



Nederlandse
Zorgautoriteit

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Mevrouw dr. M. Bussemaker
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Moeder Teresalaan 100
3527 WB Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door mr.drs. I.J.H.C. van den Boomen	Telefoonnummer 030 296 81 67	E-mailadres iboomen@nza.nl	Kenmerk IBON/ihot/A/07/276
Onderwerp Advies ontwikkeling indicatiestelling in relatie tot contracteerruimte 2007			Datum 29 mei 2007

Mevrouw de Staatssecretaris,

1. Inleiding

Sinds 2005 is er een regionale contracteerruimte voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van toepassing. Hieraan liggen de convenanten ten grondslag die de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brancheorganisaties van zorgaanbieders (2005-2007) en met de brancheorganisatie van zorgverzekeraars (2005-2008) heeft afgesloten. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert de door de staatssecretaris gegeven Aanwijzing contracteerruimte 2007 uit, die stelt dat indien de productieafspraken niet passen binnen de contracteerruimte van het desbetreffende zorgkantoor deze niet worden gehonoreerd. Daarnaast hanteert de NZa een knelpuntenprocedure en werkt dit uit in een passend instrumentarium.

Om een proactief antwoord op de knelpuntenprocedures in de AWBZ te formuleren, zoals in de zomer en het najaar 2006 gevolgd, heeft de NZa aan de staatssecretaris voorgesteld om de juiste sturingsinformatie tijdig beschikbaar te maken (d.d. 19 december 2006, kenmerk IBON/ihot/A/06/283). Dit met het doel om problematische knelpunten in de AWBZ zoveel mogelijk te voorkomen. De staatssecretaris heeft hierop positief gereageerd (d.d. 12 januari 2007, kenmerk DLZ/SFI/2743092). In samenwerking met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft de NZa dit voorjaar de ontwikkelingen in de indicatiestelling in relatie tot de financiële middelen onderzocht. Daarnaast zijn de gegevens van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK) bij de analyse betrokken.

In deze brief geeft de NZa een beschrijving van de trends in de indicatiestelling in relatie tot de contracteerruimte 2007. Dit beeld zal vervolgens worden voorzien van een advies over mogelijke implicaties.

Volledigheidshalve merkt de Raad van Bestuur NZa op dat de teksten over de indicatiestelling met de Raad van Bestuur CIZ zijn afgestemd.

Kenmerk
A/07/276

1.1 Care voor de Toekomst

Pagina
2 van 24

De Raad van Bestuur NZa merkt verder op dat zij op 26 maart 2007 een advies over de toekomst van de AWBZ heeft uitgebracht. Daarin is opgenomen dat de NZa nadere besluitvorming nodig acht om de cliënt in de AWBZ meer inkoopmacht en keuzevrijheid te geven. De voorstellen in het onderhavige advies zijn gericht op de korte termijn en maken gebruik van het bestaande instrumentarium binnen de huidige uitvoering. In het rapport Care voor de Toekomst geeft de NZa een analyse van het huidige systeem. Diverse kenmerken van de huidige AWBZ staan naar het oordeel van de NZa de verdere inrichting van een vraaggestuurde AWBZ in de weg. De NZa pleit daarin voor een grondige herziening van het stelsel waarbij een risicodragende uitvoeringsstructuur essentieel is. De belangrijkste uitgangspunten zijn:

- Empower de consument. De consument moet daar waar het mogelijk is, keuzeruimte krijgen als risicodragende inkoper.
- Geef zorgprofessionals meer vrijheden gepaard aan meer verantwoordelijkheden. Dat is mogelijk met doelmatigheidsprikkels aan de aanbodzijde. Voor een groot deel van de zorg kan dat in een systeem van vrije prijzen en voor een gedeelte in een systeem van maatstafconcurrentie.

De belangrijkste adviezen zijn:

- De budgetbeperkingen kunnen worden opgegeven en volumes vrijgegeven. De indicatiestelling is de poortwachter van de langdurige zorg; hierbij zijn wel strikte heldere normen en garanties voor onafhankelijke en objectieve uitvoering door het CIZ noodzakelijk.
- Het grootste deel van de AWBZ-zorg kan worden overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Een deel van de AWBZ-zorg kan als 'romp-abwz' in stand blijven als publieke uitgevoerde volksverzekering.

De belangrijkste korte termijn acties zijn:

- De NZa stelt voor enkele experimenten te starten in 2008 om de extramurale zorg te verdelen via een keuzeplatform. Op basis van een keuzeplatform kan de cliënt zijn wensen en voorkeuren duidelijk maken en aanbieders zorgpakketten offeren.
- De NZa beveelt aan in 2009 in de intramurale zorg maatstafconcurrentie op basis van zorgzwaartepakketten te introduceren, vergelijkbaar met het nieuwe bekostigingsmodel bij ziekenhuizen.

De aanpak die de NZa voor zowel de korte als de lange termijn in Care voor de Toekomst adviseert en voorstelt, behoeft besluitvorming van de staatssecretaris van VWS. Vervolgens kunnen de voorstellen worden uitgewerkt in (onderling samenhangende) uitvoeringstrajecten.

2. Kostenbeheersing in de AWBZ

Kenmerk
A/07/276

Pagina
3 van 24

De kabinetten Balkenende zagen zich genoodzaakt de kosten in de zorg te beheersen om de AWBZ als belangrijke sociale voorziening te blijven behouden. De AWBZ kostte in 2003 € 20 miljard. Het kabinet voorspelde in de begroting voor 2005 dat de AWBZ uitgaven zonder aanpassing van het systeem in 2020 € 48,5 miljard zouden bedragen. De AWBZ-premie dreigde met deze groei te stijgen van 12,3% van het brutoloon in 2003 naar 24,1% in 2020. De kabinetten Balkenende besloten om de AWBZ terug te brengen naar de oorspronkelijke doelstelling: een sociale verzekering voor langdurige verzorging en verpleging. De politiek koos ervoor om de kortdurende geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen. Daarnaast werd de huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning overgeheveld en onder regie van de gemeente gesteld.

Om bovengenoemde ingrijpende maatregelen in de AWBZ in te voeren, werd door de toenmalige staatssecretaris met de brancheorganisaties van zorgaanbieders en van zorgverzekeraars convenanten afgesloten. In het convenant met de zorgaanbieders werd neergelegd dat als de uitgaven voor de AWBZ binnen het vastgestelde uitgavenkader bleven, geen nieuwe pakket- of generieke tariefsmaatregelen zouden worden genomen. Het doel was toe te werken naar een stabiel en betaalbaar verzekeringssysteem. Tegen deze achtergrond is de regionale contracteerruimte per 1 januari 2005 in de AWBZ geïntroduceerd.

De regionale contracteerruimte is het financiële kader waarbinnen de zorgkantoren de geïndiceerde AWBZ-zorg kunnen inkopen. De toenmalige staatssecretaris heeft samen met de brancheorganisaties van zorgaanbieders ook de bestemmingen van de financiële middelen voor de jaren 2005 tot en met 2007 vastgelegd, waaraan de zorgaanbieders zich middels het convenant hebben geëngement.

2.1 Contracteerruimte 2007

De groeiruimte voor 2005 is door de toenmalige staatssecretaris beperkt gehouden als gevolg van de overschrijdingen op het AWBZ-kader in 2003 en 2004. De groeiruimte voor 2006 is ruimer vastgesteld.

Bedragen x 1 miljoen €

	2005	2006	2007
Beschikbaar voor extra productie (groeiruimte)	198	656	1.217
Beschikbaar voor innovatie	15	30	45
Beschikbaar voor ICT	10	25	0

Tabel 1.1 Totale groeiruimte AWBZ (cumulatief) volgens convenant 2005-2007

Tijdens het convenantoverleg is door de brancheorganisaties van zorgaanbieders aangegeven dat de verwachtingen voor 2006 waren dat er een evenwicht in de vraag en het aanbod zou zijn. De toenmalige staatssecretaris heeft vervolgens met deze brancheorganisaties besloten een omvangrijk deel van de vrije groeiruimte 2006 te bestemmen voor kwaliteitsimpulsen, waaronder de zorgzwaarte verpleeghuizen en extreme zorgbehoefte gehandicapten.

Deze bestemming voor kwaliteitsimpulsen had tot gevolg dat in 2006 € 77 miljoen (0,44%) van de totale contracteerruimte 2006 resteerde voor volumegroei. De ontwikkeling van AWBZ-indicaties in 2006 paste daarmee niet binnen de vrije groeiimte voor volumegroei. Om die reden heeft de NZa in de zomer van 2006 geadviseerd om € 95 miljoen incidenteel aan de contracteerruimte 2006 toe te voegen om de groei van indicaties op te vangen.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
4 van 24

De door de convenantpartijen afgesproken bestemmingen betreffende de groeiimte 2006 zijn van structurele aard en werken door in de groeiimte 2007.

Bedragen x 1 miljoen €

Bestandsdeel groeiimte 2007	Bedrag	% van totale contracteerruimte (17,6 miljard)
Totaal volgens convenant	1.217	7,00%
Waarvan reeds bestemd in 2006	-656	3,80%
Werkelijke groeiimte 2007	561	3,20%
Terugdringen wachtlijsten Jeugd GGZ	-33	
Overschrijding persoonsgebonden budget 2006	-30	
Indexering huishoudelijke verzorging (HV) voor groei t.b.v. overheveling WMO	-17	
Maatschappelijke opvang 4 grote steden	-60	
Reservering Openbare GGZ	-24	
Reservering groei problematiek landelijk werkende zorgaanbieders in de GGZ	-15	
Raming exploitatiegevolgen nieuwe toelatingen intramurale zorg in 2007	-125	
Incidentele groeiimte 2006 (totaal € 95 gecorrigeerd voor aandeel HV)	84	0,48%
Resterende groeiimte 2007 voor volumegroei (173 + 84 miljoen)	257	1,46%

Tabel 1.2 Verdeling groeiimte contracteerruimte 2007

De groeiimte 2007 valt te onderscheiden in een niet vrij in te zetten groeiimte (nieuwe toelatingen intramurale zorg) en een vrij in te zetten groeiimte. De vrij in te zetten groeiimte omvat in 2007 € 173 miljoen, plus de doorwerking van de incidentele groeiimte 2006 wat in totaliteit een bedrag behelst van € 257 miljoen. Dat betreft 1,46% van de totale contracteerruimte 2007 (in vergelijking met 0,4%, € 77 miljoen, in 2006).

2.2 Intramurale groeiimte

Voor de niet vrij in te zetten groeiimte intramurale AWBZ-zorg is in het convenant een bedrag van € 150 miljoen voor 2006 gereserveerd (exclusief kapitaalslasten).

Voor 2007 is in het convenant een bedrag van € 125 miljoen geraamd voor de exploitatiegevolgen van nieuwe toelatingen. Dit bedrag is toegevoegd aan het bouwkader, zodat de groei van de intramurale zorgvoorzieningen grotendeels buiten de contracteerruimte om gaat. Om die reden vormen de intramurale zorgvoorzieningen in principe geen onderdeel van de knelpuntenprocedure. Bij een goedkeuring van de toelating van een instelling (ook van de uitbreiding van de intramurale plaatsen, de zogenaamde capaciteitsmutaties) door de staatssecretaris van VWS kan de bijbehorende productie worden afgesproken. Deze uitbreiding van intramurale capaciteit wordt, gegeven de vigerende wet- en regelgeving, vervolgens door de NZa in de bekostiging verwerkt. Voor de volledigheid merkt de NZa op dat gezien de contracteerplicht voor intramurale zorg een toelating (ook de capaciteitsmutaties) automatisch een budget voor de aanbieder betekent. De NZa constateert, in het kader van de bekostiging van AWBZ-zorg, dat het aantal toelatingen in de AWBZ fors stijgt. Op nadere vragen naar het aantal - en de inhoud - van de afgegeven toelatingen in de jaren 2006 en 2007 in relatie tot voorafgaande jaren kan de toelatende instantie, het CIBG, geen antwoord geven. Hierdoor kan de NZa geen expliciet advies geven over de budgettaire gevolgen voor nieuw toegelaten aanbieders zoals in de contracteerruimte 2007 (en volgende jaren) dient te worden opgenomen.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
5 van 24

Indien de raming van de exploitatiegevolgen van nieuwe toelatingen in 2007 niet afdoende is, zoals in 2005 en 2006, worden deze financiële knelpunten voor de intramurale zorgvoorzieningen het daaropvolgende jaar zichtbaar op de VWS-begroting. Voorheen werd de 1% contracteerruimte margeregeling hiervoor gebruikt, maar deze marge is in 2007 niet voorhanden gezien de herschikking 2006. Het is een aandachtspunt voor de staatssecretaris om de aantallen (en de inhoud van) toelatingen (en capaciteitsmutaties) te monitoren, zodat een goede raming in de begroting/contracteerruimte voor nieuwe toelatingen intramurale zorg wordt opgenomen. De NZa beveelt tevens aan alvorens tot verdere deregulering van het bouw- en toelatingsregime over te gaan deze af te stemmen met de aanpalende bekostigingsregels die zijn neergelegd in de Wet Marktordening Gezondheidszorg, zodat wederzijdse verantwoordelijkheden duidelijk zijn.

De NZa ontvangt zeer geregeld signalen van zorgaanbieders over vertragingen bij de verwerking van toelatingen (c.q. capaciteitsmutaties) bij de toelatende instantie. De NZa krijgt momenteel nog toelatingen over 2004 en 2005 aangeboden. Dit betekent dat de NZa financiële consequenties (met terugwerkende kracht) dient te verwerken in de budgetten van zorgaanbieders. De vertraging in de afhandeling van toelatingen (c.q. capaciteitsmutaties) is voor alle betrokkenen ongewenst.

2.3 Efficiencybesparing

In het convenant hebben de brancheorganisaties van zorgaanbieders afgesproken dat met de beschikbare middelen jaarlijks 1,25% meer mensen in de zorg worden geholpen. Afgezet tegen de gemiddelde zorgkosten voor AWBZ-zorg betekent deze afspraak dat jaarlijks voor een macrobedrag van circa € 220 miljoen meer aan zorg wordt geleverd.

Bedragen x 1 miljoen €

	2005	2006	2007
Contracteerruimte (basis)	17.281	17.632	17.371
Efficiencybesparing in euro's door 1,25% meer mensen in zorg (cumulatief)	218	440	656

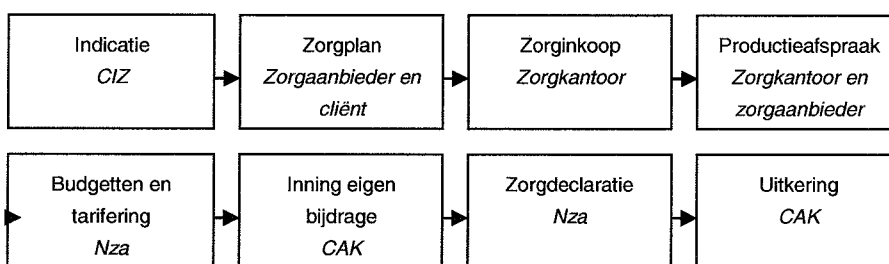
Kenmerk
A/07/276Pagina
6 van 24

Tabel 1.3 Cumulatief de efficiencybesparing (voor extra volume) door 1,25%

Deze efficiencybesparing is door de toenmalige staatssecretaris niet geëxpliciteerd in de contracteerruimte, noch als inverteerbaar effect ingeboekt. Voor het totaalbeeld van de ontwikkeling van de indicatiestelling in relatie tot de contracteerruimte zou deze afspraak eigenlijk bij de resterende groei voor de genoemde jaren opgeteld moeten worden.

3. Bekostiging van de AWBZ-zorg

Na het binnenkomen van een zorgaanvraag van een cliënt geeft het CIZ na onderzoek een indicatiebesluit af. Dit besluit wordt uitgedrukt in functies en klassen en afgegeven voor een bepaalde periode. De toegekende klasse kent een bandbreedte van te leveren zorg in uren per week. Bijvoorbeeld de geïndiceerde klasse Persoonlijke Verzorging van 4-7 uur per week. Deze bandbreedte geeft de zorgaanbieder de mogelijkheid om kleine veranderingen in noodzakelijke zorg te kunnen opvangen binnen het geldende indicatiebesluit. Het maximum van de geïndiceerde klasse is niet automatisch een recht. De uiteindelijke zorgomvang wordt gezamenlijk door de zorgaanbieder en de cliënt bepaald binnen de randvoorwaarden van het gestelde indicatiebesluit. Zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken over volume, prijs en kwaliteit van de zorg. De indicaties worden na het versturen van het AZR-bericht door de zorgaanbieder een aanspraak voor de cliënt.



Schema: Verloop van de bekostiging van de AWBZ-zorgvraag

De productieafspraken van het zorgkantoor en de zorgaanbieder worden vervolgens aan de NZa tijdens de budgettrondes van maart, juli of oktober voorgelegd. De NZa geeft - na invoering en controle van de productieafspraken - een tariefbeschikking en rekenstaat aan de betrokken zorgaanbieder. Als de AWBZ-zorg daadwerkelijk door de zorgaanbieder wordt verleend, verzorgt het CAK voor de functies verpleging en persoonlijke verzorging de registratie en administratie van de eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt onderverdeeld in zorg met en zonder verblijf. Daarnaast vindt de bevoorschotting plaats voor de geleverde zorg. De NZa stelt de tarieven en prestatiebeschrijvingen vast.

Op grond hiervan kunnen de zorgaanbieders een tarief voor een prestatie in rekening brengen. Het CAK verzorgt tenslotte de betaling van alle AWBZ-verstrekingen.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
7 van 24

3.1 Knelpuntenprocedure

De knelpuntenprocedure treedt in werking als er reële fricties zijn tussen vraag en aanbod. Deze procedure houdt in dat de knelpunten in de zorgverlening allereerst in de zorgkantorregio opgelost moeten worden. Als dat niet mogelijk is, kunnen zorgkantoren conform de beleidsregel contracteerruimte 2007 onderling middelen overhevelen. Als dat geen soelaas biedt, kan het knelpunt door de zorgaanbieder samen met het zorgkantoor aan de NZa worden gemeld. De staatssecretaris heeft hieraan expliciete voorwaarden gesteld. Van een problematisch knelpunt is sprake in situaties waarbij in crisissituaties niet adequaat zorg kan worden verleend en/of de Treeknorm wordt overschreden waardoor er problematische wachtlijsten ontstaan. Het zorgkantoor beoordeelt de melding van de zorgaanbieder van een problematisch knelpunt en gaat na: of er werkelijke sprake is van een knelpunt (waarbij rekening wordt gehouden met de gebruikelijke uitstroom); of de zorg elders kan worden verleend; of er onderbesteding in de regio is; of bij andere zorgkantoren nog ruimte is. Pas dan kunnen knelpunten door het zorgkantoor en de zorgaanbieder gemeld worden bij de NZa die deze dient te beoordelen.

3.2 Signalen uit het veld

Naar aanleiding van de vaststelling van de regionale contracteerruimte 2007 en de budgetaanvragen 2007 heeft de NZa signalen van zorgaanbieders en zorgkantoren gekregen dat de regionale budgetten ontoereikend zijn om de indicatiestijging op te vangen. Een aantal zorgkantoren heeft ook formeel bezwaar tegen de door de NZa vastgestelde regionale contracteerruimte aangetekend. Tijdens de budgetronde in maart 2007 heeft één concessiehouder voor zes zorgkantorregio's meer middelen aangevraagd bovenop de vastgestelde regionale contracteerruimte (€ 50 miljoen). Op grond van de Beleidsregel contracteerruimte dient de NZa een correctie toe te passen om te zorgen dat de regionale contracteerruimte niet wordt overschreden. Van deze beleidsregel kan de NZa afwijken als wordt aangetoond dat er sprake is van bijzondere omstandigheden waardoor de toepassing van de beleidsregel onevenredige gevolgen zou hebben. Op dit moment zijn dergelijke bijzondere omstandigheden nog niet aangevoerd. De desbetreffende zorgkantoren en zorgaanbieders hebben vooralsnog het thans voorliggende advies willen afwachten.

4. Ontwikkelingen indicatiestelling

De toekenning van de aanspraak op AWBZ-zorg wordt omschreven in één of meer AWBZ-zorgfuncties van een bepaalde zorgomvang (klasse) en voor een bepaalde geldigheidsperiode (duur). Hierbij worden de volgende zeven functies onderscheiden in 2005/2006.

1. HV	Huishoudelijke verzorging (vanaf 1-1-2007 valt HV onder WMO)
2. PV	Persoonlijke verzorging
3. VP	Verpleging
4. OB	Ondersteunende begeleiding
5. AB	Activerende begeleiding
6. BH	Behandeling
7. VB	Verblijf

Kenmerk
A/07/276

Pagina
8 van 24

Tabel 1.4 AWBZ-functies

In het jaar 2005 zijn er 850.754 indicaties door het CIZ afgegeven en in het jaar 2006 933.275.

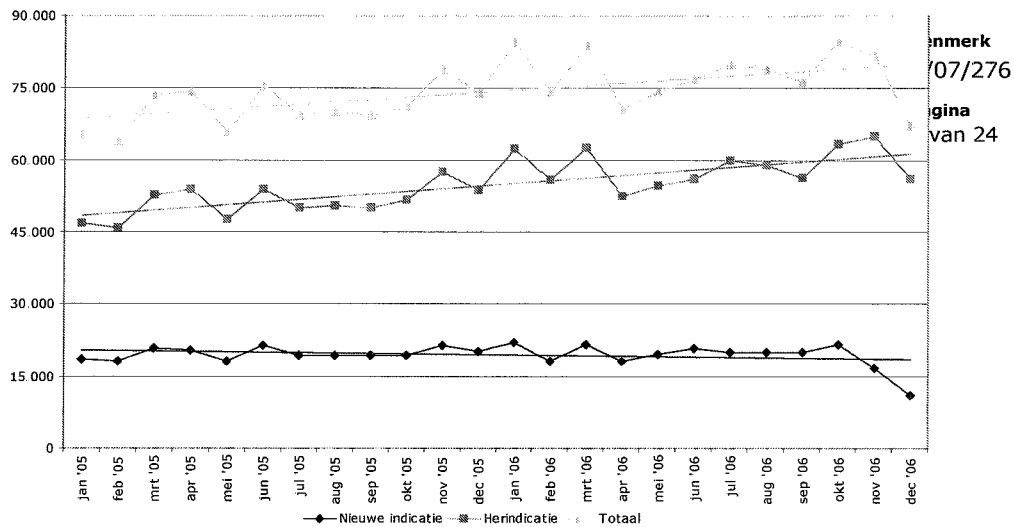
AWBZ-besluiten	2005	2006
Januari	65.401	84.520
Februari	63.960	74.074
Maart	73.612	84.021
April	74.218	70.596
Mei	65.742	74.349
Juni	75.402	76.871
Juli	69.351	79.914
Augustus	69.938	78.842
September	69.373	76.268
Oktober	71.074	84.849
November	78.891	81.754
December	73.792	67.217
Totaal	850.754	933.275

Tabel 1.5 Absoluut aantal positieve AWBZ-besluiten per maand (Bron: CIZ)

Het totale aantal indicatiebesluiten is in 2006 gestegen ten opzichte van 2005. De reële gemiddelde stijging tussen januari 2005 en december 2006, met een correctie van de legitimatielijsten (non-indicaties), van het aantal indicatiebesluiten komt op 7% per jaar.

Dit percentage van de stijging van indicaties verschilt sterk van de eerder geschatte trend door het CIZ over de periode 2004-2005 waarbij werd gesproken over een stijgingspercentage van 14% op jaarbasis. De sterke daling van het stijgingspercentage wordt, volgens de trendrapportage CIZ 2006, veroorzaakt door de afvlakking van de stijging van aantallen indicaties over 2006 en zelfs een significante daling van de productieaantallen in de laatste maand van 2006.

In het genoemde jaarlijkse stijgingspercentage van gemiddeld 7% van het aantal indicaties zijn de nieuwe indicaties en de herindicaties opgeteld. Voor de analyse van de benodigde financiële middelen dienen deze soorten indicaties te worden onderscheiden. Een herindicatie is een indicatiebesluit waarbij de cliënt in de CIZ-database voorkomt en eerder een indicatiebesluit heeft verkregen. Verondersteld mag worden dat deze cliënten ook in zorg zijn. De jaarlijkse toename van indicaties van gemiddeld 7% betekent dus niet eenzelfde toename van zorg (en van de kosten van zorg).



Figuur 1 Absoluut aantal positieve AWBZ-besluiten naar 'Totaal aantal indicaties', 'Nieuwe indicatie' en 'Herindicatie' per maand over 2005 en 2006 (Bron CIZ)

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat het totale aantal indicaties tussen 1 januari 2005 en 31 december 2006 met 16% is toegenomen (van 69.000 indicaties naar 80.000 indicaties per maand, incl. non-indicaties). Opvallend is dat het aantal 'nieuwe indicaties' per maand over dezelfde periode daalt met 9% (van 20.000 naar 18.000 indicaties per maand). Het aantal herindicaties stijgt met 30% (van 48.000 naar 62.000 indicaties per maand). De toename van het aantal indicaties over de periode 2005-2006 kan worden herleid tot de toename van zorgaanvragen van bij het CIZ bekende cliënten, de herindicaties.

Voor de bepaling van de vrije groei ruimte voor volumegroei (meer mensen in zorg) van de contracteer ruimte zijn vooral de 'nieuwe indicaties' van belang. Tevens is het verschil in functies en klassen tussen opvolgende indicatiebesluiten per cliënt een parameter voor de groei ruimte (m.a.w. is de geïndiceerde zorg per cliënt toegenomen of afgenomen?). Voor de verdere analyse dienen de indicatiebesluiten gecorrigeerd te worden voor de geldigheidsduur van de indicatie en de uitstroom. Alvorens hierop in te gaan eerst een nadere schets van de ontwikkeling in de indicatiestelling.

4.1 Stijging indicaties ondersteunende begeleiding zet door

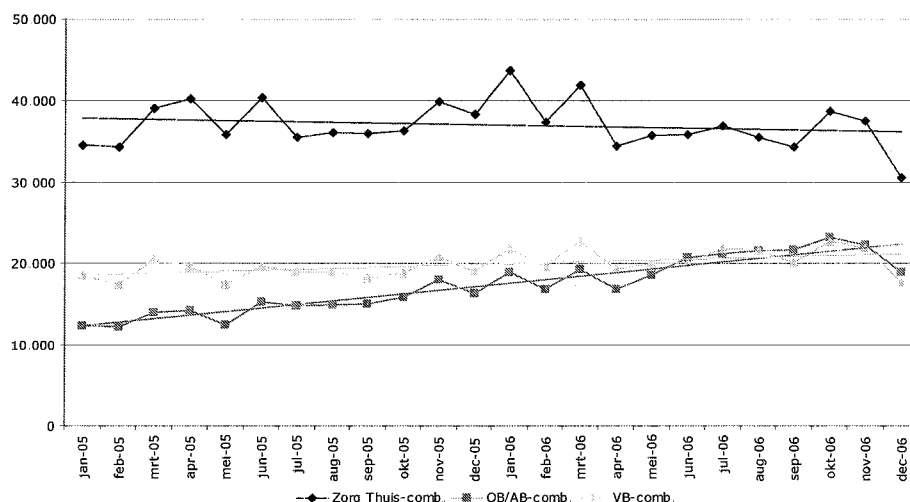
De indicatiebesluiten zijn onder te verdelen in combinaties van functies. Er is sprake van een grote stijging van de combinatie Ondersteunende Begeleiding (OB) en/of Activerende Begeleiding (AB) in absolute en relatieve zin: van 175.545 indicaties in 2005 (20,6%) naar 240.196 in 2006 (25,7%). De Zorg-Thuis-combinaties nemen af in aantal en aandeel. De verblijfcombinaties laten een grilliger beeld zien: over het geheel genomen neemt het absolute aantal indicaties met de functie Verblijf toe (de stijging komt overeen met de landelijke toename van het aantal indicatiebesluiten over dezelfde periode), maar Verblijf zonder OB neemt fors af.

AWBZ-besluiten	2005		2006	
	Absoluut	Relatief	Absoluut	Relatief
1. Zorg-Thuis-combinaties	446.920	52,5%	443.155	47,5%
2. OB/AB-combinaties	175.545	20,6%	240.196	25,7%
3. VB-combinaties	228.185	26,8%	249.825	26,8%
4. Overige combinaties	104	0,0%	99	0,0%
Totaal	850.754	100,0%	933.275	100,0%

Kenmerk
A/07/276Pagina
10 van 24

Tabel 1.6 Absoluut en relatief aantal positieve AWBZ-besluiten naar functiehoofdgroepen over 2005 en 2006 (bron CIZ)

Vastgesteld kan worden dat de ontwikkeling van de indicaties in beweging is. Waar in de CIZ-rapportage 2005 sprake was van een stijging van 20% tussen januari 2004 en december 2005 van de indicaties Zorg-Thuis-combinaties, blijkt de trend binnen deze combinatie te zijn omgebogen in een daling van 6% over de jaren 2005 en 2006. Deze daling zou nog sterker zijn geweest als alleen 2006 was getoond. De trendlijn van de OB/AB-combinaties blijft fors stijgen. Het gemiddelde groeipercentage OB/AB is 34% per jaar.



Figuur 2 Absoluut aantal positieve AWBZ-besluiten naar combinaties per maand over 2005 en 2006 (bron CIZ)

Het CIZ en de NZa hebben in de knelpuntenrapportages van 2006 al een nadrukkelijk signaal over de enorme stijging indicaties OB afgegeven.

4.2 Zorgintensivering

De CIZ-cijfers laten zien dat er in 2006 een relatieve toename is te constateren van indicatiebesluiten met meer dan vier functies binnen één besluit. De toename van indicaties met vijf of zes functies wordt veroorzaakt door indicaties met verblijf, zoals verzorgingshuiszorg.

AWBZ-besluiten	2005		2006	
	Absoluut	Relatief	Absoluut	Relatief
1 functie	306.820	36,06%	327.430	35,08%
2 functies	196.596	23,11%	208.619	22,35%
3 functies	145.381	17,09%	154.550	16,56%
4 functies	136.432	16,04%	154.862	16,59%
5 functies	55.567	6,53%	66.965	7,18%
6 functies	9.958	1,17%	20.849	2,23%
Totaal	850.754	100,00%	933.275	100,00%

Kenmerk
A/07/276Pagina
11 van 24

Tabel 1.7 Absoluut en relatief aantal positieve AWBZ-besluiten naar aantal functies binnen één indicatiebesluit (Bron: CIZ)

Verder is er toename van het aantal uren zorg dat aan de cliënt wordt geboden te constateren. Dit aantal uren is weergegeven in een klasse met bijbehorende bandbreedtes in uren. Zoals al eerder aangegeven, betekent het maximum van de klasse niet automatisch een recht. De uiteindelijke zorglevering wordt gezamenlijk door de zorgaanbieder en de cliënt bepaald binnen de indicatie. Zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken over volume, prijs en kwaliteit van de zorg.

Functie	Klasse**								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PV	0-1,9	2-3,9	4-6,9	7-9,9	10-12,9	13-15,9	16-19,9	20-24,9	add.*
VP	0-0,9	1-1,9	2-3,9	4-6,9	7-9,9	10-12,9	13-15,9	16-19,9	add.*
OBA	0-1,9	2-3,9	4-6,9	7-9,9	10-12,9	13-15,9	16-19,9	20-24,9	add.*
OBD	4	8	12	16	20	24	28	32	36
ABA	0-1,9	2-3,9	4-6,9	7-9,9	add.*				
ABD	4	8	12	16	20	24	28	32	36

Tabel 1.8 Functies en klassen met bijbehorende bandbreedtes (in uren)

* Additioneel ** Functie VP heeft de klasse 0 tot en met 7

Voor de indicatiebesluiten zonder Verblijf is een stijging van de gemiddeld geïndiceerde omvang van 9,7 uur per week in januari 2005 naar 11,2 uur per week in december 2006 te constateren. Dit is een stijging van ongeveer 15% in twee jaar. Voor de indicaties met Verblijf is een toename van de gemiddelde zorgomvang per indicatie van 23,2 uur per week in januari 2005 tot 25,3 uur per week in juni 2006 vast te stellen (9%). (bron CIZ)

In bijlage I is een tabel opgenomen waar per functie en klasse is te zien wat de kosten zijn als op het minimum, het gemiddelde en het maximum van de klasse wordt ingekocht. Bijvoorbeeld de functie Persoonlijke Verzorging klasse 3 kost jaarlijks per persoon circa € 8.500 euro indien op het minimum van 4 uur en circa € 14.600 als op het maximum van 6,9 uur wordt ingekocht.

De productiegegevens van het CAK over 2005 en 2006 bevestigen (voor de eigen-bijdrageplichtige functies) de trend dat het aantal uren zorg per cliënt toeneemt van 69,59 naar 70,67 uur (1,54%). Voor de functie persoonlijke verzorging (PV) stijgt in 2006 (ten opzichte van 2005) het aantal uren per persoon van 99,85 uur naar 102,61 uur (2,76%) en voor de functie verpleging (VP) stijgt het aantal van 38,35 uur naar 38,90 uur (1,43%).

Kenmerk
A/07/276

Pagina
12 van 24

Functie	meer personen (volume)			meer uren zorg (intensivering)		
	2005	2006	Groei '05 t.o.v. '06	2005	2006	Groei '05 t.o.v. '06
PV	302.213	296.135	-2,01%	30.175.040	30.387.731	0,70%
VP	292.649	297.764	1,75%	11.223.124	11.581.811	3,20%
Totaal	594.862	593.899	-0,16%	41.398.164	41.969.542	1,38%

Tabel 1.9 Stijging aantal uren per cliënt onderverdeeld naar functie (Bron: CAK)

Bij de functie persoonlijke verzorging is in 2006 een afname te zien van het aantal personen in zorg en een stijging van het aantal uren geleverde zorg. Voor verpleging stijgen beide variabelen, maar stijgt het aantal geleverde uren zorg relatief meer dan het aantal personen in zorg.

Samenvattend

Over de periode 2005-2006 komt de reële gemiddelde stijging van het aantal indicaties op 7% per jaar.

Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door het aantal herindicaties. Verder zet de stijging van de OB/AB-combinaties fors door. De gemiddelde jaarlijkse stijging van het aantal OB/AB-combinaties is 34% voor 2006.

De cijfers van CIZ en CAK tonen aan dat het aantal uren zorg per cliënt toeneemt (zorgintensivering) en dat er nauwelijks een stijging van het aantal cliënten die zorg ontvangen is te constateren (volume).

In het kader van het voorliggende advies worden de indicaties van het CIZ als 'gegeven' aangenomen. Voor de verdere vertaling naar de contracteerruimte (bekostiging) dienen hierbij de volgende factoren te worden meegewogen: a) de gemiddelde lengte van een afgegeven indicatie (is een indicatie afgegeven voor een kwartaal of voor een aantal jaren); b) het uitstroombestand. Voor het eerstgenoemde heeft CIZ op basis van een steekproef een percentage voorgesteld. Voor het uitstroombestand is op basis van het CAK-gegevensbestand een steekproef verricht.

5. Inkoopbeleid en declaratiegedrag

Alvorens de ontwikkelingen in de indicatiestelling door te vertalen naar de contracteerruimte dient het inkoopbeleid (en het bijbehorende declaratiegedrag van aanbieders) te worden belicht. In deze analyse over de contracteerruimte 2007 is uitgegaan van de huidige situatie in plaats van een ideale situatie. Er zijn aldus mogelijkheden om méér uren AWBZ-zorg te leveren binnen de huidige contracteerruimte.

Zorgkantoren dienen - in het kader van een doelmatige uitvoering - zorg te dragen voor het zo efficiënt mogelijk aanwenden van de regionale contracteerruimte met aandacht voor de kwaliteit van de zorgverlening. De zorgkantoren hebben hierbij de opdracht om zoveel mogelijk kwalitatief goede zorg in te kopen met het regiobudget. Hiervoor sturen de zorgkantoren op onder meer:

- gecontracteerde uren, ervoor zorgen dat de afgesproken uren realistisch zijn;
- prijs, kortingen t.o.v. de maximale beleidsregelwaarde;
- productmix, voorzichtig inkopen van relatief duurdere zorgprestaties. Hierdoor kan met hetzelfde regiobudget méér volume worden ingekocht.

Kenmerk
A/07/276
Pagina
13 van 24

In de monitor extramurale zorg wordt door de NZa jaarlijks onderzocht in hoeverre zorgkantoren inhoud geven aan deze sturingsmogelijkheden. De NZa ziet hierop toe door middel van prestatie-indicatoren. Het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor, zoals voor de prestatie-indicator prijs en productmix, wordt afgezet tegen het landelijke gemiddelde. Deze rapportage ontvangt ieder zorgkantoor.

5.1 Geleverde t.o.v. geïndiceerde uren

Op dit moment bestaat er nog geen inzicht hoeveel uren zorg daadwerkelijk geleverd wordt in relatie tot de indicatie (de afspraken over de bandbreedte). Dit komt omdat de geïndiceerde uren van het CIZ op cliëntniveau zijn en de productiegegevens van de NZa op aanbieders- en zorgkantoorniveau. De NZa, en de zorgkantoren, controleren dat de levering van de zorg verklaard wordt door indicaties. Met het sturen op uren (klassenbreedte) door zorgkantoren wordt een doelmatige uitvoering van de AWBZ gestimuleerd. Zo is bijvoorbeeld de indicatie voor de functie Persoonlijke Verzorging, klasse 2 bedoelt voor 2 tot 3,9 uur zorg per week. Een gemiddeld uur PV kost € 40,84. Dit betekent bij een levering van 2,95 uur per cliënt (klassengemiddelde) € 120,48 per week en € 6.300,00 per jaar. Indien het maximaal geïndiceerde aantal uren 3,9 per cliënt wordt geleverd, betekent dit € 2.000,00 extra per jaar. Omdat de cijfers van NZa geen gegevens over aantallen cliënten bevatten, is het lastig dit effect te kwantificeren.

5.2 Gecontracteerde t.o.v. geleverde uren

Na afloop van het jaar wordt in de nacalculatie op productie door de NZa beoordeeld in hoeverre de gecontracteerde uren ook geleverd zijn. Alleen geleverde uren worden in het budget opgenomen. Niet-geleverde uren worden door de NZa uit het budget gehaald. Conform de systematiek van de contracteerruimte wordt als een instelling méér gerealiseerd heeft dan afgesproken met het zorgkantoor dit meerdere niet vergoed. Alleen de met het zorgkantoor afgesproken en door de NZa goedgekeurde productieafspraken door de NZa komen voor vergoeding in aanmerking.

De NZa constateert dat er in zorgkantorregio's zorg wordt ingekocht die uiteindelijk niet wordt geleverd. In de knelpuntenrapportage van juli 2006 heeft de NZa hier onderzoek naar gedaan. Geconstateerd werd dat in 2005 circa 2,09% (in 2004 circa 2,34%) van de gecontracteerde extramurale zorg uiteindelijk niet geleverd wordt.

De verwachting was dat - door druk op de contracteerruimte - het percentage in 2006 lager zou zijn. Dit is in de praktijk ook gebeurd. Het deel niet-geleverde zorg was in 2006 per saldo slechts 1%. Niettemin is voor 2006 landelijk, zoals in 2005, meer dan € 100 miljoen onderproductie na de oktoberronde geconstateerd.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
14 van 24

	Afgesproken	Geleverd	Niet geleverd	%
GGZ	17.930.460	17.718.122	212.338	1,18%
GHZ	30.334.856	29.906.529	428.327	1,41%
V&V	113.796.079	111.049.043	2.747.036	2,41%
AWBZ	162.061.395	158.673.694	3.387.701	2,09%

Tabel 1.10 Realisatie extramurale zorg 2005 (Bron NZa)

Wanneer de realisatiecijfers van 2005 worden gezien, blijkt er veel variatie tussen zorgkantoren en zorgaanbieders onderling. Geconstateerd kan worden dat er voor sommige zorgkantoren en zorgaanbieders nog winst is te halen door meer te gaan sturen op de realisatie.

Naar aanleiding van de knelpuntenrapportage van december 2006 heeft de NZa de Beleidsregels Aanvaardbare Kosten en Extramurale Zorg per 1 januari 2007 aangepast. Voorgeschreven is dat het zorgkantoor tijdig geïnformeerd dient te worden door de zorgaanbieder als gedurende het jaar de productie aanzienlijk afwijkt van de afspraken. Voor het jaar 2007 verwacht de NZa aldus een actiever beleid van de zorgaanbieders en de zorgkantoren ten aanzien van het sturen op geleverde uren.

5.3 Gecontracteerde kortingen

Over elke gecontracteerde prestatie maken het zorgkantoor en de zorgaanbieder prijsafspraken. Deze prijs mag niet hoger zijn dan de maximum beleidsregelwaarde. Een zorgkantoor dat relatief veel kortingen op de maximum beleidsregelwaarde bedingt, creëert ruimte om méér zorg in te kopen. In de monitor extramurale zorg 2005-2006 van 23 juni 2006 is hier uitgebreid aandacht aan besteed, evenals in de NZa knelpuntenrapportage van 14 augustus 2006.

Zie in bijlage II de gecontracteerde kortingen voor 2004, 2005 en 2006. Het verschil tussen zorgkantoorregio's valt op. De gemiddelde korting over de jaren heen verschilt van 0,5% tot ruim 6% van de gecontracteerde extramurale zorg. In de monitor extramurale zorg is uiteengezet dat hier verschillende oorzaken voor kunnen zijn (o.a. schaalgrootte aanbieder). Doorberekend betekent de gecontracteerde korting op de prijsafspraken op macroniveau dat voor € 32 miljoen in 2004, € 89 miljoen in 2005 en € 100 miljoen in 2006 meer zorg kon worden ingekocht. Dit bedrag is het verschil tussen de werkelijke productieafpraak en de productieafpraak op basis van afgesproken aantal maal de beleidsregelwaarde.

5.4 Gecontracteerde productmix

Kenmerk
A/07/276

Pagina
15 van 24

Per functie bestaan er verschillende prestaties. Relevant voor de berekening van de productmix is de beschikbaarheidsfunctie voor niet planbare zorg. Voor de functie Persoonlijke Verzorging bestaan bijvoorbeeld Persoonlijke Verzorging (H126) en Persoonlijke Verzorging Extra (H127). De prestatie inclusief beschikbaarheidsfunctie is duurder dan de basisprestatie. De bekostiging van deze zorg hangt niet direct samen met de indicatie, maar met de mate waarin de zorgaanbieder en het zorgkantoor de beschikbaarheid efficiënt organiseert. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze efficiency uiteindelijk wel zijn beperking kent.

Functie	Prestatie	Aantallen totaal	2005	2006	2007	Gem.
OB	H121	Begeleiding (p/u.)	76%	76%	80%	76%
	H129	Begeleiding extra (p/u.)	24%	24%	20%	24%
PV	H126	Persoonlijke verzorging (p/u.)	82%	82%	85%	84%
	H127	Persoonlijke verzorging extra (p/u.)	18%	18%	15%	17%
VP	H104	Verpleging (p/u.)	84%	82%	85%	83%
	H106	Gespecialiseerde verpleging (p/u.)	2%	3%	3%	3%
	H128	Verpleging extra (p/u.)	14%	15%	12%	14%

Tabel 1.11 Gemiddelde gecontracteerde productmix (Bron NZa)

Indien er relatief veel duurdere prestaties worden ingekocht, neemt het beslag op de contracteerruimte toe. Ook hier zijn er aanzienlijke verschillen per zorgkantoor te constateren.

Functie OB	afgesproken 2005	afgesproken 2006
Duurste	44,1%	51,4%
Goedkoopste	99,3%	99,6%
Gemiddeld	75,9%	79,7%

Functie VP	afgesproken 2005	afgesproken 2006
Duurste	45,0%	70,0%
Goedkoopste	99,4%	98,7%
Gemiddeld	82,5%	86,3%

Tabel 1.12 Gemiddeld gecontracteerde productmix 2006 (Bron NZa)

Uit de tabel 1.12 blijkt dat er aanzienlijke verschillen per zorgkantoor zijn. Waar gemiddeld 75,9% van de ingekochte OB de basisprestatie H121 betreft zijn er ook zorgkantoren die op 99,3% of op 44,1% uitkomen. Het zorgkantoor met 99,3% is daarmee het goedkoopste; er wordt relatief veel goedkopere zorg ingekocht. Het zorgkantoor met 44,1% koopt relatief weinig goedkope zorg in en is daarmee het duurste.

Een ander voorbeeld van een productmix betreft de toeslag aanvullende verpleeghuiszorg voor verzorgingshuisbewoners. De NZa constateert dat zorgaanbieders en zorgkantoren in toenemende mate een beroep doen op deze toeslag. Ook hier zijn grote verschillen tussen regio's te constateren. Het gemiddelde aantal gecontracteerde dagen aanvullende verpleeghuiszorg als percentage van het totale aantal verzorgingshuisdagen op basis van de productieafspraken oktober is bijvoorbeeld voor Rotterdam 46%, Den Haag 24,4%, Utrecht 29,8% en Amsterdam 44,7%. Het landelijke gemiddelde in 2006 is vastgesteld op 33,9%. Voor deze toeslag bestaat geen specifieke CIZ-indicatie (voor 2003 was er een aparte verpleeghuisindicatie nodig om voor deze bekostiging in aanmerking te komen). De Beleidsregel Intramurale Zorg stelt dat als de geïndiceerde individuele zorg voor een verzorgingshuisbewoner opgeteld minimaal 12 uur per week is, en tendeert naar een gemiddelde van 15-16 uur (voor combizorg 18-19 uur), de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een toeslag. De totale productieafspraken aanvullende verpleeghuiszorg voor verzorgingshuisbewoners doen een beroep op ruim € 600 miljoen van de contacteerruimte 2006. Stel dat er in een regio 3.000 verzorgingshuisplaatsen zijn. De extra kosten van aanvullende verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis bedragen circa € 16.000 per jaar per cliënt. Op basis van het gemiddelde percentage van 33,9% doet dit een beroep op € 16,3 miljoen van de contracteerruimte in die regio. Bij een percentage van bijvoorbeeld 39% in deze regio is het beroep op de contacteerruimte € 18,7 miljoen. De stijging van het aantal toeslagen met circa 5% kost in een regio met 3.000 plaatsen € 2,5 miljoen.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
16 van 24

De regionale verschillen in de toeslag voor aanvullende verpleeghuiszorg voor verzorgingshuisbewoners hebben aanzienlijke gevolgen voor het beslag op de contracteerruimte AWBZ. Voor het eerste kwartaal 2007 ziet de NZa wederom een stijging tot € 650 miljoen voor deze toeslag. De huidige Beleidsregel Intramurale Zorg laat bij de optelling van het aantal geïndiceerde uren om in aanmerking te komen voor de toeslag ruimte door de bandbreedte van de indicatiestelling. Met de invoering van ZZP's komen de toeslagen te vervallen. Hierdoor wordt een goede oplossing geboden voor het voorliggende vraagstuk: een onafhankelijke indicatiestelling gekoppeld aan zorgzwaarte bekostiging. De NZa ziet zich genoodzaakt om de Beleidsregel Intramurale Zorg per 1 januari 2008 aan te scherpen: de functies die voor de toeslag aanvullende verpleeghuiszorg in aanmerking komen zijn alleen de functies die betrekking hebben op individuele zorg. De functies OB Dag en AB Dag (gericht op groepsactiviteiten) worden uitgesloten voor urenberekening om voor deze toeslag in aanmerking te komen. Aan zorgaanbieders en zorgkantoren wordt verzocht per direct (julironde 2007) naar analogie met deze uitleg te handelen.

6. Analyse

Het stijgingspercentage van de CIZ-indicaties is een betrouwbaar (ramings)cijfer voor de toegang tot de AWBZ-zorg, maar voor de bepaling van de benodigde financiële middelen om de toename van zorg te bekostigen dient een aantal factoren eruit gefilterd te worden.

Ieder indicatiebesluit kent een startdatum en een einddatum. Deze data vormen de grenzen van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. De *afgegeven* geldigheidsduur verschilt in veel gevallen van de *effectieve* geldigheidsduur doordat cliënten voortijdig bij het CIZ terugkeren voor herindicatie.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
17 van 24

Deze effectieve geldigheidsduur van het indicatiebesluit is nodig om de ontwikkeling van de indicatiestelling te kunnen beoordelen in het licht van de financiële middelen. Het CIZ is druk bezig deze informatie met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2005 te ontsluiten. Voor deze analyse heeft CIZ op basis van een betrouwbare steekproef een gemiddelde geldigheidsduur per functie berekend die is meegewogen.

Daarnaast heeft de NZa in dit advies rekening gehouden met een aantal ander factoren in het proces van indicatiestelling tot declaratie waarvoor nog geen cijfermaterieel voorhanden was. De belangrijkste aannames zijn:

- Als geldigheidsduur van de indicatie is per functie, op basis van een steekproef van CIZ, op 365 dagen gesteld (behalve de functie AB Algemeen op 235 dagen);
- De cliënt neemt wel geïndiceerde zorg af, maar niet ten laste van de contracteerruimte. De belangrijkste redenen is dat de zorg vanuit het persoonsgebonden budget wordt gefinancierd. Dit percentage betreft 3% van alle AWBZ-cliënten (bestaande en nieuwe);
- Niet iedere cliënt zet zijn indicatie volledig om in AWBZ zorg. Bijvoorbeeld door sterfte. De uitstroom is bepaald op basis van de CAK-gegevens op een percentage van 4% van de gehele populatie (voor de functies VP en PV);
- In deze analyse is uitgegaan van het gemiddelde van de klasse. Voor de additionele klassen is dit het gemiddelde aantal uur van de betreffende indicaties die buiten de klasse valt wat is berekend door het CIZ¹.

Alvorens de verdere berekeningen te maken past aandacht voor de uitgangspunten. Is bijvoorbeeld de geraamde groeiruimte uit de contracteerruimte voldoende afgestemd op de vergrijzingcijfers?

6.1 Extra check van de geraamde groeiruimte

Het bedrag dat nodig is om het aantal nieuwe cliënten zorg te verlenen in de periode 2005-2007 valt ook anders te berekenen. Deze berekening vereist de veronderstelling dat de cliëntengroei gelijke tred houdt met de bevolkingsgroei. Als variabelen worden gehanteerd: de groei van het aantal inwoners (bron: CBS) en het bedrag beschikbaar per inwoner voor gehandicaptenzorg (GHZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het bedrag per 75-plusser voor de Verpleging & Verzorging (V&V) op basis van de contracteerruimte (bron: NZa).

¹ PV: 42,45 uur; VP: 51,85 uur; OB: 45,05 uur en AB: 15,75 uur.

	2005	2006	2007
Groei bevolking	33.584	32.650	36.619
Groei 75 plussers	17.520	14.452	21.035
Bedrag per 1000 inwoners voor GGZ	€ 171.336	€ 179.149	€ 171.655
Bedrag per 1000 inwoners voor GHZ	€ 286.531	€ 294.001	€ 281.702
Bedrag per 75 plusser voor V&V	€ 9.852	€ 10.042	€ 9.510

Kenmerk
A/07/276

Pagina
18 van 24

Tabel 1.13 Groei van de bevolking c.q. 75-plussers en de beschikbare aanvaardbare kosten per 1.000 inwoners c.q. 75-plussers in 2005-2007

Voor 2005 en 2006 is het mogelijk uit te gaan van de reële cliëntengroei, voor 2007 moet de voorspelde cliëntengroei als het uitgangspunt genomen worden. Voor de bedragen per inwoner voor de GGZ en de GHZ, en de per 75 plusser voor de V&V vormt de beschikbare contracteerruimte voor elk onderscheiden jaar het uitgangspunt. De toename aan zorgcliënten over de periode van 2005-2007 vereist op basis van deze berekening cumulatief een bedrag van € 565 miljoen. Dit bedrag dient gezien te worden in vergelijking met de (cumulatief opgetelde) groeiruimte € 1.217 miljoen voor de jaren 2005-2007. Verondersteld kan aldus worden dat de geraamde groeiruimte in de contracteerruimte 2005-2007 voldoende antwoord biedt op de voorspelde cliëntengroei voor de caresector.

Bedragen in euro's

	2005	2006	2007	2005-2007
GGZ	5.754.148	5.849.215	6.285.828	17.889.191
GHZ	9.622.857	9.599.133	10.315.657	29.537.647
V&V	172.607.040	145.126.984	200.039.843	517.773.867
AWBZ	187.984.045	160.575.332	216.641.328	565.200.704

Tabel 1.14 Benodigde groei in de beschikbare aanvaardbare kosten t.b.v. de bevolkingsgroei in 2005-2007

6.2 Financiële positie zorgaanbieders

Om de eventuele knelpunten in de zorglevering op te kunnen vangen, is tevens de financiële positie van de zorgaanbieder een factor van betekenis. Het totaal eigen vermogen van de zorgaanbieders in de AWBZ-sector is in de periode 2002-2004, uitgaande van 61% van alle zorgaanbieders in de care, gegroeid met € 486 miljoen. Geëxtrapoleerd naar alle zorgaanbieders per sector komt de stijging van het eigen vermogen in twee jaar uit op € 754 miljoen. Dit betekent dat het eigen vermogen van elke zorgaanbieder in de AWBZ-sector in de periode 2002-2004 gemiddeld genomen met circa 15% per jaar is gegroeid. Het eigen vermogen van deze zorgaanbieders is daarmee sneller gegroeid dan hun budget.

Bedragen x 1 miljoen €

Sector	Totaal eigen vermogen				% van het budget		
	Respons	2004	2003	2002	2004	2003	2002
Geestelijke gezondheidszorg	75%	284	202	183	11%	8%	8%
Gehandicaptenzorg	75%	482	407	348	12%	11%	10%
Verpleging en verzorging	57%	1.055	954	804	14%	13%	12%
Totaal Care	61%	1.821	1.563	1.335	12%	11%	10%

Tabel 1.15 Het eigen vermogen van zorgaanbieders in de AWBZ

Het aandeel van het eigen vermogen in relatie tot het budget steeg in de periode 2002-2004 van 10% naar 12%. Uit deze cijfers valt voorzichtig op te maken dat in ieder geval de bestaande zorgaanbieders vanuit hun financiële positie enige reserves hebben om eventuele knelpunten in de zorgverlening op te kunnen vangen. Voor het jaar 2005 heeft de NZa nog niet de beschikking over de financiële positie van zorgaanbieders. Een vervolgonderzoek wordt momenteel door de NZa voorbereid.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
19 van 24

7. Conclusie en adviezen

Hoewel de stijging van indicaties in het laatste kwartaal van 2006 een daling laat zien, is uitgegaan van een jaarlijks gemiddelde indicatiestijging van 7% als richtsnoer voor 2007. Het CIZ en CAK stellen in het eerste kwartaal van 2007 overigens geen afwijkende ontwikkelingen te zien ten opzichte van 2006.

Conclusie: Er is een jaarlijkse stijging van indicaties in 2007 te verwachten van gemiddeld 7%. Hierbij lijkt de trend zich voort te gaan zetten om minder mensen te helpen (volume) en meer uren aan cliënten te leveren die reeds in zorg zijn (zorgintensivering).

In de contracteerruimte 2007 is er een groeiruimte voor volumegroei van € 173 miljoen (vrije groeiruimte) en € 84 miljoen (doorwerking inzet € 95 miljoen van 2006 exclusief huishoudelijke verzorging) voor met name de extramurale zorg. De extramurale zorg heeft een beslag op de contracteerruimte van ruim € 5,7 miljard.

Met de gereserveerde vrij in te zetten groeiruimte van € 257 miljoen kan een stijging van 4,45% voor volumegroei in de extramurale zorg worden opgevangen.

De gemiddelde jaarlijkse indicatiestijging van 7% dient voor het bepalen van de financiële middelen voor de volgende facetten te worden verdisconteerd. De gemiddelde indicatiestijging van 7% is nog inclusief het aantal PGB's (1.200 per maand, bron CvZ). De bekostiging van de PGB's valt buiten de contracteerruimte. Het CIZ stelt dat bij de indicatiestijging uitgegaan dient te worden van de aanname dat het 25% nieuwe indicaties betreft, en 75% herindicaties. Vervolgens dient de geldigheidsduur van de indicaties in de berekening voor de bekostiging te worden meegewogen. Deze geldigheidsduur is per functie vastgesteld op basis van een steekproef. Uit de CAK-cijfers blijkt 1,38% groei (2006 t.o.v. 2005) en een uitstroombestand van 4% van de gehele populatie voor de eigenbijdrageplichtige functies. Indien de NZa uitgaat van deze aannames, lijkt de groeiruimte voldoende om de toegenomen geïndiceerde zorg te bekostigen. Hierbij heeft de NZa de financiële voordelen van het inkoopbeleid en het declaratiegedrag die zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen bewerkstelligen *niet* meegewogen. Eveneens is het inverdieneffect van de zorgaanbieders om 1,25% meer mensen in zorg te nemen *niet* verdisconteerd.

De ontwikkeling van de toename van de indicaties in relatie tot de financiële middelen in 2007 geeft vooralsnog landelijk geen verontrustend beeld. Dit neemt niet weg dat er zich individuele, specifieke knelpunten kunnen voordoen, maar deze eventuele

knelpunten lijken door zorgkantoren zelf – met de mogelijkheid van overhevelingen – oplosbaar te zijn.

Kenmerk
A/07/276

Voor 2007 ziet de NZa een aandachtspunt voor de geormerkte middelen 'wachlijsten jeugd-GGZ' en 'extreme zorgbehoefte gehandicapten'. Doordat deze middelen zijn geormerkt, moet de NZa een korting opleggen indien er meer middelen worden aangevraagd dan er voor dit specifieke doel zijn gereserveerd. Tijdens de maartronde 2007 is een korting van € 50 miljoen opgelegd voor de wachlijsten jeugd-GGZ. De NZa adviseert u met klem om voor de contracteerruimte 2008 geen geormerkte budgetten te benoemen vanwege de averechtse werking. Naar aanleiding van de herschikking 2006 komt de NZa eind deze week met een advies over de inzet van middelen die resteren na de herschikking.

Pagina
20 van 24

Advies

Het geheel overwegende constateert de NZa - op basis van de thans bekende feiten en cijfers - dat de verwachte stijging van indicaties (gemiddeld 7%) in principe binnen de groeiruimte van de contracteerruimte 2007 moet zijn op te vangen. Dit kan alleen met een beroep op alle zorgkantoren en alle zorgaanbieders om met een zo doelmatige inzet van middelen zoveel mogelijk kwalitatief goede zorg te leveren. Zonodig zullen de zorgkantoren, die namens alle verzekeraars de AWBZ in hun regio uit moeten voeren, middelen naar elkaar dienen over te hevelen.

De NZa ziet op grond van de analyse van de cijfers van het CIZ, CAK en haar eigen gegevens geen acute aanleiding om u te adviseren om ten behoeve van de komende julironde de resterende groeiruimte voor volumegroei in 2007 uit te breiden. Er zijn echter wel maatregelen nodig om de AWBZ in 2007 beheersbaar te houden.

1) Bewaking van de toegang

Een reden van de indicatiestijging is de forse toename van het aantal indicaties (combinatie van) Ondersteunende Begeleiding/Activerende begeleiding. Nogmaals wordt u geadviseerd zo spoedig mogelijk maatregelen inzake het protocol Ondersteunende Begeleiding te nemen. De NZa heeft in de decemberrapportage aangegeven dat de indicatiestijging functie OB in 2006 een uitgavenstijging van € 50 miljoen betekende. Conform het advies van CIZ en CvZ is een aanscherping van de functies OB en AB zeer gewenst, waarbij de activerende begeleiding ook wordt geknipt van OB/behandeling.

2) Doelmatige uitvoering

Met de indicatiestijging wordt de druk op zorgkantoren en zorgaanbieders groter om met een doelmatige inzet van financiële middelen zoveel mogelijk kwalitatief goede zorg te leveren. De NZa verwacht dat de zorgkantoren in 2007 en 2008 nog meer gaan sturen op het inkoopbeleid. Anderzijds vraagt dit ook een gepast declaratiegedrag van zorgaanbieders. De geconstateerde toename van meer uren zorg per cliënt, en de regionale spreiding, doet vermoeden dat verschillend wordt omgegaan met het sturen op inkoopbeleid en declaratiegedrag. Als voorbeeld. Bij een beschikbaar budget van circa € 15,4 miljoen, kunnen 1000 cliënten worden geholpen als gemiddeld 7

uur PV per week wordt geleverd. Als gemiddeld 5,5 á 6 uur PV wordt geleverd per week, kunnen voor € 15,4 miljoen circa 1200 cliënten worden geholpen (dat betekent aan 20% meer cliënten zorg geleverd kan worden). De NZa zal de inkoopprestaties monitoren en door middel van benchmarkgegevens partijen ook inzicht geven in de eigen prestaties. Zoals de analyse van de NZa laat zien, is op een doelmatige uitvoering door zorgaanbieders en zorgkantoren nog winst te behalen.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
21 van 24

3) Groeiruinte 2008 op reële parameters

*Voor de contracteerruimte 2008 stelt de NZa voor de groeiruin*te niet langer op historische budgetten te verdelen, maar op reële parameters. De NZa zal in overleg met CIZ en CAK een nieuwe berekening van de groeiruinte 2008 opstellen op basis van reële parameters van indicatiestelling, inkoop, levering en bekostiging. De NZa adviseert de staatssecretaris om dit nieuwe verdelingsvoorstel uiterlijk 1 oktober middels uw Aanwijzing Contracteerruimte 2008 bekend te maken.

4) De NZa constateert in toenemende mate dat vragen over de spelregels van de uitvoering, en de verantwoordelijkheidsverdeling, van de AWBZ door zorgkantoren en zorgaanbieders worden gesteld. Dit maakt dat de NZa met voorrang een aantal beleidsregel zal aanpassen om de gewenste duidelijkheid aan de partijen te geven:

- Formuleren van een advies voor 'weektarief' extramurale zorg per 1 januari 2008;*
- Wijziging beslismodel contracteerruimte per 1 juli 2007;*
- Wijziging beleidsregel Intramurale zorg betreffende de aanvullende toeslag verpleeghuiszorg per 1 januari 2008;*
- Wijziging beleidsregel aanvaardbare kosten voor de gehandicaptenzorg per 1 juli 2007;*
- Wijziging beleidsregel aanvullende inkomsten zo spoedig mogelijk.*

Hieromtrent zal de NZa aan alle zorgkantoren en aan alle zorgaanbieders een circulaire versturen.

In het kader van dit advies wil de NZa nogmaals het belang van het AZR benadrukken voor het inzicht in de wachtlijstgegevens in de AWBZ. Ook in de laatste CvZ-wachtlijstrapportage blijkt dat de AZR-berichten niet sluitend zijn. De sturingsinformatie vanuit het AZR is nodig om te kunnen bepalen of er sprake is van een (regionaal) problematisch knelpunt. De NZa is van mening dat het niet langer vrijblijvend kan zijn dat zorgaanbieders het AZR vullen.

Er is een toenemend gebruik van persoonsgebonden budgetten (PGB's). Momenteel worden 1.200 PGB's per maand afgegeven. De uitgaven PGB's in 2006 bedroeg 1 miljard. Deze geldstroom betreft een subsidieregeling die via het CvZ verloopt. Deze bekostiging verloopt in principe niet via de contracteerruimte, hoewel de NZa merkt dat in 2006 een tekort op de PGB-uitgaven door de toenmalige staatssecretaris ten laste van de contracteerruimte is gebracht. De NZa heeft geen toezichthoudende bevoegdheid bij de zorg die middels een PGB wordt ingekocht. Indien het gebruik van PGB's deze vlucht blijft nemen (eveneens in budgettaire consequenties), kan de vraag worden gesteld of de taken en verantwoordelijkheden voor de uitvoering en het toezicht op deze regeling afdoende zijn geborgd.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
22 van 24

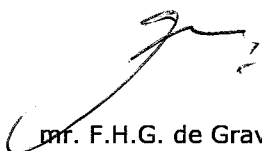
De NZa ziet met het bovenstaande advies een eerste antwoord voor de vraagstukken rondom de groeirimte contracteerruimte 2007. De NZa zal, mede in afwachting op de reactie van de staatssecretaris van VWS op het rapport Care voor de Toekomst, zich beraden over nadere adviezen c.q. voorstellen voor de korte termijn over de uitvoerbaarheid van de AWBZ.

De NZa zal in overleg met het CIZ de ontwikkeling van de indicatiestelling in relatie tot de contracteerruimte 2007 actief in de gaten houden. Indien er zich wijzigingen in het hierboven geschetste beeld voordoen, zal de NZa u hieromtrent meteen informeren.

Hoogachtend,
De Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit



mevr. drs. C.C. van Beek MCM
Portefeuillehouder aanbieders Care



mr. F.H.G. de Grave
Voorzitter

Bijlage I

Onderstaand een tabel waar per functie en klasse is te zien wat de kosten zijn als op het minimum, het gemiddelde en het maximum van de klasse wordt ingekocht.

Kenmerk
A/07/276
Pagina
23 van 24

Bedragen x €

Functie		PV	VP	OBA	OBD	ABA	ABD
Prijs*		40,84	59,24	44,58	32	64,41	32
1	min	212,37	308,05	231,82	1.664,00	334,93	1.664,00
	gem	2.123,68	1.540,24	2.318,16		3.349,32	
	max	4.034,99	2.772,43	4.404,50		6.363,71	
2	min	4.247,36	3.080,48	4.636,32	3.328,00	6.698,64	3.328,00
	gem	6.264,86	4.466,70	6.838,57		9.880,49	
	max	8.282,35	5.852,91	9.040,82		13.062,35	
3	min	8.494,72	6.160,96	9.272,64	4.992,00	13.397,28	4.992,00
	gem	11.574,06	9.087,42	12.633,97		18.253,79	
	max	14.653,39	12.013,87	15.995,30		23.110,31	
4	min	14.865,76	12.321,92	16.227,12	6.656,00	23.445,24	6.656,00
	gem	17.945,10	16.788,62	19.588,45		28.301,75	
	max	21.024,43	21.255,31	22.949,78		33.158,27	
5	min	21.236,80	21.563,36	23.181,60	8.320,00		8.320,00
	gem	24.316,14	26.030,06	26.542,93			
	max	27.395,47	30.496,75	29.904,26			
6	min	27.607,84	30.804,80	30.136,08	9.984,00		9.984,00
	gem	30.687,18	35.271,50	33.497,41			
	max	33.766,51	39.738,19	36.858,74			
7	min	33.978,88	40.046,24	37.090,56	11.648,00		11.648,00
	gem	38.120,06	44.512,94	41.610,97			
	max	42.261,23	48.979,63	46.131,38			
8	min	42.473,60	49.287,68	46.363,20	13.312,00		13.312,00
	gem	47.676,62	55.294,62	52.042,69			
	max	52.879,63	61.301,55	57.722,18			
9	add	90.150,22	159.722,89	104.433,11	14.976,00	52.751,79	14.976,00

* De prijs is de gemiddelde afgesproken prijs van de beleidsregelwaarde

Bijlage II

Bedongen kortingen op prijs door zorgkantoor.

Kenmerk
A/07/276

Pagina
24 van 24

De grote stijging tussen 2004 en 2005 wordt mede veroorzaakt door de kapitaalslasten.

In deze cijfers zijn de GGZ-instellingen niet meegenomen. Voor GHZ-instellingen geldt dat een prijs lager dan de beleidsregelwaarde niet alleen door een korting, maar ook door een kapitaalslastencorrectie kan komen. Vanwege de aansluiting met de monitor extramurale zorg zijn alleen de prestaties voor HV, OB, VP en PV meegeteld.

Nr.	Zorgkantoor	2004	2005	2006	2007	Gem.
3010	Groningen	0,28%	4,80%	3,35%	3,33%	2,94%
3020	Friesland	0,39%	1,72%	1,91%	3,39%	1,85%
3030	Drenthe	0,45%	1,82%	2,21%	3,50%	2,00%
3040	Zwolle	3,87%	6,41%	8,71%	8,05%	6,76%
3050	Twente	0,66%	5,38%	3,59%	2,86%	3,12%
3060	Apeldoorn Zutphen e.o.	0,74%	3,29%	4,25%	4,48%	3,19%
3061	Midden IJssel	0,66%	1,99%	3,76%	3,09%	2,37%
3070	Arnhem	0,53%	3,44%	4,19%	4,72%	3,22%
3080	Nijmegen	1,74%	2,08%	2,18%	1,99%	2,00%
3090	Utrecht	1,58%	3,12%	3,49%	4,41%	3,15%
3100	Flevoland	4,13%	6,67%	6,45%	5,92%	5,79%
3110	t Gooi (F 118)	1,53%	2,90%	3,07%	3,10%	2,65%
3120	Noord-Holland Noord	1,16%	2,16%	2,61%	1,90%	1,96%
3130	Kennemerland	0,90%	2,06%	4,14%	4,46%	2,89%
3140	Zaanstreek/Waterland	0,45%	2,47%	3,48%	4,46%	2,71%
3150	Amsterdam	0,40%	1,72%	2,17%	2,02%	1,58%
3160	Amstelland en De Meerlanden	2,99%	1,06%	2,12%	0,90%	1,77%
3170	Zuid-Holland Noord	0,24%	0,81%	0,99%	2,98%	1,25%
3180	Haaglanden	0,60%	0,49%	1,02%	2,56%	1,17%
3190	Delft Westland Oostland	0,70%	0,52%	0,65%	0,35%	0,56%
3200	Midden-Holland	0,31%	0,69%	1,02%	1,13%	0,79%
3210	Rotterdam	0,01%	0,49%	1,27%	2,75%	1,13%
3220	Nieuwe Waterweg Noord	0,31%	0,48%	0,37%	0,29%	0,36%
3230	Zuid-Hollandse Eilanden	1,51%	3,43%	3,69%	3,11%	2,93%
3240	Waardenland	0,82%	1,91%	2,60%	3,41%	2,18%
3250	Zeeland	1,30%	3,79%	3,47%	2,85%	2,85%
3260	West-Brabant	2,75%	3,07%	2,50%	1,59%	2,48%
3270	Midden-Brabant	1,47%	3,56%	3,73%	2,86%	2,91%
3280	Noordoost-Brabant	1,09%	2,70%	3,43%	4,55%	2,94%
3290	Zuidoost-Brabant	0,48%	1,12%	1,36%	5,44%	2,10%
3300	Noord-Limburg	2,08%	4,25%	2,81%	1,76%	2,72%
3310	Zuid-Limburg	1,45%	1,97%	2,44%	2,42%	2,07%