



Nederlandse
Zorgautoriteit

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. van Rijn
Postbus 20350
2500 AJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 8111
F 030 296 8296
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
Directie Regulering	088 770 8770	info@nza.nl	0245307/0346878
Onderwerp			Datum
Advies benutting budgettair kader Wlz 2017			13 Juni 2017

Mijnheer de Staatssecretaris,

In uw brief van 7 november 2016, inzake de Kader- en voorhangbrief langdurige zorg 2017 (kenmerk 1035746-157403-LZ), is de NZa verzocht u eind mei 2017 en eind augustus 2017 te informeren over de inzet van de herverdelingsmiddelen en de toereikendheid van het budgettair kader Wlz. Hierbij voldoen we aan uw verzoek voor wat betreft het mei-advies. De ontwikkelingen rondom het kwaliteitskader en de bijbehorende impactanalyse hebben we buiten beschouwing gelaten.

Wij adviseren de herverdelingsmiddelen van € 200 miljoen beschikbaar te stellen, zodat deze ingezet kunnen worden wanneer dit nodig is. Dit lichten wij hieronder toe. De bijlage bij dit advies geeft verdere inzichten in de ontwikkelingen van de indicaties, inkoop en declaraties binnen de langdurige zorg. Voordat we ingaan op de onderbouwing van dit advies beschrijven we hoe dit advies is opgebouwd en wat de relatie is met het nog op te stellen augustus-advies.

Opbouw mei-advies en bijlage

Het voorliggende mei-advies geeft inzicht in de indicatie-, inkoop- en declaratieontwikkelingen, zoals deze in 2015 en 2016 hebben plaatsgevonden. Daarnaast geven we een beeld van de benutting van het budgettair kader Wlz in 2015 en 2016.

De ontwikkelingen worden verder onderbouwd in de bijlage. Deze bijlage is onderverdeeld in vijf hoofdstukken. Na de inleiding in hoofdstuk 1 geven we in hoofdstuk 2 een beeld van de ontwikkelingen in 2015 en 2016 met betrekking tot de aanspraken op de langdurige zorg. Dit doen we op basis van de indicatiegegevens die we ontvangen van het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ). We gaan na in hoeverre sprake is van een trend, zodat we een eerste inschatting kunnen maken of de beschikbare groeiruimte voldoende is. In hoofdstuk 3 kijken we naar het effect van de zorginkoop op de contracteeruimte. Hiervoor worden de inkoopafspraken geanalyseerd, waarbij wordt ingezoomd op de omzetontwikkelingen tussen 2015 en 2016. Ook komt de inzet van het persoonsgebonden budget (pgb) aan de orde. In hoofdstuk 4 bekijken

we gedeclareerde zorg in natura (zin) over de jaren 2015 en 2016. Hierbij analyseren we in hoeverre de inkoopafspraken aansluiten bij de daadwerkelijke vraag naar zorg. In hoofdstuk 5 gaan we in op de benutting van het budgettair kader Wlz in 2015 en 2016.

Relatie met augustus-advies

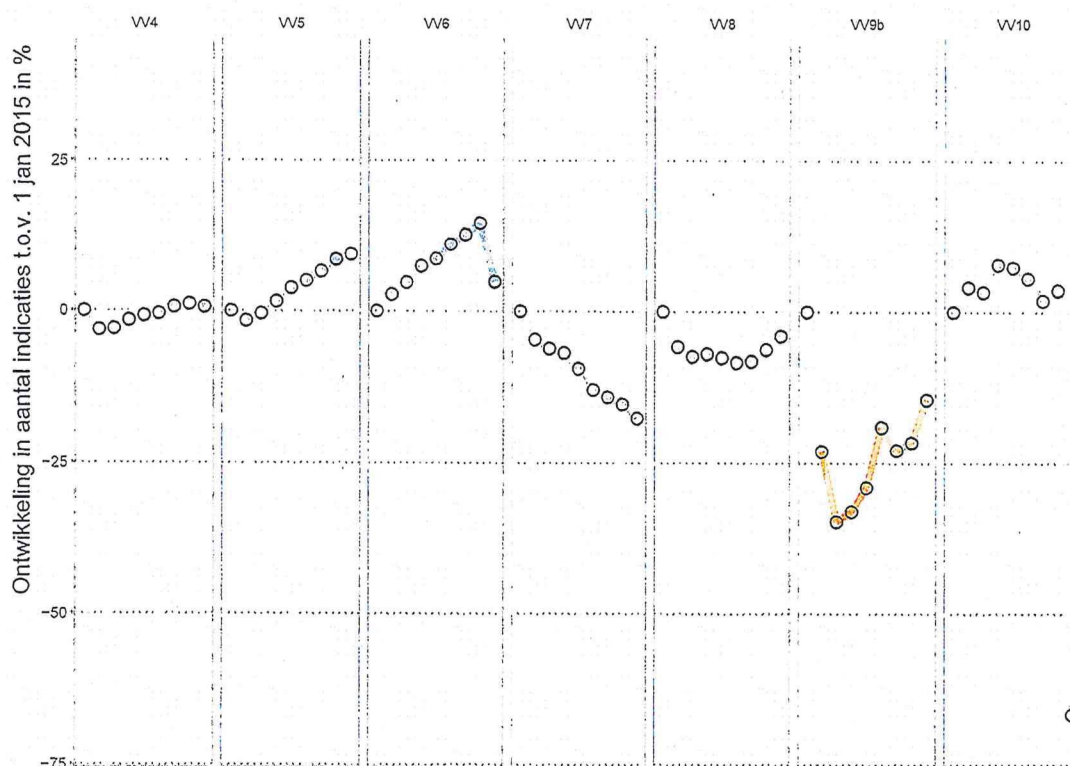
Vanaf april 2017 monitoren we maandelijks de declaraties, zodat we een beeld hebben van de actuele ontwikkelingen in 2017. Waar het mei-advies gebaseerd wordt op de ontwikkelingen in 2015 en 2016, geeft het augustus-advies een actueel beeld van de ontwikkelingen in het jaar 2017. Mochten er na augustus 2017 nog veranderingen zijn die niet konden worden voorzien, dan hebben zorgkantoren/Wlz-uitvoerders de mogelijkheid om een aanvraag in te dienen bij de NZa in het kader van de Beleidsregel knelpuntenprocedure 2017.

Indien hieruit naar voren komt dat zorgkantoren/Wlz-uitvoerders niet aan hun wettelijke zorgplicht kunnen voldoen, zullen wij u hierover informeren.

Ontwikkelingen in de indicaties

Voor de analyse van de ontwikkeling van de aanspraken op zorg maken we gebruik van de gegevens van het CIZ en hebben we gekeken naar de ontwikkelingen van de zorgprofielen.

Figuur 1. Ontwikkeling aantal indicaties per kwartaal per vv zorgprofiel



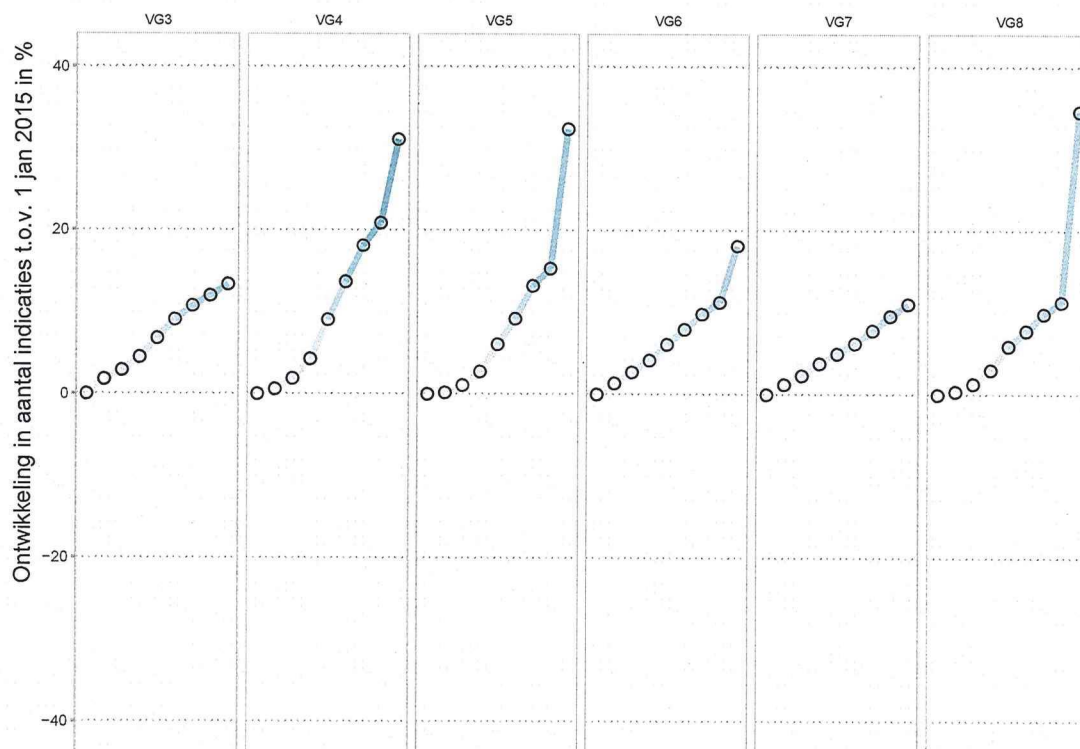
Als we de afgegeven indicaties op 1 januari 2015 vergelijken met 1 januari 2017 zien we een stijging van 2,7% voor de hoge verpleging en verzorging (vv)-zorgprofielen. Voor de hoge gehandicaptenzorg (ghz)-zorgprofielen zien we een stijging van 17,8%. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de het herindicatietraject van de Wlz-indiceerbare van wie het zorgprofiel is ingegaan per 1 januari 2017. Het gaat hierbij om circa 10.000 cliënten. Binnen de zorgprofielen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zien we een daling van 13,6%. Deze daling kan verklaard worden doordat er tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017 geen doorstroom plaatsvindt vanuit de Zvw naar de Wlz. Met de invoering van de Wlz ontvangen ggz-cliënten de eerste drie jaar de zorg via de Zvw.

De meeste indicaties worden afgegeven voor de hoge vv zorgprofielen (53% van alle hoge indicaties) en de hoge vg zorgprofielen (37% van alle hoge indicaties). In figuur 1 en 2 wordt daarom ingegaan op de ontwikkelingen van deze zorgprofielen.

Figuur 1 toont de ontwikkelingen binnen de hoge vv zorgprofielen. Hierin zijn de verschillende peilmomenten per kwartaal afgezet tegen de stand op 1 januari 2015. Binnen deze zorgprofielen worden de indicaties voor vv-4, vv-5 en vv-6 het meest afgegeven. Bij deze zorgprofielen zien we in 2015 en 2016 een gelijkmatige stijging. Alleen het peilmoment 1 januari 2017 laat een daling zien voor vv-4, vv-6 en vv-10. De daling bij vv-6 en vv-10 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van eerstelijnsverblijf (ELV) per 1 januari 2017 naar de Zvw. De overige vv zorgprofielen (vv-7 tot en met vv-9) laten een daling zien ten opzichte van 2015.

Figuur 2 toont de ontwikkelingen binnen de hoge vg zorgprofielen. Ten aanzien van de hoge vg zorgprofielen hebben de meeste cliënten aanspraak op vg-3 en vg-6. Bij alle hoge vg zorgprofielen zien we een stijging van de indicaties. Hierbij is een opvallende toename te zien bij de zorgprofielen vg-4, vg-5, vg-6 en vg-8 op het peilmoment 1 januari 2017. Zoals eerder aangegeven wordt deze trendbreuk veroorzaakt doordat de Wlz-indiceerbaren een zorgprofiel hebben gekregen op 1 januari 2017.

Figuur 2. Ontwikkeling aantal VG indicaties per kwartaal per zorgprofiel



De ontwikkelingen in de aanspraken zijn van invloed op het budgettair kader dat voor 2017 beschikbaar is gesteld. De overheveling van ELV naar de Zvw heeft invloed op het aantal cliënten met een aanspraak op de Wlz. Met de invoering van de Wlz in 2015 is ELV ondergebracht in een aparte subsidieregeling, waardoor de kosten hiervan niet ten laste komen van de contracteerruimte zin of het pgb subsidieplafond. De daling van de aanspraken heeft daarom geen effect in 2017 op de benutting van de contracteerruimte zin en het pgb subsidieplafond.

De Wlz-indiceerbaren zijn per 1 januari 2017 geïndiceerd in een zorgprofiel. De kosten van de

zorg van deze cliënten kwamen ook de in voorgaande jaren ten laste van het beschikbare budgettair kader. De indicatie van deze cliënten was alleen gebaseerd op de functies en klassen, die we onder de AWBZ kenden. Wanneer het nieuwe zorgprofiel meer kosten met zich meebrengt ten opzichte van de kosten in 2016, leidt dit tot druk op het beschikbare budgettair kader. Voor een deel van de Wlz-indiceerbaren zal dit het geval zijn. Cliënten die in een lager zorgprofiel zijn geïndiceerd vallen onder een vangnetconstructie. Op grond daarvan behouden cliënten vanaf 1 januari 2017 nog drie jaar lang minimaal de zorg die zij in 2016 hadden.

Bij de zorgprofielen vv-4 tot en met vv-6 en de vg zorgprofielen zien we een trendmatige stijging, waarbij we een trendbreuk zien door het herindicatietraject van de Wlz-indiceerbaren en ELV. Hoewel de data beperkt zijn, verwachten we dat de trend (gecorrigeerd voor de Wlz-indiceerbaren en ELV) zich in 2017 voort zal zetten. Mogelijk dat de groei wel wordt afgevlakt doordat in 2017 minder cliënten zullen herinstromen. Dit zijn cliënten die aanspraak hadden op de AWBZ, overgegaan zijn naar de Wmo en/of Zvw en weer terug zijn ingestroomd in de Wlz. Dit betekent dat er voldoende groeimiddelen in 2017 beschikbaar moeten zijn, zodat aan de stijgende zorgvraag kan worden voldaan.

Ontwikkelingen in de inkoop

In de analyse naar de inkoop hebben we naar de omzet-, volume- en prijsontwikkelingen gekeken tussen 2015 en 2016. De totale omzetontwikkeling binnen de contracteerruimte stijgt ondanks de afbouw van de lage zzp's. In totaal stijgt de totale omzet met ruim € 532 miljoen (van € 16.207 miljoen naar € 16.738 miljoen). Onderdeel van deze omzetstijging zijn de beleidsmaatregelen, zoals het ingroeittraject van de kapitaallasten en de extra middelen die in 2016 voor Waardigheid en Trots beschikbaar zijn gesteld. Dit gaat gepaard met een omzetstijging van € 516 miljoen respectievelijk € 110 miljoen in 2016 ten opzichte van 2015.

Als we de omzetontwikkelingen van de verschillende leveringsvormen analyseren zien we dat verreweg het grootste deel van de zorg intramuraal wordt afgenomen en bekostigd middels de zzp's. Wel zien we een lichte stijging van de omzet met betrekking tot het volledig pakket thuis. Bij de leveringsvorm voor het pgb zien we een forse stijging. In 2016 zijn er voor bijna 23% meer aan verleningsbeschikkingen afgegeven ten opzichte van 2015.

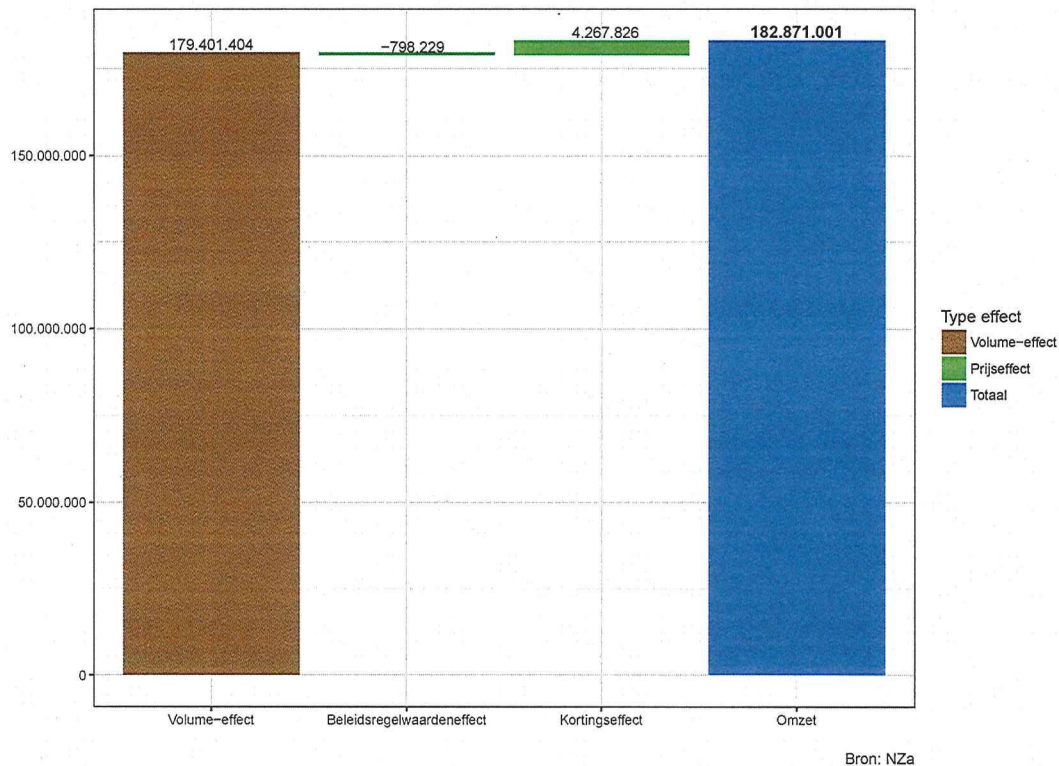
Bij de lage zzp's zien we, zoals verwacht, in 2016 een verdere omzetsdaling. Deze bedraagt ruim € 200 miljoen. De afbouw van de lage zzp prestatiegroepen verloopt voor de zzp vg-1 en vg-2 volgens de geraamde afbouw (10%), met een daling van 11,1%. De afbouw van de lage zzp vv-1 tot en met vv-3 zorgprofielen gaat met 33,9% wat langzamer dan het geraamde afbouwpercentage van 50%. Bij de hoge zzp's zien we een omzetstijging van € 183 miljoen. Deze omzetstijging zit met name bij de vv (€ 113 miljoen) en vg (€ 187 miljoen) zorgprofielen. Alleen voor de ggz-B zien we een daling van de omzet en voor de hoge zzp's van 17,8% (€ -93 miljoen) omdat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017 geen doorstroom plaatsvindt vanuit de Zvw naar de Wlz.

De omzetontwikkeling is op te splitsen naar een volume- en een prijseffect. Met het volume-effect wordt inzichtelijk gemaakt wat de invloed van het aantal geleverde/afgesproken prestaties en de productmix op de totale omzet is. Het prijseffect is het effect dat veroorzaakt wordt door de aanpassing van de beleidsregelwaarden (indexering) en de prijsafspraken die door de Wlz-uitvoerders zelf worden gemaakt. Voor de hoge zzp's zijn zowel het volume-effect als het prijseffect positief.

In figuur 3 is weergegeven hoe de totale omzetstijging van de hoge zorgprofielen (€ 183 miljoen) is op te delen naar volume- en prijseffecten. Het overgrote deel van de omzetstijging hangt samen met het volume-effect. Het volume-effect is ruim € 179 miljoen. De prijseffecten hebben in 2016 een minimaal effect op de omzetontwikkelingen (per saldo afgerond € 4 miljoen). Ten opzichte van 2015 zijn de beleidsregelwaarden in 2016 door de indexering zeer licht gedaald. Daarnaast zijn er lagere prijskortingen afgesproken ten opzichte van 2015. Op de omzetontwikkeling en de benutting van het beschikbare budgettair kader heeft het totale

prijseffect dus praktisch geen effect.

Figuur 3. Totale omzet hoge zorgprofielen, uitgesplitst in prijs en volume-effect (zonder kapitaallasten)



Declaraties vergeleken met de zorginkoop

Er is in 2016 voor € 16.412 miljoen gedeclareerd en voor € 16.738 miljoen ingekocht. Dit is een verschil van € 326 miljoen. Een aantal prestaties lopen echter niet via de declaraties, maar via een aparte betaalstroom. Het betreffen de middelen voor Waardigheid en Trots, de prijsafspraken die in de tweede budgetronde worden gemaakt en een deel van de crisiszorg. Daarnaast kan het zijn dat nog niet alle zorg 2016 daadwerkelijk is gedeclareerd.

Alleen voor de prestaties die samen hangen met de zintuiglijk gehandicapten auditief is meer zorg gedeclareerd dan ingekocht. Voor alle andere prestatiegroepen is er minder zorg gedeclareerd dan de inkoopafspraken. Opvallend is dat het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de inkoopafspraken voor de lage zzp's (-5,4%) groter is dan het verschil voor de hoge zzp's (-1,1%). Mogelijk dat de afbouw van de lage zzp's toch sneller gaat dan waarmee in de inkoopafspraken rekening is gehouden.

Ontwikkelingen budgettair kader en benutting van dit kader

Het vastgestelde kader voor 2017 (€ 19.270 miljoen) is hoger dan het kader voor 2016 (€ 18.608 miljoen). Tabel 1 geeft de verdeling van het budgettair kader per jaar weer op landelijk niveau. Deze gegevens zijn gebaseerd op de Regeling langdurige zorg, geldig op 01-04-2017. In de kader- en voorhangbrief langdurige zorg 2017 is de opbouw van het Wlz-kader opgenomen.

Tabel 1. Landelijke verdeling kader langdurige zorg per jaar (x1 miljoen euro)

Jaar	Budgettair kader	Contracteerruimte	Pgb subsidieplafond
2015	17.870	16.385	1.485
2016	18.608	16.782	1.826
2017	19.270	17.154	2.117

In 2017 is € 250 miljoen beschikbaar voor de groeirimte. Hiervan is € 50 miljoen bij aanvang van 2017 beschikbaar gesteld. De overige € 200 miljoen kunnen ingezet worden als herverdelingsmiddelen. Naast deze groeimiddelen is voor 2017 een extra bedrag van € 220 miljoen toegevoegd in verband met de gestegen zorgvraag. In totaal is hiermee, inclusief de herverdelingsmiddelen, € 470 miljoen beschikbaar voor groei. In 2016 was er in eerste instantie € 250 miljoen beschikbaar voor de groei. In het najaar van 2016 is € 166 miljoen aan extra middelen toegevoegd. Deze groeimiddelen uit 2016 (€ 416 miljoen) hebben een structureel effect naar 2017.

Naast de ontwikkelingen van het financieel kader hebben we gekeken naar de landelijke onderbenutting en onderproductie. Alleen voor 2015 zijn de werkelijke bestedingen beschikbaar. Voor 2016 is wel bekend wat de definitieve inkoopafspraken voor zin zijn en hoeveel aan verleningsbeschikkingen voor het pgb zijn afgegeven.¹ De verwachting is dat als er verschil zit tussen deze voorlopige stand en de definitieve stand, deze beperkt is.

In 2015 was er sprake van een niet ingezette contracteerruimte van € 160 miljoen. Dit is bijna 1% van de beschikbare contracteerruimte. Dat is het totaal van onderbenutting en onderproductie bij zin. Er is bij de afhandeling van de nacalculatie 2015 € 16.225 miljoen aan middelen toegekend. De beschikbare contracteerruimte 2015 is € 16.385 miljoen. In het budgettair kader voor 2017 is hier rekening mee gehouden. In 2016 is € 166 miljoen aan de contracteerruimte toegevoegd met een structurele doorloop naar 2017.

Ten aanzien van het pgb is het verschil tussen bestedingen en het beschikbare pgb subsidieplafond € 212 miljoen in 2015. Dit komt neer op circa 14% van het beschikbaar gestelde pgb subsidieplafond. Vanaf 2016 wordt rekening met een onderbesteding bij het pgb gehouden. Dit gebeurt door middel van het bruteringseffect. Met betrekking tot het pgb is in 2015 € 1.272 miljoen besteed en is voor € 1.448 miljoen aan verleningsbeschikkingen afgegeven. Het beschikbare pgb subsidieplafond voor 2015 is € 1.485 miljoen.

In 2016 is bij de definitieve productieafspraken (zin) € 37 miljoen niet ingezet voor het maken van productieafspraken. Dit is 0,2% van de contracteerruimte ten tijde van de herschikkingsronde. Zeker met de wetenschap dat in het najaar van 2016 nog € 166 miljoen aan het totale budgettair kader is toegevoegd, is de onderbenutting laag. Pas bij de afhandeling van de nacalculatie over 2016 zal duidelijk zijn in hoeverre deze middelen daadwerkelijk zijn ingezet (en of de onderproductie bij zin over het jaar 2016 dus groter, kleiner of gelijk is ten opzichte van 2015). In 2013 en 2014 lag de onderbenutting van de contracteerruimte rond de 1%. Daarnaast is in 2016 ongeveer € 46 miljoen van het beschikbare subsidieplafond (pgb) niet omgezet in verleningsbeschikkingen. De bestedingen ten laste van het pgb subsidieplafond 2016 zijn nog niet bekend.

Conclusie

De financiële ruimte voor 2017, inclusief herverdelingsmiddelen, die beschikbaar is gesteld om zowel de demografische ontwikkelingen als de gestegen zorgvraag op te vangen, is iets hoger dan in 2016 (€ 470 miljoen ten opzichte van € 416 miljoen). Het initieel beschikbaar gestelde kader voor 2016 was krap. Door het beschikbaar stellen van aanvullende middelen in het najaar van 2016 kon er meer volume ingekocht worden. Hoewel deze middelen niet volledig zijn weggezet, zien we dat de onderbenutting in 2016 historisch laag is.

We verwachten dat de inzet van de herverdelingsmiddelen ook dit jaar nodig is om voldoende zorg in te kunnen kopen in relatie tot de stijgende zorgvraag. De ontwikkelingen in de aanspraken laten in 2015 en 2016 een groei van de hoge zorgprofielen zien, die ook terug te zien is in de zorginkoop en de declaraties. We verwachten ook voor 2017 dat de groei zich doorzet, mogelijk dat dit iets afvlakt doordat er minder cliënten herinstromen. Daarnaast zien we dat de afbouw in de inkoop van de lage zzp's met betrekking tot de vv zzp's in 2016 minder snel is gegaan dan geraamd.

¹ De onderbenutting pgb 2016 is een voorlopige stand (aanlevering maart 2017)

Advies

We adviseren om de herverdelingsmiddelen (€ 200 miljoen) beschikbaar te stellen. We verwachten dat een groot deel van de herverdelingsmiddelen nodig zijn om aan de stijgende zorgvraag te voldoen. Daarnaast zijn er aanpassingen in de regelgeving voor 2017 geweest die kunnen leiden tot druk op het beschikbare kader.

Ten eerste betreft dit de verruimde aanspraak op dagbesteding. Het CIZ geeft niet meer aan in hoeverre een cliënt bij een zorgprofiel ook recht heeft op dagbesteding. Het CIZ geeft per 1 januari 2017 alleen nog maar indicaties af inclusief dagbesteding. Reden hiervoor is dat dagbesteding op grond van de Wlz onderdeel is van het verzekerd pakket. Ook deze wijziging in indicatiestelling kan leiden tot druk op het budgettair kader.

Ten tweede gaat het om de ontwikkelingen rondom huishoudelijke hulp. Met ingang van 1 april 2017 wordt alle huishoudelijke hulp voor Wlz-cliënten vanuit de Wlz aangeboden en niet meer vanuit de Wmo. Het Wlz-kader voor 2017 is opgehoogd met € 35 miljoen voor huishoudelijke hulp. In de aanspraak was opgenomen dat per 1 januari 2017 cliënten hun pgb-budget/mpt alleen mochten gebruiken voor het 'schoonhouden van de woonruimte' en niet meer voor andere huishoudelijke taken. U heeft aangegeven dat verenging van het begrip huishoudelijke hulp niet de bedoeling is geweest. Mogelijk dat het aanpassen naar huishoudelijke hulp macro-meerkosten met zich meebrengt.

Ook de herindicaties van de Wlz-indiceerbaren, het experiment persoonsvolgende inkoop en ontwikkelingen rondom de wachtlijsten zullen van invloed zijn op het budgettair kader. Cliënten die onder de groep Wlz-indiceerbaren vielen, zijn inmiddels geïndiceerd in een zorgprofiel. Bij een deel van deze cliënten zijn de kosten van het geïndiceerde zorgprofiel hoger dan de kosten die de oude aanspraken met zich meebrachten. Dit kan zowel voor het beslag op de contracteerruimte als het pgb effect hebben. In 2017 is het experiment persoonsvolgende inkoop van start gegaan. Met dit experiment is in twee zorgkantorregio's de systematiek van macrobeheersing losgelaten. Om de ontwikkelingen binnen dit experiment te kunnen monitoren, is voorafgaand aan het jaar een niet-bindend kader vastgesteld. Op het moment dat de declaraties hoger zijn dan dit kader worden de herverdelingsmiddelen (deels) hiervoor ingezet.

In de maandrapportages zullen we bovenstaande ontwikkelingen monitoren en bespreken met de zorgkantoren. Op het moment dat de maandelijkse monitor hier aanleiding toe geeft, zullen wij de beschikbaar gestelde herverdelingsmiddelen in overleg met de betreffende zorgkantoren toedelen. Hierbij houden we rekening met de effecten van het nieuwe verdeelmodel van de contracteerruimte. Invoering van dit nieuwe verdeelmodel is voorzien per 1 januari 2018. In het augustus-advies zullen wij de bovengenoemde ontwikkelingen zo veel mogelijk kwantificeren.

Tot slot

Naast een advies over de benutting van het totale budgettair kader Wlz geven we in het mei-advies ook altijd inzicht in de besteding van de middelen voor individueel aangepaste hulpmiddelen. Het gaat hierbij om individueel aangepaste rolstoelen, orthopedisch schoeisel, orthesen en prothesen en individueel aangepaste tilbanden. In 2017 is voor de groep cliënten die zorg met verblijf en Wlz-behandeling ontvangen landelijk een bedrag van € 121 miljoen bovenop het Wlz-kader beschikbaar.

Maandelijks ontvangen wij gegevens van de Wlz-uitvoerders over de benutting in het jaar 2017. Op basis van de cijfers over de maanden januari tot en met maart 2017 bedraagt het benutte bedrag € 29,2 miljoen. Als wij dit bedrag extrapoleren, resulteert dit in een jaarbedrag voor 2017 van € 118,4 miljoen. In 2016 zagen we echter overschrijding van het beschikbare bedrag van € 4,6 miljoen. Ook in 2015 is het bedrag met € 3 miljoen overschreden. We adviseren om het beschikbare bedrag op te hogen met € 5 miljoen naar € 126 miljoen.

Graag zien we uw reactie op dit advies tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur