012.

Naast de signalen uit bovengenoemd consultatieoverleg heeft de NZa ook signalen ontvangen over de werkelijke benutting van de in 2012 toegevoegde intensiveringsmiddelen. De afspraken over de inzet van deze intensiveringsmiddelen worden in 2012 mogelijk (nog) niet altijd volledig geëffectueerd. Voor de zorgkantoren bestaat dan de mogelijkheid om in de herschikkingsronde de productieafspraken 2012 van zorgaanbieders bij te stellen en hiermee met een verlaging van de ZZP-tarieven ruimte te creëren voor andere productieafspraken (bijvoorbeeld hogere aantallen). Indien de afgesproken tarieven in dit geval niet worden aangepast kunnen de in de tarieven toegevoegde intensiveringsmiddelen leiden tot een stijging van de reserves van de zorgaanbieder.

**Tussenconclusie:**

De ontvangen signalen van de zorgkantoren wijzen op een krapte binnen de totale contracteerruimte 2012 en mogelijk tot een overschrijding van de regionale contracteerruimte. Mogelijk dat minder krapte kan ontstaan, doordat de intensiveringsmiddelen nog niet volledig kunnen worden ingezet voor het aannemen en scholen van extra personeel en hierdoor kunnen worden ingezet voor meer volume of een hogere zorgzwaarte.





## 7. Advies en conclusie

### 7.1 Algemeen

In de voorgaande hoofdstukken is de contracteerruimte 2011 besproken en is aandacht besteed aan de belangrijkste ontwikkelingen en verwachtingen voor de contracteerruimte in 2012. Aan de hand van deze verwachtingen en ontwikkelingen wordt in dit hoofdstuk beoordeeld in hoeverre de contracteerruimte voldoende is om de verwachte zorgvraag in 2012 op te vangen.

De NZa verwacht dat de huidige totale omvang van de contracteerruimte onvoldoende is om de zorgvraag in 2012 te bekostigen. De NZa ziet hierbij wel (grote) regionale verschillen. In paragraaf 7.2 wordt beschreven hoe de NZa tot deze conclusie komt. Daarnaast wordt geadviseerd over de inzet van de margeregeling 2012 en de verdeling van de herverdelingsmiddelen 2012.

### 7.2 Advies

De NZa adviseert om onderstaande redenen, dat de inzet van de margeregeling en het volledig inzetten van de herverdelingsmiddelen noodzakelijk zijn om de zorginkoop 2012 binnen de contracteerruimte te kunnen laten plaatsvinden.

Ten eerste is de totale ruimte die is overgebleven in de contracteerruimte 2011 beperkt. Bij de toetsing van de contracteerruimte 2011 is gebleken dat € 56,8 miljoen (0,3%) niet is benut. Daarnaast hebben wel diverse zorgkantoren de margeregeling (volledig) in moeten zetten.

Ten tweede is in 2012 een beperkte groei ruimte beschikbaar voor de bekostiging van de groei in de extramurale- en intramurale zorg en de verzwaring van de ZZP-mix.

In 2012 is bovenop de contracteerruimte 2011 een algemene groei ruimte beschikbaar gesteld. Deze groei ruimte is groter dan de groei ruimte in de voorgaande jaren maar uit deze groei ruimte moet ook meer bekostigd worden:

- het kas-jaarbasiseffect van capaciteitsmutaties aangevraagd in 2011;
- capaciteitsmutaties die in 2012 in gebruik worden genomen;
- het verschil tussen de ophoging van de contracteerruimte in verband met de NHC en de benutting van deze ophoging in de regionale contracteerruimte;
- de zorgvraag die in 2011 bekostigd is met de margeregeling. Deze margeregeling wordt namelijk incidenteel toegevoegd aan de contracteerruimte, terwijl de cliënten structureel in zorg zijn.

Ten derde constateert de NZa ook in 2011 een aanzienlijke groei van de aanspraken op zorg. Uit de gegevens blijkt wel dat deze groei lager is dan in 2010. De groei zorgt uiteraard ook weer voor een verwachte groei van de aanspraken op zorg in 2012. In 2012 is in de praktijk, zoals bovenstaand beschreven, een lagere ruimte voor de groei van deze aanspraken op zorg beschikbaar.

De volgende twee ontwikkelingen zorgen voor het grootste effect in de verwachte groei van de aanspraken op zorg:

- in de intramurale zorg is een groei van de hogere ZZP's zichtbaar. De ZZP-mix wordt dus zwaarder;
- in de extramurale zorg is per saldo een stijging met betrekking tot (bijna) alle functies zichtbaar. De groei van begeleiding individueel heeft hierbij de grootste impact op de aanspraken op zorg.

De verwachte zorgvraag in 2012 kan volgens de inschatting van de NZa niet opgevangen worden binnen de huidige contracteerruimte. De beschikbare groeiruimte is namelijk beperkt en onvoldoende om de toename van de zorgvraag binnen de contracteerruimte op te vangen. De signalen en de ontvangen informatie van de zorgkantoren bevestigen dit.

Ook zijn de effecten van de maatregelen met betrekking tot het PGB nog niet zichtbaar in de (beschikbare) gegevens van het CIZ. De NZa heeft daarnaast nog geen signalen ontvangen dat de specifieke toevoeging van € 50 miljoen ten behoeve van de pgb-effecten (zie hoofdstuk 2, tabel 1) onvoldoende is. De NZa ziet vooralsnog geen aanleiding om te concluderen dat de toevoeging onvoldoende is om het pgb-effect in het beslag op de contracteerruimte op te vangen. Momenteel wordt gesproken over het (deels)terugdraaien van de maatregelen op het pgb. Deze signalen zijn niet meegenomen in dit advies.

Ten slotte verwijst de NZa naar de zorginkoop van de intensiveringsmiddelen. De intensiveringsmiddelen zijn integraal onderdeel van de ZZP-prijzen. Hierdoor is de uitgave aan deze intensiveringsmiddelen niet te bepalen door de NZa. Wel heeft de NZa signalen van zorgkantoren ontvangen dat in 2012 de intensiveringsmiddelen nog niet volledig worden ingezet voor het aannemen en scholen van (extra) personeel. Sommige zorgkantoren gebruiken deze mogelijkheid om scherp op ZZP's in te kopen en hiermee in de regionale contracteerruimte extra ruimte te creëren voor andere zorg (volume of zorgverzwaring).

### 7.2.1 Margeregeling 2012

Vanaf 2009 is de margeregeling steeds naar aanleiding van het advies Contracteerruimte beschikbaar gesteld aan de zorgkantoren. Verschillende zorgkantoren hebben gebruik gemaakt van deze margeregeling. Mede dankzij deze margeregeling zijn regionale knelpunten voorkomen.

De NZa adviseert om de margeregeling ook in 2012 beschikbaar te stellen aan de zorgkantoren. Conform voorgaande jaren dient het hier te gaan om een marge van een 0,5%. Mocht de margeregeling in 2012 door alle zorgkantoren volledig worden ingezet dan brengt dit een stijging van de contracteerruimte met zich mee van circa € 110 miljoen.

Bij de verwachte capaciteitsmutaties en bij de verwachte groei van de aanspraken op zorg ziet de NZa, zoals aangegeven in de conclusie van hoofdstuk 5, regionale verschillen. De margeregeling is in dit geval een goed instrument om in te zetten, omdat alle zorgkantoren, voor zover noodzakelijk, bij een knellende situatie gebruik kunnen maken van deze margeregeling.

De margeregeling is in eerste instantie tot stand gekomen om in te spelen op de jaarlijkse onderuitputting. Het gaat hierbij om het verschil tussen de daadwerkelijke realisatie en de gemaakte productieafspraken. Deze onderuitputting op de productieafspraken bedroeg de afgelopen jaren altijd gemiddeld ruim meer dan de 0,5%. Het is daarom ook de verwachting dat dit in 2012 weer het geval zal zijn en dat de margeregeling in 2012 ook weer beschikbaar gesteld kan worden. De NZa kan met betrekking tot de te verwachten onderuitputting echter geen garanties geven.

Voordeel van de margeregeling is dat deze regeling alleen wordt ingezet, als dit noodzakelijk is. In eerste instantie is dit dus afhankelijk van de regio, maar de NZa wil er specifiek op wijzen dat de beschikbare middelen uit deze margeregeling ook kunnen worden gebruikt voor overhevelingen tussen zorgkantoren. Op deze manier komen de middelen terecht in de regio's waar dit gezien de zorgvraag van cliënten, het meest nodig is.

### 7.2.2 Herverdelingsmiddelen 2012

In 2012 is nog € 125 miljoen van de groeiruimte beschikbaar. Dit betreft de herverdelingsmiddelen. Van deze middelen is € 100 miljoen beschikbaar vanuit de herverdelingsmiddelen 2012 en € 25 miljoen vanwege het niet structureel verdelen van herverdelingsmiddelen in 2011. De NZa acht op basis van de geconstateerde ontwikkelingen het inzetten van deze herverdelingsmiddelen noodzakelijk. Naast deze ontwikkelingen heeft de NZa twee specifieke aandachtspunten.

Ten eerste adviseert de NZa van de herverdelingsmiddelen € 550.459,- beschikbaar te stellen voor zorgkantoor Groningen in verband met de extra middelen voor de juiste bekostiging van woonwerkvoorzieningen voor autisten. Zorgkantoor Groningen heeft vanwege een foutieve verdeling in eerste instantie ten onrechte niets van deze middelen ontvangen. De NZa adviseert om bij de verdeling van de herverdelingsmiddelen rekening te houden met de middelen die onterecht te veel zijn toegekend aan zorgkantoor 't Gooi.

Ten tweede adviseert de NZa met de herverdelingsmiddelen het terugkerende tekort van zorgkantoor Friesland voor 2012 op te lossen. Zoals in paragraaf 6.4 staat beschreven is in het geval van Friesland een speciale situatie. Als enige zorgkantoor geldt bij Friesland dat én sprake is van een terugkerend tekort in de regionale contracteerruimte én dat het als concessiehouder, het maar één zorgkantoor heeft. Jaarlijks wordt een korting in de regio Friesland voorkomen door verschillende incidentele acties zoals bijvoorbeeld overhevelingen van andere concessiehouders of het toevoegen van extra middelen aan de regionale contracteerruimte (herverdelingsmiddelen 2011). De afgelopen jaren heeft de NZa veelvuldig contact gehad met zorgkantoor Friesland over de benutting van haar regionale contracteerruimte.

De NZa adviseert het tekort op de contracteerruimte van zorgkantoor Friesland op te lossen en € 21,3 miljoen (€ 19,7 miljoen op prijspeil 2012) toe te voegen aan de regionale contracteerruimte. In 2011 is incidenteel € 19,7 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte van zorgkantoor Friesland. Deze toevoeging was voldoende om in 2011 de regionale inkoopproblemen op te lossen. Om dezelfde zorg in 2012 in te kunnen kopen als in 2011 is een bedrag van € 21,3 miljoen noodzakelijk. De NZa adviseert om deze middelen structureel toe te voegen.

Naast dit advies loopt het APE-traject waarin gekeken wordt naar een alternatieve verdeling van de contracteerruimte. In dit onderzoek wordt gekeken naar het wijzigen van de verdeelsystematiek van de contracteerruimte en hierin wordt uiteraard ook de gewijzigde contracteerruimte van zorgkantoor Friesland betrokken.

De NZa adviseert de overige € 103,7 miljoen te verdelen op basis van de recente cijfers van het CIZ over de aanspraken op zorg in 2011. Elk zorgkantoor ontvangt haar aandeel in de geconstateerde ontwikkeling. Hierbij wordt rekening gehouden met de verhouding van de intra- en extramurale zorg in contracteerruimte.

Tevens heeft de NZa de reeds verdeelde groeiruumte van € 455 miljoen op basis van de nieuwe gegevens herberekend. Dit betekent dat indirect een nieuwe verdeling van de groeiruumte (de € 455 miljoen) wordt gemaakt. Het nieuw berekende bedrag voor groei in 2012 (groeiruumte en herverdelingsmiddelen) van een individueel zorgkantoor zal echter nooit lager worden vastgesteld dan de reeds verdeelde groeiruumte in augustus 2011. De verdeling van de herverdelingsmiddelen is opgenomen in de bijlage bij dit advies.

### 7.3 Conclusie

De NZa adviseert om voor 2012 de margeregeling (0,5%) en de beschikbare herverdelingsmiddelen in te zetten om de groei van de aanspraken op zorg binnen de contracteerruimte op te kunnen vangen. Van deze herverdelingsmiddelen wordt € 550.459,- specifiek toegevoegd aan de contracteerruimte van zorgkantoor Groningen en verrekend met de groeimiddelen van zorgkantoor 't Gooi. Daarnaast wordt € 21,3 miljoen aan de contracteerruimte van zorgkantoor Friesland toegevoegd. De NZa adviseert de overige € 103,7 miljoen te verdelen op basis van het aandeel van het zorgkantoor in de geconstateerde totale groei van de aanspraken op zorg.

### 7.4 Tot slot

De NZa concludeert dat de huidige contracteerruimte en de reeds verdeelde groeiruumte voor 2012 beperkt is. Dit kan mogelijk verschillende knelpuntmeldingen tot gevolg hebben. De verwachting is dat het jaar 2012 met inzet van bovenstaande oplossingen binnen de dan beschikbare contracteerruimte kan worden afgerond. Uiteraard zal de NZa dit blijven monitoren en bij een melding van een knelpunt het ministerie van VWS direct hiervan op de hoogte stellen.

## Bijlage 1

### Herverdelingsmiddelen 2012 zorgkantoren in €

Nummer	Naam	Reeds verdeelde groeiruimte	Herverdelings- middelen	Individuele posten	Totaal
3010	Groningen	18.216.375	-	550.459	18.766.834
3020	Friesland	17.841.282	3.010.329	21.300.000	42.151.611
3030	Drenthe	16.827.653	5.033.041	-	21.860.695
3040	Zwolle	13.894.972	3.977.879	-	17.872.851
3050	Twente	18.290.310	4.877.293	-	23.167.602
3060	Apeldoorn Zutphen e.o.	12.099.707	-	-	12.099.707
3061	Midden IJssel	5.791.639	547.398	-	6.339.036
3070	Arnhem	26.234.182	14.674.249	-	40.908.431
3080	Nijmegen	12.570.375	7.438.885	-	20.009.260
3090	Utrecht	31.796.213	-	-	31.796.213
3100	Flevoland	4.445.199	839.399	-	5.284.598
3110	t Gooi	10.912.999	900.708	550.459	11.263.248
3120	Noord-Holland Noord	14.832.180	-	-	14.832.180
3130	Kennemerland	12.134.817	-	-	12.134.817
3140	Zaanstreek/Waterland	10.001.093	9.202.883	-	19.203.975
3150	Amsterdam	22.621.216	11.379.029	-	34.000.245
3160	Amstelland en de Meerlanden	7.019.794	3.916.454	-	10.936.248
3170	Zuid Holland Noord	13.256.286	-	-	13.256.286
3180	Haaglanden	21.568.651	-	-	21.568.651
3190	Delft Westland Oostland	7.199.183	-	-	7.199.183
3200	Midden-Holland	5.075.205	-	-	5.075.205
3210	Rotterdam	21.818.317	3.062.353	-	24.880.670
3220	Nieuwe Waterweg Noord	5.171.627	702.663	-	5.874.290
3230	Zuid-Hollandse Eilanden	9.741.690	-	-	9.741.690
3240	Waardenland	10.542.925	-	-	10.542.925
3250	Zeeland	9.961.562	672.023	-	10.633.586
3260	West-Brabant	18.319.065	2.589.636	-	20.908.701
3270	Midden-Brabant	10.669.730	6.935.160	-	17.604.890
3280	Noordoost-Brabant	15.024.214	16.717.409	-	31.741.623
3290	Zuidoost-Brabant	17.194.392	5.078.210	-	22.272.603
3300	Noord-Limburg	12.445.230	142.462	-	12.587.692
3310	Zuid-Limburg	21.481.919	2.002.536	-	23.484.455
	Totaal	455.000.000	103.700.000	21.300.000	580.000.000