

Voortgangsrapportage

Invoering ZZP's

Rapportage over de periode
1 januari 2009 - 30 juni 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling van de Voortgangsrapportage	12
1.3 Focus	12
1.4 Informatiebronnen	13
1.5 Leeswijzer	13
2. De invoering van de zorgzwaartebekostiging	15
2.1 Inleiding	15
2.2 ZZP-indicaties	15
2.2.1 Non-indicaties en oude indicaties	15
2.2.2 CIZ-indicaties en het ZZP-scoreprogramma	16
2.3 Transparantie van het ZZP-aanbod	17
2.3.1 Informatieverstrekking door zorgaanbieders	18
2.3.2 Informatieverstrekking door zorgkantoren	18
2.4 Hoe vindt de cliënt de weg naar de juiste zorgaanbieder?	19
2.5 Conclusies en aanbevelingen	20
3. Inkoop en aanbod 2009	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Zorginkoop ZZP's	22
3.2.1 ZZP-inkoop in relatie tot de feitelijke indicatiestelling	22
3.2.1.1 Vergelijking door NZa	22
3.2.1.2 Ervaringen zorgaanbieders en zorgkantoren	22
3.2.2 ZZP-opgaven: verschuivingen in zorgzwaarte	23
3.3 Instellingsvreemde ZZP's	25
3.3.1 Inkoop in aantallen	26
3.3.1.1 Toelatingvreemde ZZP's	26
3.3.1.2 Sectorvreemde ZZP's	27
3.3.2 Borging kwaliteit bij instellingsvreemde ZZP's	29
3.4 Moeilijk leverbare ZZP's	30
3.5 Conclusies en aanbevelingen	31
4. Herallocatie	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Op- en afbouw: een kwantitatieve analyse	34
4.2.1 Herallocatie-effecten in de V&V-sector	34
4.2.1.1 Herallocatie V&V in aantallen	34
4.2.1.2 Herallocatie V&V nader bekeken	35
4.2.2 Herallocatie-effecten in de GHZ-sector	36
4.2.2.1 Herallocatie GHZ in aantallen	36
4.2.2.2 Herallocatie GHZ nader bekeken	36
4.2.3 Herallocatie-effecten in de GGZ-sector	37
4.2.3.1 Herallocatie GGZ in aantallen	37
4.2.3.2 Herallocatie GGZ nader bekeken	38
4.3 Maatwerkregeling	38
4.4 Oorzaken en gevolgen	38
4.4.1 Oorzaken en gevolgen voor opbouwers	38
4.4.2 Oorzaken en gevolgen voor afbouwers	39
4.5 Afwentelingeffecten intramuraal naar extramuraal	40
4.6 Conclusies en aanbevelingen	41

5. Financiering van intramurale AWBZ	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Registratie, declaratie, afrekening	43
5.3 Ervaringen van zorgkantoren en zorgaanbieders	45
5.4 Gevolgen van de invoering van declareren	46
5.4.1 Opbouwen van financiële buffers	46
5.5 Conclusies en aanbevelingen	46
6. Regelgeving	49
6.1 Inleiding	49
6.2 Ervaringen van zorgkantoren en zorgaanbieders	49
6.2.1 Administratieve lasten	50
6.2.2 Harmonisatie dagbesteding GHZ	51
6.2.3 ZZP's en de toelating voor behandeling	52
6.3 Onderhanden werk	54
6.3.1 LVG en SGLVG	54
6.3.2 GGZ	54
6.3.3 Tijdelijke afwezigheid	56
6.3.4 Leegstand en frictie	56
6.3.5 Crisisbedden	56
6.3.6 Tijdelijk verblijf (logeren)	57
6.3.7 Vervoerskosten	57
6.3.8 Extreme zorgzwaarte	58
6.4 Conclusies en aanbevelingen	58
Bijlage 1. Invoeringstraject	59
Bijlage 2. CIZ-data en ZZP-opgaven	61
Bijlage 3. Gebruikte data	63
Bijlage 4. Gegevens over instellingsvreemde ZZP's	65

Vooraf

Op 1 januari 2009 zijn in de intramurale AWBZ de zorgzwaartepakketten (ZZP's) ingevoerd. Van een bekostigingssysteem per bed met een toeslagenstelsel dat voor de cliënt niet transparant is, wordt overgestapt op een bekostiging van de zorgzwaarte per cliënt. Tegelijk met deze wijziging van de bekostigingssystematiek vindt een verandering in het systeem van afrekening plaats. Waar zorgkantoren en zorgaanbieders tot en met dit jaar werkten op basis van bevoorschotting, is vanaf 2010 sprake van een systeem van afrekening op basis van declaratie op cliëntniveau achteraf. Zowel in voorgaande jaren waarin de invoering is voorbereid, als in het afgelopen eerste half jaar na invoering is door veel partijen veel werk verzet. Met deze Voortgangsrapportage informeert de NZa marktpartijen en andere betrokkenen over wat tot nu toe is bereikt en over wat in de toekomst te doen staat. Waar nodig doet de NZa aanbevelingen.

Deze Voortgangsrapportage is tot stand gekomen met diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, concessiehouders en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

Rest ons een woord van dank aan allen die aan de totstandkoming van dit rapport hebben meegewerkt.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

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

Managementsamenvatting

In deze Voortgangsrapportage Invoering ZZP's beschrijft de NZa de stand van zaken bij de invoering van de ZZP's. De NZa wil hiermee (markt)partijen informeren die bij de invoering van ZZP's betrokken zijn. Daarnaast dient de Voortgangsrapportage om de verdere ontwikkeling van de invoering te ondersteunen. Zij is opgezet langs de chronologische lijnen van de invoering van de ZZP's. Achtereenvolgens komt de stand van zaken op het moment van invoering op 1 januari 2009 aan bod, de inkoopronde van maart 2009, de herallocatie en de wijzigingen in de financiering. Het laatste hoofdstuk van de Voortgangsrapportage gaat in op de specifieke regelgeving voor het invoeringstraject en informeert (markt)partijen over de stand van zaken omtrent de regelingen waaraan de NZa op dit moment werkt.

Invoering ZZP's op 1 januari 2009

Idealiter zou elke cliënt op 1 januari over een ZZP-indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moeten beschikken en zou hij moeten kunnen zien welke zorgaanbieder deze ZZP levert. Vooral in de Gehandicaptenzorg (GHZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is er echter nog een aanzienlijke groep cliënten zonder een dergelijke ZZP-indicatie. Voor deze cliënten maken zorgaanbieders gebruik van een ZZP-scoreprogramma. Het is zaak dat dit programma de wijzigingen in het programma dat het CIZ bij zijn indicatiestelling gebruikt op de voet volgt. Dit maakt namelijk dat beide programma's tot een vergelijkbare uitkomst leiden en dat zorgaanbieders na tussentijdse aanpassingen van algoritmen in het ZZP-scoreprogramma opnieuw de cliëntenpopulatie scoren.

Ook het ZZP-aanbod per zorgaanbieder is nog onvoldoende transparant voor de (potentiële) cliënt. Om cliënten op een goede manier naar zorgaanbieders te kunnen toeleiden, moet de informatievoorziening van zowel zorgkantoren als zorgaanbieders tijdig op orde zijn. De NZa blijft de voortgang op het gebied van transparantie monitoren en zal zorgkantoren via de prestatiemeting¹ op dit punt beoordelen. Mocht het gewenste resultaat uitblijven, dan stelt de NZa regels op die voor zorgaanbieders of zorgkantoren op het gebied van transparantie directe verplichtingen met zich meebrengen. De NZa is hiertoe bevoegd als dit voor de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid noodzakelijk is.

Inkoopronde maart 2009

Zorgkantoren kopen in 2009 weliswaar nog in op basis van de oude bekostigingsparameters, maar zij hebben wel beoordeeld of de zorg die zij hebben ingekocht en die is uitgedrukt in ZZP's, overeenkomt met de ZZP-indicaties in de regio. Deze beoordeling kunnen zorgkantoren gebruiken bij hun voorbereiding op de inkoop in 2010, wanneer zij daadwerkelijk in ZZP's inkopen. In slechts zes gevallen waren het zorgkantoor en de zorgaanbieder het oneens over de productieafspraken en hebben zij bij de NZa een eenzijdige opgave ingediend.

Zorgkantoren hebben een groot aantal instellingsvreemde ZZP's² ingekocht, waarvan een gedeelte boven de normen uitkomt zoals die zijn opgenomen in de landelijke richtlijnen van Zorgverzekeraars Nederland

¹ Met de jaarlijkse prestatiemeting onderzoekt de NZa de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

² Instellingsvreemde ZZP's zijn ZZP's die buiten de toelating van de zorgaanbieder vallen, of buiten de sector vallen waarin de aanbieder hoofdzakelijk werkzaam is.

(ZN). Het aantal toelatingsvreemde ZZP's is opvallend hoger bij stand-alone-verzorgingstehuizen en stand-alone-gezinsvervangende tehuizen (GVT-en) in de sector Verstandelijk Gehandicapten (VG). Bij sectorvreemde ZZP's is de toename van sectorvreemde ZZP's met de grondslag 'lichamelijk gehandicapt' (LG) in de sector Verpleging & Verzorging (V&V) opvallend. Levert een zorgaanbieder een instellingsvreemde ZZP, dan draagt dit het risico in zich dat de zorgaanbieder niet goed voor zijn taak is toegerust. Zorgkantoren hebben in het algemeen bij de inkoop van sectorvreemde zorg de kwaliteit geborgd door aan de zorgaanbieders de kwaliteitseisen te stellen die bij de betreffende ZZP horen. Als zorgaanbieders de zorg of de kwaliteit van zorg niet leveren, dan komt dit naar voren bij de materiële controles door zorgkantoren. De NZa blijft dit punt monitoren en zal het betrekken bij de prestatiemeting uitvoering AWBZ door zorgkantoren.

De NZa heeft naar aanleiding van signalen uit het veld onderzocht of zorgaanbieders cliënten zwaarder hebben geïndiceerd en of zorgaanbieders bepaalde cliënten minder snel in zorg wilden nemen, bijvoorbeeld omdat de prijzen of de pakketten onvoldoende bij de praktijk aansluiten. De NZa constateert op basis van de informatie waarover zij op dit moment beschikt, dat er geen sprake is van een patroon van selectief beleid van zorgaanbieders. De NZa blijft beide punten monitoren.

Herallocatie 2009-2011

Herallocatie wil zeggen dat van het budget op basis van oude parameters wordt toegewerkt naar het budget dat zorgaanbieders moeten krijgen op basis van ZZP's. Dankzij de inzet van extra kwaliteitsgelden is zowel bij de V&V-sector als bij de GHZ-sector sprake van meer opbouwers dan afbouwers. In de V&V-sector krijgen de opbouwers het gehele opbouwbedrag al in 2009 in hun budget. In de GHZ-sector vindt de opbouw in twee jaar plaats.

Voor de GGZ-sector geldt dat de aantallen opbouwers en afbouwers met elkaar in de pas lopen; hun aantallen zijn nagenoeg gelijk. De herallocatie in de GGZ zal niet plaatsvinden in 2009. Over herallocatie in de GGZ in 2010 vindt overleg plaats tussen onder andere het ministerie van VWS, GGZ Nederland en de NZa.

Als redenen voor opbouw geven zorgaanbieders aan dat zij:

- een cliëntpopulatie hebben met een relatief hoge zorgzwaarte, zoals bij stand-alone-verzorgingshuizen en stand-alone-GVT-en voor VG;
- in de oude budgetsystematiek weinig tot geen toeslagen afspraken voor hoge zorgzwaarte en aanvullende verpleeghuiszorg;
- in de oude budgetsystematiek weinig tot geen zorg-op-maatgelden of middelen voor bestendig beleid ontvingen.

Als redenen voor afbouw noemen zorgaanbieders:

- het verdwijnen van een aantal toeslagen, zoals de zorg-op-maatgelden en de aanvullende verpleeghuiszorg;
- leegstand.

Vooral de opbouwers wijzen op het risico dat zij niet in staat zijn om de zorg kwantitatief en kwalitatief te leveren zolang zij de financiële middelen nog niet hebben ontvangen. Nu deze zorgaanbieders met de extra gelden versneld kunnen opbouwen, is het niet waarschijnlijk dat dit risico zich zal voordoen.

Wat betreft de afbouwers komt uit de kwantitatieve analyse één opvallend punt naar voren: het herallocatie-effect bij GHZ-aanbieders wordt gemiddeld negatiever met de toename van het aandeel sectorvreemde ZZP's. Dit geldt vooral voor de kleinere GHZ-aanbieders, voor zover het geen GVT VG-stand-alone zijn.³ Het is zaak dat zorgkantoren bij de inkoop van sectorvreemde ZZP's er bij deze aanbieders extra alert op zijn dat deze voldoende middelen hebben om de kwaliteit te kunnen leveren die voor de betreffende sectorvreemde ZZP nodig is.

Zorgaanbieders die te maken hebben met een afbouw van meer dan 13% komen in 2011 onder voorwaarden in aanmerking voor een maatwerkregeling. Tot die tijd lopen zij mee in het reguliere herallocatietraject.

Financiering per 2010

In 2009 moeten zorgkantoren en zorgaanbieders zich voorbereiden op de overgang van bevoorschotting naar financiering achteraf. Het is zaak dat zij dit jaar de systemen zodanig op orde hebben dat zorgaanbieders facturen op cliëntniveau kunnen genereren en dat zorgkantoren deze facturen kunnen verwerken. Veel zorgaanbieders hebben hun registratie al zodanig ingericht dat tijdige declaratie op cliëntniveau mogelijk is. Een aantal zorgaanbieders is sceptisch over de mogelijkheden om dit tijdig voor elkaar te krijgen. Vrijwel alle zorgkantoren wachten de gereedkoming van het landelijke declaratiebericht voor declaratie op cliëntniveau af. Zorgaanbieders en zorgkantoren geven aan dat als de applicaties niet tijdig gereed zijn, de invoering van declaraties op cliëntniveau vertraging kan oplopen. De NZa zal daarom de declaratie van ZZP's op cliëntniveau niet vanaf 1 juli 2009 handhaven, maar vanaf 1 januari 2010.

Voor 2010 zullen de zorgaanbieders voor de geleverde zorg (steeds meer) achteraf gefinancierd worden. Het is zaak dat zij beschikken over een financiële buffer c.q. een rekening-courantfaciliteit om de tijd tussen de levering van de zorg en de uiteindelijke financiering ervan te overbruggen. Om de zorgaanbieders hierin tegemoet te komen, past de NZa de Beleidsregel rente (CA-338) voor de compensatie van de (rente)meerkosten aan.

Tabel 1.1 toont enkele kerngegevens over de instellingvreemde ZZP's en de herallocatie per sector.

Tabel 1.1 Enkele kerngegevens per sector

Overzicht	V&V	GHZ	GGZ
toelatingsvreemd	20,6%	38,0% (VG)	n.v.t.
sectorvreemd	2,9%	2,9%	0,8%
% afbouwers	19%	34%	48%
% opbouwers	81%	66%	52%

Bron: NZa

Regelgeving

Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen met de beleidsregels en nadere regels van de NZa tamelijk goed uit de voeten. Het grootste knelpunt dat zij ervaren is de administratieve lastendruk. Voor zorgaanbieders

³ Op het moment dat ook bij de GGZ de herallocatie daadwerkelijk plaatsvindt, is deze trend hier eveneens waarschijnlijk.

betekent het declareren op basis van ZZP's dat zij hun administratie en ICT-voorzieningen structureel moeten aanpassen. Dit kan van hen extra inspanningen vragen. De NZa heeft echter meegewogen dat de overgang naar ZZP's al lang van te voren is aangekondigd en dat de declaratie van ZZP's bovendien een onvermijdelijke stap in de invoering vormt. Nu in 2009 de bekostiging voornamelijk op basis van oude parameters plaatsvindt, is het uitvoeringsrisico voor de zorgaanbieders bovendien aanvaardbaar.

Omdat er in 2009 sprake is van zowel declaratie op basis van ZZP's als een bekostiging op basis van oude parameters, moeten zorgaanbieders en zorgkantoren een dubbele administratie (het systeem van functies/klassen en de nieuwe ZZP-scores/indicaties) hanteren. De extra administratieve lasten zijn onvermijdelijk in het kader van een zorgvuldige invoering van de ZZP-bekostiging en zijn bovendien van tijdelijke aard. Het is van belang dat er snel kan worden gedeclareerd met een automatisch systeem, want daardoor blijven de administratieve lasten zo laag mogelijk.

Overig

Nog niet alle vraagstukken rondom de invoering van ZZP's zijn opgelost. Zo werkt de NZa nog aan regelingen voor Kinderen en Jeugd GGZ, voor leegstand en frictie, voor crisisbedden, voor vervoerskosten en voor extreme zorgzwaarte. Over de herallocatie in de GGZ in 2010 vindt overleg plaats tussen onder andere het ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS), GGZ Nederland en de NZa. Voor de oplossing van de problemen bij tijdelijk verblijf ziet de NZa een belangrijke rol weggelegd voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren.

Overzicht van aanbevelingen

- Zorgaanbieders en zorgkantoren moeten het ZZP-aanbod per zorgaanbieder duidelijker inzichtelijk maken voor cliënten. Zorgkantoren moeten zorgaanbieders hiertoe ook stimuleren. De NZa blijft de voortgang op het gebied van transparantie monitoren en zal zorgkantoren via de prestatiemeting op dit punt beoordelen.
- Het ZZP-scoreprogramma dat zorgaanbieders gebruiken, moet de wijzigingen in het programma dat het CIZ bij de indicatiestelling gebruikt op de voet volgen, zodat beide programma's tot een vergelijkbare uitkomst leiden. Zorgaanbieders moeten na tussentijdse aanpassingen van algoritmen in het ZZP-scoreprogramma de cliëntenpopulatie opnieuw scoren.
- Zorgkantoren moeten bij de zorginkoop er alert op zijn dat zorgaanbieders instellingsvreemde ZZP's tegen voldoende kwaliteit kunnen leveren. Dit geldt des te meer bij zorgaanbieders die in budget moeten afbouwen. Als zorgaanbieders de zorg of de kwaliteit van zorg niet leveren, dan komt dit naar voren bij de materiële controles. De NZa blijft dit punt monitoren en zal het betrekken bij de prestatiemeting uitvoering AWBZ door zorgkantoren.
- Daarnaast zal de NZa blijven monitoren:
 - of zorgaanbieders cliënten zwaarder indiceren en of zorgaanbieders bepaalde cliënten minder snel in zorg willen nemen;
 - of zorgkantoren de zorg inkopen in overeenstemming met de indicaties in de regio en
 - of financiële problematiek op het gebied van intramurale AWBZ-zorg wordt afgewenteld op de extramurale AWBZ-zorg.
- De NZa zal zich inspannen en zal partijen stimuleren om in de transitieperiode van invoering van de ZZP's en van wijziging in financiering waar mogelijk vertragingen te voorkomen, waardoor de administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgkantoren zoveel mogelijk worden beperkt.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2009 vond de invoering van de ZZP's plaats voor de intramurale V&V, GHZ en GGZ.⁴ Met de invoering van de ZZP's is een stap gezet op weg naar een persoonsvolgende bekostiging van de zorg en daarmee een stap van aanbodsturing naar vraagsturing. Van een bekostigingssysteem per bed met een toeslagenstelsel dat voor de cliënt niet transparant is, wordt overgestapt op bekostiging van de zorgzwaarte per cliënt. In de zorgzwaartefinanciering vormt niet langer de totale beschikbare capaciteit (het aantal bedden) de basis van de bekostiging, maar wordt het budget bepaald door de zorgvraag van de cliënt, die vertaald is in een ZZP. De invoering van de ZZP's maakt 70% tot 85% van het budget persoonsvolgend. Het voornemen is daarbij om in 2011 een begin te maken met het persoonvolgend maken van de kapitaallasten door te gaan werken met integrale tarieven. Over de manier waarop dat kan, heeft de NZa onlangs advies uitgebracht.⁵

Het CIZ indiceert cliënten in een ZZP. Hoeveel en welke zorg een bewoner van een instelling gemiddeld nodig heeft, staat beschreven in de prestatiebeschrijvingen van de ZZP's. De zorgzwaarte van de cliënt is bepalend voor het ZZP en daarbij hoort een passend tarief. Voor cliënten die weinig zorg nodig hebben, brengen zorgaanbieders een lager tarief in rekening dan voor cliënten met een grote zorgvraag. Het uitgangspunt bij de vaststelling van de pakketten en de bijbehorende prijzen voor ZZP's is dat het totale macrobudget dat voor intramurale AWBZ-zorg na de invoering van ZZP's beschikbaar is, in principe gelijk is aan het totale macrobudget vóór de invoering van ZZP's.

Tegelijk met de wijziging van de bekostigingssystematiek vindt een verandering in het systeem van afrekening plaats. Waar zorgkantoren en zorgaanbieders tot en met dit jaar op basis van bevoorschotting werkten, is vanaf 2010 sprake van een systeem van afrekening op basis van declaratie op cliëntniveau achteraf. Hiervan ondervinden de zorgaanbieders in 2009 nog geen financiële gevolgen. Wel moeten zorgkantoren en zorgaanbieders hun administratiesystemen zodanig inrichten dat het nieuwe afrekensysteem volgend jaar operationeel is.

Het is van groot belang dat de invoeringstrajecten zorgvuldig verlopen. Onderdeel van deze zorgvuldigheid is dat gedurende het transitietraject monitoring plaatsvindt van de mogelijke problemen die door de transitie ontstaan. Knelpunten moeten tijdig worden gesignaleerd, zodat het mogelijk is om het beleid voor de invoering zo nodig aan te passen.

⁴ Met uitzondering van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten (ZG). Voor de ZG zijn in maart 2009 de pakketten vastgesteld; de tarieven zijn nog niet vastgesteld.

⁵ NZa, Advies aan de Staatssecretaris van VWS 'Naar integrale tarieven in de AWBZ', juni 2009.

1.2 Doelstelling van de Voortgangsrapportage

De doelstelling van het monitoren van de voortgang van de ZZP-invoering is tweeledig:

- Signalering van knelpunten en transitieproblemen bij de invoering van ZZP's in het algemeen.
- Nagaan of de zorgkantoren en de zorgaanbieders de nodige voorbereidingen en maatregelen hebben getroffen.

Met het uitbrengen van deze Voortgangsrapportage wil de NZa marktpartijen en de staatssecretaris van VWS inzicht bieden in de voortgang, de knelpunten en de bijsturing van de invoering van ZZP's, dit om draagvlak te behouden en de invoering soepeler te laten verlopen. Als de resultaten van het monitoren van de invoering van ZZP's daartoe aanleiding geven, publiceert de NZa die resultaten in een volgende Voortgangsrapportage.

1.3 Focus

Voor het gehele invoeringstraject van ZZP's is een invoerkalender opgesteld (zie bijlage 1). Deze kalender maakt inzichtelijk op welk moment tijdens het traject welke stappen worden gezet. Deze Voortgangsrapportage volgt of de invoering tot op het moment van publicatie volgens schema verloopt en of er voldoende voorbereidingen zijn getroffen om de invoering op koers te houden. De focus ligt daarbij op de zorgaanbieders en de zorgkantoren.

De belangrijkste stappen tot nu toe en in de nabije toekomst zijn hieronder nader uitgewerkt en vormen het geraamte van deze Voortgangsrapportage. Met elk van deze stappen wordt de doelstelling nader ingevuld.

Invoering ZZP's op 1 januari 2009

Na een aantal jaren van voorbereiding wordt vanaf 2009 officieel in ZZP-taal gesproken. Idealiter moet elke cliënt op 1 januari 2009 een ZZP-indicatie hebben, moet hij kunnen zien welke zorgaanbieder deze ZZP levert en heeft het zorgkantoor voldoende ZZP's voor 2009 ingekocht om aan de zorgvraag te voldoen.

Inkoopronde maart 2009

Zorgkantoren kopen in 2009 weliswaar nog in op basis van de oude bekostigingsparameters, maar moeten wel een vergelijking maken of de zorg die zij hebben ingekocht en is uitgedrukt in ZZP's, overeenkomt met de ZZP-indicaties in de regio. Door deze vergelijking weten zorgkantoren of er knelpunten optreden op het moment dat zij in 2010 daadwerkelijk in ZZP's inkopen.

Herallocatie 2009-2011

Er bestaat vrijwel altijd een verschil tussen het budget dat de individuele zorgaanbieder ontvangt op basis van de oude bekostigingsparameters en het budget dat hij zal krijgen op basis van de ZZP's. Om de overgang van het ene bekostigingssysteem naar het andere bekostigingssysteem zorgvuldig te laten plaatsvinden, is er sprake van een 'herallocatietraject'. In dit herallocatietraject wordt toegewerkt van het oude budget naar het budget dat zorgaanbieders op basis van ZZP's moeten krijgen.

Financiering per 2010

In 2009 moeten zorgkantoren en zorgaanbieders zich voorbereiden op de overgang van bevoorschotting naar financiering achteraf. Het is zaak dat zij dit jaar de systemen zodanig op orde hebben dat zorgaanbieders in staat zijn om facturen op cliëntniveau te genereren en dat zorgkantoren deze facturen kunnen verwerken, zodat het mogelijk is om vanaf 2010 zonder administratieve problemen (steeds meer) over te gaan op financiering achteraf op basis van declaraties op cliëntniveau.

1.4 Informatiebronnen

De Voortgangsrapportage is gebaseerd op kwalitatieve en kwantitatieve gegevens. De NZa wil bij de uitvoering van haar taken de administratieve belasting voor marktpartijen zoveel mogelijk beperken. Daarom heeft de NZa voor deze Voortgangsrapportage waar mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen, zoals cijfermateriaal dat zij al in haar bezit heeft of cijfers van het CIZ.⁶

Behalve van deze informatiebronnen heeft de NZa voor deze Voortgangsrapportage gebruik gemaakt van informatie die voor andere activiteiten bij haar binnenkomt, bijvoorbeeld via de informatielijn van de NZa. Daarnaast heeft zij informatie ingewonnen bij marktpartijen door middel van een enquête die is uitgezet onder tachtig zorgaanbieders (respons: 67) en via interviews met negen concessiehouders⁷, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en enkele adviesbureaus die zorgaanbieders hulp bieden bij de invoering van ZZP's.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 presenteert de stand van zaken voor wat betreft het aantal cliënten met een ZZP-indicatie, de transparantie van het ZZP-aanbod en de mate waarin de cliënt de weg naar het ZZP-aanbod weet te vinden. Hoofdstuk 3 beschrijft het verloop van de inkoopronde van maart 2009. In de hoofdstukken 4 en 5 komen achtereenvolgens de herallocatie en de financiering aan bod. Hoofdstuk 6 gaat in op de knelpunten die partijen ervaren bij de regels die de NZa heeft opgesteld om de invoering van ZZP's mogelijk te maken. Verder biedt dit hoofdstuk een overzicht van de punten die nog 'openstaan' en waaraan de NZa werkt, veelal in samenwerking met het veld, het ministerie VWS, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het CIZ. Elk hoofdstuk in deze Voortgangsrapportage bevat een overzicht van hetgeen van partijen wordt verwacht en hoever deze hiermee zijn. Wanneer partijen nog niet zo ver zijn als zij zouden moeten, heeft de NZa gekeken wat de oorzaken hiervan zijn en welke knelpunten hierdoor bij de invoering van ZZP's ontstaan. De slotparagraaf van elk hoofdstuk bevat conclusies en aanbevelingen.

⁶ Bijlage 3 bevat een uitgebreide beschrijving van de gebruikte data.

⁷ Een concessiehouder kan één of meer zorgkantoren beheren. In de tekst spreekt de NZa in algemene zin over 'zorgkantoor'; waar dat relevant is, gebruikt zij het begrip 'concessiehouder'.

2. De invoering van de zorgzwaartebekostiging

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op het indiceren van cliënten in ZZP's. Daarna komt de mate van transparantie van het ZZP-aanbod aan bod. Ten slotte wordt besproken hoe de cliënt de weg vindt naar de juiste zorgaanbieder.

2.2 ZZP-indicaties

2.2.1 Non-indicaties en oude indicaties

Voor een goede invoering van de ZZP's is het van belang dat er op termijn voor iedere cliënt een CIZ-indicatie in termen van ZZP's beschikbaar is. Alle cliënten die na 1 juli 2007 door het CIZ zijn geïndiceerd beschikken hierover, want op deze datum is het CIZ begonnen met het indiceren in ZZP's. Cliënten die vóór 1 juli 2007 geïndiceerd zijn, hebben nog een indicatie in functies en klassen in plaats van in ZZP's. Verder ontbreken ZZP-indicaties daar waar er sprake is van een non-indicatie.

Non-indicaties

Een non-indicatie duidt op een situatie waarin een cliënt zonder een officieel indicatiebesluit in het verleden in zorg is gekomen (bijvoorbeeld via een verwijzing door de huisarts en niet via het CIZ) en waarvoor later ook geen CIZ-indicatie is aangevraagd omdat er geen (grote) wijziging in de zorgvraag heeft plaatsgevonden. Non-indicaties komen vooral in de GHZ voor en vormen een probleem dat al langer speelt en dan ook losstaat van de invoering van de ZZP's. De grootschalige 'indicatieronde' van het CIZ maakt dit probleem inzichtelijk en voorziet de cliënten die helemaal geen indicatie hebben van een officiële CIZ-indicatie in ZZP-termen. Voor een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vormt een juiste indicatiestelling een voorwaarde. Het ministerie van VWS heeft met het CIZ de afspraak gemaakt dat deze alle non-indicaties in de GHZ vóór 1 juli 2009 zou indiceren in een ZZP. Van de oorspronkelijk ongeveer 45.000 non-indicaties hebben inmiddels bijna 40.000 van het CIZ een ZZP-indicatie gekregen. Het gaat hierbij om enkele procenten van het totale aantal cliënten in de verblijfszorg.

Cliënten met een oude indicatie van vóór 1 juli 2007

Het aandeel cliënten met een oude indicatie varieert per zorgkantorregio van 29 tot 42%⁸. De verschillen tussen zorgkantorregio's zijn aanzienlijk. Ook de concessiehouders zijn gevraagd om een overzicht van het aandeel van de indicaties in hun zorgkantorregio('s) in oude functies en klassen, per sector,. In de V&V blijkt het aandeel oude indicaties nog gemiddeld ruim 30% te zijn, terwijl dat aandeel in de GHZ en de GGZ volgens de schatting van één van de concessiehouders in een zorgkantorregio zelfs kan oplopen tot 70%. De concessiehouders geven aan dat er in bepaalde gevallen tussen de zorgaanbieders sprake is van aanzienlijke verschillen. Een groot aandeel

⁸ Bron: data CIZ, april 2009.

cliënten met een oude indicatie maakt een goed inzicht in de benodigde ZZP's soms moeilijk.

Vanaf november 2006 maken zorgaanbieders een schatting van het ZZP dat past bij cliënten die nog een oude indicatie hebben. Zij maken daarbij gebruik van het zogeheten ZZP-scoreprogramma dat het organisatieadviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) hiertoe in opdracht van het ministerie van VWS heeft opgesteld. Een zorgaanbieder bepaalt met een vragenlijst de zorgzwaarte van cliënten (in ZZP's) op een bepaald moment en krijgt een beeld van de indicatie die daarbij hoort. In de periode november 2006 tot en met januari 2007 zijn vrijwel alle cliënten in de verblijfszorg (destijds 255.000) voor het eerst op deze manier van een ZZP-score voorzien.

In de periode na januari 2007 zijn in de ZZP's nog diverse veranderingen doorgevoerd, die actualisatie van de zorgzwaartegegevens van cliënten vereisten. Daarnaast bleken zorgaanbieders behoefte te hebben om de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie in de tijd te kunnen vergelijken. Om deze redenen is het scoreprogramma aangepast⁹, waardoor de zorgaanbieders de zorgzwaarte kunnen bijhouden en actualiseren.

Het ZZP-scoreprogramma is een belangrijke tijdelijke oplossing om in die gevallen waarin uitsluitend een indicatiebesluit in functie en klassen aanwezig is, toch een beeld van de zorgvraag te krijgen. In de praktijk ervaren vooral zorgaanbieders soms problemen met de scores van dit ZZP-scoreprogramma. Deze problemen vormen het onderwerp van paragraaf 2.2.2.

2.2.2 CIZ-indicaties en het ZZP-scoreprogramma

Om problemen over de zorginkoop in het jaar 2009 te voorkomen, is 2008 als schaduwjaar gebruikt waarin zorgkantoren met zorgaanbieders tot overeenstemming moesten komen over de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie. Zorgaanbieders en zorgkantoren waren in 2008 dan ook verplicht om een gezamenlijke ZZP-opgave te doen. Zowel voor de ZZP-opgave in 2008, als voor de ZZP-opgave voor de zorginkoop in maart 2009 hebben zorgaanbieders het ZZP-scoreprogramma gebruikt om de zorgzwaarte van cliënten zonder ZZP-indicatie van het CIZ in kaart te brengen.

Verschillende zorgaanbieders hebben problemen ervaren met de uitkomsten van het ZZP-scoreprogramma. Deze zorgaanbieders geven aan dat zij een discrepantie ervaren bij het gebruik van het scoreprogramma en de indicatiestelling door het CIZ. Dit onderscheid komt op de volgende punten tot uiting:

- Het model van het CIZ heeft méér beoordelingspunten en om die reden is de procedure niet vergelijkbaar met de procedure die de zorgaanbieders volgen (bij gebruik van het scoreprogramma). Uiteraard is het zo dat als op alle *beperkingen* gelijk wordt gescoord, de beide registratiesystemen wél de zelfde ZZP-uitkomst geven.
- Tussentijds zijn er aanpassingen (aanscherpingen van de algoritmen¹⁰) doorgevoerd als gevolg van onderhoud door het ministerie van VWS en de doorontwikkeling van de ZZP-systematiek,

⁹ Het programma heette eerst 'ZZP Scoreprogramma' en na de hier genoemde aanpassingen 'ZZP Registratiesysteem' (waarmee uiteraard nog steeds ZZP-scores gegenereerd worden). In deze Voortgangsrapportage wordt de term 'scoreprogramma' gebruikt.

¹⁰ Een algoritme duidt op de weging die gegeven wordt aan de 'gescoorde' beperkingen in het programma, op grond waarvan de keuze op een bepaald ZZP valt.

zodat het CIZ daarna met deze aangepaste algoritmen indiceert. Als een algoritme is aangepast, moeten echter ook de zorgaanbieders de cliënten die daarvoor al met het programma van een ZZP-score zijn voorzien, opnieuw aan de vragenlijst onderwerpen. Veel zorgaanbieders hebben dit niet of pas laat gedaan. Het gevolg is dat het CIZ naderhand soms andere indicaties afgeeft dan de zorgaanbieder verwacht, met alle gevolgen voor het totale budget van dien.

Deze verschillen leiden vooral bij de zorgaanbieders tot onzekerheid over de werkelijke uitkomst. Die onzekerheid heeft betrekking op het feit dat er een gerede kans is dat de ZZP-score later alsnog door een afwijkende CIZ-indicatie wordt overschreven in een ZZP met een lagere zorgzwaarte. Zorgaanbieders moeten dan rekening houden met een aanpassing van de zorg die zij moeten leveren en bovendien met een andere (meestal lagere) prijs. Dit leidt weer tot financiële onzekerheid. Aanpassingen in de zorgzwaarte (na indicaties door het CIZ) kunnen behoorlijke veranderingen in het totale budget teweegbrengen. Onenigheid over de uitkomst ontstaat als zorgaanbieders de uitkomsten van het CIZ, mede na de aanscherpingen van de algoritmen, in verschillende gevallen te laag vinden.

2.3 Transparantie van het ZZP-aanbod

De invoering van ZZP's eist van zowel zorgaanbieders als zorgkantoren een correcte, tijdige en adequate informatievoorziening; bij de zorgaanbieder gaat het daarbij om welke ZZP's hij levert en bij het zorgkantoor om een overzicht van de ingekochte ZZP's per zorgaanbieder.

Een transparant aanbod is om verschillende redenen van belang. Ten eerste is een goede informatievoorziening voor (potentiële) cliënten onontbeerlijk. Immers, het doel van de vraaggestuurde bekostiging is dat zorgaanbieders zich van concurrenten onderscheiden in kwaliteit en in andere factoren die voor cliënten relevant zijn. Alleen door transparantie van het aanbod is het voor cliënten inzichtelijk wat de verschillen in zorgaanbod zijn en kunnen zij zelf keuzes maken. Dit geldt zowel voor het aanbod dat beschikbaar is als voor de kwaliteitsverschillen binnen dat aanbod. Ook het zorgkantoor heeft hier een taak bij het optimaal toeleiden van cliënten naar een zorgaanbieder. In het verlengde daarvan is transparantie ook in toenemende mate van belang voor een zorgaanbieder. Het verwerven van naamsbekendheid en een goede beeldvorming door middel van externe communicatie zorgen ervoor dat een zorgaanbieder een passend cliëntenbestand krijgt en behoudt. Idealiter draagt dit bij aan een zo groot mogelijk toegevoegde waarde voor de cliënten.

Tot slot, maar zeker niet minder belangrijk, is het zo dat de indeling in de ZZP's van de zorgaanbieder in de richting van cliënt een goede communicatie vereist over de zorg die hij levert. Een overgangsjaar zoals 2009 vereist dan ook des te meer dat er sprake is van een transparant aanbod van de zorg die de aanbieder levert.

2.3.1 Informatieverstrekking door zorgaanbieders

Door de invoering van ZZP's moeten zorgaanbieders uiteenlopende aanpassingen in de bedrijfsvoering doorvoeren. Eén van de veranderingen is de externe communicatie door een zorgaanbieder¹¹.

In de enquête onder zorgaanbieders is gevraagd op welke manier zij hun ZZP-aanbod bekend maken aan (potentiële) cliënten. Bijna een derde van de respondenten maakt in het geheel nog géén informatie over het ZZP-aanbod bekend. De meeste van hen geven aan dat zij er aan werken om in de loop van dit jaar het aanbod transparant te maken. Overigens geven vooral de kleinere zorgaanbieders aan dat zij het ZZP-aanbod nog niet bekend maken en/of dat dit pas op de langere termijn te verwachten is. Er bestaat geen relatie tussen het wel of niet bekendmaken enerzijds en een bepaalde sector of de positie in de herallocatie anderzijds.

Van ongeveer twee derde deel van de zorgaanbieders die wél informatie over het ZZP-aanbod bekend maakt, zijn er ook die de cliënt pas informeren als deze al in zorg is genomen. Daardoor komt het er uiteindelijk op neer dat slechts de helft van de geënquêteerde zorgaanbieders vóóraf aan potentiële cliënten informatie over het ZZP-aanbod verstrekt.

De zorgaanbieder informeert cliënten die al in zorg zijn vooral via intakegesprekken, zorgplanbesprekingen, brochures en gebruikersgidsen. In overleg met de cliënt legt de zorgaanbieder in het zorgplan vast welke zorg, binnen het geïndiceerde ZZP, aan hem zal worden geleverd.

Voor het informeren van potentiële cliënten geven zorgaanbieders aan vooral gebruik te maken van websites (waaronder ook die van het zorgkantoor), van folders en brochures en van presentaties.

2.3.2 Informatieverstrekking door zorgkantoren

Ook zorgkantoren spelen een belangrijke rol in het informatieproces richting de (potentiële) cliënt. De rol van het zorgkantoor om een goede toewijzing van cliënten te borgen, is tweeledig. Enerzijds verstrekt het zelf informatie aan (toekomstige) zorggebruikers (bijvoorbeeld via de website, via folders en op informatiebijeenkomsten), anderzijds kunnen zorgkantoren afspraken maken met de zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd over de manier waarop deze het informatieproces kunnen en moeten vormgeven.

In de interviews met de concessiehouders is gevraagd op welke manier zij werken aan een transparant ZZP-aanbod en op welke wijze zij de zorgaanbieders daartoe bewegen¹². Aan de zorgaanbieders zelf is

¹¹ Om zorgaanbieders hierbij een handvat te bieden, heeft HHM in opdracht van het ministerie van VWS een 'handreiking communicatie' opgesteld. Deze handreiking biedt inzicht in de informatiestromen die een cliënt bereiken en in de rol die een zorginstelling hierin speelt of kan spelen.

¹² In de prestatie meting van de zorgkantoren over 2008 schenkt de NZa ook aandacht aan de transparantie van het zorgaanbod, specifiek toegesneden op de ZZP's (prestatie-indicator 3, kwaliteit zorgverlening). De normering stelt dat de concessiehouder de cliënten telefonisch informeert en via de website, te verspreiden schriftelijk infomateriaal en/of anderszins over de ZZP's die elke gecontracteerde intramurale zorgaanbieder naar zijn oordeel kwalitatief voldoende kan leveren. De prestatie-indicator stelt verder dat zorgaanbieders zelf duidelijk moeten aangeven welke ZZP's zij wél en welke níet kunnen leveren, zodat het de keuze van de cliënt zélf

vervolgens gevraagd op welke manier het zorgkantoor hen stimuleert om het informatieproces over de ZZP's vorm te geven.

Actieve informatieverstrekking over ingekochte ZZP's speelt bij de zorgkantoren een belangrijke rol als een cliënt geen voorkeursaanbieder heeft. Het zorgkantoor verwijst deze cliënten door naar zorgaanbieders waar het geïndiceerde ZZP is ingekocht. Vrijwel geen enkel zorgkantoor maakt op dit moment ZZP-informatie bekend voor potentiële cliënten. Ongeveer de helft van de concessiehouders verwacht wel binnenkort klaar te zijn met de inrichting van de zorggids/zorgatlas op ZZP's. Via de zorggids (op de website of een fysiek document) kan een (potentiële) cliënt per zorgaanbieder het ZZP-aanbod zien. Eén concessiehouder ontwikkelt daarnaast de faciliteit dat het ZZP zelf de 'zoekingang' kan zijn: door het intikken van het geïndiceerde ZZP krijgt een toekomstige cliënt te zien welke zorgaanbieders tot zijn keuzemogelijkheden behoren. Deze zoekmethode sluit dus duidelijk beter aan op de situatie van een cliënt.

Uit de interviews en enquêtes blijkt verder dat zorgaanbieders vanuit de zorgkantoren nagenoeg geen stimuli ontvangen om transparant te zijn over hun zorgaanbod. Het enige medium dat zorgkantoren gebruiken, is het periodieke overleg met zorgaanbieders. Daarbij vragen zij de zorgaanbieders om duidelijk te maken welke ZZP's zij leveren. Sommige concessiehouders geven aan dat veel zorgaanbieders al uit eigen beweging de informatievoorziening over ZZP's goed vorm hebben gegeven. Enkele concessiehouders geven aan dat zij het komende jaar en de inkoop voor 2010 gebruiken om wel specifieke stimuli te geven. Zij vinden het op dit moment nog te vroeg om aan de informatieverstrekking eisen te stellen. Slechts één concessiehouder heeft in de overeenkomst hierover afspraken opgenomen.

2.4 Hoe vindt de cliënt de weg naar de juiste zorgaanbieder?

In aansluiting op het voorgaande doet zich de vraag voor op welke manier de cliënt de weg vindt naar de zorgaanbieder die het beste aansluit op zijn zorgvraag. Zorgkantoren bepalen vooral of deze weg voor de cliënt goed geplaveid is, omdat zij de belangrijkste rol spelen in het toewijzings- en toeleidingsproces.

Alle concessiehouders geven aan dat de voorkeur van de cliënt leidend is. Dit betekent dat de cliënt die een voorkeur voor een zorgaanbieder heeft aangegeven, bij de zorgaanbieder van zijn keus terecht komt. Het principe van de 'leidende voorkeur' van de cliënt kan echter botsen met het feit dat een zorgaanbieder mogelijk niet alle ZZP's levert en dat het zorgkantoor niet bij alle zorgaanbieders alle ZZP's inkoop. Voor een goede toeleiding van cliënten naar zorgaanbieders moet de informatievoorziening van zowel zorgkantoren als zorgaanbieders zodanig op orde zijn dat cliënten zich goed op de hoogte kunnen stellen van het ingekochte ZZP-aanbod per zorgaanbieder.

In de situaties dat een cliënt gekozen heeft voor een zorgaanbieder die een bepaald ZZP niet geheel kan leveren, moet volgens de concessiehouders wel gecommuniceerd worden welke zorg van het ZZP die zorgaanbieder wél en welke hij níet of mínder kan leveren.

is als hij een zorgaanbieder kiest die eigenlijk niet zijn ZZP kan leveren. In een dergelijke situatie neemt de cliënt met minder zorg genoegen, omdat dan vaak de zorg via het best passende instellingseigen ZZP geleverd moet worden.

Verschillende concessiehouders geven aan dat zij vanwege de overgangssituatie veelal nadat de cliënt in zorg is genomen contact met hem opnemen om te vragen of hij tevreden is.

In de gevallen dat de cliënt geen voorkeursaanbieder heeft aangegeven, heeft het zorgkantoor een actievere rol. Concessiehouders melden dat zij in zulke situaties duidelijk aangeven bij welke zorgaanbieders de cliënt voor het ZZP waarvoor hij is geïndiceerd het beste terecht kan en welke kwaliteit de zorgaanbieder levert. Bovendien wijzen zij in zulke situaties alleen toe aan zorgaanbieders die voor het betreffende ZZP zijn toegelaten en waarmee voor dat ZZP productieafspraken zijn gemaakt.

2.5 Conclusies en aanbevelingen

Er is nog een aanzienlijke groep cliënten zonder ZZP-indicatie. Voor cliënten zonder deze officiële indicatie maken zorgaanbieders gebruik van een ZZP-scoreprogramma. Het is zaak dat dit programma de wijzigingen in de CIZ-beoordeling op de voet volgt, zodat beide programma's tot vergelijkbare uitkomsten leiden, en dat zorgaanbieders na tussentijdse aanpassingen van algoritmen in het ZZP-scoreprogramma de cliëntenpopulatie opnieuw scoren.

Het ZZP-aanbod is op dit moment voor de (potentiële) cliënt nog onvoldoende transparant. Slechts de helft van de zorgaanbieders en géén van de concessiehouders maakt het ZZP-aanbod bij hen bekend. Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders hierin niet of nauwelijks.

Een transparant ZZP-aanbod voor potentiële cliënten is onontbeerlijk. Een cliënt moeten tijdig kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die hij prefereert. Dit kan uitsluitend als de cliënt beschikt over de informatie welke zorgaanbieders het ZZP levert dat voor hem relevant is en welke kwaliteitsaspecten daaraan zitten. Voor een goede toeleiding van cliënten naar zorgaanbieders moet de informatievoorziening van zowel zorgkantoren als zorgaanbieders tijdig op orde zijn. Concreet betekent dit dat een cliënt een overzicht moet kunnen krijgen van de zorgaanbieders in de regio die zijn ZZP kunnen leveren.

De NZa blijft de voortgang op het gebied van transparantie monitoren en zorgkantoren via de prestatiemeting op dit punt beoordelen. Mocht het gewenste resultaat uitblijven, dan stelt de NZa regels op die voor zorgaanbieders of zorgkantoren op dit terrein directe verplichtingen met zich meebrengen. De NZa is hiertoe bevoegd als dit voor de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid nodig is.

3. Inkoop en aanbod 2009

3.1 Inleiding

Van belang voor de inkoop in 2009 is dat er een omslag plaatsvindt van een instellingsgerichte naar een cliëntgerichte bekostiging. Dit houdt in dat de zorgkantoren in 2009 nog wel inkopen op basis van de oude bekostigingsparameters, maar dat zij met de zorgaanbieders ook een ZZP-afspraken maken. Desondanks blijft in 2009 de productieafspraken in oude termen financieel leidend.

Startpunt voor de inkoop van 2009 is de contracteerruimte¹³, die voor dit jaar nog gebaseerd is op oude bekostigingsparameters. De hoeveelheid zorg die het zorgkantoor inkoop, moet binnen de contracteerruimte blijven en passen bij de cliëntpopulatie.

In 2009 hebben zorgkantoren zowel in oude bekostigingsparameters, als in ZZP's een inschatting van de benodigde zorg gemaakt. Het doel van die raming is dat het zorgkantoor voldoende zorg die past bij de geïndiceerde ZZP's, kan inkopen bij zorgaanbieders die hiervoor zijn toegerust. Door dit jaar zowel een productieafspraken op basis van oude parameters als een ZZP-afspraken te maken, weten zorgkantoren of er knelpunten zullen optreden op het moment dat zij in 2010 uitsluitend in ZZP's inkopen. In 2010 wordt de contracteerruimte namelijk op de ZZP's gebaseerd.

Vervolgens hebben zorgkantoren met de zorgaanbieder vóór 1 maart 2009 afgesproken welke ZZP's deze zorgaanbieder kan leveren. De prijs van een ZZP is in 2009 door de NZa vastgesteld. Voor de productieafspraken leveren zorgaanbieders een voorstel in dat het zorgkantoor beoordeelt. Het zorgkantoor kijkt daarbij of een zorgaanbieder de zorg aan cliënten kwalitatief goed en doelmatig kan leveren. Zorgkantoren stellen hier 'aan de voorkant' eisen aan, zoals het werken met landelijke kwaliteitskaders en de toepassing van methoden van zelfrapportage. Ook kunnen zorgkantoren kijken of de ZZP's per zorgaanbieder afwijken van vergelijkbare zorgaanbieders en van de toelating. Als een zorgaanbieder veel ZZP's wil leveren die buiten zijn sector of zijn toelating vallen – de zogenoemde instellingsvreemde ZZP's –, dan moet het zorgkantoor in contact met de zorgaanbieder nagaan of deze de kwaliteit die bij deze pakketten behoort, kan leveren. Afspraken hierover moeten zorgkantoor en zorgaanbieder schriftelijk vastleggen.

Het sluitstuk van de inkoop vormt de materiële controle, waarbij het zorgkantoor controleert of de zorgaanbieder aan individuele cliënten passende zorg levert. De NZa brengt deze Voortgangsrapportage te vroeg in het jaar uit om inhoudelijk op de materiële controle van 2009 in te kunnen ingaan.

Hiervóór is beschreven wat het *algemene beleid* van zorgkantoren is bij de inkoop van zorg die gebaseerd is op de Leidraad zorginkoop ZZP's 2009-2010 van ZN. De volgende paragrafen gaan nader in op de inkoop door zorgkantoren *in de praktijk* (paragraaf 3.2), op de inkoop van instellingsvreemde ZZP's en de manier waarop zorgkantoren deze

¹³ De NZa stelt de contracteerruimte jaarlijks vast op aanwijzing van het ministerie van VWS en bewaakt deze gedurende het jaar.

beoordelen (paragraaf 3.3) en op het aanbod van zorgaanbieders (paragraaf 3.4).

3.2 Zorginkoop ZZP's

Deze paragraaf beschrijft of zorgkantoren de ZZP's in 2009 inkopen in overeenstemming met de indicatiestelling van de cliënten in hun werkgebied. Ook gaat de NZa in op de vraag hoe de zorgkantoren de ZZP-opgaven hebben beoordeeld. Afsluitend komen mogelijke verschuivingen in zorgzwaarte aan de orde.

3.2.1 ZZP-inkoop in relatie tot de feitelijke indicatiestelling

Het zorgkantoor moet de ZZP's inkopen die passen bij de indicatiestelling van zijn verzekerden. Dit kan het zorgkantoor doen door in zijn inkoopproces de feitelijke ZZP-opgave en zorglevering van elke zorgaanbieder te vergelijken met de feitelijke indicatiestelling van diens cliënten in de regio. Ook op regioniveau moet het zorgkantoor deze vergelijking maken. Deze paragraaf gaat eerst in op de cijfers van de NZa; daarna komen de ervaringen van de zorgaanbieders en zorgkantoren aan bod.

3.2.1.1 Vergelijking door NZa

De NZa heeft de hiervoor genoemde vergelijking gemaakt en geprobeerd om de gegevens uit twee gegevensbronnen met elkaar te confronteren, te weten:

- een overzicht van ZZP-indicaties die het CIZ per ultimo 2008 heeft afgegeven;
- de (verwachte) productie van ZZP's in 2009, zoals blijkt uit de ZZP-opgave van zorgaanbieders en zorgkantoren op 1 maart 2009.

De uitvoering van de vergelijking bleek niet mogelijk, omdat de huidige indicatiegegevens van het CIZ nog niet voor dit doel geschikt zijn; zij zijn immers niet specifiek hiervoor verzameld. Bijlage 2 gaat hierop nader in. De ZZP-opgave van zorgkantoor en zorgaanbieder geeft op 1 maart 2009 weliswaar wél voor alle intramurale cliënten de productie in termen van ZZP's weer, maar voor de indicatiegegevens van het CIZ is dit níet het geval. De NZa kan de vergelijking vooral niet maken omdat het onmogelijk is de grote aantallen oude indicaties, die nog in termen van functies en klassen¹⁴ luiden, tegen de ZZP-opgaven af te zetten.

Dit alles betekent dat de kwantitatieve gegevens op dit moment geen antwoord geven op de vraag of het zorgkantoor de zorg volgens de indicatie inkoop. De NZa blijft dit punt monitoren en zal hiertoe overleg voeren met het CIZ.

3.2.1.2 Ervaringen zorgaanbieders en zorgkantoren

De concessiehouders geven aan dat zij in het algemeen bij inkoop de vergelijking maken tussen indicaties en het productievoorstel van de zorgaanbieder in ZZP's. Om tot productieafspraken te komen, volgen zorgaanbieder en zorgkantoor hierbij de indicaties die het CIZ heeft afgegeven voor zover die daadwerkelijk in ZZP's luiden. Dit gebeurt dus niet voor intramurale cliënten waarvoor nog geen indicatie is vastgesteld

¹⁴ Bijlage 2 bevat een uitgebreide beschrijving van de CIZ-data en van de vergelijkbaarheid daarvan met de ZZP-opgaven.

(non-indicatie) of voor de grote groep van cliënten met een oude indicatie in termen van functies en klassen¹⁵.

De zorgaanbieders geven desgevraagd aan dat zij de CIZ-indicaties die al in ZZP-vorm luiden, gebruiken om de ZZP-opgave op te stellen. Verder maken zij in het algemeen gebruik van het ZZP-scoreprogramma voor cliënten met een oude indicatie en voor cliënten zonder indicatie (een zogenoemde 'non-indicatie')¹⁶. De zorgaanbieders zijn echter nog gericht op de productie-afspraken in oude parameters, omdat die in 2009 de financiële inkomsten nog sterk bepalen.

De concessiehouders geven desgevraagd aan dat zij bij hun beoordeling van de ZZP-opgave de oude indicaties, die nog niet in ZZP-termen luiden, niet gemakkelijk vertalen naar zorg die zij in ZZP's inkopen. Op één na alle concessiehouders volgen, al dan niet in een eigen variant, bij de beoordeling van de ZZP-opgave van de zorgaanbieders de landelijk afgesproken richtlijnen¹⁷ voor zorginkoop van ZN. Kan het zorgkantoor zich niet in de opgave van de zorgaanbieder vinden, dan overlegt het hierover met de zorgaanbieder. Zo nodig wordt de opgave hierop aangepast.

De ZZP-afspraken van 1 maart 2009 geven blijk van weinig onenigheid tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Zes zorgaanbieders, dat wil zeggen een fractie van het totaal, kwam er met het zorgkantoor niet uit en diende bij de NZa een eenzijdige ZZP-opgave in. Wel hebben een zestigtal zorgaanbieders een bezwaarschrift ingediend. Hierbij ging het vooral om de aanbieder van zorg voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Paragraaf 6.3.1. gaat nader op deze problematiek in.

In 2008 konden zorgaanbieders en zorgkantoren bij verschillen in inzicht een *expertteam* inschakelen. Dit onafhankelijke team had de taak om te bepalen of het zorgkantoor en de zorgaanbieder zich aan de (beleids)regels hadden gehouden en deed vervolgens een uitspraak over de zorgzwaarte die partijen hadden geschat. Twee concessiehouders hebben opgemerkt dat de inzet van de expertteams onvoldoende werkte. In de meeste gevallen volgde het expertteam het oordeel van de zorgaanbieder, zodat zorgkantoren geen mogelijkheden zagen om een lagere ZZP-score af te dwingen. Overigens diende het oordeel van expertteams uitsluitend als een (zij het zwaarwegend) advies. In 2009 zijn de expertteams opgeheven en moeten partijen zelf tot een oplossing komen.

3.2.2 ZZP-opgaven: verschuivingen in zorgzwaarte

De NZa ontving in 2009 enkele signalen van een verzwaring van de zorgzwaarte door de volgende oorzaken:

- strategisch gedrag van zorgaanbieders: bewuste verzwaring van de ZZP-score door een onjuiste toepassing van de ZZP-scoreprogramma's om financieel voordeel te behalen;
- beslisregels in het scoreprogramma dat zorgaanbieders gebruiken die afwijken van de beslisregels in de CIZ-indicatiestelling.

¹⁵ In de ZZP-afspraken 2009 van zorgaanbieder en zorgkantoor worden uiteraard geen CIZ-indicaties meegenomen waarop zorgaanbieders alternatieve zorg (extramurale zorg of PGB) of overbruggingszorg leveren. Dit geldt eveneens voor CIZ-indicaties op de wachtlijst, waarvoor (nog) geen levering van zorg plaatsvindt.

¹⁶ Zie ook paragraaf 2.2.

¹⁷ Het betreft hier vooral de normen voor de inkoop van sectorvreemde ZZP's.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn niet gewenst. Uiteraard is het wél legitiem om de zorgzwaarte te vergroten als gevolg van een daadwerkelijk zwaardere indicatiestelling door het CIZ. Om te bepalen of zich in (waargenomen) zorgzwaarte verschuivingen voordoen, heeft de NZa de ZZP-opgaven van maart 2009 vergeleken met de opgaven die partijen in het kader van de voorbereiding van de ZZP-bekostiging in oktober 2008 aan de NZa hebben gedaan.

Om te toetsen of er sprake is van een verschuiving in zorgzwaarte, heeft de NZa de voorlopige landelijke inkoopgegevens per sector bekeken. Daarbij heeft zij onderscheid gemaakt tussen lichtere en zwaardere ZZP's.

Tabel 3.1 toont het verloop van de aandelen zorgzware ZZP's die ZN als zodanig heeft aangemerkt¹⁸.

Tabel 3.1. Landelijke ontwikkeling van de aandelen zorgzware ZZP's in de ZZP-opgave 2009 ten opzichte van 2008

Aandeel intensieve zorg in de landelijk ingekochte ZZP's	ZZP-opgave okt 2008	ZZP-opgave maart 2009
V&V-zorgaanbieders	100%	100%
VV 5 en 6 (intensieve zorg)	33%	35%
VV 7 en 8 (zeer intensieve zorg)	11%	10%
VV 5 t/m 10 (inclusief VV 8 en VV9)	51%	51%
VG-zorgaanbieders	100%	100%
VG 4 en 5 (zeer) intensieve verzorging	37%	42%
VG 6 en 7 (zeer) intensieve begeleiding	32%	26%
VG 4 t/m 7	69%	68%
LG-zorgaanbieders	100%	100%
LG 4 en 5 (met begeleiding)	24%	26%
LG 6 en 7 (zeer) intensieve begeleiding	42%	38%
LG 4 t/m 7	66%	64%

Bron: NZa

Uit de vergelijking van de ZZP-opgave van 1 maart 2009 met die van oktober 2008 blijkt dat binnen de zwaardere ZZP's zich een verschuiving voordoet naar een gemiddeld lagere zorgzwaarte. Ook in totaal neemt het aandeel zwaardere ZZP's iets af ten gunste van de minder zorgzware ZZP's¹⁹.

Naast de zwaardere ZZP's heeft de NZa ook gekeken naar de minder zware ZZP's en een zelfde vergelijking gemaakt. Tabel 3.2 toont het resultaat.

¹⁸ Leidraad zorginkoop ZZP's 2009-2010 van ZN te Zeist, september 2008.

¹⁹ Het aandeel VG7 in de ZZP-opgave van 2009 wordt beperkt door de beschikbare toegelaten plaatsen voor VG7. In plaats daarvan spreken zorgkantoor en zorgaanbieder VG6 of VG5 af.

Tabel 3.2. Landelijke ontwikkeling van de aandelen minder zorgzware ZZP's in de ZZP-opgave 2009 ten opzichte van 2008

Aandeel intensieve zorg in de landelijk ingekochte ZZP's	ZZP-opgave okt 2008	ZZP-opgave maart 2009
V&V-zorgaanbieders	100%	100%
VV 1	17%	14%
VV 2	12%	13%
VV 3	9%	10%
VV 4	10%	12%
VV 1 t/m 4	49%	49%
VG-zorgaanbieders	100%	100%
VG 1	5%	4%
VG 2	9%	9%
VG 3	18%	19%
VG 1 t/m 3	31%	32%
LG-zorgaanbieders	100%	100%
LG 1	13%	11%
LG 2	16%	19%
LG 3	6%	6%
LG 1 t/m 3	35%	36%

Bron: NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er bij de zorglichte ZZP's sprake is van een verschuiving in tegengestelde richting in vergelijking met de zorgzware ZZP's, namelijk naar een gemiddeld hogere zorgzwaarte. In totaal neemt het aandeel lichtere ZZP's iets toe ten koste van de zorgzware ZZP's.

De verschuivingen die zowel bij de zwaardere als de lichtere ZZP's te zien zijn, komen overeen met de trend in de indicatiebesluiten die het CIZ in het laatste kwartaal van 2008 heeft afgegeven. Alleen de lagere pakketten VG1 tot en met VG3 vertonen een afwijkend beeld. Bij deze pakketten is een lichte afname te zien bij de ZZP-opgaven, terwijl het CIZ hiervoor relatief veel indicaties afgeeft.

Of de verschuivingen mede zijn veroorzaakt door strategisch gedrag van zorgaanbieders of door verschillen in beslisregels tussen de scoreprogramma's en de CIZ-indicatiestelling (wat de centrale vraagstelling van deze paragraaf vormt), is op basis van de beperkte data moeilijk te beoordelen. Hiervoor ontbreekt landelijk eenduidige wachtlijstinformatie en informatie over de ZZP-scores van de zorgaanbieders. De verschuivingen zijn echter niet zo groot dat op dit punt onmiddellijk onderzoek noodzakelijk is.

3.3 Instellingsvreemde ZZP's

Onder het begrip 'instellingsvreemde ZZP' vallen:

- sectorvreemde ZZP's: een ZZP dat buiten de sector valt waarin de zorgaanbieder in hoofdzaak werkzaam is;

- toelatingsvreemde ZZP's: een sectoreigen ZZP met een hoge of lage zorgzwaarte, waarbij de zorgzwaarte niet aansluit bij de toelating van de zorgaanbieder.

Van een sectorvreemde ZZP is sprake als de (her)indicatie door het CIZ niet (langer) overeenkomt met de toelating van de zorgaanbieder. Het gaat dan meestal om een andere dominante grondslag (somatisch, psychogeriatrisch, LG, VG, ZG), waarvoor de zorgaanbieder niet is toegelaten. Een voorbeeld is een ZZP voor LG in een verpleeghuis.

Een toelatingsvreemde (zorgzware) ZZP heeft een andere oorzaak. Anders dan bij sectorvreemde ZZP's gaat het hier niet om veranderingen van de grondslag, maar om zwaardere ZZP's, die geleverd worden in verzorgingshuizen en in GVT-en voor gehandicapten. Een voorbeeld zijn relatief zware ZZP's die minder goed passen bij zorgaanbieders die niet voor behandeling zijn toegelaten.

Wanneer een zorgaanbieder een instellingsvreemde ZZP levert, bestaat het risico dat deze niet voor zijn taak is toegerust. Het is de taak van het zorgkantoor om hierop te letten. Deze paragraaf gaat in op de aantallen instellingsvreemde ZZP's die zorgkantoren hebben ingekocht en op de manier waarop zij deze hebben beoordeeld in verband met de kwaliteitsborging.

3.3.1 Inkoop in aantallen

3.3.1.1 Toelatingvreemde ZZP's

De zorgkantoren hebben voor toelatingsvreemde ZZP's landelijke richtlijnen²⁰ afgesproken. Bedraagt het aantal cliënten met een zwaar pakket (VV 5 t/m 10) in een verzorgingstehuis ten minste 24% van het totaal, dan gaat het zorgkantoor met het verzorgingstehuis in gesprek over de kwaliteitsborging. Het zelfde geldt voor de vier zwaarste pakketten VG 4 t/m 6 in GVT-en voor VG, waarvoor een richtlijn geldt van 40%²¹.

De NZa heeft per zorgkantoor in kaart gebracht bij welk gedeelte van de totale ZZP-opgave van GVT-en voor VG, respectievelijk van verzorgingshuizen het om toelatingsvreemde ZZP's gaat die bóven de norm van 40%, respectievelijk 24% worden afgesproken. Heeft een verzorgingstehuis 22% toelatingsvreemde ZZP's, dan telt het in onderstaand overzicht niet mee. Heeft een verzorgingstehuis 27% toelatingsvreemde ZZP's met het zorgkantoor afgesproken, dan telt het meerdere boven de norm (dat is dus 3%) mee in tabel 3.3.

²⁰ Leidraad zorginkoop ZZP's 2009–2010 van ZN te Zeist, september 2008.

²¹ De feitelijke normen en richtlijnen zoals die zijn afgesproken in ZN-verband, zijn aanzienlijk gedetailleerder en genuanceerder, en hebben betrekking op meer zorgsectoren; voor een globaal beeld echter volstaat deze benadering.

Tabel 3.3 Percentage ingekochte toelatingsvremde ZZP's per zorgkantoor boven de norm in verzorgingstehuizen, respectievelijk GVT-en voor VG

% inkoop zware ZZP's alle VZH boven de norm 24%	Aantal ZK	% inkoop zware ZZP's alle GVT boven de norm 40%	Aantal ZK
0%	2	0%	3
0%-3%	22	0%-5%	14
3%-6%	3	5%-10%	9
>=6%	5	>=10%	6

Bron: NZa

Uit tabel 3.3 blijkt dat - op twee, respectievelijk drie na - alle zorgkantoren te maken hebben met zorgaanbieders die toelatingsvremde ZZP's boven de normen van 24%, respectievelijk 40% leveren. Bij vijf zorgkantoren vormen toelatingsvremde ZZP's die boven de norm geleverd zijn, méér dan 6% van de totale verzorgingshuisproductie binnen de regio. Bij zes zorgkantoren vormen toelatingsvremde ZZP's boven de norm méér dan 10% van de totale productie van GVT-en voor verstandelijk gehandicapten binnen de regio. Er zijn zowel grote verschillen tussen de zorgkantoren in het algemeen, als tussen zorgkantoren die onder één concessiehouder vallen. Bijlage 4 biedt in de tabellen B5 en B6 een eenvoudig overzicht van het afzetaandeel toelatingsvremde ZZP's per zorgkantoor voor respectievelijk de verzorgingstehuizen en de GVT-en voor VG.

De NZa heeft niet alleen gekeken naar verschillen tussen zorgkantoren, maar ook tussen zorgaanbieders. De stand-alone-verzorgingstehuizen en dito GVT-en voor VG leveren vaker toelatingsvremde ZZP's boven de norm dan verzorgingstehuizen die gecombineerd zijn met verpleeghuizen, respectievelijk GVT-en die aan een instituut voor verblijf VG en behandeling zijn gelieerd. Bijlage 4 werkt dit nader uit in de tabellen B 8 en B 9.

3.3.1.2 Sectorvremde ZZP's

De zorgkantoren hebben ook voor sectorvremde ZZP's landelijke richtlijnen afgesproken. Om de kwaliteit van de zorg te borgen, gaat het zorgkantoor een gesprek aan met elke zorgaanbieder wiens productievoorstel voor meer dan 3% uit sectorvremde ZZP's bestaat²². In tegenstelling tot de toelatingsvremde ZZP's geldt de norm voor sectorvremde ZZP's voor alle zorgaanbieders, dus niet uitsluitend voor verzorgingstehuizen en GVT-en.

De NZa heeft per zorgkantoor het aantal zorgaanbieders uit de V&V- en de GHZ-sector in kaart gebracht die meer dan 3% sectorvremde ZZP's met het zorgkantoor hebben afgesproken.

²² Voor de ZZP's voor ZG heeft ZN de norm op 0% gesteld. Als de zorgaanbieder dus één ZG-ZZP levert, dan is dit al aanleiding voor een gesprek met de zorgverzekeraar.

Tabel 3.5. Percentage ingekochte sectorvreemde ZZP's per zorgkantoor boven de norm bij V&V- en GHZ-aanbieders

% V&V-aanbieders >3% sectorvreemde ZZP's	Aantal ZK	% GHZ-aanbieders >3% sectorvreemde ZZP's	Aantal ZK
0%	3	0%	2
0%-20%	8	0%-20%	8
20%-40%	14	20%-40%	14
>40%	7	>40%	8

Bron: NZa

Uit tabel 3.5 blijkt dat - op drie, respectievelijk twee na - alle zorgkantoren te maken hebben met zorgaanbieders V&V, respectievelijk GHZ die sectorvreemde ZZP's boven de norm van 3% leveren. Zeven zorgkantoren spreken zelfs met meer dan 40% van alle V&V-zorgaanbieders in hun regio sectorvreemde ZZP's boven de norm af. Bij de GHZ-zorgaanbieders blijkt dit bij acht zorgkantoren het geval. Er zijn zowel grote verschillen tussen de zorgkantoren in het algemeen, als tussen zorgkantoren die onder één concessiehouder vallen. Bijlage 4 geeft in de tabellen B 1 en B 2 een eenvoudig overzicht van het afzetaandeel sectorvreemde ZZP's per zorgkantoor.

Ook tussen zorgaanbieders onderling bestaan grote verschillen. De volgende tabel toont het procentuele aandeel van de sectorvreemde ZZP's per zorgaanbieder per sector volgens de ZZP-opgave van 2009. Voor de V&V en de GHZ ligt dat aandeel iets onder de 3%, voor de GGZ bedraagt het 0,8%. Bij circa één zesde deel van de V&V-zorgaanbieders en een kwart van de GHZ-zorgaanbieders omvat het aandeel sectorvreemde ZZP's ten minste 5% van de inkoop.

Tabel 3.6. Procentuele aandeel sectorvreemde ZZP's per zorgaanbieder per sector volgens de ZZP-opgave 2009

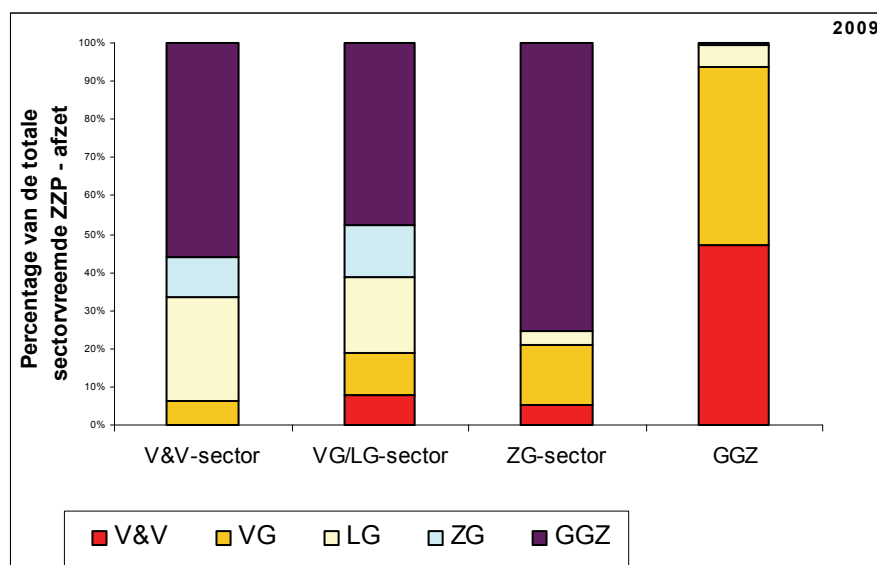
Procentueel aandeel sectorvreemd ZZP-inkoop	V&V aantal zorgaanbieders	GHZ aantal zorgaanbieders	GGZ aantal zorgaanbieders
0%	192	130	70
0%-5%	211	79	28
5%-10%	52	39	6
>10%	27	36	3
n (sector)	482	284	107
sectorgemiddelde	2,9%	2,9%	0,8%

Bron: NZa

Bijna de helft van de zorgaanbieders levert helemaal geen sectorvreemde ZZP's. Zorgaanbieders die meer dan 10% sectorvreemde ZZP's leveren, zijn echter evenmin zeldzaam. Ter illustratie toont figuur 3.1 de verdeling van de sectorvreemde ZZP's per sector. ZZP's met een GGZ-grondslag blijken circa de helft van de sectorvreemde ZZP's in de V&V-sector en de VG/LG-sector uit te maken en driekwart van de sectorvreemde ZZP's in de ZG-sector. De grondslag van de

sectorvreemde ZZP's in de GGZ-sector heeft voor de helft betrekking op VG en voor de andere helft op V&V.

Figuur 3.1 Procentuele samenstelling van de sectorvreemde ZZP-inkoop per sector



Bron: NZa

De sectorvreemde ZZP's met een LG-grondslag nemen in de sector toe. Signalen duiden erop dat het vooral om cliënten gaat waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is, en die daarom van het CIZ een LG-(her)indicatie krijgen. Bijlage 4 gaat hierop nader in.

3.3.2 Borging kwaliteit bij instellingsvreemde ZZP's

Het zorgkantoor dient in algemene zin te beoordelen of een zorgaanbieder in staat is om de zorg kwalitatief voldoende te leveren. Bij de levering van instellingsvreemde ZZP's boven een bepaalde norm zijn extra garanties nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Het gaat immers om het leveren van zorg waarvoor een zorgaanbieder mogelijk niet is toegerust. Om de instellingsvreemde ZZP's te kunnen leveren, moet de zorgaanbieder dan ook zowel in zijn bouwkundige voorzieningen als in de vereiste expertise (multidisciplinaire aanpak, behandel functie, doelgroepgerichte ervaring) bij de sectorvreemde of toelatingsvreemde cliëntengroep aansluiten. Overschrijdt een zorgaanbieder de landelijke normen voor instellingsvreemde ZZP's, dan is het de bedoeling dat het zorgkantoor met de zorgaanbieder een gesprek aangaat over de manier waarop deze de kwaliteit denkt te garanderen.

Kwaliteitsborging algemeen

De gesprekken over de kwaliteitsborging tussen het zorgkantoor en een zorgaanbieder met veel instellingsvreemde ZZP's kunnen leiden tot bijstelling van de ZZP-opgave. Daarbij geldt dat voor sectorvreemde ZZP's het zorgkantoor met de zorgaanbieder kan afspreken dat hij, in plaats van het sectorvreemde ZZP, het best passende 'sectoreigen' ZZP aan de cliënt zal leveren en dit als zodanig ook in de ZZP-opgave verwerkt. Een veel voorkomende omzetting is die van LG naar V&V voor zittende cliënten. Eén concessiehouder geeft aan dat ZN voor de omzetting van deze LG-indicaties naar V&V-indicaties een vertaaltabel aan het realiseren is.

Bij toelatingsvreemde ZZP's geldt dat het voor zorgkantoren lastig is om veel aan de verhouding tussen toelatingsvreemde en toelatingseigen ZZP's te veranderen, omdat de bewoners resident zijn en vaak langdurig in zorg.

Tijdens de interviews met concessiehouders is de manier waarop zij omgaan met de landelijke norm van 3% voor sectorvreemde ZZP's aan bod gekomen. Het beleid dat de verschillende concessiehouders hanteren verschilt aanzienlijk. Een aantal concessiehouders nodigt bij aantallen sectorvreemde ZZP's van 3% of meer inderdaad de zorgaanbieders uit voor een gesprek of voor een (geschreven) toelichting waarin zij moeten aangeven waarom zij de sectorvreemde ZZP's hebben gescoord. Eén concessiehouder houdt een percentage van 5% aan, maar gaat daar soepel mee om zolang de zorgaanbieder aan de kwaliteitseisen voldoet. Een andere concessiehouder hanteert helemaal geen percentages, maar past maatwerk toe. Deze concessiehouder bekijkt per zorgaanbieder de mogelijkheden om de zorg te leveren, de wensen van de cliënt en het doelgroepenbeleid.

Ondanks de verschillende manieren waarop concessiehouders met de landelijke norm van 3% omgaan, is het algemene beeld dat zij een hoog aandeel sectorvreemde ZZP's uitsluitend accepteren als zorgaanbieders de kwaliteit van de zorg kunnen waarborgen.

Kwaliteitsborging specifiek

Hiervóór is aan de orde geweest op welke manier de zorgkantoren in algemene zin de kwaliteit bij instellingsvreemde ZZP's borgen. Uit de kwantitatieve analyse van de instellingsvreemde ZZP's in paragraaf 3.3.1. volgen echter ook een aantal specifieke aandachtspunten die voor zorgkantoren bij de zorginkoop van belang kunnen zijn.

Voor toelatingsvreemde ZZP's geldt dat alertheid is geboden bij de stand-alone-verzorgingstehuizen en stand-alone-GVT-en voor VG. Het aandeel toelatingsvreemde ZZP's is hier duidelijk hoger dan in gecombineerde voorzieningen, terwijl de benodigde aanvullende zorg vanuit een verpleeghuis of instituut juist minder nabij is, of vanuit de eerste lijn moet komen. In paragraaf 4.2.2.1 blijkt dat de nieuwe ZZP-bekostiging de stand-alone-verzorgingstehuizen en stand-alone-GVT-en voor VG vaak financieel voordeel brengt, waardoor de financiële ruimte voor de benodigde personeelsinzet ook voorhanden is.

Bij de sectorvreemde ZZP's is alertheid geboden bij de zorgaanbieders met een aandeel sectorvreemd dat de norm van 3% met een veelvoud overschrijdt. In hoofdstuk 4 zal blijken dat die zorgaanbieders bij de nieuwe ZZP-bekostiging financieel vaak fors inleveren, waardoor de kwaliteit van zorg mogelijk (verder) onder druk komt te staan. Ook vraagt de gesignaleerde forse toename van het aandeel sectorvreemde ZZP's met LG-grondslag in de sectoren V&V en GHZ aandacht, ondanks de omzetting van LG naar V&V die volgens de geïnterviewden al plaatsvindt. De NZa blijft deze aandachtspunten monitoren.

3.4 Moeilijk leverbare ZZP's

In 2009 ontving de NZa signalen dat zorgaanbieders geneigd zouden zijn om cliënten die in bepaalde pakketten geïndiceerd zijn, minder snel in zorg te nemen. Dit zou zich bijvoorbeeld uiten in langere wachtlijsten of in meer terugmeldingen van deze cliënten door zorgaanbieders naar het

zorgkantoor. De volgende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen:

- de zorgaanbieder doet aan risicoselectie, dit omdat het betreffende ZZP voor hem financieel minder aantrekkelijk is;
- in het betreffende zorgaanbod zijn te weinig bedden/plaatsen voorhanden.

Ervaringen van zorgkantoren en zorgaanbieders.

Een aantal concessiehouders geeft aan dat zij signalen krijgen dat bepaalde pakketten voor zorgaanbieders financieel onaantrekkelijk zijn. Het gaat daarbij vooral om de lagere ZZP's, zoals VV 1 t/m 3, waarvoor de prijs niet kostendekkend zou zijn. Dergelijke verschuivingen in zorgzwaarten, anders dan door wijzigingen in de indicatiestelling van het CIZ, zijn echter - zoals al is besproken in paragraaf 3.2.2 - niet vastgesteld.

Aan de andere kant zijn er ook geluiden dat zorgaanbieders juist zware cliënten weigeren, omdat het personeelsbestand niet toereikend is om de juiste zorg te kunnen leveren. Een soortgelijk probleem doet zich voor bij de ketenzorg. Cliënten die na een verblijf in een ziekenhuis moeten revalideren, hebben vaak meer zorg nodig dan waarvoor zij geïndiceerd zijn. Zorgaanbieders zien de tijdelijke extra zorgbehoefte in de indicatie noch in het tarief verwerkt.

De geënuquëeerde zorgaanbieders wijzen vooral op specifieke, zwaardere pakketten die onvoldoende financiële dekking zouden bieden. Zij noemen: beademingsondersteuning, zorg voor cliënten met de ziekte van Huntington en cliënten met psychiatrische problematiek. Sommige zorgaanbieders zijn van mening dat de prijzen en de onderlinge weging van de pakketten onvoldoende bij de praktijk aansluiten.

Op dit moment wordt of is voor een aantal aandachtspunten die de zorgaanbieders aangeven al beleid ontwikkeld. Zo heeft de staatssecretaris van VWS onlangs het CIZ verzocht om de indicatie voor Huntingtonpatiënten die geïndiceerd zijn in een lager ZZP dan VV8 en die verblijven in één van de zes instellingen die een afdeling hebben die in de zorg voor deze patiënten is gespecialiseerd, op verzoek van de instelling om te zetten in ZZP VV8. Daarnaast doet de NZa op dit moment onderzoek of de dure medicijnen van aidspatiënten die in verpleeghuizen zijn opgenomen, in de ZZP's wel voldoende worden gedekt. Het resultaat van dit onderzoek komt naar verwachting eind juli beschikbaar.

3.5 Conclusies en aanbevelingen

Het is op dit moment niet mogelijk om op basis van kwantitatieve gegevens een antwoord te geven op de vraag of de zorgkantoren de ZZP's inkopen in overeenstemming met de indicatiestelling. De NZa en het CIZ werken vanaf 2007 samen om de mogelijkheden te vergroten om de CIZ-gegevens over indicatiestelling toe te passen op een (her)verdeling van de beschikbare financiële middelen in de regionale contracteerruimte per zorgkantoor. Vanaf medio 2008 hebben beide organisaties ook een kwaliteitsslag ingezet voor de gegevens over intramurale indicaties. Dit kan tevens leiden tot een betere toepasbaarheid van de CIZ-data voor het monitoren van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

De concessiehouders zelf geven aan dat zij zich hebben ingespannen om zoveel mogelijk de ZZP's in te kopen die passen bij de indicatiestelling

van hun verzekerden. Zorgkantoren hanteren bij de beoordeling van de ZZP-opgaven de landelijk afgesproken richtlijnen voor sectorvreemde ZZP's van ZN en gaan in gesprek met de zorgaanbieders als die opgaven afwijken van wat zij verwachten. Slechts in zes gevallen kwamen het zorgkantoor en de zorgaanbieder er samen niet uit en hebben zij bij de NZa een eenzijdige opgave ingediend.

De signalen die de NZa heeft ontvangen over een toename van de zorgzwaarte in 2009 ten opzichte van de opgave in 2008 worden in de praktijk niet bevestigd. In grote lijnen blijken de ZZP-opgaven van 2009 de trend te volgen die in de afgegeven indicaties van het CIZ zichtbaar is, en dit vormt een gewenste ontwikkeling.

Veel zorgkantoren worden in hun werkgebied geconfronteerd met zorgaanbieders met hoge aandelen sector- en toelatingsvreemde ZZP's. De manier waarop zorgkantoren specifiek met sectorvreemde ZZP's omgaan, verschilt vooral waar het gaat om de hantering van de landelijke norm van 3%. De meeste zorgkantoren hanteren de norm; één zorgkantoor gaat uit van een norm van 5% en een ander past vanaf 0% maatwerk toe. Alle zorgkantoren waarborgen de kwaliteit van de zorg 'aan de voorkant', doordat zij bij de beoordeling van sectorvreemde ZZP's een kritische houding aannemen. De NZa heeft met betrekking tot instellingsvreemde ZZP's nog enkele specifieke aandachtspunten gesignaleerd die de kwaliteit van de zorg onder druk kunnen zetten. Daarbij gaat het om de snelle toename van sectorvreemde ZZP's voor de LG in verpleeghuizen, de (kleinere) zorgaanbieders met veel sectorvreemde ZZP's en de hoge zorgzwaarte in stand-alone-verzorgingstehuizen en GVT-en. De NZa zal deze aandachtspunten monitoren.

Signalen dat zorgaanbieders de neiging hebben om cliënten die voor bepaalde pakketten geïndiceerd zijn minder snel in zorg te nemen, worden door zorgkantoren en zorgaanbieders bevestigd. Dit zou zowel voorkomen bij lichtere als bij zware ZZP's en bij specifieke ZZP's. Voor een aantal van de aangegeven knelpunten bij zware ZZP's wordt al bekeken of het noodzakelijk is om een regeling te treffen. De NZa blijft mogelijk strategisch gedrag van zorgaanbieders bij relatief lichte of zware pakketten monitoren.

4. Herallocatie

4.1 Inleiding

Met ingang van 2009 heeft de invoering van de ZZP's gevolgen voor de budgetten van de zorgaanbieders. Er kunnen immers verschillen bestaan tussen het budget dat zorgaanbieders kregen op basis van de oude bekostigingsparameters en het budget dat zij ontvangen op basis van de ZZP's. Om de overgang van het ene bekostigingssysteem naar het andere bekostigingssysteem zorgvuldig te laten plaatsvinden, is er sprake van een 'herallocatietraject'.

Om het verschil tussen het budget op basis van de oude bekostigingsparameters en het ZZP-budget te bepalen, hebben zorgaanbieders en zorgkantoren in maart 2009 een productieafspraken voor intramurale zorg gemaakt in zowel termen van de huidige prestaties als in ZZP's. Op basis van deze productieafspraken heeft de NZa het herallocatiebedrag eenmalig vastgesteld. In het herallocatietraject wordt van het oude budget toegewerkt naar het budget dat zorgaanbieders moeten krijgen op basis van ZZP's. Het traject strekt zich uit over de jaren 2009 tot en met 2011, zodat de effecten van de verandering van het bekostigingssysteem op de budgetten van zorgaanbieders worden gefaseerd.

De herallocatie in de GGZ zal niet in 2009 plaatsvinden. Over herallocatie in deze sector in 2010 vindt overleg plaats tussen onder andere het ministerie van VWS, GGZ Nederland en de NZa.

Bij zorgaanbieders in de V&V en GHZ waarvan het budget op basis van de ZZP-opgave lager is dan het vastgestelde budget, bouwt de NZa in 2009 op basis van de huidige parameters (afbouwers) 2% van het huidige budget af. De middelen die vrijvallen, zet zij in bij de zorgaanbieders waarbij het budget op basis van de ZZP-opgave hoger is dan het budget op basis van de huidige parameters (opbouwers). In 2010 vindt bij de afbouwers tot maximaal 6% van het vastgestelde budget afbouw plaats. Hiervan is 2% in 2009 al ingeleverd; over de aanvullende afbouw van 4% moeten zorgaanbieders en zorgkantoren nader afspraken maken. Ook in 2010 worden de middelen die hierbij vrijvallen door middel van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren bij de opbouwers ingezet. In 2011 kopen zorgkantoren volledig op ZZP's in en zitten de zorgaanbieders op hun ZZP-budget.

Het bovenstaande geldt voor zorgaanbieders die te maken hebben met een opbouw of afbouw van niet meer dan 13%. Zorgaanbieders met een afbouw of opbouw van meer dan 13% komen onder voorwaarden in aanmerking voor een maatwerkregeling. Dit wil zeggen dat zij bij de NZa moeten aangeven wat de oorzaak van de opbouw of afbouw is en dat zij een plan van aanpak moeten opstellen om zaken zoals bedrijfsvoering en personeelsbestand in overeenstemming te brengen met het te verwachten ZZP-budget. De zorgaanbieders moeten een reactie van het zorgkantoor op de haalbaarheid van dit plan bijvoegen.

De volgende paragrafen gaan nader in op de opbouw en afbouw in de praktijk. Paragraaf 4.2 presenteert de opbouw en afbouw in cijfers. Paragraaf 4.3 gaat in op de maatwerkregeling. In paragraaf 4.4 komen de mogelijke oorzaken en gevolgen aan bod van op- en afbouwcijfers uit

paragraaf 4.2. Paragraaf 4.5 beschrijft mogelijke afwentelingeffecten door de herallocatie.

4.2 Op- en afbouw: een kwantitatieve analyse

In deze paragraaf presenteert de NZa de uitkomsten van de kwantitatieve analyse van de herallocatiepercentages per sector. De analyse is uitgevoerd in een vroeg stadium na binnenkomst van de productieafspraken; nog niet alle zorgaanbieders zijn hierin meegenomen. Het doel van deze paragraaf is dan ook niet om een volledig overzicht te bieden, maar om een eerste indruk te geven van de budgettaire groei- en afbouwtrajecten van zorgaanbieders.

4.2.1 Herallocatie-effecten in de V&V-sector

4.2.1.1 Herallocatie V&V in aantallen

Om inzicht te krijgen in de herallocatie-effecten in de V&V-sector, heeft de NZa de zorgaanbieders onderverdeeld naar infrastructuur: *stand-alone*-verzorgingshuizen (VZH), *stand-alone*-verpleeghuizen (VPH) en zorgaanbieders die een combinatie vormen van één of meer verpleeghuizen en één of meer verzorgingshuizen. In paragraaf 3.3.1.1 bleken al verschillen in zorgzwaarte (toelatingsvremde ZZP's) tussen stand-alone-zorgaanbieders en gecombineerde instellingen; deze verschillen kunnen leiden tot verschillen in herallocaties.

Tabel 4.1 Percentage op- en afbouwers naar type intramurale V&V-zorgaanbieder

Type intramurale V&V-afbouwers	<-/-13%	-/-13% - -/- 6%	-/-6% - -/- 2%	-/- 2% - 0%	totaal
stand alone VZH	3%	6%	7%	7%	23%
combinatie VZH/VPH	0%	1%	8%	8%	17%
stand alone VPH	4%	0%	0%	0%	4%

Type intramurale V&V-opbouwers	0% - 2%	2% - 6%	6% - 13%	> 13%	totaal
stand alone VZH	12%	18%	34%	14%	78%
combinatie VZH/VPH	22%	43%	15%	2%	82%
stand alone VPH	8%	54%	27%	8%	97%

Bron: NZa

Uit tabel 4.1 blijkt dat bij de drie onderscheiden typen zorgaanbieders sprake is van een forse opbouw. Dit wordt veroorzaakt doordat de extra kwaliteitsmiddelen die voor de V&V-sector beschikbaar zijn, al aan de ZZP-prijzen zijn toegevoegd. In geld bouwen de stand-alone-VPH en de stand-alone-VZH iets meer op dan het gemiddelde. De stand-alone-VPH en de stand-alone-VZH hebben een zwaardere cliëntenpopulatie dan de VPH, respectievelijk de VZH bij gecombineerde zorgaanbieders. Bijlage 4 licht dit toe in tabel B 7.

4.2.1.2 Herallocatie V&V nader bekeken

De NZa heeft nader gekeken naar de effecten van herallocatie voor V&V-zorgaanbieders die in de oude systematiek veel toeslag(en) voor grote zorgzwaarte kregen²³. Dit gebeurde naar aanleiding van signalen vanuit het veld dat deze zorgaanbieders er op achteruitgaan. In de tabel 4.2 is – onderverdeeld in vier categorieën naar het percentage dagen waarover de zorgaanbieder een toeslag ontving – het herallocatiepercentage voor deze zorgaanbieders weergegeven.

Tabel 4.2 Procentueel herallocatie-effect en dagtoeslagen hoge zorgzwaarte bij intramurale V&V-zorgaanbieders

Aandeel dagen met toeslagen in totale inkoop	Aantal aanbieders (n= 481)	herallocatie
0%	263	5%
>0% - 10%	168	3%
>10% - 20%	34	2%
> 20%	16	1%
sectorgemiddelde		3,3%

Bron: NZa

De cijfers bevestigen het signaal dat deze zorgaanbieders er minder bij krijgen dan de andere; wel zijn de effecten erg beperkt zijn en wijken nooit veel af van het sectorgemiddelde van de V&V.

Naar aanleiding van signalen uit het veld heeft de NZa ook gekeken naar *stand-alone*-verzorgingshuizen waarvoor in de oude systematiek veel toeslagen werden afgesproken voor aanvullende zorg vanuit het verpleeghuis. In tabel 4.3 is – onderverdeeld in vier categorieën van het aantal dagen waarover de zorgaanbieder een toeslag ontving – het herallocatiepercentage voor deze zorgaanbieders weergegeven.

Tabel 4.3 Procentueel herallocatie-effect en dagtoeslagen aanvullende verpleeghuiszorg bij *stand-alone*-verzorgingstehuizen

Aandeel dagen met toeslagen in totaal	Aantal aanbieders (n= 201)	Herallocatie
0% - 10%	14	10%
>10% - 20%	6	5%
>20% - 50%	145	7%
> 50%	36	2%
Gemiddelde alle VZH		6,0%

Bron: NZa

Zoals al eerder is aangegeven, hebben de *stand-alone*-verzorgingstehuizen in vergelijking met de overige verzorgingstehuizen

²³ Dit waren toeslagen per dag voor CVA (beroertes), aids, palliatief terminale zorg (PTZ) en VG. Daarnaast ging het om de toeslagen voor chronische aandoeningen met een hoge zorgvraag, die voor het grootste deel in de ZZP-systematiek zijn opgenomen en niet meer afzonderlijk worden bekostigd.

een relatief zware populatie. Hun gemiddelde herallocatie-effect van 6% is dan ook hoger dan het sectorgemiddelde van 3,3% van de gehele V&V. Uit de cijfers blijkt dat de *stand-alone*-verzorgingstehuizen met veel hoge toeslagen er inderdaad gemiddeld minder goed van afkomen in vergelijking met de andere *stand-alone*-verzorgingstehuizen. De NZa heeft signalen ontvangen dat de betreffende huizen in verhouding tot het aantal cliënten met een grote zorgzwaarte, mogelijk een te hoog aantal dagtoeslagen aanvullende zorg hebben afgesproken.

4.2.2 Herallocatie-effecten in de GHZ-sector

4.2.2.1 Herallocatie GHZ in aantallen

Om inzicht te krijgen in de herallocatie-effecten in de GHZ-sector heeft de NZa de zorgaanbieders ook hier nader onderverdeeld naar infrastructuur: *stand-alone*-GVT-en, *stand-alone*-intramuraal en zorgaanbieders die een combinatie van beide vormen.

Tabel 4.4 Percentage op- en afbouwers naar type intramurale GHZ-zorgaanbieder

Type intramurale GHZ-afbouwers	<-/-13%	-/-13% - -/- 6%	-/-6% - -/- 2%	-/- 2% - 0%	totaal
Stand alone GVT	11%	11%	7%	4%	33%
combinatie	1%	11%	7%	11%	30%
Stand alone intram.	3%	7%	18%	11%	39%

Type intramurale GHZ-opbouwers	0% - 2%	2% - 6%	6% - 13%	> 13%	totaal
Stand alone GVT	0%	10%	19%	39%	68%
combinatie	6%	22%	25%	18%	71%
Stand alone intram.	10%	24%	13%	14%	61%

Bron: NZa

Uit tabel 4.4 blijkt dat er, net zoals bij de V&V, bij de GHZ gemiddeld sprake is van een forse opbouw. Ook hier is de oorzaak dat extra kwaliteitsmiddelen aan de ZZP-prijzen zijn toegevoegd.

De *stand-alone*-GVT-en voor VG gaan er gemiddeld circa 10% op vooruit. Dit wordt zeker mede veroorzaakt door het feit dat deze *stand-alone*-voorzieningen een veel zwaardere cliëntenopbouw kennen dan de GVT-en in gecombineerde voorzieningen voor VG. Bijlage 4 licht dit nader toe in tabel B 8. De gecombineerde voorzieningen voor VG en de *stand-alone*-intramuraal voor VG krijgen een gemiddelde opbouw van enkele procenten.

De overige GHZ-voorzieningen (de ZG hierin niet meegenomen) bevinden zich in de min; vooral de *stand-alone*-GVT-en voor LG moeten fors afbouwen.

4.2.2.2 Herallocatie GHZ nader bekeken

Opvallend is dat het herallocatie-effect bij GHZ-aanbieders gemiddeld negatiever wordt met de toename van het aandeel sectorvreemde ZZP's.

Dit geldt vooral voor de kleinere GHZ-aanbieders, niet zijnde GVT VG-stand-alone.

Tabel 4.5 Procentueel herallocatie-effect en aandeel sectorvreemde ZZP's intramurale GHZ

Aandeel sectorvreemde ZZP's in totale inkoop	n= 265	herallocatie
0%	120	2%
0%-5%	75	3%
5%-10%	37	-4%
>10%	33	-11%
sectorgemiddelde		1,3%

Bron: NZa

Naar aanleiding van signalen vanuit het veld heeft de NZa gekeken naar de effecten van de afbouw van de oude budgetcomponenten bestendig-beleid en zorg-op-maat. Bij 27 GHZ-zorgaanbieders ging het om een bedrag van ten minste 5% van het budget. Deze zorgaanbieders leveren hiervan, zoals te verwachten is, een groot deel in.

4.2.3 Herallocatie-effecten in de GGZ-sector

4.2.3.1 Herallocatie GGZ in aantallen

Hoewel de herallocatie voor de GGZ nog niet in 2009 zal plaatsvinden, zijn al wel de herallocatiebedragen vastgesteld. Voor een goed inzicht in de herallocatie-effecten heeft de NZa onderscheid gemaakt naar regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's) en algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ's). Mogelijk zijn verschillen in clientèle, net als bij de V&V en de GHZ, een verklaring voor een deel van de herallocaties.

Tabel 4.6 Op- en afbouw naar type intramurale GGZ-zorgaanbieder

Type intramurale GGZ-afbouwers	<-/-13%	-/-13% - -/- 6%	-/-6% - -/- 2%	-/- 2% - 0%	totaal
stand alone RIBW	4%	26%	15%	4%	49%
combinatie	25%	15%	5%	5%	50%
stand alone APZ	18%	12%	15%	2%	47%

Type intramurale GGZ-opbouwers	0% - 2%	2% - 6%	6% - 13%	> 13%	totaal
stand alone RIBW	11%	11%	7%	22%	51%
combinatie	0%	10%	30%	10%	50%
stand alone APZ	12%	20%	10%	12%	54%

Bron: NZa

Uit tabel 4.6 blijkt dat het aantal opbouwers en afbouwers per onderscheiden type met elkaar in evenwicht is. Er zijn echter veel zorgaanbieders die veel moeten opbouwen of afbouwen. De effectuering

van de herallocatie is in de GGZ nog onderwerp van beleidsmatige discussie. Paragraaf 6.3.2 gaat hier nader op in.

4.2.3.2 Herallocatie GGZ nader bekeken

Sectorvreemde ZZP's komen in de GGZ relatief weinig voor: nog geen 1% van de inkoop. Evenals bij de GHZ bevinden GGZ-aanbieders met een groot sectorvreemd aandeel zich in de min en het gaat ook hier om kleine zorgaanbieders.

4.3 Maatwerkregeling

De maatwerkregeling is bedoeld voor zorgaanbieders en zorgkantoren waar sprake is van een opbouw of afbouw van meer dan 13% verschil tussen hun huidige budget en de ZZP-opgave.

Opbouw maatwerkregeling

De NZa heeft kritisch gekeken naar de zorgaanbieders van wie het budget door de invoering van de zorgzwaartebekostiging meer dan 13% stijgt. Alle zorgaanbieders die voor de maatwerkregeling in aanmerking komen, krijgen de opbouwmiddelen boven de 13% in 2009. De NZa vindt dat de reguliere verantwoording volstaat en zorgaanbieders hoeven geen plan van aanpak in te dienen.

Afbouw maatwerkregeling

Zorgaanbieders die te maken hebben met een afbouw van meer dan 13%, komen onder voorwaarden in aanmerking voor een maatwerkregeling. Dit wil zeggen dat deze aanbieders een plan van aanpak moeten opstellen waarin zij aangeven wat de oorzaak van de afbouw is en hoe zij zaken zoals hun bedrijfsvoering en personeelsbestand in overeenstemming brengen met het ZZP-budget dat zij kunnen verwachten. Dit plan van aanpak moet begeleid worden door een reactie van het zorgkantoor. Het eventuele individuele maatwerk voor de grote afbouwers is pas in 2011 aan de orde. Deze afbouwers lopen tot en met 2010 mee in het reguliere herallocatietraject.

4.4 Oorzaken en gevolgen

Paragraaf 4.2 gaf de opbouw en afbouw vooral in cijfers weer. Deze paragraaf evalueert de oorzaken en de gevolgen van de op- en afbouw van de budgetten van zorgaanbieders.

4.4.1 Oorzaken en gevolgen voor opbouwers

Oorzaken

In het algemeen geldt dat zorgaanbieders met een grote zorgzwaarte er ten opzichte van overige zorgaanbieders in hun budget op vooruitgaan. Dit komt bij de stand-alone-verzorgingstehuizen en dito GVT-en voor VG ook duidelijk naar voren.

In paragraaf 4.2 bleek dat zorgaanbieders die in de oude budgetsysteematiek weinig tot geen toeslagen afspraken (voor hoge zorgzwaarte, aanvullende verpleeghuiszorg), in het algemeen groei vertonen. Ook zorgaanbieders die in de oude budgetsysteematiek geen zorg- op-maatgelden of middelen voor bestendig beleid ontvingen, bouwen op.

Gevolgen

Uit de enquêtes onder zorgaanbieders blijkt dat vooral de zorgaanbieders die nog in een opbouwtraject zitten, aangeven dat de middelen nog onvoldoende bij de zorgzwaarte aansluiten. Zij zouden immers de hoeveelheid en kwaliteit van zorg niet kunnen leveren zolang het 'opbouwgeld' nog niet is verkregen. Dit leidt er volgens sommige zorgaanbieders toe dat zij niet in staat zijn om de zorg volgens de indicatie te leveren.

Zorgkantoren moeten er voor zorgen dat cliënten de zorg ontvangen waar zij recht op hebben. Zorgkantoren geven aan weinig tot geen signalen te ontvangen dat cliënten de geïndiceerde zorg bij zorgaanbieders die opbouwen, niet krijgen. Bij de materiële controle stelt het zorgkantoor daadwerkelijk vast of cliënten de zorg krijgen waar zij volgens indicatie recht op hebben. Twee concessiehouders geven aan dat zij dit aspect specifiek betrekken bij een cliëntenraadpleging.

Het risico dat zorgaanbieders met een opbouw over te weinig middelen beschikken om voldoende zorg te leveren, wordt in de V&V- en GHZ-sector klein. Dit omdat in 2009 sprake is van inzet van extra middelen. Hierdoor groeien de zorgaanbieders in de V&V- en de GHZ-sector binnen één, respectievelijk twee jaar naar hun budget op basis van ZZP's toe.

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat zij op het gebied van de bedrijfsvoering maatregelen nemen om kwalitatief voldoende zorg te kunnen leveren die past bij de zorgzwaarte van hun cliënten. Voorbeelden hiervan zijn uitbreiding van de formatie en aanpassing van de personeelsplanning op de zorgzwaarte van de cliënten.

4.4.2 Oorzaken en gevolgen voor afbouwers

Oorzaken

Net zoals dat bij de opbouw het geval is, heeft de relatieve zorgzwaarte van het cliëntenbestand vanzelfsprekend ook bij de afbouw grote invloed op de omvang van de herallocatie. Dat geldt ook voor het verdwijnen van een aantal toeslagen²⁴. Zorgaanbieders die bijvoorbeeld veel zorg-op-maatgelden of toeslagen voor aanvullende verpleeghuiszorg afspraken, moeten relatief vaker afbouwen²⁵. Zo bleek in paragraaf 4.2 al dat het wegvallen van de toeslagen voor aanvullende verpleeghuiszorg een ongunstig budgettaire effect heeft op sommige stand-alone-verzorgingshuizen. Dit effect vloeit logisch voort uit de overgang van een model met specifieke toeslagen naar een model dat standaard rekening houdt met zorgzwaarte.

Voor een aantal zorgaanbieders in de GHZ geldt dat zij tot nu toe de meerzorg voor SGLVG-cliënten, behalve uit de reguliere bekostiging, financierden uit de zorg-op-maatgelden. Deze toeslag is bij de nieuwe bekostigingssystematiek niet langer van toepassing. Voor deze cliënten is het in 2009 (nog) niet mogelijk om de bijbehorende VG7 af te spreken. Paragraaf 6.3.1 gaat nader op deze problematiek in.

Een andere oorzaak voor budgettaire afbouw is tijdelijke leegstand. Zorgaanbieders die bezig zijn met nieuwbouw of renovatie, hebben te maken met een tijdelijke leegstand van hun capaciteit. In het verleden ontvingen zorgaanbieders daarvoor een aangepast budget, maar met de

²⁴ Toeslag voor ademhalingsondersteuning, cliënten met aids, zorg-op-maat, hardheidsclausule, zintuiglijk gehandicapten in verzorgingshuizen en aanvullende verpleeghuiszorg.

²⁵ De gelden die hiermee zijn gemoeid, zijn verwerkt in de ZZP-tarieven; daardoor worden deze naar zorgzwaarte alsnog over de zorgaanbieders herverdeeld.

invoering van de ZZP-bekostiging draaien zorgaanbieders op zo'n moment geen productie en kunnen zij dan ook geen productie declareren. Een tijdelijke leegstand kan dan ook leiden tot een forse afbouw, omdat het budget op basis van ZZP's bij leegstand lager is dan het budget op basis van de oude parameters. Paragraaf 6.3.4 gaat nader op deze problematiek in.

Gevolgen

Net zoals de zorgaanbieders die opbouwen, geven zorgaanbieders die afbouwen aan dat zij de bedrijfsvoering aanpassen. Zo stellen zij de bezettingsgraad of de personeelsformatie bij of bezuinigen. Desondanks geven enkele zorgaanbieders aan dat de prijzen van de ZZP's te laag zijn en dat zij als uiteindelijk volledig is afgebouwd, de zorg niet met behoud van kwaliteit kunnen leveren. Als hiervan sprake is, zullen zorgkantoren dit bij de materiële controle constateren en zo nodig maatregelen nemen.

4.5 Afwentelingseffecten intramuraal naar extramuraal

De invoering van de zorgzwaartebekostiging heeft een forse impact op de intramurale zorgaanbieders. Veel intramurale zorgaanbieders leveren ook extramurale omzet, die vaak enkele tientallen procenten van hun intramurale omzet bedraagt. Voor de extramurale zorgprestaties gelden maximumtarieven. In tegenstelling tot de ZZP-prijzen, die vast zijn, kan een zorgkantoor op de prijs van de extramurale productie bij de zorgaanbieder dan ook een korting bedingen; dit gebeurt erg vaak²⁶.

Het is niet ondenkbeeldig dat zorgaanbieders vanwege financiële problemen bij intramuraal hun kortingen op de extramurale productie willen verminderen²⁷. Aan de andere kant zal een zorgkantoor daaraan niet zonder meer meewerken. Bovendien zijn de financiële gevolgen van de nieuwe intramurale bekostiging in 2009 slechts heel beperkt. Omdat dit volgend jaar anders ligt, monitort de NZa in de Voortgangsrapportage de ontwikkeling van de extramurale prijzen in relatie tot de herallocatie per zorgaanbieder²⁸.

Tabel 4.7 relateert de gemiddelde korting op de extramurale prijs aan het herallocatiepercentage dat de V&V-zorgaanbieder op zijn intramurale budget ondergaat.

De NZa heeft op dit moment geen verband gevonden tussen mogelijke financiële problematiek intramuraal en lage kortingen extramuraal. Net als in 2008 bedraagt de korting in 2009 gemiddeld iets minder dan 3% voor zowel de extramurale V&V-omzet als de extramurale GHZ-omzet.

²⁶ Monitor Extramuraal AWBZ-zorg 2007-2008, NZa.

²⁷ Een dergelijk effect kan zich ook voordoen op andere markten, zoals de Wmo (huishoudelijke hulp) en de jeugdgezondheidszorg. Dit is nog niet verder onderzocht.

²⁸ De NZa onderzoekt slechts een klein deel van de extramurale prestaties binnen de functies verpleging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding; deze maken echter meer dan de helft van de extramurale omzet uit.

Tabel 4.7 Gerealiseerde besparingen door zorgkantoren in 2009 op extramurale productie van intramurale zorgaanbieders V&V

Herallocatie % op intramurale V&V-budget	n = 481	V&V-korting extramuraal
<0%	70	-3%
tussen 0% en 10%	267	-3%
tussen 10% en 20%	57	-4%
>20%	6	-3%
geen extramurale omzet	81	

Bron: NZa

4.6 Conclusies en aanbevelingen

Uit de kwantitatieve analyse van de herallocatiepercentages per sector die de NZa heeft uitgevoerd, blijkt dat er zowel in de V&V- als in de GHZ-sector sprake is van een groter aantal zorgaanbieders die opbouwen dan afbouwen. Voor de GGZ-sector geldt dat er nagenoeg net zoveel opbouwers als afbouwers zijn.

De oorzaken van opbouw zijn divers. Naast de extra kwaliteitstoeslagen voor de V&V- en GHZ-sector is een belangrijke oorzaak voor opbouw dat er sprake is van een relatief grote zorgzwaarte. Ook zorgaanbieders die in de oude budgetsysteem weinig tot geen toeslagen afspraken (voor hoge zorgzwaarte, aanvullende verpleeghuiszorg) bouwen over het algemeen op. Dat geldt eveneens voor zorgaanbieders die in de oude budgetsysteem geen zorg-op-maatgelden of middelen voor bestendig beleid kregen.

Vooropbouw wijzen op het risico dat zij de zorg kwantitatief en kwalitatief niet kunnen leveren zolang zij de financiële middelen nog niet hebben ontvangen. De versnelde opbouw van de budgetten van de zorgaanbieders in de V&V- en de GHZ-sector verkleint dit risico. Maatregelen die zorgaanbieders nemen om de juiste zorg en kwaliteit te kunnen leveren, hebben vooral betrekking op een aangepaste bedrijfsvoering.

Een belangrijke oorzaak van afbouw is het feit dat een aantal toeslagen zijn verdwenen, zoals de zorg-op-maatgelden en de aanvullende verpleeghuiszorg. Zorgaanbieders noemen leegstand als oorzaak voor afbouw. Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat het herallocatie-effect bij GHZ-aanbieders gemiddeld negatiever wordt naarmate het aandeel sectorvreemde ZZP's toeneemt. Dit geldt vooral voor de kleinere GHZ-aanbieders, niet zijnde GVT VG-stand-alone. Het is zaak dat zorgkantoren bij de inkoop van sectorvreemde ZZP's bij deze aanbieders er extra alert op zijn dat deze over voldoende middelen beschikken om de kwaliteit te kunnen leveren die voor de betreffende sectorvreemde ZZP benodigd is.

Als zorgaanbieders de zorg of de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk niet leveren, dan komt dit bij de uitvoering van de materiële controles naar voren. De NZa blijft dit punt monitoren en betrekken bij de prestatiemeting uitvoering AWBZ door zorgkantoren.

Zorgaanbieders die meer dan 13% van de budgetbasis moeten op- of afbouwen, kunnen onder voorwaarden in aanmerking komen voor een

versnelde groei of vertraagde afbouw, de zogeheten maatwerkregeling. De NZa heeft op basis van de beschikbare gegevens en macromiddelen alle opbouw in de V&V-sector echter al in 2009 kunnen verwerken; in de GHZ-sector zal de opbouw in 2010 geheel verwerkt zijn. De maatwerkregeling voor afbouwers gaat pas in vanaf 2011. De NZa nodigt hen te zijner tijd uit voor een gesprek.

De NZa heeft ook gekeken of zorgaanbieders eventuele financiële problematiek als gevolg van de invoering van de ZZP's afwentelen op de extramurale zorg door lagere kortingen te geven. Uit een nadere analyse van de NZa is niet gebleken dat dit gebeurt.

5. Financiering van intramurale AWBZ

5.1 Inleiding

De financiering van zorgaanbieders van intramurale AWBZ vindt plaats door middel van maandelijkse bevoorschotting. Dit houdt in dat zij aan het begin van de maand een bedrag ontvangen ter hoogte van een twaalfde van de totale aanvaardbare kosten van dat jaar.²⁹ Vervolgens controleert het zorgkantoor in zijn maandelijkse zogeheten productiemonitors of de zorgaanbieders de dagen zorg die zijn afgesproken, ook daadwerkelijk geleverd hebben³⁰. Door deze maandelijkse registratie van de productie die zorgaanbieders hebben gerealiseerd, kan het zorgkantoor wanneer dat nodig is de bevoorschotting aanpassen (meestal als de afwijking meer dan 10% van het voorschot bedraagt)³¹. De financiële afrekening door het zorgkantoor over een jaar vindt plaats aan de hand van de gegevens over de realisatie van dat jaar (nacalculatie), dat wil zeggen de werkelijke productie.

De introductie van de ZZP's heeft ook een uitwerking op de bevoorschottingssystematiek die in de AWBZ wordt gehanteerd. De staatssecretaris van VWS heeft in haar beleidsagenda nadrukkelijk genoemd dat de uitvoering van de AWBZ in de periode 2009-2011 meer cliëntgericht moet plaatsvinden. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat de AWBZ-administratie op cliëntniveau is ingericht. Daar hoort het declareren op cliëntniveau bij³², zodat iedere concessiehouder de kosten voor elke individuele verzekerde kent. Declaratie op cliëntniveau bevordert de transparantie en daarmee de rechtmatige uitvoering van de AWBZ, en geeft bovendien zorgaanbieders meer inzicht in hun (toekomstige) opbrengsten. Verder is deze vorm van declaratie noodzakelijk voor de cliëntvolgende bekostiging.

Om de overstap in financieringssystematiek mogelijk te maken, wordt van zorgaanbieders en zorgkantoren gevraagd om achtereenvolgens hun manier van registreren, declareren en afrekenen aan te passen. Dit hoofdstuk beschrijft deze noodzakelijke stappen en hoever de zorgaanbieders en zorgkantoren in het proces gevorderd zijn.

5.2 Registratie, declaratie, afrekening

In 2009 worden twee stappen gezet die uiteindelijk leiden tot een declaratie van geleverde productie in ZZP's per cliënt, zónder dat hieraan directe financiële gevolgen voor de zorgaanbieder zijn verbonden³³.

²⁹ De NZa stelt geen voorschriften aan de bevoorschotting. Dit is een zaak van het zorgkantoor en de zorgaanbieder.

³⁰ Het zorgkantoor baseert de bevoorschotting in de eerste x maanden van jaar t meestal op de laatste rekenstaat van jaar t-1. Daarna wordt deze gebaseerd op de productieafspraken per 1 maart van het jaar t. Vanaf die periode monitort het zorgkantoor ook maandelijks of de bevoorschotting en de realisatie met elkaar in de pas blijven lopen.

³¹ Zie circulaire CVZ 05/30.

³² De NZa heeft de regeling declaratie ZZP's vastgesteld (CA/NR-100.091). Deze regeling beschrijft de voorschriften die verbonden zijn aan het declareren van AWBZ-zorg. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover zij deze daadwerkelijk hebben geleverd.

³³ Met uitzondering van het herallocatietraject. Zie hoofdstuk 4 voor verdere informatie over dit onderwerp.

Met ingang van 2010 vindt niet alleen de declaratie van de geleverde intramurale AWBZ-zorg plaats op basis van de geleverde ZZP's, maar ook de bekostiging³⁴. Tegelijkertijd zullen zorgaanbieders (steeds meer) achteraf betaald krijgen op basis van de declaraties die zij hebben ingediend. Hieronder komen bovengenoemde stappen voor 2009 gedetailleerd aan de orde.

De twee stappen die in 2009 gezet moeten worden, zijn:

1. De stap naar het maandelijks declareren door zorgaanbieders van ZZP's op bulkniveau; hierbij gaat het dus om het aantal geleverde ZZP-dagen per prestatie vanaf januari tot en met juni. Bijvoorbeeld:
 - ZZP-3 V&V 62 dagen á € 121,46 = € 7.530,60 met betrekking tot januari.
2. De stap naar het maandelijks declareren door zorgaanbieders van ZZP's op cliëntniveau vanaf juli. Bijvoorbeeld:
 - Janssen ZZP-3 V&V 31 dagen á € 121,46 = € 3.765,26 met betrekking tot juli
 - De Wit ZZP-3 V&V 31 dagen á € 121,46 = € 3.765,26 met betrekking tot juli.

Declareren betekent in 2009 dus dat een zorgaanbieder aan het zorgkantoor maandelijks een overzicht van de geleverde zorgprestaties in ZZP-dagen verstrekt, waarbij de zorgaanbieder de tarieven vermeldt die de NZa heeft vastgesteld, eerst per prestatie (stap 1) en vanaf juli ook per cliënt (stap 2). Om deze zorgprestaties bij het zorgkantoor in rekening te kunnen brengen, moet de zorgaanbieder bovendien een overzicht kunnen geven van het totaalbedrag dat met deze prestaties gemoeid is. De NZa stelt geen regels voor de manier waarop zorgaanbieders deze declaratiegegevens aanleveren (bijvoorbeeld automatisch of schriftelijk).

Parallel aan deze nieuwe declaratiesystematiek vindt de bekostiging van zorgaanbieders in 2009 echter nog grotendeels³⁵ plaats op basis van oude parameters (bedden, behandelplaatsen, dagen). Dit betekent dat er in 2009 twee systemen naast elkaar bestaan. Aan de ene kant is er sprake van bekostiging op basis van oude parameters, bevoorschotting en nacalculatie, die voor het jaar 2009 slechts uiterst beperkte financiële gevolgen voor de zorgaanbieders heeft. Aan de andere kant is de nieuwe declaratiesystematiek op basis van de ZZP's van kracht door middel van het verstrekken van de bovengenoemde overzichten.

In 2010 is sprake van één enkel systeem, zowel voor de bekostiging als voor de declaratie, op basis van de geleverde productie in ZZP's. De zorgaanbieder wordt dan (steeds meer) achteraf gefinancierd voor de ZZP's die hij per cliënt heeft geleverd en gefactureerd.

³⁴ Met inachtneming van een eventueel herallocatietraject, waarmee het budget van de zorgaanbieder stapsgewijs naar het nieuwe budget op basis van ZZP's toegroeit of afbouwt.

³⁵ Met uitzondering van de herallocatie. Zie hoofdstuk 4 voor verdere informatie over dit onderwerp.

5.3 Ervaringen van zorgkantoren en zorgaanbieders

Declaratie op bulkniveau

Zes concessiehouders en veruit het grootste gedeelte van de zorgaanbieders geven in interviews en enquêtes aan dat zij vanaf januari 2009 declareren op bulkniveau, zoals hierboven in stap 1 is uitgelegd. Concessiehouders gebruiken deze informatie voor de maandelijkse productiemonitors die vanaf april of mei plaatsvinden en die zij met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 bijwerken. Omdat ten tijde van de interviews de eerste productiemonitors nog niet hadden plaatsgevonden, waren concessiehouders nog niet in staat om te beoordelen of zorgaanbieders op een juiste en accurate manier declareren.

Declaratie op cliëntniveau

Uit de terugontvangen enquêtes komt naar voren dat het gros van de zorgaanbieders denkt dat het mogelijk is om per 1 juli 2009 (al dan niet automatisch) op cliëntniveau te declareren, zoals in stap 2 is uitgelegd. Zorgaanbieders bereiden zich voornamelijk voor door de ZZP's in het (elektronisch) cliëntensysteem te registeren. Zes zorgaanbieders zijn van mening dat 1 juli 2009 niet haalbaar is en dat declaratie op cliëntniveau pas per 1 januari 2010 mogelijk is. De reden die zorgaanbieders meerdere keren noemen, is dat zij twijfelen aan de haalbaarheid van de aanpassingen die op het gebied van software nodig zijn. Eén van de geïnterviewde organisaties die zorgaanbieders bij de implementatie van de zorgzwaartebekostiging begeleiden, bevestigt dit.

Vrijwel alle concessiehouders geven aan dat zij vóór 1 juli klaar zijn om op cliëntniveau te declareren, mits de landelijke initiatieven voor de aanpassing van het AZR (AZR 3.0) en het landelijke declaratieformulier³⁶ gereed zijn. Eén concessiehouder verwacht deze datum vanwege beperkte capaciteit niet te halen, maar hij verwacht wel vóór 1 januari 2010 klaar te zijn. Eén concessiehouder geeft aan zelfs in 2010 niet op cliëntniveau te kunnen afrekenen.

Uit de interviews met concessiehouders blijkt ook dat zij op dit moment zorgaanbieders nog niet stimuleren om per 1 juli op cliëntniveau te declareren. De reden is dat concessiehouders - zoals hierboven al genoemd is - voordat zij controleren of zorgaanbieders in staat zijn om op cliëntniveau te declareren, vooral de ontwikkeling van het landelijke declaratieformulier afwachten. Als voordeel van een landelijke format geven zij aan dat zorgkantoren samen met zorgaanbieders vanaf het begin de juiste gegevens verzamelen en declareren. Hoewel concessiehouders en zorgaanbieders vrij zijn om te bepalen welke specifieke cliëntkenmerken voor de declaraties van belang zijn en of zij declaraties fysiek of elektronisch aanleveren, geven zij de voorkeur aan uniformering. In een toekomst waarin mogelijk de individuele verzekeraars de AWBZ uitvoeren, zijn gebruikersgemak, vooruitlopen op de ontwikkeling van AZR 3.0 en stroomlijning van het declaratieverkeer niet onbegrijpelijk en evenmin ongewenst. Toch ontslaat het zorgkantoren niet van de plicht om declaratie op cliëntniveau mogelijk te maken op het moment dat de landelijke ontwikkelingen niet tijdig gereed

³⁶ Er is in juni een landelijk (Excel)format voor declaraties geïntroduceerd. Dit format - dat het 'declaratiebericht' wordt genoemd - is ontwikkeld door een werkgroep waarin Vektis, CVZ, ZN, VGN, GGZ-NL, CAK en Actiz zijn vertegenwoordigd. Het format loopt vooruit op de uiteindelijke EI(Externe Integratie)-declaratiestandaard in AZR 3.0, waarmee het elektronisch declareren binnen de AWBZ vorm zal krijgen. Ook de ontwikkeling van deze standaard gebeurt door deze partijen.

zijn; zo is het denkbaar zorgaanbieders de gegevens door middel van een eenvoudige Excel-sheet te laten aanleveren.

5.4 Gevolgen van de invoering van declareren

5.4.1 Opbouwen van financiële buffers

Het feit dat er dit jaar nog nauwelijks financiële consequenties zijn verbonden aan het al dan niet declareren op cliëntniveau, kan ertoe leiden dat zorgaanbieders en zorgkantoren zich niet genoeg bewust zijn van de gevolgen als zij hun declaratiesystemen in het jaar 2010 niet op orde hebben. Dit draagt het gevaar in zich dat zorgaanbieders zelf onvoldoende financiële buffers creëren om vanaf 2010 de geleverde zorg te kunnen voorfinancieren, iets wat op dit moment nog via de bevoorschotting door het zorgkantoor gebeurt.

Na het wegvallen van de bevoorschotting moeten zorgaanbieders de tijd overbruggen tussen de kosten die zij hebben gemaakt voor de zorg die zij moeten leveren en de betaling daarvan nadat zij de declaraties hebben ingeleverd. Hier kan immers twee á drie maanden tussen zitten. De rentemeerkosten die daar voor zorgaanbieders aan verbonden zijn en de noodzaak om hiervoor een rekening-courantfaciliteit te creëren, kunnen bij hen tot financiële problemen leiden. In de huidige NZa-beleidsregel CA-338 Rente is het werkkapitaal voor de AWBZ-sectoren normatief gesteld op 7,7%. Deze norm is gebaseerd op de huidige situatie van maandelijkse bevoorschotting. Bij de overgang naar financiering achteraf bekijkt de NZa de norm voor het werkkapitaal opnieuw.

Het budget in oude termen en de geleverde productie komen in waarde sterk met elkaar overeen in het bevoorschottingssysteem dat tot en met 2009 in gebruik is. Wanneer er sprake is van forse herallocaties zal de waarde van de productie in ZZP's in 2010 in sommige gevallen sterk afwijken van het budget. Het is dan ook van belang om in 2010 volledig over te gaan op declaraties in ZZP's tegen het individueel aangepaste tarief; daardoor ontstaat immers goed inzicht in de productie en de toekomstige opbrengsten. Een dergelijke situatie wordt in 2009, dat bedoeld is als voorbereidingsjaar, waarschijnlijk pas laat en/of onvolledig bereikt.

5.5 Conclusies en aanbevelingen

Veel zorgaanbieders hebben hun registratie al zodanig ingericht dat tijdige declaratie op cliëntniveau mogelijk is. Een aantal zorgaanbieders twijfelt echter of zij de benodigde software tijdig kunnen (laten) aanpassen. De NZa zal daarom de declaratie van ZZP's op cliëntniveau in plaats van per 1 juli 2009, vanaf 1 januari 2010 handhaven.

Vrijwel alle zorgkantoren wachten de initiatieven van het landelijke format en de release van AZR 3.0 af. Zorgkantoren geven aan dat het invoeren van declaratie op cliëntniveau - wat noodzakelijk is om de zorg achteraf te kunnen afrekenen - vertraging kan oplopen als de applicaties niet tijdig gereed zijn.

Een ander belangrijk punt van aandacht zijn de financiële buffers c.q. de rekening-courantfaciliteit waarover zorgaanbieders moeten beschikken

om de tijd te overbruggen tussen de levering van de zorg en de uiteindelijke financiering ervan achteraf. De NZa past hiertoe Beleidsregel CA-338 Rente aan als de zorgkantoren gereed zijn om op geleverde productie af te rekenen.

6. Regelgeving

6.1 Inleiding

De invoering van ZZP's is complex; zij behelst veel en moeilijke veranderingen. Van zorgaanbieders en zorgkantoren wordt gevraagd de beleidsveranderingen te volgen en hun organisatie en beleid daarop aan te passen. Bij het besluit om ZZP's in te voeren was het uitgangspunt van de staatssecretaris van VWS dat het invoeringstraject voorspelbaar is en langs een helder tijdspad verloopt. Partijen moeten voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden.

De NZa heeft voor het invoeringstraject een aantal beleidsregels en nadere regels opgesteld. Deze regels zijn aan de orde gesteld in de Adviescommissie Care – dit is het reguliere overleg tussen brancheorganisaties, het ministerie van VWS en de NZa - en zijn in afstemming met zorgaanbieders en zorgkantoren tot stand gekomen. Paragraaf 6.2 geeft de ervaringen van zorgaanbieders en zorgkantoren met de regels weer. In paragraaf 6.3 komen de ZZP-gerelateerde regelingen aan de orde, waaraan onder andere de NZa op dit moment werkt.

6.2 Ervaringen van zorgkantoren en zorgaanbieders

Uit de interviews met concessiehouders kwam naar voren dat deze in het algemeen met de beleidsregels en de nadere regels uit de voeten kunnen. Zij hebben de indruk dat dit ook geldt voor de zorgaanbieders. Wel gaven verschillende concessiehouders aan bij hen problemen te zien voor wat betreft het draakvlak voor invoering van de ZZP's. Dit uit zich vooral in trage reacties bij zorgaanbieders, onvoldoende bewustzijn van consequenties van de veranderingen en relatief veel negatieve berichten vanuit de zorgaanbieders richting zorgkantoren. Overigens hebben de meeste van deze concessiehouders wel begrip voor bijvoorbeeld de afwachtende houding. Eén concessiehouder geeft aan bij zorgaanbieders een zekere apathie ten opzichte van de veranderingen te ervaren, die zich sterker bij de GGZ-aanbieders openbaart dan bij de GHZ-aanbieders en vooralsnog het minst zichtbaar is bij de zorgaanbieders in de V&V.

Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat zij over het algemeen wel uit de voeten kunnen met de regels, maar dat de overvloed aan regels en het late stadium waarop deze bekend worden gemaakt knelpunt vormen. Paragraaf 6.2.1 gaat hier nader op in. Enkele zorgaanbieders en concessiehouders hebben concrete knelpunten in de huidige regels benoemd. Hiervan zijn de knelpunten bij de regeling voor declaratie en voor de herallocatie al aan de orde gekomen in de hoofdstukken 4 en 5. De knelpunten die zorgaanbieders en concessiehouders hebben genoemd bij de regelingen voor harmonisatie van de dagbesteding in de GHZ en bij de toelating voor behandeling, komen in de paragrafen 6.2.2 en 6.2.3 aan bod.

Ten aanzien van de door de concessiehouders gesignaleerde problemen rondom het draagvlak voor ZZP-invoering onder zorgaanbieders, blijkt uit de enquête onder de zorgaanbieders dat zij zich in verschillende stadia van voorbereiding op de veranderingen bevinden. Diverse zorgaanbieders geven aan dat het proces meer dan voorheen op economische en/of strategische afwegingen is gestoeld. Voor een deel

komt dat door het herallocatietraject, waarbij zorgaanbieders ervoor willen zorgen in ieder geval daaraan voorafgaand een gunstige uitgangspositie te hebben. Twee zorgaanbieders geven aan dat zij het moeilijk vinden dat cliënten vaak naar een individuele verantwoording vragen.

De adviesbureaus die zorgaanbieders begeleiden om de zorgzwaartebekostiging te implementeren, merken op dat de gevolgen van veranderingen niet altijd op het niveau van de directies doordringen. Dit terwijl door de komst van de ZZP's de interne aansturing van de organisatie veelal sterk zou moeten veranderen. Ook zorgaanbieders zelf geven deze signalen. Daarnaast maken de adviesbureaus melding van zorgaanbieders die nog niet hebben geaccepteerd dat de ZZP's daadwerkelijk zijn ingevoerd. Zij zouden zelfs nu nog liever protesteren dan dat zij de benodigde stappen nemen om hun organisatie ZZP-bestendig te maken. Dit blijkt soms ook uit de antwoorden van de zorgaanbieders zelf. In zulke situaties lijken de organisaties meestal niet goed op de gevolgen van de zorgzwaartebekostiging voorbereid te zijn.

6.2.1 Administratieve lasten

De invoering van ZZP's gaat gepaard met veel en ingewikkelde veranderingen. Om dit in goede banen te leiden, moet er veel worden geregeld. Complexe veranderingen laten zich niet altijd op eenvoudige manier in regels vertalen, dus ook de regels kunnen complex zijn. Het complexe karakter van de operatie, de samenwerking tussen organisaties en de afstemming met het veld beïnvloeden de tijdigheid van regels. Het veld ervaart het 'zo vroeg mogelijk' uitbrengen van de regels regelmatig als laat of te laat.

Concessiehouders hebben in de interviews aangegeven dat de regels van de NZa in een laat stadium beschikbaar waren. Zorgkantoren gaan hiermee om door bijvoorbeeld in de zorginkoopdocumenten te verwijzen naar een beleidsregel die zij verwachten of zij maken in afwachting van eventuele NZa-beleidswijzigingen een voorbehoud in inkoopvoorwaarden. Niet alle zorgkantoren hebben bij de inkoop van zorg in maart 2009 alle veranderingen in het beleid kunnen meenemen. Een voorbeeld zijn de te late wijzigingen in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten', waardoor een zorgkantoor de mogelijkheden voor een toeslag voor MFC en observatieplaatsen niet meer in de NZa-budgetformulieren heeft kunnen betrekken. De NZa heeft echter na de aanpassing in de beleidsregel contact opgenomen met de zorgaanbieders die toegelaten zijn voor MFC en observatie en ook met de betreffende zorgkantoren; op die manier heeft zij de mogelijkheid gegeven om de productieafspraken aan te passen.

Een kwart van de geënquêteerde zorgaanbieders ervaart de hoeveelheid regels en de administratieve last die met de invoering van ZZP's gepaard gaan als een knelpunt. Het kost veel tijd om in 2009 een dubbele administratie – zowel op de oude parameters als op ZZP – te voeren en in sommige gevallen gaat dit ten koste van de tijd die de zorgaanbieder daadwerkelijk zorg kan leveren. Een zorgaanbieder geeft hierover aan:

"Wij merken dat de overgang van oude parameters naar ZZP's niet door alle ICT-pakketten ondersteund wordt en/of waarvan de ontwikkelingen bij ICT-bedrijven pas laat zijn opgepakt. Hierdoor moeten er, eigenlijk onnodige, extra handmatige inspanningen aan de registratiekant worden verricht. Daarnaast is het bijhouden van twee soorten parameters (zowel

'oude' als ZZP's) verwarrend en intensief. Er moet nu veelal extra tijd worden gestopt in controles en registraties t.o.v. het werken met één soort parameter. Ten slotte vergt de vergoeding op basis van oude parameters enerzijds en het bijhouden/niet vergoed krijgen op basis van ZZP's, anderzijds in combinatie met het herallocatie-effect een wel heel duidelijke uitleg naar managers en directie. Het is geen logische constructie, zeker niet als je ook probeert je personeelsbestand aan te passen op een ZZP-populatie, terwijl je nu nog op oude parameters krijgt vergoed."

Uit de enquête blijkt niet dat kleine zorgaanbieders de administratieve lasten als een groter knelpunt ervaren dan grote zorgaanbieders. Evenmin is de mate van afbouw of opbouw van invloed op de administratieve lasten die zorgaanbieders ervaren.

Twaalf procent van de geënquêteerde zorgaanbieders ervaren een knelpunt doordat in hun ogen de regels onduidelijkheid zijn. Zij hebben de indruk dat spelregels voortdurend veranderen of zij ontvangen wisselende berichten over het wel of geen doorgang vinden van bepaalde regels. Ook wanneer de betrokken partijen het niet eens zijn over de spelregels, vertalen zorgaanbieders dat in 'onduidelijkheid'.

6.2.2 Harmonisatie dagbesteding GHZ

De beleidsregel 'Geharmoniseerde tarieven en prestatiebeschrijvingen dagbesteding gehandicaptenzorg 2009' is bedoeld om een nieuwe modulaire opbouw van tarieven voor dagbesteding voor intramurale en extramurale cliënten in te voeren³⁷. De modulaire tariefopbouw ontstaat door een verdeling van groeps grootte naar licht, midden en zwaar. Per ZZP is aangegeven in welke module de dagbesteding valt.

Uitgangspunt voor de nieuwe bekostiging is dat de prijzen voor dagbesteding en de tariefopbouw zodanig zijn vastgesteld dat de prijzen voor extramurale dagbesteding en de tarieven die binnen de ZZP's (en dus intramuraal) voor dagbesteding gelden, volledig zijn geharmoniseerd. Beide worden gebaseerd op de functieprijzen die KPMG onderbouwt.

In 2009 vindt bekostiging nog op de huidige parameters plaats. Dit wil zeggen dat de beleidsregels voor extramurale zorg nog altijd van toepassing zijn voor extramurale productie-afspraken dagbesteding. Die productieafspraken worden, net als in voorgaande jaren, gemaakt voor thuiswonende cliënten en voor cliënten in een GVT. In 2010 vindt de bekostiging van dagbesteding plaats op basis van de nieuwe termen: de geharmoniseerde tarieven en de aangescherpte prestatiebeschrijvingen, hetzij als onderdeel van de ZZP's (voor GVT-bewoners), hetzij als extramurale prestatie. Vanaf 2010 werken zorgaanbieders en zorgkantoren dus zowel intramuraal als extramuraal met de nieuwe prestaties en prijzen voor dagbesteding.

De nadere regel 'Gezamenlijke aanlevering harmonisatie-opgave dagbesteding gehandicaptenzorg verlangt van elke zorgaanbieder dat hij gezamenlijk met het zorgkantoor in de budgetronde van maart 2009 aan de NZa de volgende informatie verstrekt:

- Een onderverdeling naar de volgende categorieën cliënten waarvoor de zorgaanbieder dagbesteding heeft afgesproken:
 - het aantal cliënten dat thuis woont;

³⁷ Overeenkomstig de conclusies in het NZa-rapport 'Elke dag goed besteed', voorjaar 2008.

- het aantal cliënten dat in een GVT woont;
- het aantal cliënten dat in een intramurale instelling woont.
- Per cliëntcategorie een opgave van de afgesproken prestaties in de nieuwe (geharmoniseerde) bekostigingsparameters.
- Voor de onder b en c genoemde cliënten bevat de harmonisatie-opgave bovendien een opgave van de dagbestedingscomponent in het ZZP van de cliënt.

In de interviews hebben twee concessiehouders aangegeven dat het moeilijk is om aan deze regel te voldoen, omdat zij niet kunnen controleren of de opgave van de zorgaanbieder juist is. Zorgkantoren hebben immers geen inzicht in de herkomst van de cliënten van een zorgaanbieder. Zij gaan ervan uit dat de zorgaanbieder daarin wél inzicht heeft en dat er geen reden is om aan te nemen dat de opgaven niet kloppen. Geen van de geënuquëerde zorgaanbieders heeft aangegeven dat zij bij het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht in de herkomst van cliënten problemen ervaren.

6.2.3 ZZP's en de toelating voor behandeling

De toelatingen op grond van art. 5 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) maken een onderscheid tussen zorgaanbieders die wél zijn toegelaten voor de functie behandeling (verblijf met behandeling: de intramurale zorg, verpleeghuiszorg) en zorgaanbieders die niet zijn toegelaten voor de functie behandeling (verblijf zonder behandeling: de GVT-en, verzorgingshuizen, RIBW's). De toelating op grond van art. 5 WTZi blijft leidend bij het bepalen of een ZZP afgesproken mag worden tegen de prijs met of zonder behandeling. Productieafspraken voor een ZZP tegen de prijs mét behandeling zijn uitsluitend mogelijk voor het aantal plaatsen verblijf met behandeling waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten. Gaat het om een plaats verblijf zonder behandeling, dan kan daarvoor alleen een ZZP tegen de prijs zonder behandeling worden afgesproken.

Onder 'behandeling' wordt hier verstaan de levering van zorg zoals die omschreven is in artikel 8³⁸ en artikel 13 (in geval van voortgezet verblijf) Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZa). Wanneer een zorgaanbieder is toegelaten voor (verblijf en) behandeling, dan is automatisch ook artikel 15 van het BZa van toepassing. Artikel 15 regelt dat voor verzekerden die in bepaalde instellingen verblijven, geldt dat ook behandelingen van algemeen medische aard - die normaal onder de Zorgverzekeringswet vallen - ten laste komen van de AWBZ³⁹.

De component behandeling bestaat uit twee onderdelen:

- Inzet van behandelaars: hierbij gaat het om de inzet op grond van artikel 8, artikel 13 en artikel 15 lid 1a en 1b BZa. De uren in het ZZP

³⁸ Art. 8 BZa luidt: Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen wegens een zodanige aandoening, beperking of handicap.

³⁹ Het betreft: a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg; b. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van één van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps; c. farmaceutische zorg; d. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg; e. tandheeskundige zorg; f. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling; g. het individueel gebruik van een rolstoel. Onder 'behandeling' valt niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

hebben uitsluitend betrekking op de cliëntgebonden tijd. In het tarief is een toeslag verwerkt voor niet-clientgebonden tijdsbesteding en overhead.

- Zorggebonden materiële kosten: dit zijn de materiële kosten die voortvloeien uit artikel 15 lid 1c tot en met 1g BZa.

ZZP met behandeling

In het tarief van het ZZP met behandeling is zowel de inzet voor behandelaars opgenomen als de zorggebonden materiële kosten. Daarnaast is in het ZZP-tarief een vergoeding opgenomen voor overige zorggebonden materiële lasten.

ZZP zonder behandeling

In de totaaltijd en het tarief van een ZZP zonder behandeling (V&V, de C-pakketten in de GGZ, VG 1, VG 2, LG 1, ZGvis 1 en ZGvis 2) is ruimte opgenomen voor de inzet van behandelaars op de achtergrond (niet artikel 8 of 13 BZa), dit met het oog op advisering en het bijstaan van medewerkers in de uitoefening van hun taken. Daarbij gaat het om incidentele inzet van behandelaars. Deze ruimte voor behandelaars op de achtergrond dient voor de totale financiering van de inzet van deze behandelaars. Voor de sector GHZ geldt dus dat behandeling op de achtergrond niet uitsluitend voor cliënten met een ZZP 1 of 2 bestemd is, maar ook kan worden ingezet voor alle cliënten van een locatie.

Bij het opzetten van de ZZP-systematiek is ervan uitgegaan dat cliënten die bij zorgaanbieders verblijven die níet voor behandeling zijn toegelaten, een lichte zorgzwaarte hebben en daarom ZZP's zonder uren voor behandeling zouden scoren (VV 1 en 2, VG 1 en 2 et cetera). In de praktijk blijkt echter dat het veelvuldig voorkomt dat een cliënt met een ZZP waarvan 'behandeling' een onderdeel vormt, in zorg is bij een zorgaanbieder die niet voor behandeling is toegelaten. In hoofdstuk 3 is dit al uitvoerig aan de orde geweest. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of deze cliënten wel op de juiste plaats verblijven als de kwaliteit van zorg niet voldoende geborgd is.

Twee concessiehouders waarschuwen dat het uitstellen van de keuze om behandeling ofwel onder de AWBZ ofwel onder de Zorgverzekeringswet onder te brengen, kan leiden tot een forse toename van de aanvragen voor toelating voor de functie behandeling. De consequentie hiervan is dat er in de AWBZ een tekort aan middelen kan ontstaan. Een cliënt die op een plaats zonder behandeling verblijft, krijgt wanneer hij een behandeling nodig heeft deze op dit moment immers van een reguliere huisarts. Deze behandeling wordt bekostigd via de Zorgverzekeringswet. Als de zorgaanbieder van deze cliënt een toelating voor behandeling krijgt, dan komt de behandeling van deze cliënt voortaan ten laste van de AWBZ. Bij een significante toename van de aanvragen en toelatingen is bijvoorbeeld een overheveling van middelen van de Zorgverzekeringswet naar de AWBZ noodzakelijk. Het ministerie van VWS heeft aangegeven het aantal aanvragen voor toelatingswijzigingen te zullen monitoren.

De bovenstaande consequentie, in combinatie met het uitgangspunt bij de invoering van de ZZP's dat in principe alle zorgaanbieders alle ZZP's zouden kunnen leveren, pleit ervoor dat het ministerie van VWS snel een keuze maakt of alle behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet of ten laste van de AWBZ moet komen.

6.3 Onderhanden werk

Nog niet alle aspecten van de invoering van ZZP's zijn geregeld. Onder andere het ministerie van VWS, het veld en de NZa werken aan een aantal complexe dossiers om tot een oplossing te komen. Het gaat om de volgende punten:

- LVG⁴⁰ en SGLVG
- GGZ
- Afwezigheidsdagen
- Leegstand en frictie
- Crisisbedden
- Tijdelijk verblijf (logeren)
- Vervoerskosten
- Extreme zorgzwaarte

Achtereenvolgens komt in deze paragraaf de stand van zaken op deze dossiers aan bod.

6.3.1 LVG en SGLVG

Als een zorgaanbieder ZZP's LVG, SGLVG of VG 7 wil leveren, dan gelden hiervoor specifieke toelatingseisen:

- Voor de levering van LVG-pakketten moet een zorgaanbieder zijn toegelaten als zorgaanbieder voor zorg aan jeugdige licht verstandelijk gehandicapten. Circa vijftig zorgaanbieders beschikken over zo'n toelating.
- Voor de levering van het ZZP SGLVG 1 moet een zorgaanbieder zijn toegelaten voor SGLVG-behandeling. Slechts zeven zorgaanbieders beschikken over zo'n toelating.
- Ook de levering van ZZP VG 7 is voorbehouden aan zorgaanbieders die zijn toegelaten voor SGLVG-verblijf.

Zorgaanbieders die niet zijn toegelaten voor SGLVG-verblijfsplaatsen en die in het verleden voor één of meer van hun cliënten wel ZZP VG-7 hebben gescoord en opgenomen in hun ZZP-opgave, hebben de betreffende ZZP-opgave moeten aanpassen. Zorgaanbieders binnen de GHZ die van mening zijn dat een cliënt thuishoort in ZZP VG 7, en daarvoor nog geen toelating SGLVG-verblijf hebben, kunnen bij het Agentschap CIBG een wijziging van de toelating aanvragen. Zorgaanbieders buiten de sector GHZ komen voor zo'n toelating niet in aanmerking.

Bij de zorginkoop voor 2009 hebben een zorgaanbieder en enkele zorgkantoren gesignaleerd dat bij inkoop nog niet kan worden meegenomen dat een zorgaanbieder van plan is om een toelating aan te vragen. Zorgkantoren hebben aangegeven dat als het Agentschap CIBG de toelating voor SGLVG afgeeft, zij het huidige budget verhogen. De bekostiging zal plaatsvinden vanaf de datum dat het Agentschap CIBG de toelating afgeeft.

6.3.2 GGZ

a. Kinderen en Jeugd

Uit onderzoek door het ministerie van VWS bleek eind 2007 dat kinderen en jeugdigen in de GGZ niet in de ZZP's zouden passen. De signalen die binnenkwamen waren als volgt:

- Het ontbreken van een voldoende herkenbaar profiel voor kinderen en jeugdigen.

⁴⁰ LVG staat voor licht verstandelijk gehandicapten

- De algoritmen leiden niet tot een passend ZZP.
- De omvang van uren zorg per week in de huidige ZZP's volstaat niet voor kinderen en jeugdigen.
- De bekostiging in ZZP's wijkt sterk af van de huidige bekostiging.

Naar aanleiding hiervan is besloten om Kinderen en Jeugd voorlopig niet in de invoering van de ZZP's in de GGZ mee te nemen. De NZa heeft een onderzoek uitgezet naar de wijze waarop de doelgroep in de ZZP-systematiek kan worden ingepast.

b. Volwassenen

Bij de bespreking van het herallocatietraject bij de invoering van de ZZP's in het najaar van 2008, heeft GGZ Nederland aangegeven dat het ZZP-stelsel in de GGZ-sector naar zijn mening nog onvoldoende stabiel is om te kunnen invoeren. GGZ Nederland noemde als voornaamste oorzaak een onjuiste indeling in ZZP's met behandeling (B-pakketten) en zonder behandeling (C-pakketten).

Het ministerie van VWS heeft onderzoek laten uitvoeren naar het hanteren van de B- en C-pakketten in zowel het veld als de indicatiestelling. De hoofdconclusie van dit onderzoek is dat het onderscheid tussen B- en C-pakketten op papier wel te maken valt, maar in de praktijk niet eenvoudig is, niet altijd uniform wordt toegepast en ook niet altijd gebaseerd lijkt te zijn op de vraag van de cliënt. Dit geldt overigens niet voor alle cliënten; het gaat vooral om de middengroep en niet om de cliënten die duidelijk tot of de B- of de C-groep behoren. Er is echter ook een groep waar het onderscheid tussen B- en C niet zozeer lijkt te zijn ingegeven door kenmerken van de cliënt, maar door de visie of de eigen keuze van de zorgaanbieder bij gebrek aan duidelijke definities. Het meest genoemd is de onduidelijkheid over het begrip 'behandeling'.

Daar komt bij dat het op middellange termijn (2011/2012) mogelijk is om delen van de GGZ-zorg uit de AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Het ministerie van VWS en GGZ Nederland zijn nog in overleg over de vraag om welke onderdelen van de GGZ het hier zou gaan. Voor die toekomstige overheveling van delen van de GGZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet is de indeling in de B- en de C-pakketten van groot belang. Gezien dit eindperspectief is - in overleg met GGZ Nederland - besloten om het onderscheid tussen B- en C- ZZP's te handhaven en de ZZP-indeling niet voor een relatief korte periode aan te passen. In 2009 werkt het ministerie van VWS, het CIZ, het CVZ en GGZ Nederland aan een verdere verbetering van een eenduidige toepassing van het onderscheid tussen de B- en C-pakketten.

Volgens de NZa is het bovenstaande geen reden om de herallocatie in 2009 niet volgens de Beleidsregel uit te voeren, omdat het primair om een probleem gaat dat het gevolg is van een onduidelijke afbakening van de aanspraak behandeling op grond van de AWBZ en de aanspraak behandeling op grond van de Zorgverzekeringswet. Zolang de afbakening tussen deze twee wettelijke aanspraken niet fundamenteel wordt opgelost, blijft er onduidelijkheid en zullen cliënten, verzekeraars en zorgaanbieders hiervan hinder ondervinden.

Dit probleem zou zich ook hebben voorgedaan als een deel van de behandeling was overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de ZZP's niet waren ingevoerd. De oude bekostigingsparameters kennen ook een onderscheid tussen parameters mét en zónder behandeling, respectievelijk 'verpleegdagen' en 'verzorgingsdagen' genoemd. Zoals uit analyses van de NZa blijkt,

sluiten de verpleeg- en verzorgingsdagen op macroniveau bijna naadloos aan op respectievelijk ZZP-B-dagen en ZZP-C-dagen. Het probleem van het niet kunnen maken van een duidelijk onderscheid tussen ZZP-B en ZZP-C bestaat dan ook zowel bij voortzetting van de oude bekostigingsparameters als bij de voortzetting van de nieuwe ZZP's als bekostigingsparameter.

Op aanwijzing van het ministerie van VWS is het herallocatiebedrag voor de GGZ vastgesteld, maar is er in 2009 geen financieel effect. Over de herallocatie in 2010 en daarna vindt nog overleg plaats tussen onder andere het ministerie van VWS, GGZ Nederland en de NZa.

6.3.3 Tijdelijke afwezigheid

Een cliënt die in een AWBZ-instelling is opgenomen, kan tijdelijk afwezig zijn omdat hij in het ziekenhuis of een revalidatiecentrum verblijft, of vanwege vakantie of familiebezoek. Voor de dagen waarop de cliënt tijdelijk afwezig is, blijft zijn plaats in de instelling in de meeste gevallen gereserveerd (de cliënt blijft bij de zorgaanbieder ingeschreven). De cliënt blijft over deze periode van tijdelijke afwezigheid de eigen bijdrage doorbetalen en de instelling kan deze afwezigheidsdagen bij het zorgkantoor in rekening brengen zolang als de cliënt de eigen bijdrage betaalt.

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is voor alle AWBZ-sectoren gestreefd naar een uniforme en eenduidige regeling voor afwezigheidsdagen. Met het oog hierop heeft de NZa in 2008 gegevens over afwezigheidsdagen opgevraagd bij zorgaanbieders. De gegevensverstrekking was dermate onvoldoende dat een uniforme regeling niet haalbaar bleek. De regels die in 2009 voor aan- en afwezigheid gelden, zijn daarom ook in 2010 nog van kracht. Alleen voor de GGZ zal de NZa voor 2010 nieuwe regels opstellen.

6.3.4 Leegstand en frictie

In de huidige systematiek gelden voor de verschillende sectoren, verschillende regels en/of richtlijnen voor de manier waarop met leegstand en frictie rekening wordt gehouden. In de GGZ is voor de eventuele bekostiging van leegstand niets geregeld. De NZa heeft daarom het voornemen om voor de bekostiging van leegstand en frictie een beleidsregel vast te stellen die voor alle AWBZ-sectoren geldt. Deze beleidsregel stelt de NZa binnenkort vast. Daarnaast zal zij de problematiek van de bekostiging van leegstand en frictie nader onderzoeken.

6.3.5 Crisisbedden

Voor een crisisbed binnen de V&V en GHZ worden in de huidige bekostiging (2009) 365 dagen per jaar gedeclareerd, ongeacht de bezetting van het bed. De crisisopvang binnen de GGZ komt niet ten laste van de AWBZ, maar valt onder de Zorgverzekeringswet.

Bij bekostiging op basis van ZZP's per 2010 is het niet meer mogelijk om een standaard verpleeg- en/of verzorgingsdag met bijbehorende vaste plaatscomponent voor de crisisbedden af te spreken. Er is immers sprake van een onderscheid in zorgzwaarte en de vaste plaatscomponent wordt niet meer bekostigd.

Gezien de aard van de crisisopvang stelt de NZa voor 2010 een nieuwe prestatie voor de bekostiging van crisisopvang vast: de prestatie crisisdag. Deze prestatie geldt zowel voor de dagen dat er op het crisisbed een cliënt aanwezig is, als voor de dagen waarop dat niet bezet is.

6.3.6 Tijdelijk verblijf (logeren)

Er zijn cliënten die extramurale zorg ontvangen en daarnaast enkele dagen per week in een instelling verblijven. Dit heet 'tijdelijk verblijf' of 'logeren'⁴¹. Verblijven cliënten per week drie dagen of minder in een instelling, dan krijgen zij geen ZZP-indicatie, maar zijn geïndiceerd in afzonderlijke functies begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging. De staatssecretaris van VWS heeft de NZa gevraagd een tarief te ontwikkelen om het verblijf dat met logeren gepaard gaat, te bekostigen. Bij de vaststelling van dit tarief geldt als uitgangspunt dat de zorg en ondersteuning worden geïndiceerd en bekostigd op basis van de extramurale beleidsregels⁴².

In de praktijk blijkt het vooralsnog lastig om aan te geven welke uren zijn geleverd tijdens het logeren. Een concessiehouder heeft aangegeven het moeilijk te vinden om de opgaven van zorgaanbieders te beoordelen, omdat hij geen inzage heeft in de indicatiebesluiten. Een andere concessiehouder wijst er op dat het 'opknippen' van een indicatie niet eenvoudig is en administratieve lasten met zich mee brengt. De thuiszorgaanbieder en de logeeraanbieder moeten immers samen erop toezien dat zij per functie per klasse het maximumaantal uren niet overschrijden, terwijl in het berichtenverkeer de extramurale functies volledig worden toegewezen aan de thuiszorgaanbieder.

De ontwikkeling van een integraal zorgpakket voor logeren voor het jaar 2010 zou in dit geval de ontwikkeling van een extramuraal zorgzwaartepakket (EZP) betekenen. Omdat de ontwikkelingen bij de EZP's niet duidelijk zijn, lijkt het de NZa te voorbarig om voor logeren al een EZP te ontwikkelen. Daarnaast geldt dat de ontwikkelingen bij EZP's het niet wenselijk maken om vóór 2010 een integraal tarief (exclusief kapitaallasten) op basis van intramurale bekostiging te ontwikkelen. Hieruit volgt dat de NZa ervoor pleit om de huidige manier van bekostiging voort te zetten totdat een toekomstbestendig, consistent beleid over logeren is vastgesteld.

Voor het wegnemen van de onduidelijkheden bij het logeren voor 2010, ziet de NZa een grote rol weggelegd voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. De discussie is voornamelijk een zorginhoudelijke discussie: welke uren wenst de cliënt aan zorg thuis te ontvangen en welke uren bij de logeeropvang? Alleen cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen deze discussie tot een goed einde brengen en niet de NZa.

6.3.7 Vervoerskosten

De bekostiging van vervoerskosten voor intramurale instellingen en GVT-en gebeurt op verschillende manieren. In het intramurale budget zit een vervoerscomponent per plaats, terwijl een GVT extramurale vervoersprestaties afspreekt met het zorgkantoor. In de nacalculatie

⁴¹ Onder tijdelijk verblijf valt níet de dagzorg of de dag- en nachtopvang. Wanneer het gaat om 'logeren' louter als nachtopvang, dan valt dit onder 'begeleiding'. De nachtopvang wordt via de prestaties nachtverzorging of nachtverpleging bekostigd.

⁴² Zie brief van de staatssecretaris van VWS 26 631, nr. 273.

wordt uiteindelijk het verschil tussen de werkelijke vervoerskosten en de ontvangen vervoersvergoeding nagecalculeerd. De NZa streeft ernaar om de vergoeding voor vervoer voor intramurale instellingen en GVT-en te harmoniseren.

6.3.8 Extreme zorgzwaarte

In de GHZ-sector geldt op dit moment een regeling 'extreme zorgbehoefte GHZ' voor cliënten die door specifieke omstandigheden een zorgbehoefte hebben die ver uitstijgt boven de maximale ZZP-omvang/prijs. In 2009 is deze beleidsregel nog van kracht, maar voor 2010 gaat een nieuwe ZZP-beleidsregel extreme zorgzwaarte gehandicaptenzorg gelden. De exacte inhoud van de nieuwe regeling stemt de NZa op dit moment af met het ministerie van VWS en met het veld. Daarnaast onderzoekt de NZa of het wenselijk en mogelijk is om de reikwijdte van de beleidsregel uit te breiden naar de V&V- en GGZ-sector.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen met de beleidsregels en nadere regels van de NZa tamelijk goed uit de voeten. Het grootste knelpunt dat zij ervaren, is de administratieve lastendruk.

Voor zorgaanbieders betekent de declaratie op basis van ZZP's dat zij hun administratie en ICT-voorzieningen structureel moeten aanpassen. Dit kan extra inspanningen van hen vragen. De NZa heeft echter meegewogen dat de overgang naar ZZP's lang van te voren is aangekondigd en de declaratie van ZZP's bovendien een onvermijdelijke stap in de invoering is. Nu in 2009 bekostiging voornamelijk op basis van oude parameters plaatsvindt, is het uitvoeringsrisico voor de zorgaanbieders bovendien aanvaardbaar.

Omdat er in 2009 sprake is van zowel declaratie op basis van ZZP's als van bekostiging op basis van oude parameters, moeten zorgaanbieders en zorgkantoren door de invoering van de ZZP's een dubbele administratie (het systeem van functies/klassen en de nieuwe ZZP scores/indicaties) hanteren. Om de ZZP-bekostiging zorgvuldig in te voeren, zijn extra administratieve lasten onvermijdelijk; bovendien zijn deze van tijdelijke aard. Het is van belang dat er snel kan worden gedeclareerd met een automatisch systeem, waardoor de administratieve lasten zo laag mogelijk blijven.

Nog niet alle vraagstukken bij de invoering van ZZP's zijn opgelost. Zo werkt de NZa nog aan regelingen voor Kinderen-en-Jeugd-GGZ, voor leegstand en frictie, voor crisisbedden, voor vervoerskosten en voor extreme zorgzwaarte. Naar verwachting worden een aantal van deze regelingen in juli 2009 vastgesteld en gepubliceerd. Over de herallocatie in de GGZ in 2010 vindt overleg plaats tussen onder andere het ministerie van VWS, GGZ Nederland en de NZa. Voor de oplossing van problemen bij tijdelijk verblijf ziet de NZa een belangrijke rol weggelegd voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren.

Bijlage 1. Invoeringstraject

Datum	Actie	Wie
2008		
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> - NZa maakt definitieve ZZP-prijzen bekend. - NZa stelt Beleidsregels ZZP vast. - NZa geeft zorgkantoren een overzicht van de huidige regionale contracteerruimte 2009 versus een indicatie van de schaduwcontracteerruimte 2009 gebaseerd op onder andere ZZP's. 	NZa
Oktober	Zorgkantoren houden in inkoopbeleid 2009 rekening met het inzicht in de nieuwe CR 2009.	zorgkantoren
Vanaf oktober	NZa voert informerende gesprekken met zorgaanbieders, waarbij op basis van de oktoberronde sprake is van een budgetafbouw van meer dan 13% van de budgetbasis (oude parameters).	NZa, maatwerk-zorgaanbieders
2009		
Januari	NZa geeft alle zorgkantoren een overzicht van de huidige regionale contracteerruimte 2009 versus de update van de schaduwcontracteerruimte 2009.	NZa
Vanaf januari	Zorgkantoren en zorgaanbieders maken productie-afspraken met bespoediging van proces van af- en opbouwers.	Zorgkantoren en zorgaanbieders
Maart	Budgetaanvraag ZZP-opgave, tevens nog één keer op huidige parameters, inclusief eventuele afspraken over extra afbouw of opbouw op de herallocatieregel.	Zorgkantoren en zorgaanbieders
Maart	Op de budgetaanvraag met herallocatieregel is het beslismodel van toepassing.	NZa
Vanaf maart	Zorgkantoren en zorgaanbieders bereiden zich voor op de budgetaanvraag 2010 per 1 november (inclusief gehele afbouw en opbouw).	Zorgkantoren en zorgaanbieders
Mei	Zorgaanbieders ontvangen tariefbeschikking/rekenstaat 2009.	NZa
Mei	Advies 'ontwikkeling indicatiestelling in relatie tot de contracteerruimte 2009'	NZa
Mei	NZa stelt herallocatiebedrag van 2% op basis van het huidige budget vast.	NZa
Juli	Nacalculatie oude parameters en kapitaalslasten 2008, aangepaste tariefbeschikking 2009/rekenstaat 2008/2009.	
Augustus	Bekendmaking definitieve berekening nieuwe contracteerruimte 2010 op reële parameters (indicaties en ZZP's).	NZa
Augustus	Start inkoop 2010	Zorgkantoren
November	Herschikingsronde 2009 op basis van oude parameters (binnen contracteerruimte 2009).	Zorgkantoren en zorgaanbieders
1 november	Indienen budgetaanvragen ZZP 2010 binnen de nieuwe contracteerruimte (inclusief gehele afbouw en opbouw) bij de NZa.	Zorgkantoren en zorgaanbieders
2010		
1 ^e week januari	Zorgaanbieders ontvangen tariefbeschikking/rekenstaat 2010	NZa
Mei	Advies 'ontwikkeling indicatiestelling in relatie tot de contracteerruimte 2009'	NZa
Juli	Nacalculatie oude parameterproductie 2009 en declaraties ZZP's 2009: aangepaste tariefbeschikking 2010/rekenstaat 2009/10	NZa
Augustus	Vaststellen berekening contracteerruimte 2010	NZa
November	<ul style="list-style-type: none"> - Herschikking ZZP's 2010 - Indienen budgetaanvragen ZZP 2011 	Zorgkantoren en zorgaanbieders

Bijlage 2. CIZ-data en ZZP-opgaven

Een belangrijke maatstaf voor het functioneren van het zorgkantoor in zijn inkoopproces van de ZZP's vormt de vergelijking van de feitelijke ZZP-zorglevering met de indicatiestelling. Dan blijkt of het zorgkantoor de ZZP's inkoop in overeenstemming met de indicatiestelling van zijn verzekerden.

Voor een dergelijke vergelijking is het noodzakelijk om de gegevens uit twee gegevensbronnen met elkaar te confronteren:

- een overzicht van ZZP-indicaties zoals per ultimo 2008 is afgegeven, dat het CIZ aan de NZa ter beschikking heeft gesteld;
- de gegevens over de (verwachte) productie van ZZP's in 2009 zoals blijkt uit de ZZP-opgave van zorgaanbieders en zorgkantoren op 1 maart 2009.

Overzicht van indicaties van het CIZ

Als dit overzicht in opzet zou overeenkomen met de ZZP-opgaven, waren eventuele verschillen tussen beide informatiebronnen per zorgkantoor voornamelijk terug te voeren op:

- a) cliënten zonder zorg, niet wachtend (cliënten die om welke reden dan ook volledig afzien van hun zorgrecht);
- b) cliënten zonder zorg, wenswachtend (cliënten die wachten op de intramurale zorgaanbieder van hun voorkeur, bijvoorbeeld vanwege de locatie);
- c) cliënten wachtend, met overbruggingszorg (cliënten die dringend intramurale zorg nodig hebben en ter overbrugging van de wachtlijst gedurende maximaal 2*3 maanden extramurale zorg krijgen);
- d) cliënten die ondanks hun intramurale indicatie bewust afzien van opname en tevreden zijn met langdurige vervangende extramurale zorg;
- d) cliënten met het volledig pakket thuis (VPT), dat verleend is door een intramurale zorgaanbieder bij de cliënt thuis.
- e) cliënten die met een persoonsgebonden budget (PGB) zelf hun zorg inkopen.

Op dit moment zijn de huidige indicatiegegevens van het CIZ nog niet toegesneden op een goede vergelijkbaarheid met de ZZP-opgaven,, omdat deze niet voor dat doel verzameld zijn. Hieraan liggen technische beperkingen ten grondslag. Alle intramurale indicaties die vóór 1 juli 2007 zijn afgegeven, luiden nog in termen van functies en klassen, en niet in termen van ZZP's. Ook komen nog non-indicaties voor: intramurale cliënten waarvoor hoe dan ook geen indicatiebesluit is afgegeven.

Deze problematiek is op de korte termijn niet verholpen. Te verwachten is dat pas vanaf juli 2012 alle cliënten over een indicatie in ZZP-termen beschikken. Daarnaast spelen op dit moment nog enkele andere problemen rond de gegevensaanlevering (dubbeltellingen van herindicaties, registratie van cliënten die uit zorg treden, verhuizingen). Hiermee komt ook een betere bruikbaarheid van de data in beeld voor andere NZa-taken, zoals monitoring in deze Voortgangsrapportage.

ZZP-opgave 2009 van 1 maart 2009

Het tweede overzicht dat betrokken is bij boven genoemde confrontatie van CIZ-indicatiegegevens en ZZP-productiecijfers, is de ZZP-opgave van zorgkantoor en zorgaanbieder op 1 maart 2009. Deze biedt een goed beeld van de (verwachte) productie van ZZP's in 2009.

In tegenstelling tot de CIZ-gegevens over indicaties geeft dit overzicht wél voor alle intramurale cliënten de productie in termen van ZZP's weer, zoals zorgkantoor en zorgaanbieder deze in 2009 inkopen, respectievelijk leveren. In dit overzicht worden weliswaar de ZZP-indicaties van het CIZ gevolgd, maar uitsluitend voor zover die daadwerkelijk in ZZP's luiden.

Dit gebeurt dus niet voor intramurale cliënten waarvoor nog geen indicatie is vastgesteld (non-indicatie) of voor de grote groep van cliënten die een indicatie bezitten die vóór 1 juli 2007 is afgegeven. Om deze cliënten ten behoeve van de ZZP-opgave in een ZZP in te delen, past de zorgaanbieder een zogenoemd scoreprogramma toe. De uitkomsten daarvan komen idealiter overeen met de ZZP-indicatie die het CIZ op het moment van scoren zou hebben afgegeven. Of de gebruikte rekenregels en de gegevensinvoer door de zorgaanbieder steeds identiek zijn aan die van het CIZ, kan de NZa niet op voorhand vaststellen.

In de ZZP-opgave 2009 van zorgaanbieder en zorgkantoor nemen zij geen CIZ-indicaties mee waarop alternatieve (extramurale of PGB) zorg wordt geleverd en evenmin CIZ-indicaties op de wachtlijst, waarvoor (nog) geen levering van zorg plaatsvindt. Dit is logisch, omdat de ZZP-opgave primair de vaststelling dient van nieuwe budgetten van zorgaanbieders in het kader van de zorgzwaartebekostiging (zie hoofdstuk 4).

Verbetering van vergelijkbaarheid CIZ-data en ZZP-opgaven.

De NZa en het CIZ werken vanaf 2007 gezamenlijk aan vergroting van de mogelijkheden om CIZ-gegevens over indicatiestelling toe te passen op een (her)verdeling van de beschikbare financiële middelen in de regionale contracteerruimte per zorgkantoor. Vanaf medio 2008 zijn beide organisaties ook van start gegaan met een kwaliteitsslag voor de gegevens over intramurale indicaties. Dit kan leiden tot een betere toepasbaarheid van de CIZ-data voor monitoring en voortgangsrapportages over de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Bijlage 3. Gebruikte data

Gegevens over ZZP productie en een nadere beoordeling hiervan

Voor deze Voortgangsrapportage maakt de NZa gebruik van de NZa-data en de gegevens uit de budgetformulieren 2009 van vrijwel alle intramurale zorgaanbieders. Omdat de NZa is uitgegaan van de stand van zaken op 8 april 2009, zijn nog niet alle eenzijdige verzoeken volledig in de gebruikte data verwerkt. De NZa heeft zich gebaseerd op die zorgaanbieders waarvan de ZZP-opgaven beschikbaar waren en daadwerkelijk ZZP-productie vermeldden. Het gaat om:

- 482 intramurale zorgaanbieders V&V
- 284 intramurale zorgaanbieders GHZ (VG, LG en ZG)
- 107 intramurale zorgaanbieders GGZ

Voor een nadere beoordeling van de ZZP-productie zijn van bovengenoemde zorgaanbieders de volgende gegevenscategorieën gebruikt:

- De ZZP-opgave 2009 van 1 maart 2009. Doel: verkrijgen van een beeld van de verwachte productie aan ZZP's in 2009 en van een mogelijke verschuiving in zorgzwaarte ten opzichte van 2008.
- Een overzicht van capaciteitseenheden in oude termen: aantallen toegelaten plaatsen met behandeling, respectievelijk zonder behandeling. Doel: krijgen van inzicht in de aantallen toelatingvreemde ZZP's per zorgkantoor en per zorgaanbieder.
- Een overzicht van capaciteitseenheden in oude termen: aantallen toegelaten plaatsen in V&V, GHZ en GGZ ongeacht of het gaat om instellingen met een toelating voor verblijf en behandeling of instellingen die uitsluitend zijn toegelaten voor verblijf. Doel: krijgen van inzicht in de aantallen sectorvreemde ZZP's per zorgkantoor en per zorgaanbieder.
- De gehanteerde uurtarieven in de productieafspraken 2009 tussen zorgkantoor en intramurale zorgaanbieders voor een aantal extramurale zorgprestaties in de functies verpleging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding. Doel: mogelijk afwentelingsgedrag van zorgaanbieders van intramurale budgetproblematiek op het extramurale marktsegment bevestigen of ontkennen.

Beslisregels voor de capaciteitseenheden in oude termen ter beoordeling van sectorvreemde ZZP's per zorgaanbieder

ZZP's die zorgaanbieder en zorgkantoor als sectorvreemd kunnen afspreken

- Als zowel VG-plaatsen mét behandeling als VG-plaatsen zónder behandeling en plaatsen Kinder GVT VG niet voorkomen, worden alle VG-ZZP's beschouwd als sectorvreemd voor de zorgaanbieder.
- Als zowel LG-plaatsen mét behandeling als LG-plaatsen zónder behandeling en plaatsen Kinder GVT LG niet voorkomen, worden alle LG-ZZP's beschouwd als sectorvreemd voor de zorgaanbieder.
- Als een ZG-zorgaanbieder niet expliciet als zodanig is aangemerkt, worden alle AUD- en VIS-ZZP's voor hem als sectorvreemd beschouwd.
- Alle V&V-ZZP's die zorgaanbieders in de sectoren GHZ en GGZ leveren, worden als sectorvreemd beschouwd.
- Alle GGZ-ZZP's die zorgaanbieders in de sectoren GHZ en V&V leveren, worden als sectorvreemd beschouwd.

ZZP's die zorgaanbieder en zorgkantoor nooit als sectorvreemd kunnen afspreken

Altijd gebonden aan de toelating van de zorgaanbieder:

- Als geen SGLVG-verblijfsplaatsen zijn toegelaten, kunnen zorgaanbieder en zorgkantoor geen VG7 afspreken.
- Als geen SGLVG-behandelplaatsen zijn toegelaten, kunnen zorgaanbieder en zorgkantoor geen SGLVG1 afspreken.
- Als geen JLVG plaatsen zijn toegelaten, kunnen zorgaanbieder en zorgkantoor geen LVG afspreken.

Nadere beoordeling van de gegevens over de herallocatie

In deze Voortgangsrapportage maakt de NZa gebruik van de gegevens die bij haar aanwezig zijn. Hieruit zijn die zorgaanbieders geselecteerd waarvan de herallocatie op meettijdstip 5 april 2009 bekend was.

Het gaat om:

- 481 intramurale zorgaanbieders V&V
- 265 intramurale zorgaanbieders GHZ (VG, LG en ZG)
- 114 intramurale zorgaanbieders GGZ.

Voor een nadere beoordeling van de ZZP-productie zijn van bovengenoemde zorgaanbieders de volgende gegevenscategorieën gebruikt:

- het budgettotaal 2009 in oude budgettermen (bedden, plaatsen, verpleegdagen, toeslagen zorgzwaarte, aanvullende zorg);
- het budgettotaal 2009 in ZZP-termen (ZZP's, toeslagen, mutatiedagen, logeerdagen);
- het verschil tussen beide uitgedrukt in een bedrag, te weten de herallocatie, waarmee een zorgaanbieder zijn budget als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging na afloop van het op- en afbouwtraject ziet toenemen;
- idem, uitgedrukt in een percentage van het budgettotaal in oude budgettermen, als maat voor de relatieve impact van de herziening van de bekostigingssystematiek op het budget van de betreffende zorgaanbieder.

Bijlage 4. Gegevens over instellingsvreemde ZZP's

Onder het begrip 'instellingsvreemde ZZP' vallen:

- sectorvreemde ZZP's: een ZZP dat buiten de sector valt waarin de zorgaanbieder in hoofdzaak werkzaam is;
- toelatingsvreemde ZZP's: een sectoreigen ZZP met hoge zorgzwaarte, dat minder goed in de toelating van de zorgaanbieder past.

Van een sectorvreemde ZZP is sprake als de (her)indicatie door het CIZ niet (langer) overeenkomt met de toelating van de zorgaanbieder. Het gaat dan meestal om een wijziging van de dominante grondslag (somatisch, psychogeriatrisch, LG, VG, ZG) waarvoor de zorgaanbieder niet is toegelaten. Een voorbeeld is een ZZP voor LG in een verpleeghuis.

Een toelatingsvreemde (zorgzware) ZZP heeft een andere oorzaak. Het gaat hierbij niet - zoals bij de sectorvreemde ZZP's - om veranderingen van de grondslag, maar om de zwaardere ZZP's die geleverd worden in verzorgingshuizen en in GVT-en voor gehandicapten. Dit zijn relatief zware ZZP's, die minder goed passen bij zorgaanbieders die niet voor behandeling zijn toegelaten van gehandicapten in GVT-en.

Het is aan het zorgkantoor om te beoordelen of een zorgaanbieder de zorg kwalitatief voldoende kan leveren, ondanks het feit dat hij niet is toegelaten voor behandeling, maar wel zwaardere cliënten in huis heeft. De zorgaanbieder moet dan zowel in zijn bouwkundige voorzieningen als in de vereiste expertise (multidisciplinaire aanpak, behandelfunctie, doelgroepgerichte ervaring) van zijn personeel bij de sectorvreemde of toelatingsvreemde cliëntengroep aansluiten.

Sectorvreemde ZZP's

De NZa heeft per zorgkantoor het percentage sectorvreemde ZZP's voor de V&V- en de VG-sector in kaart gebracht. De onderstaande tabel geeft de situatie voor de V&V-sector weer.

Tabel B1. Sectorvreemde ZZP-inkoop V&V per zorgkantoor

% sectorvreemde ZZP's in totale inkoop zorgkantoor	Aantal ZK
0%	1
0%-3%	20
3%-6%	10
>6%	1

Bron: NZa

De eerste kolom van tabel B1 geeft het percentage sectorvreemde ZZP's weer dat het zorgkantoor in totaal met alle V&V-zorgaanbieders in zijn werkgebied heeft afgesproken. Uit de tweede kolom blijkt dat elf van de 31 zorgkantoren over hun totale V&V omzet al meer dan 3% sectorvreemde ZZP's hebben afgesproken.

Voor de VG-sector wijkt het beeld weinig van de V&V-sector af. In de GHZ-sector is de situatie als volgt:

Tabel B2. Sectorvreemde ZZP-inkoop GHZ per zorgkantoor

% sectorvreemde ZZP's in totale inkoop zorgkantoor	Aantal ZK
0%	0
0%-3%	18
3%-6%	12
>6%	2

Bron: NZa

Ook in de GHZ-sector hebben dus veel zorgkantoren een sectorvreemd aandeel van meer dan 3% over het totale aantal ZZP's dat bij hen is ingekocht.

Onderstaande tabel geeft enkele kerncijfers over de sectorvreemde ZZP's.

Tabel B3. Totaal afgesproken aantallen sectorvreemde ZZP's volgens de ZZP-opgave 2009 in alle sectoren AWBZ * 1.000

Aantal ZZP's sectorvreemd	V&V	VG	LG	ZG	GGZ	totaal
V&V-sector		112	469	189	977	1.747
VG/LG-sector	55	71	134	93	323	676
ZG-sector	1	3	1		16	21
GGZ	30	29	4	0		63
Totaal	86	216	608	282	1.315	2.507

Bron: NZa

De NZa stelde een verdubbeling vast van de aantallen sectorvreemde ZZP's met LG-grondslag in de sector V&V ten opzichte van de ZZP-opgave van oktober 2008. Volgens signalen zou het vooral gaan om cliënten waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is. De sectorvreemde ZZP's met GGZ-grondslag zijn in de V&V teruggelopen. Per saldo is het aandeel sectorvreemde ZZP's in de V&V sector iets afgenomen.

Het aandeel sectorvreemde ZZP's in de GGZ-sector is iets toegenomen. Dat komt uitsluitend door de toename van het aandeel sectorvreemde ZZP's met LG-grondslag, die net als in de V&V sector relatief fors is.

Toelatingsvreemde ZZP's in verzorgingstehuizen en GVT-en

De NZa heeft per zorgkantoor het percentage zware ZZP's bij zorgaanbieders zonder toelating voor behandeling per sector in kaart gebracht. De onderstaande tabel geeft de situatie weer voor de verzorgingstehuizen.

Tabel B4. Inkoop toelatingsvremde ZZP's per zorgkantoor volgens de ZZP-opgave 2009 in verzorgingstehuizen

% zware ZZP's in inkoop alle VZH	Aantal ZK
<18%	11
18%-24%	15
24%-30%	1
>=30%	5

Bron: NZa

De eerste kolom van tabel B4 geeft het percentage zware ZZP's (V&V 5 t/m 10) dat een zorgkantoor in totaal met de verzorgingstehuizen in zijn werkgebied heeft afgesproken. Uit de tweede kolom blijkt dat zes van de 31 zorgkantoren met verzorgingstehuizen over hun totale inkoop al meer dan 24% zorgzware ZZP's hebben afgesproken.

Net als bij de verzorgingstehuizen is zijn in de VG-sector de verschillen tussen de zorgkantoren aanzienlijk. De situatie in de VG-sector vertoont het volgende beeld:

Tabel B5. Inkoop toelatingsvremde ZZP's per zorgkantoor volgens de ZZP-opgave 2009 in GVT-en voor VG

% zware ZZP's in inkoop alle GVT	Aantal ZK
<30%	9
30%-40%	12
40%-50%	6
>=50%	5

Bron: NZa

Uit onderstaande tabel blijkt dat het aandeel zware ZZP's op plaatsen zonder toelating voor behandeling volgens de ZZP-opgave van maart 2009 in de V&V-sector en de VG-sector iets is afgenomen ten opzichte van de ZN-normen van 24%, respectievelijk 40%. De ZN-normen zijn volgens de inkoopleidraad ZZP's 2009-2010 gebaseerd op de gemiddelde verhoudingen van 2008.

Tabel B6. Gemiddeld afgesproken toelatingsvremde ZZP's volgens de ZZP-opgave 2009 in verzorgingstehuizen V&V en GVT-en voor VG

% zware ZZP's in inkoop VZH	ZN-norm	ZZP opgave 09	% zware ZZP's VG in inkoop GVT	ZN-norm	ZZP opgave 09
V&V 1 t/m 4	nvt	79%	VG 1 t/m 3	nvt	nvt
V&V 5 t/m 6	17%	16%	VG 4 t/m 5	24%	24%
V&V 7 t/m 8	5%	3%	VG 6 t/m 7	16%	14%
V&V 5 t/m 10	24%	21%	VG 4 t/m 7	40%	38%

Bron: NZa

De NZa heeft de bezetting van de verzorgingstehuisplaatsen in de stand-alone-verzorgingstehuizen vergeleken met de verzorgingstehuisplaatsen bij gemeente zorgaanbieders (combinaties van verzorgingstehuizen en verpleeghuizen). Ook is de bezetting vergeleken van de verpleeghuisplaatsen in de stand-alone-verpleeghuizen met de verpleeghuisplaatsen bij gemeente zorgaanbieders (combinaties van verzorgingstehuizen en verpleeghuizen).

Het resultaat van de vergelijkingen is verwerkt in onderstaand overzicht. De zorgzwaarte op zowel de verzorgingshuisplaatsen als de verpleeghuisplaatsen ligt bij de gecombineerde zorgaanbieders lager dan bij de *stand-alone*-zorgaanbieders.

Tabel B7. Bezetting van de verzorgingshuisplaatsen en verpleeghuisplaatsen in sectoreigen ZZP's, ZZP-opgave 2009

ZZP opave 2009	VZH in combi	VZH stand alone	VPH in combi	VPH stand alone
V&V 1	24%	22%	0%	0%
V&V 2	23%	22%	1%	0%
V&V 3	16%	15%	2%	1%
V&V 4	16%	18%	5%	4%
V&V 5	8%	9%	42%	43%
V&V 6	7%	8%	18%	17%
V&V 7	3%	3%	16%	18%
V&V 8	0%	0%	3%	3%
V&V 9	1%	1%	13%	13%
V&V 10	0%	0%	1%	1%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

De NZa heeft de bezetting vergeleken van de GVT VG-plaatsen in de *stand-alone*-GVT-en met de GVT VG-plaatsen in gemengde zorgaanbieders (combinaties van zorgaanbod voor verblijf en behandeling en voor GVT). Daarnaast heeft zij een vergelijking gemaakt van de bezetting van de VG-plaatsen voor verblijf en behandeling in de *stand-alone*-zorgaanbieders voor verblijf en behandeling met de GVT VG-plaatsen in gemengde zorgaanbieders (combinaties van zorgaanbod voor verblijf en behandeling en voor GVT).

Het resultaat is verwerkt in onderstaand overzicht. De zorgzwaarte in de GVT-en ligt in de gecombineerde zorgaanbieders aanmerkelijk lager dan in de *stand-alone*-zorgaanbieders.

Tabel B8. Bezetting van de plaatsen VG wel, respectievelijk niet toegelaten voor behandeling in sectoreigen ZZP's, ZZP-opgave 2009

ZZP opgave 2009	GVT in combi	GVT stand alone	V&Beh combi	V&Beh stand alone
VG 1	11%	7%	1%	1%
VG 2	21%	17%	3%	3%
VG 3	34%	31%	11%	12%
VG 4	15%	18%	14%	14%
VG 5	7%	9%	37%	40%
VG 6	12%	18%	21%	18%
VG 7	0%	0%	14%	12%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa