

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 groei ruimte voldoende is. In hoofdstuk 3 kijken we naar het effect van de zorginkoop op de contracteer ruimte. 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

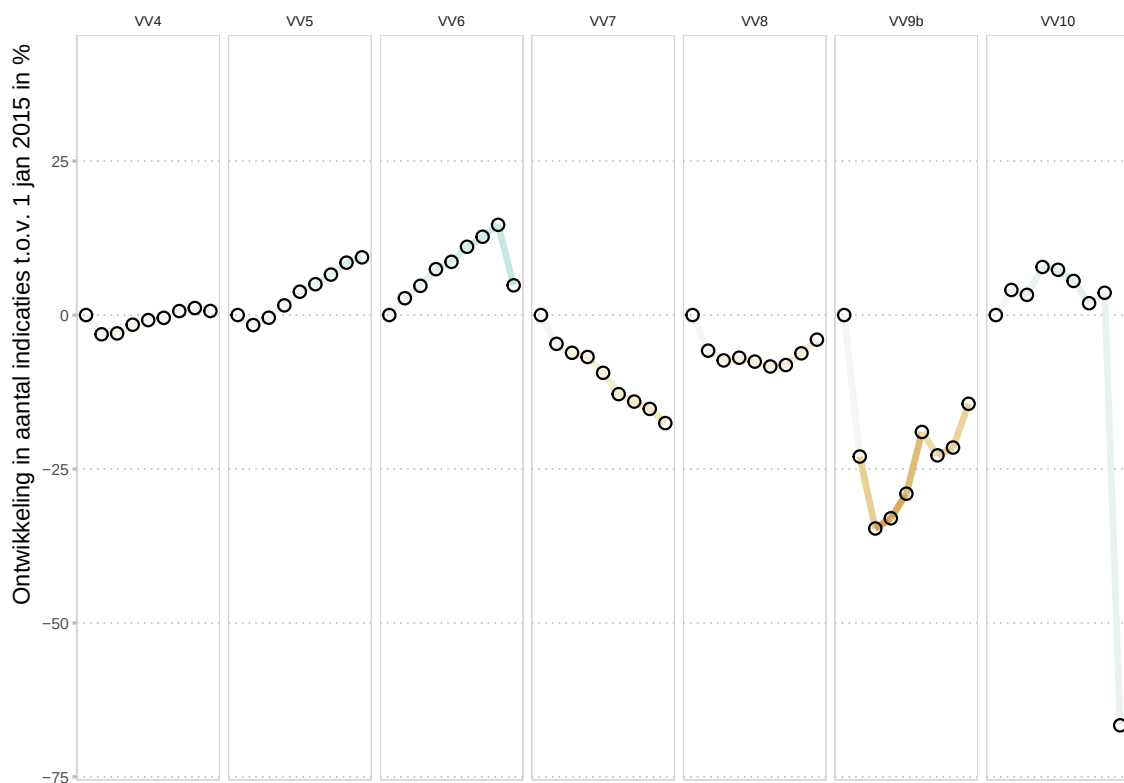
Vanaf april 2017 monitoren we maandelijks de declaraties, zodat we een beeld hebben van de actuele ontwikkelingen in 2017. Waar het mei-advies gebaseerd wordt op de ontwikkelingen in 2015 en 2016, geeft het augustus-advies een actueel beeld van de ontwikkelingen in het jaar 2017. Mochten er na augustus 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



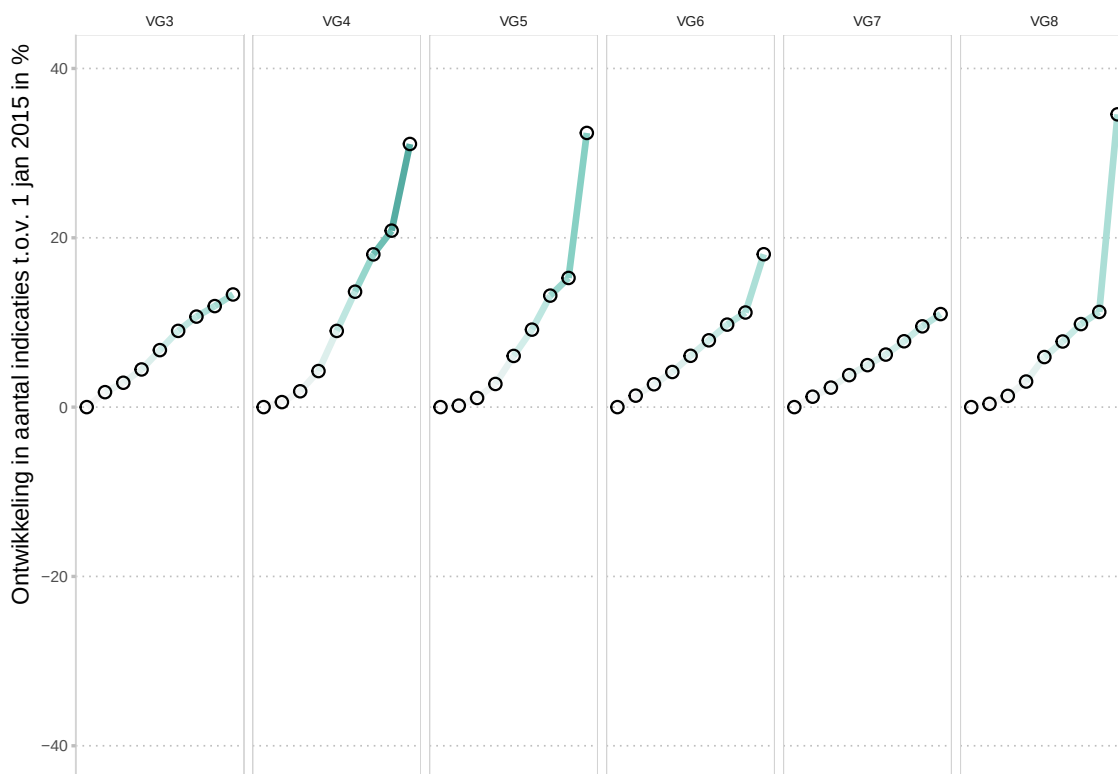
Als we de afgegeven indicaties op 1 januari 2015 vergelijken met 1 januari 2017 zien we een stijging van 2,7% voor de hoge verpleging en verzorging (vv)-zorgprofielen. Voor de hoge gehandicaptenzorg (ghz)-zorgprofielen zien we een stijging van 17,8%. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de herindicatietraject van de Wlz-indiceerbaren 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.

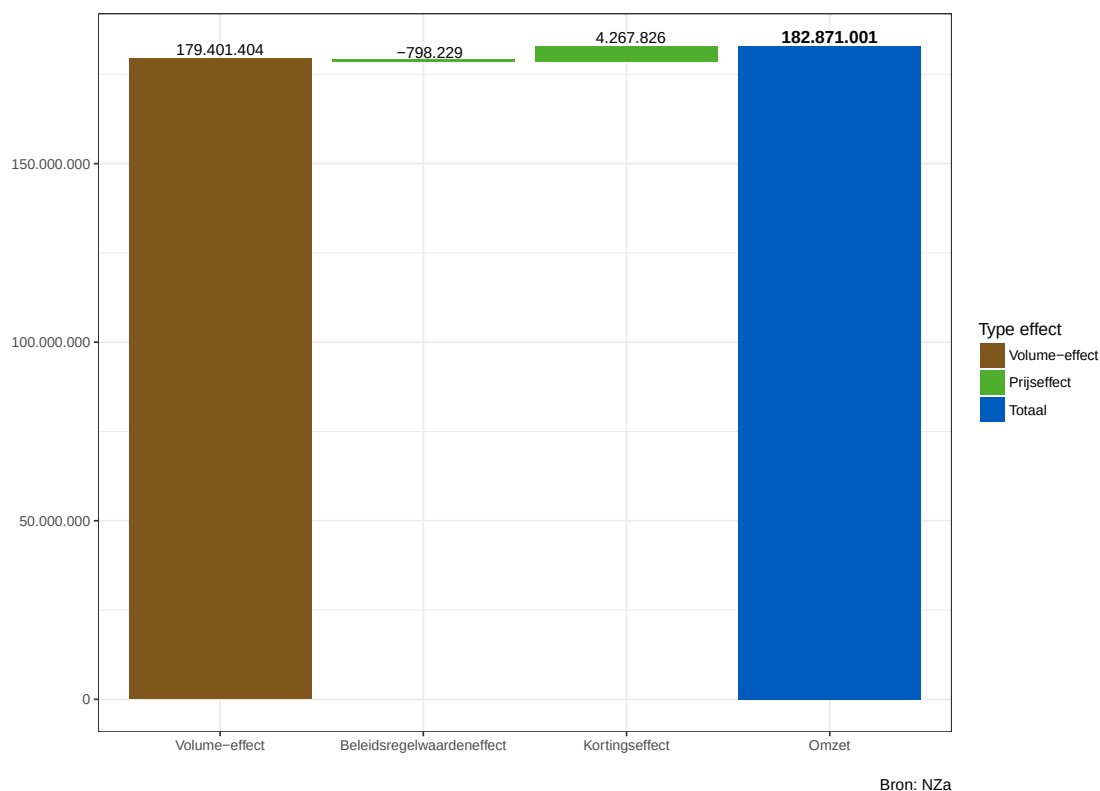
Bij de lage zzp's zien we, zoals verwacht, in 2016 een verdere omzetsdaling. Deze bedraagt ruim € 200 miljoen. De afbouw van de lage zzp prestatiegroepen verloopt voor de zzp vg-1 en vg-2 volgens de geraamde afbouw (10%), met een daling van 11,1%. De afbouw van de lage zzp vv-1 tot en met vv-3 zorgprofielen 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 groeiruinimte. 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 herschikkingronde. 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 budgettaire 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 budgettaire 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 zorgkantoorregio'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 budgettaire 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

Bijlage bij Mei-Advies 2017

Ontwikkelingen indicaties, inkoop, en declaraties langdurige zorg

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Wat laat deze bijlage bij dit mei-advies zien?	3
1.2 Gebruikte gegevens	4
1.3 Ingroeitraject kapitaallasten	5
1.4 Volume en prijseffect uitgelegd	5
2. Aanspraak op langdurige zorg	7
2.1 Landelijk en regionaal beeld aanspraak op langdurige zorg; hoge zorgprofielen	7
2.1.1 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge vv zorgprofielen	9
2.1.2 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge ghz zorgprofielen	11
2.1.3 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge ggz-B zorgprofielen	14
2.1.4 Aanspraak op langdurige zorg voor de lage zorgprofielen	16
3. Inkoop van de langdurige zorg	21
3.1 Omzet en volume ontwikkeling per leveringsvorm	21
3.2 Omzet en volume ontwikkeling per prestatiegroep	22
3.3 Prijsontwikkelingen	27
4. Gedeclareerde langdurige zorg	31
4.1 Omzet- en volume ontwikkeling per leveringsvorm	31
4.2 Omzet- en volume ontwikkeling per prestatiegroep	32
4.3 Vergelijking omzet inkoop met de geleverde langdurige zorg	33
5. Ontwikkelingen financieel kader en benutting	37
5.1 Ontwikkelingen financieel kader	37
5.2 Benutting financieel kader	38
5.3 Onder- en overproductie	40
Bijlage A. Zorgkantoren	43
Bijlage B. Zorginkoopdocumenten	44
Bijlage C. Codelijsten	45

1. Inleiding

De bijlage bij dit mei-advies geeft inzicht in de ontwikkelingen die in 2015 en 2016 hebben plaatsgevonden, met betrekking tot de indicaties, de inkoopafspraken en de gedeclareerde langdurige zorg. Op basis van deze ontwikkelingen doen we een eerste uitspraak in hoeverre het budgettair kader Wlz voor 2017 toereikend is voor de zittende cliënten. De ontwikkelingen die in 2017 plaatsvinden worden hierin niet meegenomen.

De afgelopen jaren gaven we in het voorjaar met de QuickScan Zorginkoop langdurige zorg, een beeld van de ontwikkelingen met betrekking tot de zorginkoop. Daarnaast brachten we jaarlijks in mei een advies uit over de toereikendheid van het budgettair kader Wlz. De ontwikkelingen van de inkoopafspraken zijn onderdeel van deze bijlage en worden niet meer middels een aparte QuickScan gepresenteerd.

Daarnaast monitoren we vanaf april 2017 maandelijks de benutting van het budgettair kader Wlz op basis van de gedeclareerde zorg, zodat we een beeld hebben van de actuele ontwikkelingen. Op basis van deze monitoring geven we in augustus 2017 inzicht in de ontwikkelingen gedurende 2017. Mochten er na augustus nog ontwikkelingen zijn die niet konden worden voorzien, dan hebben Wlz-uitvoerders de mogelijkheid om een aanvraag in het kader van de knelpuntenprocedure in te dienen bij de NZa.

1.1 Wat laat deze bijlage bij dit mei-advies zien?

De bijlage bij dit mei-advies is onderverdeeld in vier hoofdstukken. We hebben ervoor gekozen om de gegevens te presenteren in lijn met de langdurige zorg; we beginnen met de aanspraak op zorg, hierna bekijken we de inkoop van zorg, vervolgens de geleverde zorg en we eindigen met de benutting van het budgettair kader.

In het eerste hoofdstuk geven we een beeld van de ontwikkelingen in 2015 en 2016, met betrekking tot de afspraken op de langdurige zorg. Dit doen we op basis van de indicatiegegevens die we van het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) krijgen. In dit hoofdstuk kijken we in hoeverre sprake is van een trend, zodat we een eerste inschatting kunnen maken of de beschikbare groei ruimte voldoende is.

In het tweede hoofdstuk kijken we naar het effect van de zorginkoop op de contracteer ruimte. Hiervoor worden de inkoopafspraken geanalyseerd, waarbij ingezoomd wordt op de omzetontwikkelingen tussen 2015 en 2016. De omzetontwikkelingen verdelen we verder onder naar volume- en prijsontwikkelingen. Net als in voorgaande jaren bekijken we de zorginkoop voor de zorgprofielen voor verpleging en verzorging (vv), gehandicaptenzorg (ghz) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alleen zorg in natura (zin) wordt door de zorgkantoren ingekocht. Middels het persoonsgebonden budget (pgb) kunnen cliënten zelf zorg inkopen. Om een volledig beeld te geven binnen het budgettair kader Wlz wordt ook een beeld geschetst van de omzetontwikkelingen van de afgegeven verleningsbeschikkingen pgb.

In het derde hoofdstuk bekijken we de ontwikkelingen van de zorg, die is gedeclareerd. Hierbij kijken we in hoeverre de inkoopafspraken de vraag naar zorg ook volgen. Ook in dit hoofdstuk belichten we de omzetontwikkelingen tussen 2015 en 2016 en zoomen we in op de verschillende prestatiegroepen.

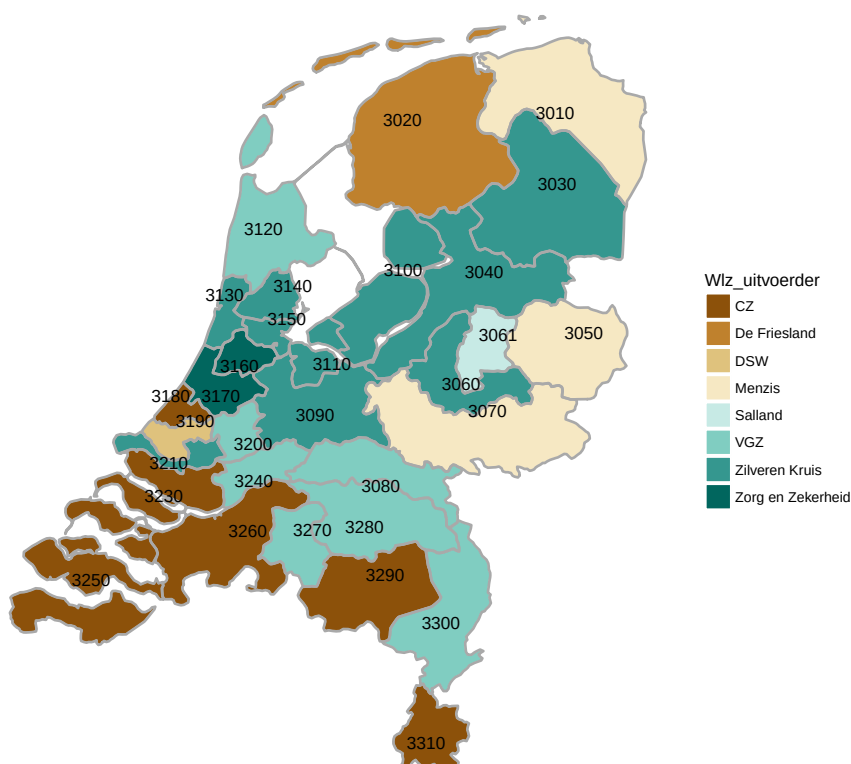
In het vierde hoofdstuk gaan we in op de benutting van het budgettair kader Wlz in 2015 en 2016. Aan de hand van deze benutting wordt bepaald in hoeverre het budgettair kader 2017 toereikend is voor de zittende cliënten bij aanvang van het jaar. Met ingang van 2015 zijn de kaders zin en pgb communicerende vaten geworden aangezien er overhevelingen tussen de beide kaders kunnen plaatsvinden. Hierdoor kan de benutting van de contracteer ruimte voor

zin niet meer los worden gezien van de benutting van het pgb-kader. In dit hoofdstuk besteden we daarom aandacht aan beide onderdelen.

1.2 Gebruikte gegevens

De gegevens die we in het mei-advies hebben gebruikt zijn afkomstig uit een aantal verschillende bronnen. De gegevens over de aanspraak op zorg zijn afkomstig van het CIZ. Dit betreffen de kwartaalcijfers van 1 januari 2015 tot en met 1 januari 2017, waarbij de toedeling naar de zorgkantoorregio's is geschied op basis van initiële indicatie. Deze dataset bevat alleen de cliënten met een indicatie in een zorgprofiel. Cliënten met een 'oude indicatie' in functies en klassen zijn niet meegenomen. In 2016 zijn twee zorgkantoorregio's, behorend tot Wlz-uitvoerder DSW, gefuseerd tot één zorgkantoorregio. Vanaf 2016 zijn er 31 zorgkantoorregio's en 8 Wlz-uitvoerders. In tabel 29 (zie bijlage A) zijn de zorgkantoorregio's opgesomd met de bijbehorende Wlz-uitvoerder (Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid, VGZ, CZ, DSW, Menzis, Salland, De Friesland). Onderstaande landkaart (figuur 4) geeft deze regionale verdeling weer.

Figuur 4. Zorgkantoor regio's met de bijbehorende Wlz-uitvoerder



De gegevens die gebruikt zijn om de zorginkoop en de onderbenutting in kaart te brengen, zijn afkomstig uit onze eigen bronnen. Ieder jaar, in november, ontvangen we van zorgaanbieders en zorgkantoren de productieafspraken van dat jaar (t) (tweede budgetronde) en voor het komende jaar (t+1) (eerste budgetronde). In juni, ontvangen we de verantwoording van de werkelijke realisatie jaar t-1 (nacalculatie). Op basis van deze cijfers brengen we met deze rapportage in beeld welke factoren hebben bijgedragen aan de omzetontwikkeling tussen 2015 en 2016.

De productieafspraken die zijn gemaakt in de tweede budgetronde voor 2016 worden vergeleken met de tweede budgetronde 2015. De cijfers kunnen, zeker op prestatieniveau, bij de nacalculatie nog veranderen. Voor 2017 is het nog te vroeg om de omvang van de

productieafspraken in beeld te brengen. De ervaring leert dat in de eerste budgetronde een deel van de middelen achter de hand worden gehouden, waardoor deze nog behoorlijk kunnen veranderen bij de tweede budgetronde.

De dataset waarmee analyses voor de bijlage bij dit mei-advies zijn gedaan, bevat de volgende gegevens op het peilmoment 27 februari 2017:

- *Nacalculatie 2015*
- *Eerste budgetrondes 2015 en 2016*
- *Tweede budgetrondes 2015 en 2016*

Verder hebben wij voor de analyses met betrekking tot pgb de eindstand 2016 gebruikt die in maart 2017 zijn aangeleverd. Voor de cliënt onderbouwing van de monitor persoonsgebonden budget zijn de gegevens gebruikt tot en met 31 december 2016 die in januari 2017 zijn aangeleverd.

De declaratiegegevens zijn afkomstig van Vektis. Vanaf 2016 krijgen we maandelijks inzicht in de meest actuele omzetgegevens op prestatieniveau (Vektis Zorgprisma). Voor deze analyses zijn de leveringen met peildatum 25 februari 2017 gebruikt voor de jaren 2015 en 2016.

1.3 Ingroeitraject kapitaallasten

In deze bijlage bij het mei-advies gaan we in op de omzetontwikkelingen van verschillende zorgprestaties. In 2015 tot en met 2017 is er nog sprake van een ingroeitraject van de kapitaallasten. Hierbij gaat het specifiek om het ingroeitraject voor de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en de normatieve inventariscomponent (nic). In 2015 viel 50% van deze twee componenten binnen de contracteerruimte oplopend naar 85% in 2017. Om ervoor te zorgen dat dit ingroeitraject de omzetanalyses niet vertekend, zijn de declaratiegegevens geschoond voor deze componenten. Zorgaanbieders declareren een integraal tarief inclusief nhc en nic. Omdat gedurende het ingroeitraject niet op deze componenten wordt onderhandeld, is het mogelijk om hiervoor te schonen.² De productieafspraken hoefden hier niet voor geschoond te worden omdat de nhc en nic in deze databestanden apart inzichtelijk zijn.

1.4 Volume en prijseffect uitgelegd

In de hoofdstukken waarin we de zorginkoop en de gedeclareerde zorg analyseren geven we inzicht in de ontwikkeling van de omzet. Met omzetontwikkeling bedoelen we de ontwikkeling van de aantallen (q) vermenigvuldigd met de afgesproken prijzen (p).

De omzetontwikkeling splitsen we uit naar een volume en een prijseffect: Het *volume-effect*

geeft de financiële invloed weer van het aantal afgesproken en geleverde zorgprestaties (q) op de omzetontwikkeling waarbij de invloed van de afgesproken prijzen buiten beschouwing wordt gelaten. Het volume-effect splitsen we vervolgens uit naar het productmix effect en het aantallen effect:

- Bij het *productmix effect* wordt het financiële effect van de gewijzigde productmix berekend. Dit effect treedt op wanneer een cliëntgroep in een opvolgend jaar relatief vaker een duurdere of juist lichtere en dus goedkopere prestatie gebruikt. Voorbeeld: wanneer naar

² Dit geldt ook voor de opslag kapitaallasten dagbesteding. Met uitzondering van nieuwe zorgaanbieders conform beleidsregel Invoering en tarieven Normatieve huisvestingscomponent (NHC) en inventaris nieuwe zorgaanbieders (CA-300-592).

verhouding in 2016 meer hogere zzp's worden verzilverd dan in 2015, leidt dit tot een stijging van de uitgaven in 2016 ten opzichte van 2015, gegeven hetzelfde totale volume

- Het *aantallen effect* geeft weer hoeveel in het opvolgende jaar meer of minder wordt uitgegeven door de volumeverandering als de productmix gelijk blijft.³ Voorbeeld: wanneer de verhouding tussen het aantal lage en aantal hoge zzp's gelijk blijft, maar er worden 1.000 dagen meer afgesproken, stijgen de uitgaven.

Met het *prijseffect* laten we het effect van de ontwikkeling van de prijzen zien waarbij de ontwikkeling van het volume buiten beschouwing wordt gelaten. Hiermee wordt het financiële effect op de omzet door veranderde prijzen zichtbaar. Prijzen veranderen bijvoorbeeld door wijzigingen in de beleidsregelwaarden en het afspreken van kortingen:

- Vanwege indexatie of beleidswijzigingen veranderen jaarlijks de beleidsregelwaarden. Wat dit voor financiële gevolgen heeft noemen we het *beleidsregelwaardeneffect*.
- Zorgaanbieders en zorgkantoren maken met elkaar afspraken over de prijs per prestatie waarbij de beleidsregelwaarden als maximum mogelijk af te spreken prijzen gelden. De afgesproken prijs drukken we uit in een kortingspercentage ten opzichte van de beleidsregelwaarde. Het financiële effect van een verschil in het afgesproken kortingspercentage ten opzichte van het jaar ervoor noemen we het *kortingseffect*.

De cijfers zijn in deze rapportage gepresenteerd in clusters van prestaties (prestatiegroepen). De basis prestaties voor bijvoorbeeld de lage zorgprofielen verstandelijke gehandicapten (vg) zijn samengenomen tot een prestatiegroep: vg 1-2. Hierin zitten alle basis prestaties die toe te schrijven zijn aan vg 1-2. Dit geldt dus zowel voor de leveringsvorm zzp als vpt. Wanneer het in het specifiek gaat over de prestatiegroep zzp-basis, zijn hierin alleen de basis prestaties opgenomen die toe te schrijven zijn aan de leveringsvorm zzp. In bijlage C is aangegeven welke prestaties aan welke prestatiegroepen zijn toegerekend.

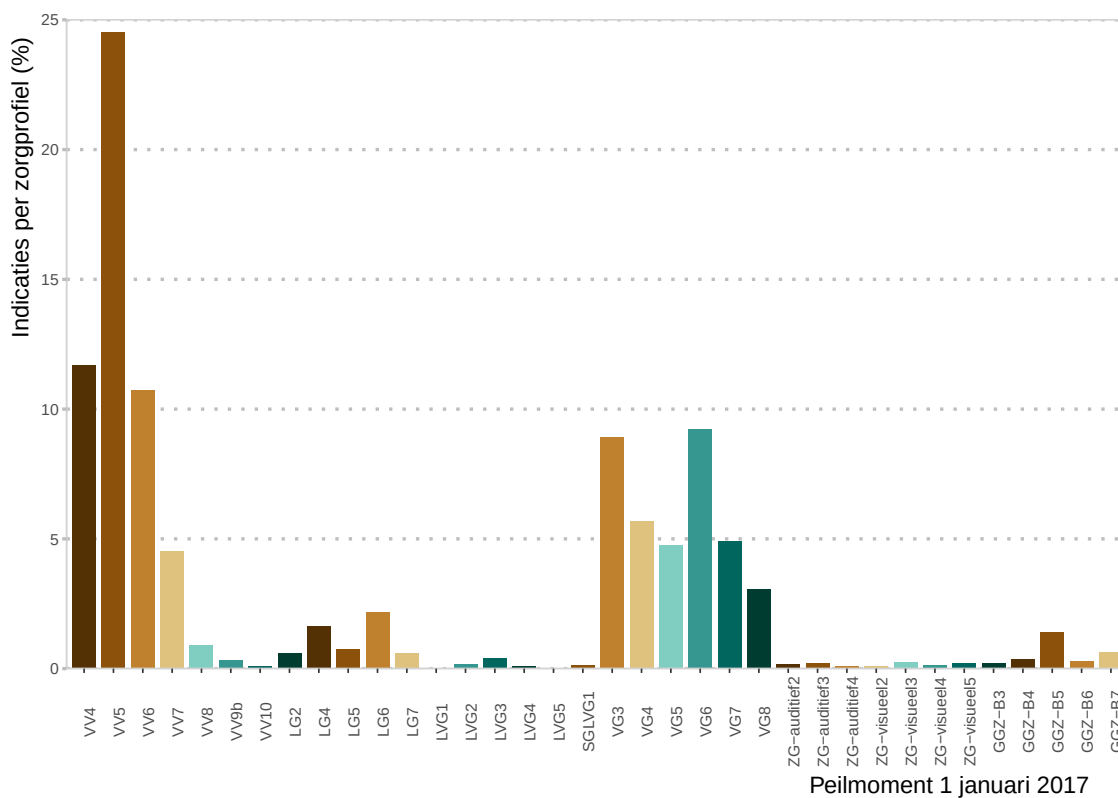
³ De verandering van het aantal geleverde zorgprestaties (delta Q) wordt vermenigvuldigd met de gemiddelde prijs uit het jaar ervoor.

2. Aanspraak op langdurige zorg

In dit hoofdstuk kijken we naar de aanspraak op langdurige zorg. Allereerst zoomen we in op de ontwikkeling van de hoge zorgprofielen op landelijk en regionaal niveau voor de drie grote zorgprofiel clusters: de verpleging en verzorging (vv), de gehandicaptenzorg (ghz), en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Vervolgens kijken we naar de ontwikkeling van de indicaties binnen deze drie clusters en sluiten we af met de ontwikkelingen in indicaties van zogenoemde lage zorgprofielen.

Voor de analyse van de ontwikkeling van de aanspraken op zorg maken we gebruik van aantallen indicaties. Deze gegevens ontvangen wij van het CIZ. Het CIZ beoordeelt of een cliënt recht heeft op Wlz-zorg en stelt het indicatiebesluit vast. De aanspraak op zorg hoeft niet altijd gelijk te zijn aan de werkelijk geleverde zorg. Het indicatiebesluit is in de praktijk namelijk niet altijd gelijk aan de zorg die een cliënt daadwerkelijk ontvangt. Door onder andere cliënten die op Wlz-zorg wachten kan de daadwerkelijk geleverde zorg lager uitkomen dan bekend is op basis van de indicatiegegevens.

Figuur 5. Landelijke verdeling hoge Wlz indicaties per zorgprofiel



2.1 Landelijk en regionaal beeld aanspraak op langdurige zorg; hoge zorgprofielen

In figuur 5 is de landelijke verdeling van de indicaties per hoog zorgprofiel op peilmoment 1 januari 2017 te zien. De aantallen zijn in dit figuur omgezet naar een aandeel ten opzichte van het totaal aantal indicaties op dat moment. Duidelijk te zien is dat verreweg de meeste indicaties afgegeven zijn voor de vv-4 tot en met vv-7 zorgprofielen en vg-3 tot en met vg-8 zorgprofielen.

De meest voorkomende indicatie binnen de Wlz is zorgprofiel vv-5, met een aandeel van bijna 25% van de totale uitstaande indicaties op 1 januari 2017.

Tabel 2. Ontwikkeling aantal hoge indicaties in Nederland

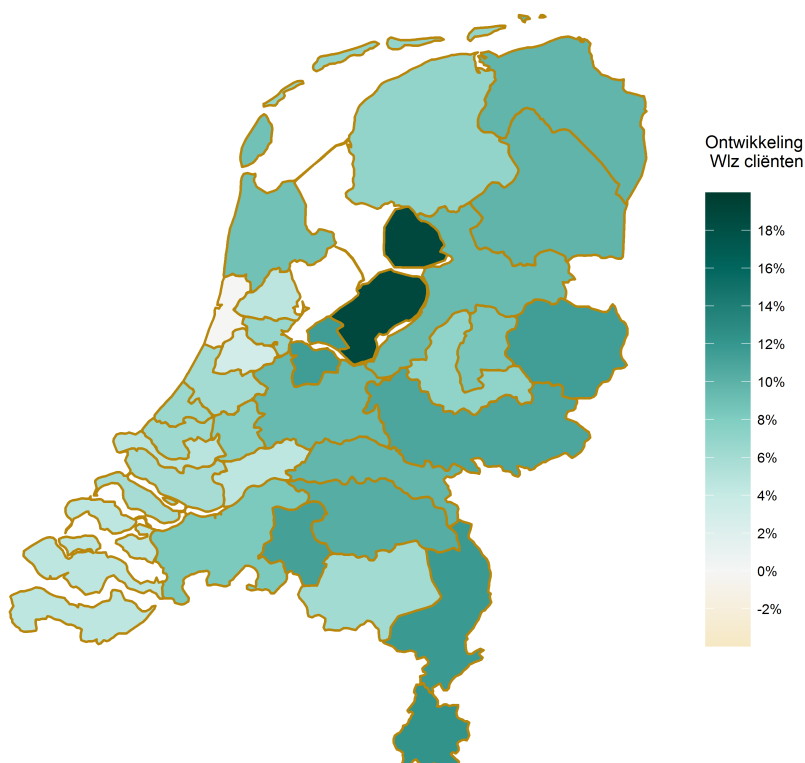
Cluster	1 jan 2015	1 apr 2015	1 jul 2015	1 okt 2015	1 jan 2016	1 apr 2016
vv	139.608	137.353	138.298	140.684	142.241	143.329
ghz	102.155	102.750	103.530	104.891	107.199	109.342
ggz	8.974	8.731	8.592	8.421	8.280	8.116
Totaal	250.737	248.834	250.420	253.996	257.720	260.787

Tabel 3. Ontwikkeling aantal hoge indicaties in Nederland (vervolg)

Cluster	1 jul 2016	1 okt 2016	1 jan 2017	Vershil	Vershil (%)
vv	144.838	146.611	143.413	3.805,0	2,7
ghz	111.312	112.801	120.364	18.209,0	17,8
ggz	8.011	7.881	7.757	-1.217,0	-13,6
Totaal	264.161	267.293	271.534	20.797,0	8,3

In tabel 2 en 3 zijn de verschillen in indicaties tussen 2015 en 2016, met een interval van een kwartaal, voor de hoge zorgprofielen weergegeven per zorgprofiel cluster op landelijk niveau. De indicaties voor de lage zorgprofielen, de ggz-C, en de onbepaalde indicaties zijn hier niet meegenomen. Het grootste zorgprofiel cluster, de vv, kent een toename van 2,7% voor de hoge zorgprofielen in het aantal uitstaande indicaties sinds 1 januari 2015. De ghz laat een veel grotere groei zien dan de vv, namelijk 17,8%. Alleen in de ggz neemt het aantal uitstaande indicaties af, van ongeveer 9.000 op 1 januari 2015 naar minder dan 8.000 in 2017. Dit is een afname van 13,6%.

Figuur 6. Ontwikkeling Wlz cliënten met een hoog zorgprofiel per zorgkantoorregio op peilmoment 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015



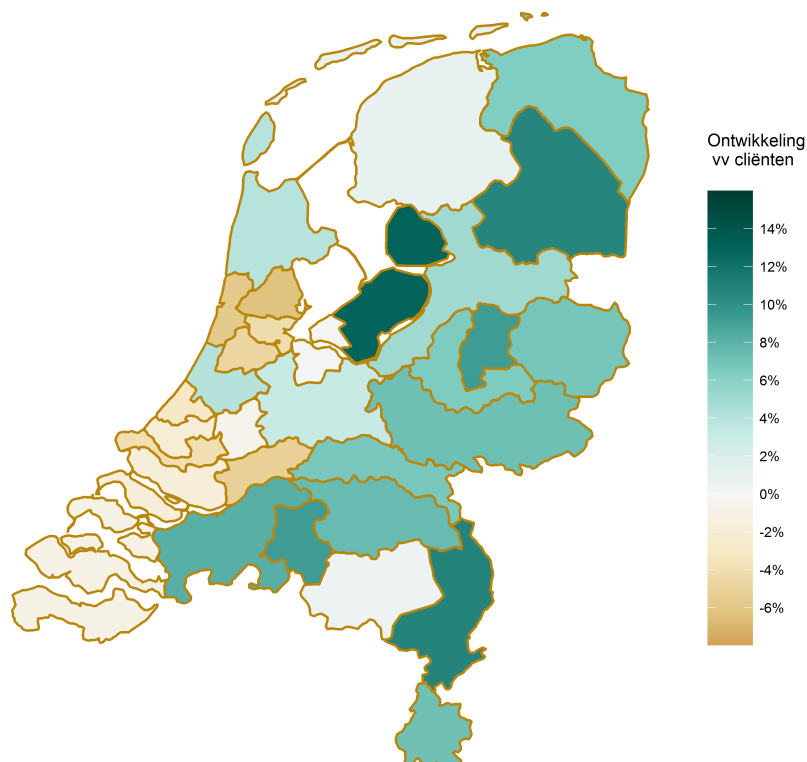
In figuur 6 tonen we de ontwikkeling van het aantal Wlz-clënten met een hoog zorgprofiel op

1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015. Hierbij zien we een stijging in heel Nederland. De sterkste toename is te zien in zorgkantoorregio Flevoland. Daarnaast is er een duidelijk verschil te zien tussen Oost- en West-Nederland. In Oost-Nederland is er een sterkere toename te zien van het aantal indicaties voor een hoog zorgprofiel.

2.1.1 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge vv zorgprofielen

In figuur 7 tonen we de ontwikkeling van het aantal cliënten met een hoog zorgprofiel, in het vv zorgprofiel cluster, op peilmoment 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015. Ook hier is een groot verschil tussen Oost- en West-Nederland zichtbaar. Waar in Oost-Nederland een sterke toename van aantal cliënten met een vv indicatie zichtbaar is, is er in het westen van Nederland een afname zichtbaar.

Figuur 7. Ontwikkeling vv cliënten met een hoog zorgprofiel per zorgkantoorregio op peilmoment 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015

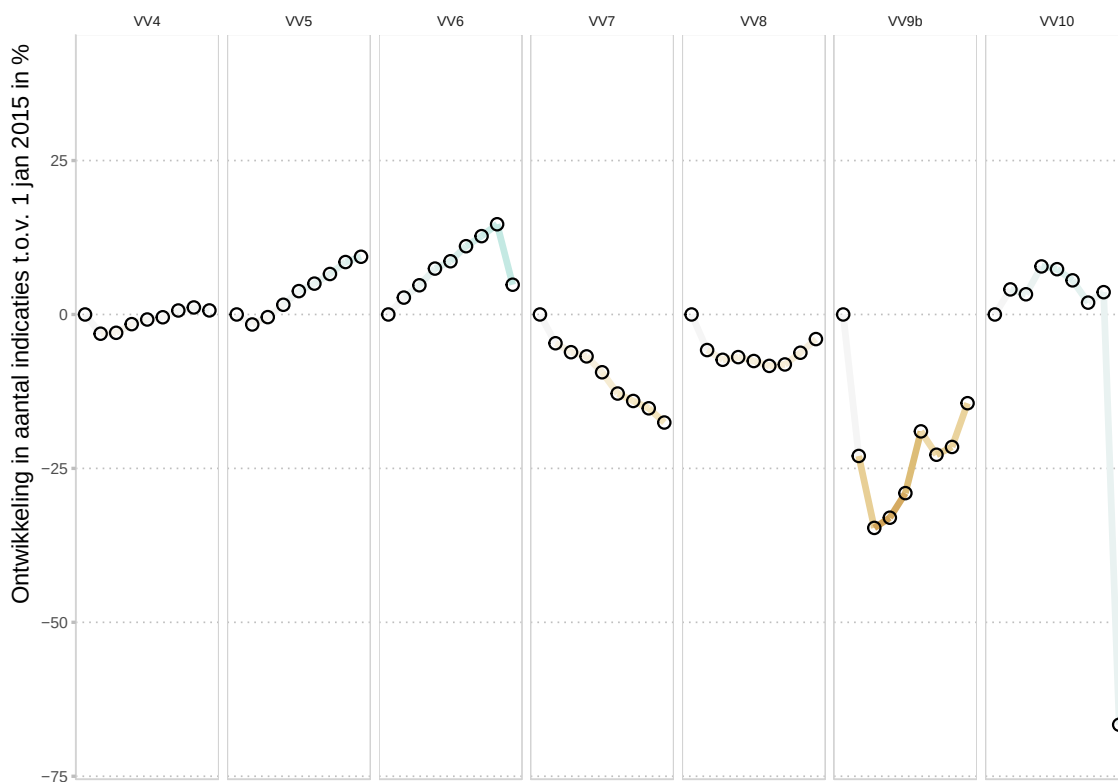


In figuur 8 is de ontwikkeling van het aantal uitstaande indicaties in het vv-zorgprofiel cluster weergegeven per zorgprofiel. De verschillende peilmomenten zijn per kwartaal afgezet tegen de stand op 1 januari 2015. De aantallen uitstaande indicaties voor vv-4 t/m vv-6 stijgen.

Tabel 4 en 5 geven een weergave van de landelijke aantallen indicaties per vv zorgprofiel. In de kolom verschil is het absolute verschil tussen het laatste en het eerste peilmoment berekend. De uitstaande indicaties voor zorgprofiel vv-5 beslaan 46% van alle hoge vv indicaties op 1 januari 2017. Hoewel zorgprofiel vv-5 meer wordt geïndiceerd, zit de grootste relatieve verandering, met uitzondering van het laatste peilmoment, bij zorgprofiel vv-6. De daling bij het laatste peilmoment wordt veroorzaakt door de overheveling van cliënten die gebruik maken van eerstelijnsverblijf (ELV) naar de Zvw per 1 januari 2017. Dit veroorzaakt ook een daling bij vv-10 (peilmoment 1 januari 2017). Voor vv-4 en vv-5 is er met name in het eerste kwartaal van 2015 een daling zichtbaar. Deze daling wordt, volgens het CIZ, veroorzaakt door een uitstroom van cliënten die overlijden als gevolg van een griep epidemie. Daarnaast geeft het CIZ de verklaring dat er in 2014 deels is voorgesorteerd op de invoering van de Wlz. Voor de zorgprofielen vv-7 en vv-8 is een afname zichtbaar, het CIZ geeft hiervoor aan dat deze

afname wordt veroorzaakt door een systematisch lagere instroom vanaf 1 januari 2015. Het aantal uitstaande vv-9b indicaties daalt sterk in het eerste half jaar van 2015. Het betreft hier de herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging. Het CIZ geeft de verklaring dat de indicatiestelling van vv-9b wordt beïnvloed door de invoering van de Wlz. Om in aanmerking te komen voor de Wlz moet vastgesteld zijn dat er een blijvende zorgbehoefte is die leidt tot ernstig nadeel omdat de cliënt niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen. Door het op herstelgerichte karakter van de vv-9b (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) is een blijvend karakter bij de aanvraag niet altijd vast te stellen. Voor de invoering van de Wlz speelde het aspect blijvende zorgbehoefte geen rol. De sterkste daling zien we bij vv-10, met een relatieve daling van 66,6%.

Figuur 8. Ontwikkeling aantal indicaties per kwartaal per vv zorgprofiel



Tabel 4. Ontwikkeling aantal vv indicaties in Nederland

Zorgprofiel	1 jan 2015	1 apr 2015	1 jul 2015	1 okt 2015	1 jan 2016	1 apr 2016
vv-4	31.585	30.598	30.644	31.089	31.326	31.442
vv-5	60.854	59.865	60.591	61.811	63.162	63.902
vv-6	27.837	28.600	29.157	29.911	30.243	30.923
vv-7	14.895	14.199	13.982	13.881	13.497	12.982
vv-8	2.526	2.380	2.340	2.351	2.335	2.315
vv-9b	1.027	791	671	688	729	832
vv-10	884	920	913	953	949	933
Totaal	139.608	137.353	138.298	140.684	142.241	143.329

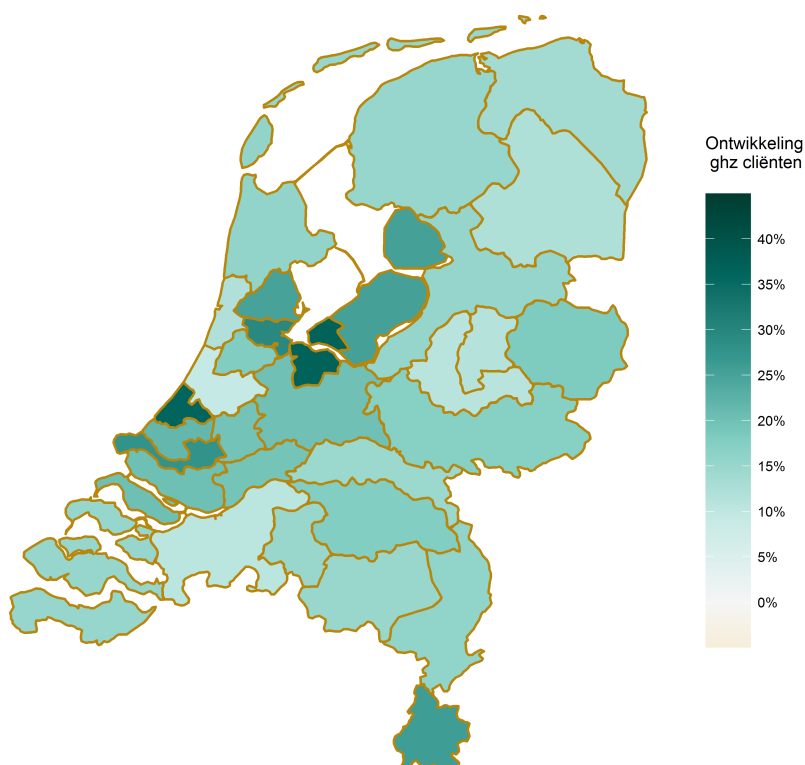
Tabel 5. Ontwikkeling aantal vv indicaties in Nederland (vervolg)

Zorgpro- fiel	1 jul 2016	1 okt 2016	1 jan 2017	Vershil	Vershil (%)
vv-4	31.789	31.945	31.793	208	0,7
vv-5	64.854	66.034	66.558	5.704	9,4
vv-6	31.378	31.916	29.182	1.345	4,8
vv-7	12.802	12.625	12.281	-2.614	-17,6
vv-8	2.321	2.369	2.425	-101	-4,0
vv-9b	793	806	879	-148	-14,4
vv-10	901	916	295	-589	-66,6
Totaal	144.838	146.611	143.413	3.805	2,7

2.1.2 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge ghz zorgprofielen

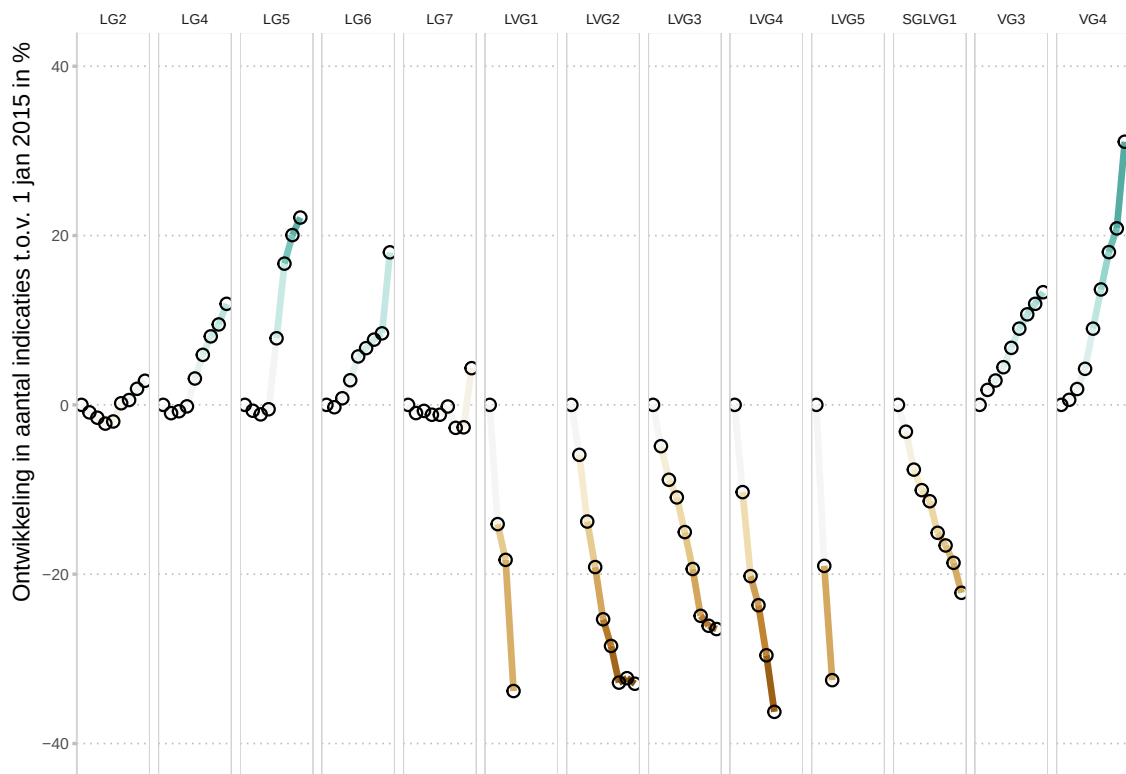
In figuur 9 tonen we de ontwikkeling van het aantal ghz cliënten met een hoog zorgprofiel op 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015. Hierbij zien we een stijging in alle zorgkantoorregio's in Nederland. De sterkste stijgingen zijn te zien in de zorgkantoorregio's Haaglanden en 't Gooi.

Figuur 9. Ontwikkeling ghz cliënten met een hoog zorgprofiel per zorgkantoorregio op peilmoment 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015

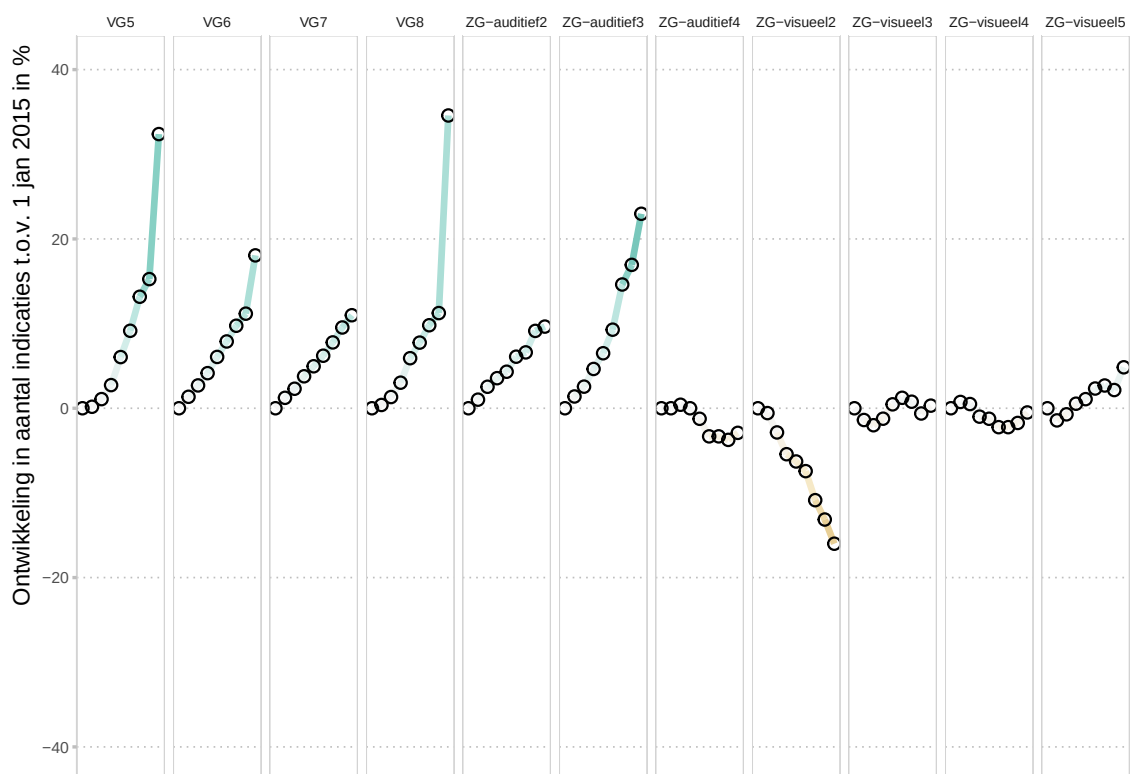


In de figuren 10 en 11 is de ontwikkeling van het aantal uitstaande indicaties in het ghz zorgprofiel cluster per hoog zorgprofiel weergegeven. De verschillende peilmomenten zijn per kwartaal afgezet tegen de stand op 1 januari 2015.

Figuur 10. Ontwikkeling aantal ghz indicaties per kwartaal per zorgprofiel



Figuur 11. Ontwikkeling aantal ghz indicaties per kwartaal per zorgprofiel vervolg



Tabel 6. Ontwikkeling aantal ghz indicaties in Nederland

Zorgpro- fiel	1 2015 jan	1 2015 apr	1 jul 2015	1 2015 okt	1 2016 jan	1 2016 apr	1 jul 2016	1 2016 okt	1 2017 jan	Verschil	Verschil (%)
lg-2	1.580	1.566	1.556	1.545	1.549	1.583	1.589	1.610	1.625	45	2,8
lg-4	3.980	3.941	3.950	3.973	4.104	4.215	4.302	4.358	4.455	475	11,9
lg-5	1.157	1.149	1.144	1.151	1.248	1.350	1.389	1.413	2.035	878	75,9
lg-6	4.984	4.970	5.023	5.129	5.269	5.318	5.368	5.405	5.882	898	18,0
lg-7	1.546	1.531	1.535	1.528	1.528	1.543	1.504	1.505	1.613	67	4,3
lvg-1	71	61	58	47	42	31	31	25	21	-50	-70,4
lvg-2	762	717	657	616	569	545	512	516	511	-251	-32,9
lvg-3	1.537	1.462	1.401	1.369	1.306	1.239	1.154	1.136	1.130	-407	-26,5
lvg-4	524	470	418	400	369	334	303	288	278	-246	-47,0
lvg-5	163	132	110	92	67	52	43	35	30	-133	-81,6
sglvg-1	536	519	495	482	475	455	447	436	417	-119	-22,2
vg-3	21.336	21.713	21.950	22.285	22.772	23.257	23.617	23.882	24.175	2.839	13,3
vg-4	11.811	11.881	12.032	12.314	12.874	13.421	13.942	14.273	15.482	3.671	31,1
vg-5	9.727	9.744	9.832	9.993	10.315	10.617	11.008	11.211	12.877	3.150	32,4
vg-6	21.203	21.490	21.775	22.082	22.488	22.876	23.269	23.572	25.032	3.829	18,1
vg-7	12.022	12.170	12.299	12.476	12.618	12.768	12.957	13.169	13.343	1.321	11,0
vg-8	6.191	6.215	6.273	6.378	6.557	6.671	6.798	6.887	8.332	2.141	34,6
zg-aud 2	394	398	404	408	411	418	420	430	432	38	9,6
zg-aud 3	431	437	442	451	459	471	494	504	530	99	23,0
zg-aud 4	241	241	242	241	238	233	233	232	234	-7	-2,9
zg-vis 2	350	348	340	331	328	324	312	304	294	-56	-16,0
zg-vis 3	648	639	635	640	651	656	653	644	650	2	0,3
zg-vis 4	403	406	405	399	398	394	394	396	401	-2	-0,5
zg-vis 5	558	550	554	561	564	571	573	570	585	27	4,8
Totaal	102.155	102.750	103.530	104.891	107.199	109.342	111.312	112.801	120.364	18.209	17,8

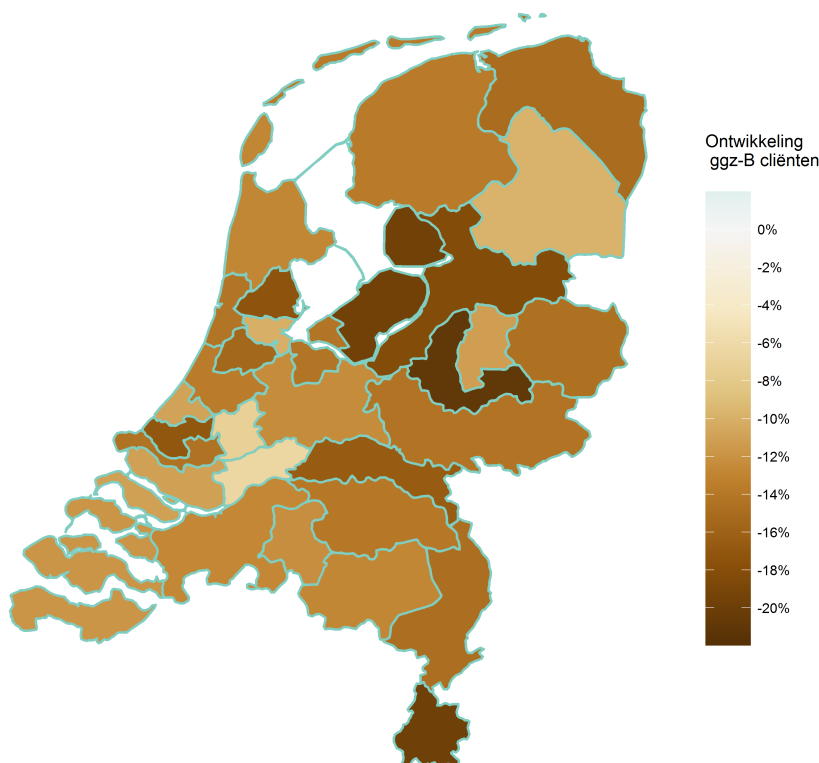
Het ghz zorgprofiel cluster heeft zowel de grootste absolute verandering als de grootste relatieve groei. Deze toename is met name zichtbaar vanaf 2016, met uitschieters op peilmoment 1 januari 2017, met name bij de indicaties voor de vg en lg zorgprofielen. De grootste relatieve stijging op zorgprofiel niveau zien we bij lg-5 met 75,9%. Dit is te zien in tabel 6. Volgens het CIZ is de toename te verklaren door de overgang naar de Wlz per 1 januari 2015. Voor de invoering van de Wlz had een deel van deze cliëntengroep een indicatie in extramurale functies en klassen. Van deze 13.352 Wlz-indiceerbaren hebben inmiddels 12.443 cliënten medio 2016 te horen gekregen of zij vanaf 1 januari 2017 zorg vanuit de Wlz bekostigd krijgen.⁴ Er zijn van deze Wlz-indiceerbaren 9.250 cliënten die toegang gekregen hebben tot de Wlz. Doordat deze extramurale functies en klassen voor deze 9.250 cliënten inmiddels zijn omgezet naar een zorgprofiel stromen zij in vanaf 1 januari 2017. Percentueel stromen de meeste Wlz-indiceerbaren cliënten in de Wlz in met een vg of lg zorgprofiel.

Binnen de ghz zorgprofielen zien we een sterke afname bij de lvg en sglvg zorgprofielen. Deze afname is te verklaren door een zichtbare daling in het aantal aanvragen voor deze zorg. Opvallend is dat bij het aantal uitstaande indicaties voor zg-auditief alleen het hoge zorgprofiel zg-auditief 4 daalt, terwijl het aantal uitstaande indicaties voor zg-auditief 2 en 3 stijgen. De indicaties voor zg-visueel nemen voor enkele zorgprofielen toe, en voor enkele af. De grootste relatieve daling, van de zg-visueel zorgprofielen, is te zien bij zorgprofiel zg-visueel 2 (-16,0%) en de grootste relatieve stijging, van de zg-visueel zorgprofielen, is te zien bij zorgprofiel zg-visueel 5 (+4,8%).

2.1.3 Aanspraak op langdurige zorg voor de hoge ggz-B zorgprofielen

In figuur 12 tonen we de ontwikkeling van de ggz-B cliënten met een hoog zorgprofiel op 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015. Hierbij zien we, zoals verwacht, een daling in heel Nederland. De grootste daling zien we in de zorgkantorregio Stedendriehoek.

Figuur 12. Ontwikkeling ggz-B cliënten met een hoog zorgprofiel per zorgkantorregio op peilmoment 1 januari 2017 ten opzichte van 1 januari 2015

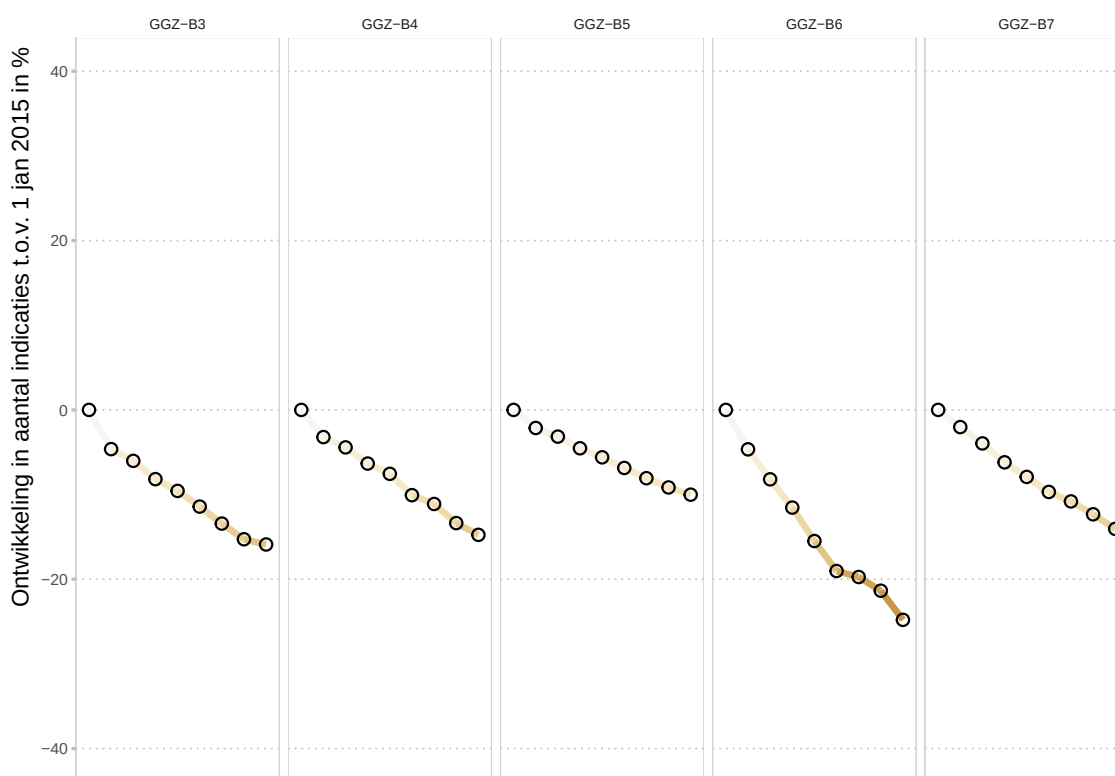


⁴ Bron: CIZ, Rapportage Wlz-herindicaties 2015-2016, 9 maart 2017

De daling van de ggz-B zorgprofielen is te verklaren doordat de toegang tot de Wlz voor de langdurige ggz is aangepast per 1 januari 2015. Voorheen ontvingen ggz-cliënten wanneer verblijf noodzakelijk was voor de behandeling, het eerste jaar zorg vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw), voordat deze cliënten toegelaten werden tot de Wlz. Per 1 januari 2015 dienen deze cliënten de eerste drie jaar zorg uit de Zvw te ontvangen voordat er doorstroom naar de Wlz mogelijk is. Dit betekent dat een cliënt die op 1 januari 2014 in zorg gaat, en het eerste jaar zorg uit de Zvw ontvangt, middels de eerdere regeling vanaf 1 januari 2015 deze zorg vanuit de Wlz kon ontvangen. Door de ingang van de regeling per 1 januari 2015 dient deze cliënt niet alleen het eerste jaar maar de eerste drie jaar deze zorg vanuit de Zvw te ontvangen. Deze cliënt kan hierdoor per 1 januari 2017 instromen in de Wlz. De instroom van deze cliënten zal dus gedurende het jaar 2017 plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2017 was er dus geen instroom van cliënten mogelijk. Wel was er uitstroom gedurende deze periode mogelijk. De uitstroom die te zien is in het ggz-zorgprofiel cluster wordt met name verklaard doordat de cliënt is uitbehandeld. In de andere deelsectoren hangt de uitstroom voornamelijk samen met het overlijden van cliënten.

Voor cliënten die vóór 1 januari 2015 al een Wlz-indicatie hadden geldt dat het CIZ een indicatie voor ggz-B afgeeft voor maximaal drie jaar wanneer de cliënt nog steeds is aangewezen op behandeling met verblijf in een ggz-instelling. Wanneer de situatie, gedurende deze drie jaar, is gewijzigd en behandeling in een ggz-instelling niet langer noodzakelijk is, zal de indicatie op 31 december 2017 verlopen. Voor de cliënten die op 1 januari 2015 al een Wlz-indicatie hadden, geldt dan ook dat deze cliënten in de loop van 2017, en uiterlijk op 1 januari 2018, opnieuw worden geïndiceerd.

Figuur 13. Ontwikkeling aantal ggz-B indicaties per kwartaal per zorgprofiel



In figuur 13 is de ontwikkeling te zien van alle uitstaande indicaties voor de hoge zorgprofielen in de langdurige ggz. Met name voor de zorgprofielen ggz-B4, ggz-B5 en ggz-B7 is een geleidelijke afname te zien van ggz-B indicaties ten opzichte van 1 januari 2015. Aangezien er in de periode 1 januari 2015 en 1 januari 2017 geen instroom van cliënten met een ggz-B indicatie mogelijk is, is de afbouw volledig toe te schrijven aan de uitstroom van cliënten. In

2017 zal deze afname minder sterk worden doordat de toestroom vanaf dan weer mogelijk is. De kleinste relatieve daling zien we bij ggz-B5 en de grootste bij ggz-B6 met respectievelijk 10,0% en 24,8%. Dit is te zien in tabel 7 en 8.

Tabel 7. Ontwikkeling aantal ggz indicaties in Nederland

Zorgprofiel	1 jan 2015	1 apr 2015	1 jul 2015	1 okt 2015	1 jan 2016	1 apr 2016
ggz-B3	648	618	609	595	586	574
ggz-B4	1.152	1.115	1.101	1.079	1.065	1.036
ggz-B5	4.215	4.125	4.082	4.024	3.979	3.926
ggz-B6	988	942	907	874	835	800
ggz-B7	1.971	1.931	1.893	1.849	1.815	1.780
Totaal	8.974	8.731	8.592	8.421	8.280	8.116

Tabel 8. Ontwikkeling aantal ggz indicaties in Nederland (vervolg)

Zorgprofiel	1 jul 2016	1 okt 2016	1 jan 2017	Vershil	Vershil (%)
ggz-B3	561	549	545	-103	-15,9
ggz-B4	1.024	998	982	-170	-14,8
ggz-B5	3.875	3.829	3.793	-422	-10,0
ggz-B6	793	777	743	-245	-24,8
ggz-B7	1.758	1.728	1.694	-277	-14,1
Totaal	8.011	7.881	7.757	-1.217	-13,6

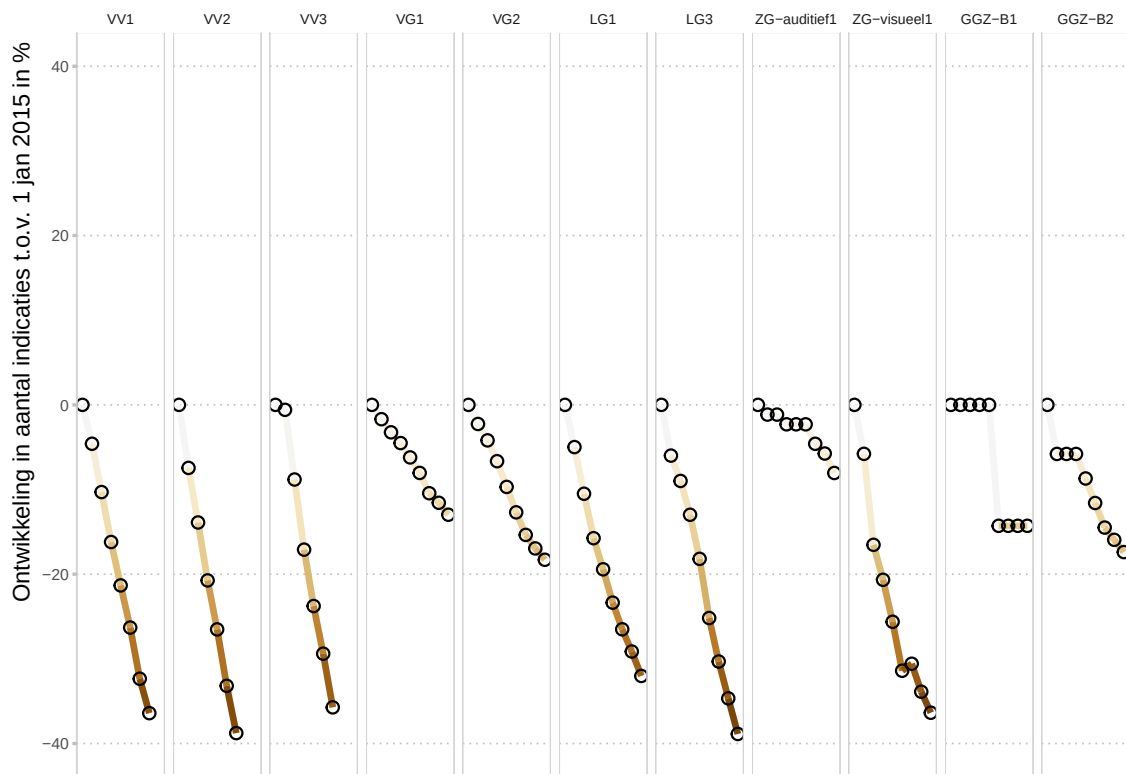
2.1.4 Aanspraak op langdurige zorg voor de lage zorgprofielen

In de voorgaande paragrafen zijn alle hoge zorgprofielen besproken. Door het beleid om mensen langer thuis te laten wonen is er met de invoering van de Wlz een afbouw van de lage zorgprofielen ingezet. De cliënten komen hierdoor pas later in de Wlz, wanneer zij behoefte hebben aan een hoger zorgprofiel. Hierdoor vindt er een afbouw plaats van de lagere zorgprofielen.

In figuur 14 worden de ontwikkelingen binnen deze lage zorgprofielen weergegeven. We zien dat het aantal uitstaande indicaties van alle lage zorgprofielen inderdaad afneemt.

In tabel 9 en 10 worden de ontwikkelingen in indicaties voor de lage zorgprofielen weergegeven. Van alle lage zorgprofielen vindt er op landelijk niveau een relatieve daling van 44,2% plaats. De relatieve daling is vooral, op zorgprofielniveau, goed zichtbaar binnen de zorgprofielen voor de vv. Hier namen het aantal uitstaande indicaties af met 40,2%, 48,5% en 55,1% voor respectievelijk vv-1, vv-2 en vv-3 ten opzichte van 1 januari 2015. De lage vg-indicaties, vg-1 en vg-2, dalen met respectievelijk 13,0% en 18,3%. Hoewel voor het ggz-zorgprofiel cluster de afname in aantal uitstaande indicaties niet te verklaren is door het beleid langer thuis wonen zien we wel een afname door de verlengde termijn dat de cliënt ggz-zorg in de Zvw ontvangt. In de ggz nemen het aantal indicaties voor de lage zorgprofielen af met 14,3% voor ggz-B1 en 17,4% voor ggz-B2.

Figuur 14. Ontwikkeling aantal lage indicaties per kwartaal per zorgprofiel



Tabel 9. Ontwikkeling aantal lage zorgprofielen in Nederland

Zorgprofiel	1 jan 2015	1 apr 2015	1 jul 2015	1 okt 2015	1 jan 2016	1 apr 2016
vv-1	2.068	1.973	1.855	1.733	1.627	1.524
vv-2	7.307	6.763	6.292	5.792	5.369	4.882
vv-3	15.584	15.493	14.210	12.919	11.881	11.004
lg-1	381	362	341	321	307	292
lg-3	1.402	1.318	1.276	1.220	1.147	1.049
vg-1	709	697	686	677	665	652
vg-2	5.892	5.759	5.645	5.500	5.321	5.144
zg-aud 1	87	86	86	85	85	85
zg-vis 1	121	114	101	96	90	83
ggz-B1	7	7	7	7	7	6
ggz-B2	69	65	65	65	63	61
Totaal	33.627	32.637	30.564	28.415	26.562	24.782

Tabel 10. Ontwikkeling aantal lage zorgprofielen in Nederland (vervolg)

Zorgprofiel	1 jul 2016	1 okt 2016	1 jan 2017	Verschil	Verschil (%)
vv-1	1.399	1.315	1.236	-832	-40,2
vv-2	4.474	4.099	3.764	-3.543	-48,5
vv-3	10.016	9.068	6.994	-8.590	-55,1
lg-1	280	270	259	-122	-32,0
lg-3	977	916	857	-545	-38,9
vg-1	635	627	617	-92	-13,0
vg-2	4.987	4.893	4.814	-1.078	-18,3
zg-aud 1	83	82	80	-7	-8,1
zg-vis 1	84	80	77	-44	-36,4
ggz-B1	6	6	6	-1	-14,3
ggz-B2	59	58	57	-12	-17,4
Totaal	23.000	21.414	18.761	-14.866	-44,2

Belangrijkste bevindingen

Als we kijken naar de afgegeven indicaties zien we een stijging in indicaties van 2,7% voor de hoge vv zorgprofielen. Voor de hoge ghz zorgprofielen zien we een opvallende stijging van 17,8%. Binnen de ggz zorgprofielen zien we een daling van 13,6%. Deze daling wordt verklaard doordat er in 2015 en 2016 geen instroom was naar de Wlz. Langdurige ggz-cliënten ontvangen de eerste drie jaar de zorg onder de Zvw voordat zij doorstromen naar de Wlz.

De meeste indicaties zijn afgegeven voor de hoge vv zorgprofielen (bijna 53% van alle indicaties voor hoge zorgprofielen) en de hoge vg zorgprofielen (37% van alle indicaties voor hoge zorgprofielen). De stijging van 17,8% wordt binnen de ghz zorgprofielen verklaard door de stijging van de vg zorgprofielen (21%) en de lg zorgprofielen (18%). Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de het herindicatietraject van de Wlz-indiceerbaren van wie het zorgprofiel is ingegaan per 1 januari 2017. Het gaat hierbij om circa 10.000 cliënten.

Binnen de vv zorgprofielen worden de zorgprofielen voor vv-4, vv-5 en vv-6 het meest afgegeven. Bij deze zorgprofielen zien we in 2015 en 2016 een trendmatige stijging. Alleen het peilmoment 1 januari 2017 laat een daling zien voor met name vv-6. De daling bij vv-6 wordt veroorzaakt door de overheveling van ELV per 1 januari 2017 naar de Zvw. De overige vv zorgprofielen (vv-7 tot en met vv-10) laten een daling ten opzichte van 2015 zien. Ten aanzien van de vg zorgprofielen hebben de meeste cliënten aanspraak op vg-3 en vg-6. Bij deze zorgprofielen zien we een stijging van de indicaties. Ook bij de andere vg zorgprofielen zien we een stijging, evenals bij de lg zorgprofielen. Hierbij is een opvallende toename te zien voor al deze zorgprofielen op peilmoment 1 januari 2017.

Met de invoering van het beleid om mensen langer thuis te laten wonen worden cliënten niet meer geïndiceerd in de lage zorgprofielen. De grootste daling is zichtbaar bij de vv zorgprofielen.

Regionaal zien we grote verschillen in de ontwikkeling van de aanspraak op zorg. De procentueel sterkste toename van indicaties is in de zorgkantoorregio Flevoland te zien. De grootste toename van vv zorgprofielen zien we in de regio Flevoland, Noord- en Midden-Limburg en Drenthe. Voor de ghz zijn dit de zorgkantoorregio's 't Gooi en Haaglanden.

3. Inkoop van de langdurige zorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de inkoop van langdurige zorg waarbij we kijken naar de jaren 2015, 2016 en 2017. We kijken hierbij met name naar de ontwikkeling tussen 2015 en 2016. Voor deze jaren zijn de volledige inkoopafspraken afgerond. Voor 2017 heeft alleen de eerste inkoopronde (budgetronde) plaatsgevonden. De herschikking moet nog plaatsvinden, waardoor de inkoopafspraken over 2017 geen volledig beeld geven. Wanneer we de volume ontwikkelingen laten zien, dan geven we wel weer wat de eerste afspraken voor 2017 zijn. Daarnaast gaan we in dit hoofdstuk in op de omzetontwikkelingen van de afgegeven verleningsbeschikkingen pgb, waarmee de cliënt zelf zijn zorg inkoopt.

In het hoofdstuk over de aanspraak op zorg onderscheiden we de ontwikkelingen in de indicaties naar de verschillende zorgprofiel clusters. In dit hoofdstuk en het hoofdstuk over de declaraties maken we hierin geen onderscheid meer en kijken we naar de totale ontwikkelingen per leveringsvorm en uitgesplitst naar hoge en lage zorgprofielen per prestatiegroep.

We beginnen dit hoofdstuk met de omzet (afgesproken volume maal de afgesproken prijzen) en volume ontwikkeling per leveringsvorm. Vervolgens kijken we hoe deze omzetontwikkeling is onderverdeeld naar prestatiegroepen. De totale omzetontwikkeling per prestatiegroep wordt verder uitgesplitst naar volume- en prijseffecten. Het hoofdstuk sluiten we af met de onderverdeling van de pgb-trekkingsrechten per zorgprofiel. Hoewel het pgb niet door zorgkantoren wordt ingekocht, laten we dit zien om een compleet beeld te geven van de zorg die onder de Wlz valt.

In bijlage C is aangegeven welke prestaties toegerekend zijn aan welke prestatiegroep en vervolgens aan welke leveringsvorm.

3.1 Omzet en volume ontwikkeling per leveringsvorm

In 2016 is er voor ruim € 16,7 miljard aan afspraken gemaakt voor zorg (zie tabel 11). Dit is € 532 miljoen hoger dan in 2015. Verreweg de grootste omzetstijging (€ 636 miljoen), bijna 30%, zien we bij de prestatiegroep kapitaallasten en overige. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de Waardigheid en Trots middelen die alleen in 2016 zijn ingekocht. Dit betreft een verschil van € 110 miljoen ten opzichte van 2015. Anderzijds wordt het verschil in omzet tussen 2015 en 2016 veroorzaakt door het ingroeitraject van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en de normatieve inventariscomponent (nic). In 2015 viel 50% van deze kosten onder de contracteerruimte en in 2016 is dit met 20% verhoogd naar 70%. Dit gaat gepaard met een verhoging van € 516 miljoen in 2016 ten opzichte van 2015.

In tabel 11 is te zien dat veruit de meeste zorg intramuraal middels een zzp wordt afgenomen. Voor vpt zien we een stijging. Zoals te zien is in tabel 13 blijft het aandeel cliënten dat de zorg middels vpt afneemt echter beperkt. Bij het mpt zien we een daling in omzet. De omzet dat voor leveringsvorm mpt is weergegeven is echter een onderschatting. Doordat dagbestedingsprestaties naast mpt ook voor andere leveringsvormen gebruikt kan worden, is de omzet die toe te schrijven is aan deze prestaties in tabel 11 ondergebracht onder kapitaallasten en overig.

Tabel 11. Totale omzet herschikkingsronde per leveringsvorm (x 1 miljoen)

Leveringsvorm	Omzet 2015	Omzet 2016	Vershil	Vershil (%)
zpz - basis	12.986,64	12.898,16	-88,48	-0,7
zpz - overig	228,25	208,97	-19,28	-8,4
vpt - basis	349,62	415,02	65,41	18,7
vpt - overig	0,71	0,75	0,05	7,1
mpt	511,57	449,59	-61,99	-12,1
Kapitaallasten en overig	2.129,81	2.765,76	635,95	29,9
Totaal	16.206,59	16.738,25	531,66	3,3

Naast de leveringsvormen voor zin wordt middels pgb, de zorg door cliënten zelf ingekocht (tabel 12). Bijna 10% van de totale omzet in 2016 (omzet zin en verleningsbeschikkingen) wordt gebruikt voor pgb. Ten opzichte van 2015 zien we een forse stijging. De leveringsvormen vpt, mpt en pgb omvatten hierdoor ruim 14% van de totale omzet in 2016.

Tabel 12. Pgb verleningsbeschikkingen (x 1 miljoen)

Leveringsvorm	Beschikkingen 2015	Beschikkingen 2016	Vershil	Vershil (%)
pgb	1.448,8	1.781,1	332,3	22,9

Tabel 13 geeft een overzicht van de ingekochte aantallen prestaties uitgesplitst naar leveringsvorm. We zien hier dat de ingekochte aantallen zpz basisprestaties (voor zowel de hoge als de lage zorgprofielen) met 1,9% is gekrompen.

We zien een forse stijging van de aantallen prestaties onder kapitaallasten en overig die te verklaren zijn door de nieuwe prestaties Waardigheid en Trots, deze worden vanaf 2016 ingekocht.

Tabel 13. Ontwikkelingen aantallen per leveringsvorm

Leveringsvorm	Aantal 2015 (herschikking)	Aantal 2016 (herschikking)	Vershil	Vershil (%)	Aantal 2017 (budget)
zpz - basis	76.651.700	75.157.145	-1.494.555	-1,9	64.953.019
zpz - overig	9.429.707	9.226.359	-203.348	-2,2	8.411.450
vpt - basis	2.752.810	3.149.638	396.828	14,4	2.932.438
vpt - overig	95.005	102.957	7.952	8,4	101.927
mpt	10.486.223	8.206.895	-2.279.328	-21,7	6.826.460
Kapitaallasten en overig	186.351.854	226.268.672	39.916.818	21,4	194.874.540
Totaal	285.767.299	322.111.666	36.344.367	12,7	278.099.834

3.2 Omzet en volume ontwikkeling per prestatiegroep

In tabel 14 is de totale omzetontwikkeling voor alle prestatiegroepen weergegeven. Er is hierbij gekozen voor een indeling van de prestaties naar lage en hoge zorgprofielen. Dit komt erop neer dat de zpz en vpt basisprestaties zijn geclusterd onder overkoepelende prestatiegroepen. Alle andere prestaties, zoals kapitaallasten en prestaties die vallen onder de leveringsvorm mpt, zijn geclusterd in de prestatiegroep kapitaallasten en overig.

De omzet in alle lage prestatiegroepen is gedaald. De afbouw van de lage zpz prestatiegroepen verloopt voor de vg 1-2 volgens de geraamde afbouw (10%), met een daling van 11,1%. De afbouw van de lage vv 1-3 zorgprofielen gaat met 33,9% langzamer dan het geraamde afbouwpercentage van 50%. De prestatiegroep met lage ggz-zorgprofielen (prestatiegroep ggz-B 1-2) neemt het sterkst af met een afname van 67,3%.

De omzet van de prestatiegroep kapitaallasten en overig, zoals weergegeven in tabel 11 (€ 636

miljoen) verschilt van de omzet in tabel 14 (€ 555 miljoen). Dit wordt veroorzaakt doordat er in tabel 11 een andere indeling is gehanteerd dan bij tabel 14. Waar er in tabel 11 een selectie is gemaakt op basis van toe te schrijven leveringsvorm, is er in tabel 14 gekozen voor een toeschrijving op basis van zorgprofielen. Doordat bijvoorbeeld de mpt prestaties niet aan een specifiek zorgprofiel toe te schrijven zijn, zijn deze prestaties in tabel 14 onder kapitaallasten en overig geschaard. Het betreft naast de mpt ook zzp-overig (met uitzondering van Z920 en Z910⁵) en vpt-overig. Bijlage C geeft weer hoe de specifieke toedeling van prestaties naar leveringsvorm/prestatiegroep is gebeurd. Tabel 38 (in bijlage C) geeft de toedeling van prestaties weer zoals gebruikt voor tabel 11, en tabel 54 (in bijlage C) geeft de toedeling van prestaties weer zoals gebruikt voor tabel 14.

Tabel 14. Totale omzet herschikkingsronde per prestatiegroep (x 1 miljoen euro)

Prestatiegroep	Omzet 2015	Omzet 2016	Vershil	Vershil (%)
vv 1-3	557,41	368,45	-188,95	-33,9
lg 1,3	34,04	28,81	-5,23	-15,3
vg 1-2	92,50	82,21	-10,29	-11,1
zg-auditief 1	2,04	1,67	-0,36	-17,8
zg-visueel 1	0,98	0,83	-0,15	-15,4
ggz 1b-2b	1,24	0,41	-0,84	-67,3
Subtotaal lage zorgprofielen	688,21	482,38	-205,82	-29,9
vv 4-10	7.344,52	7.458,00	113,48	1,6
lg 2,4-7	501,09	485,44	-15,65	-3,1
lvg	86,57	75,73	-10,84	-12,5
sglvg	27,86	28,18	0,32	1,2
vg 3-8	3.990,27	4.177,50	187,23	4,7
zg-auditief 2-4	86,69	87,94	1,25	1,4
zg-visueel 2-5	94,80	94,47	-0,34	-0,3
ggz 3b-7b	519,70	427,20	-92,50	-17,8
Subtotaal hoge zorgprofielen	12.651,50	12.834,45	182,95	1,4
Kapitaallasten en overig	2.866,88	3.421,42	554,53	19,3
Totaal	16.206,59	16.738,25	531,66	3,3

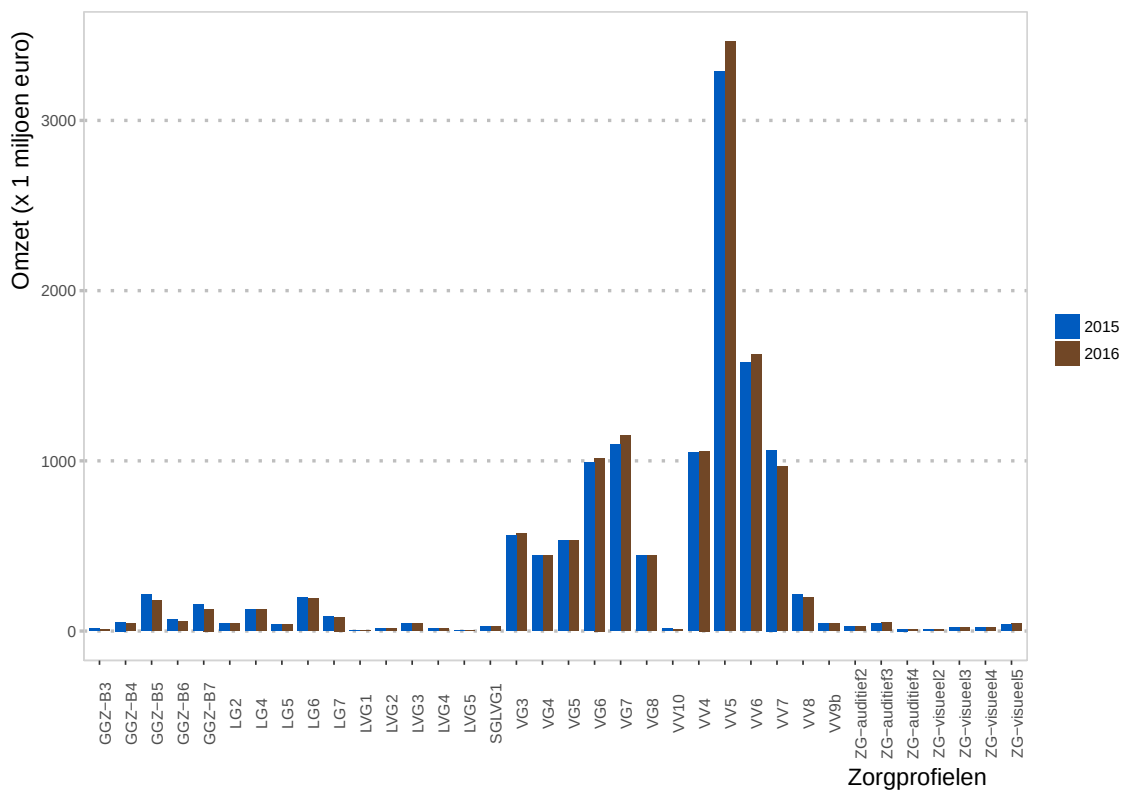
Onder de prestatiegroep kapitaallasten en overig vallen de kapitaallasten, Waardigheid en Trots en zoals hierboven aangegeven de overige prestaties. Voor de kapitaallasten is de omzet in 2015 € 1.398 miljoen en in 2016 € 1.914 miljoen. Dit is een verschil van € 516 miljoen. Aan het budgettair kader is € 520 miljoen, voor het ingroeitraject met betrekking tot de kapitaallasten, toegevoegd in 2016. Voor Waardigheid en Trots is in 2016 € 110 miljoen aan productieafspraken gemaakt.

Wat betreft de hoge zorgprofielen zien we een omzetstijging van € 183 miljoen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de hoge vv en de hoge vg zorgprofielen (€ 113 miljoen en € 183 miljoen respectievelijk). 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. In de raming is rekening gehouden met 14%.

In figuur 15 is de omzet per zorgprofiel te zien in 2015 en in 2016. Zowel in 2015 als in 2016 is de omzet voor vv-5 het hoogst. Deze omzet is in 2016 hoger dan in 2015.

⁵ Deze prestaties worden gekoppeld aan vv-8 en vv-9b

Figuur 15. Omzet in 2015/2016 (x 1 miljoen euro), hoge zorgprofielen

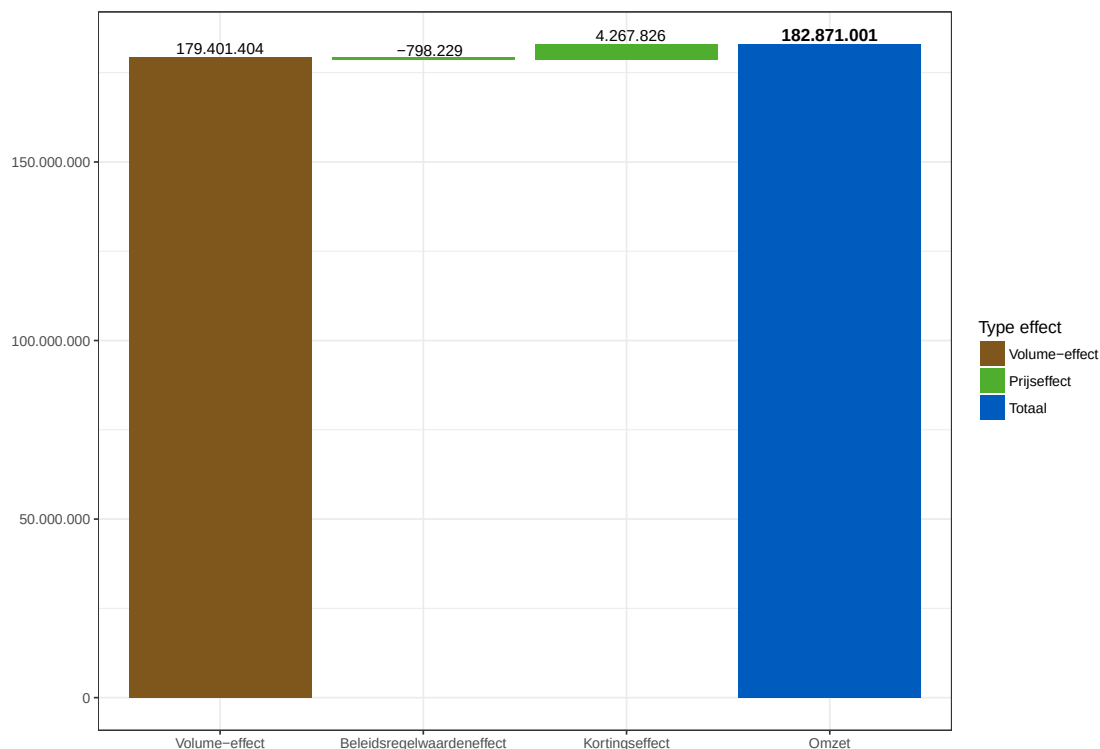


De omzetontwikkelingen splitsen we verder uit naar een volume en een prijseffect. Met het volume-effect wordt inzichtelijk gemaakt wat de invloed van het aantal geleverde/afgesproken prestaties en de productmix op de totale omzet is. Het prijseffect wordt veroorzaakt door de ontwikkeling van de beleidsregelwaarden (indexatie en beleid van de NZa), het zogenoemde beleidsregelwaardeneffect. Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben geen invloed op de hoogte van de beleidsregelwaarden. Daarnaast maakt het prijseffect ook de mate waarin zorgkantoren en zorgaanbieders onderling prijzen afspreken inzichtelijk (kortingseffect). Zorgkantoren en zorgaanbieders mogen maximaal de hoogte van de beleidsregelwaarde afspreken voor een prestatie. Ligt de overeengekomen prijs onder de beleidsregelwaarde (BRW), dan spreken we over een korting. Als we de verschillende jaren met elkaar vergelijken dan spreken we van het kortingseffect, ook als er lagere kortingen ten opzichte van het jaar daarvoor zijn afgesproken.

In figuur 16 is de totale omzetontwikkeling van de zzp en vpt basis prestaties bij de hoge zorgprofielen (€ 183 miljoen) uitgesplitst in het volume- en prijs effect. De omzetontwikkeling die wordt gebruikt in figuur 16 komt niet volledig overeen met de omzetontwikkeling in tabel 14, respectievelijk € 182,87 miljoen en € 182,95 miljoen. Dit verschil komt doordat er in figuur 16 alleen rekening is gehouden met de zzp en vpt basis prestaties die zowel in 2015 als in 2016 bestonden. Nieuwe prestaties zijn niet meegenomen in de prijseffecten.

Uit figuur 16 blijkt dat de omzetstijging met name wordt veroorzaakt door het volume-effect. Het prijseffect is heel beperkt van invloed. De beleidsregelwaarden in 2016 zijn ten opzichte van 2015 gedaald. Dit wordt veroorzaakt door een negatieve indexatie. Het kortingseffect is wel positief. Dit betekent dat in 2016 ten opzichte van 2015 lagere prijskortingen zijn afgesproken. Op het totale financiële kader heeft dit weinig effect.

Figuur 16. Totale omzet hoge zorgprofielen, uitgesplitst in prijs en volume-effect (zonder kapitaallasten)



Bron: NZa

Als we in tabel 15 verder inzoomen op de totale afname in volume voor de basisprestaties met leveringsvorm zzp dan zien we dat het aantal dagen voor de hoge zorgprofielen met ruim 510.000 dagen toeneemt. Hiervoor kunnen grofweg 1.394 cliënten een jaar in zorg genomen worden (aantal dagen gedeeld door 365 per jaar). De totale toename van het aantal ingekochte zzp basisprestaties van de hoge zorgprofielen is 0,7%. In de omzet is er een stijging van 1,4%. Hieruit concluderen wij dat naast een toename in aantallen (en een beperkt prijseffect) er ook een verschuiving plaatsvindt in productmix ten gunste van de duurdere basisprestaties. Deze toename in volume wordt bijna volledig veroorzaakt door de vv en vg zorgprofielen. Verder neemt alleen het sglvg zorgprofiel met een zeer beperkt aantal dagen toe. Opvallend is dat er een daling in de zg-auditief zorgprofielen te zien is, terwijl de omzet hiervan toeneemt. Dit betekent dat duurdere zorgprofielen ingekocht worden. De totale afname in volume van lage zorgprofielen bedraagt 29,3%. De afname van de omzet is nagenoeg gelijk met 29,9%.

Zin (leveringsvormen zzp, vpt, en mpt) wordt door zorgkantoren voor hun cliënten ingekocht. Daarnaast worden door zorgkantoren trekkingsrechten voor het persoonsgebonden budget (pgb) afgegeven. Cliënten kopen met hun pgb zelf de noodzakelijke zorg in. Om een compleet beeld te geven van de zorg die onder de Wlz valt, geven we in tabel 12 aan hoe de verdeling van de afgegeven pgb trekkingsrechten naar de verschillende zorgprofielen is. Deze gegevens hebben betrekking op de cliëntonderbouwing van de pgb monitor in 2016. De pgb-gegevens over 2015 zijn onvoldoende om deze analyses zo gedetailleerd te kunnen presenteren.

Tabel 15. Ontwikkelingen aantallen zzp's

Prestatie-groep	Aantal 2015 (herschik-king)	Aantal 2016 (herschik-king)	Vershil	Vershil (%)	Aantal 2017 (budget)
vv 1-3	5.606.906	3.738.592	-1.868.314	-33,3	2.997.104
lg 1,3	259.587	218.058	-41.529	-16,0	184.084
vg 1-2	931.493	847.041	-84.452	-9,1	718.281
zg-auditief 1	15.739	13.198	-2.541	-16,1	11.041
zg-visueel 1	10.370	8.556	-1.814	-17,5	7.380
ggz 1b-2b	9.929	3.443	-6.486	-65,3	3.562
Subtotaal lage zorgprofielen	6.834.024	4.828.888	-2.005.136	-29,3	3.921.452
vv 4-10	41.865.036	42.277.045	412.009	1,0	35.849.530
lg 2,4-7	2.661.749	2.547.800	-113.949	-4,3	2.242.949
lvg	386.155	341.948	-44.207	-11,4	301.569
sglvg	85.045	85.181	136	0,2	80.059
vg 3-8	21.537.669	22.192.334	654.665	3,0	19.875.408
zg-auditief 2-4	310.093	304.241	-5.852	-1,9	279.900
zg-visueel 2-5	477.418	462.261	-15.157	-3,2	432.215
ggz 3b-7b	2.494.511	2.117.447	-377.064	-15,1	1.969.937
Subtotaal hoge zorgprofielen	69.817.676	70.328.257	510.581	0,7	61.031.567
Totaal	76.651.700	75.157.145	-1.494.555	-1,9	64.953.019

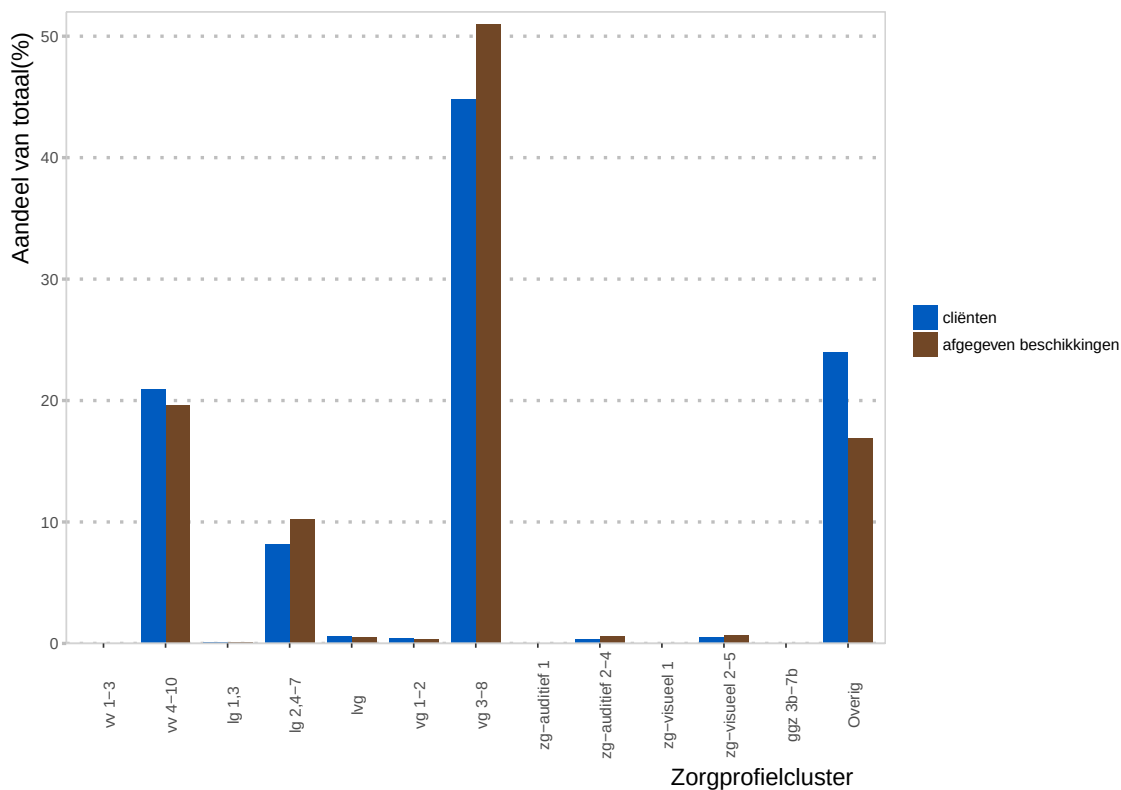
Voor tabel 16 is gebruik gemaakt van de pgb monitor op cliëntniveau. De gegevens sluiten niet volledig aan bij de gegevens uit tabel 12. In tabel 12 is gebruik gemaakt van de pgb monitor op totaal niveau. Aangezien er op totaal niveau een extra uitvraag wordt gedaan wat betreft de eindstand 2016, zijn hiervoor een recentere gegevens gebruikt. Deze uitvraag is niet uitgevraagd op cliëntniveau.

Tabel 16. Cliënten en verleningsbeschikkingen pgb 2016

Prestatiegroep	Aantal pgb cliënten	Pgb kosten (x 1 miljoen)
vv 1-3	16	0,32
lg 1,3	50	1,61
vg 1-2	214	6,99
zg-auditief 1	2	0,06
zg-visueel 1	1	0,01
Subtotaal lage zorgprofielen	283	8,99
vv 4-10	9.965	346,75
lg 2,4-7	3.901	180,52
lvg	300	9,29
vg 3-8	21.316	901,60
zg-auditief 2-4	153	10,14
zg-visueel 2-5	247	11,52
ggz 3b-7b	2	0,14
Subtotaal hoge zorgprofielen	35.884	1.459,96
Overig	11.422	299,46
Totaal	47.589	1.768,42

Figuur 17 vertaalt de cijfers uit tabel 16 naar een relatief aandeel van zowel de hoogte van de toegekende pgb-verleningsbeschikkingen als het totale aantal cliënten met een pgb in 2016. Onder overig vallen cliënten met zorgprofiel x, en cliënten waarvan het zorgprofiel niet is gedefinieerd. Bijna de helft van de pgb-houders heeft een hoog vg zorgprofiel. Ook is hieruit af te leiden dat de gemiddelde verleningsbeschikking per cliënt voor de hoge vg zorgprofielen iets duurder is dan voor de hoge vv zorgprofielen.

Figuur 17. Persoonsgebonden budget 2016; aantal cliënten per zorgprofielcluster

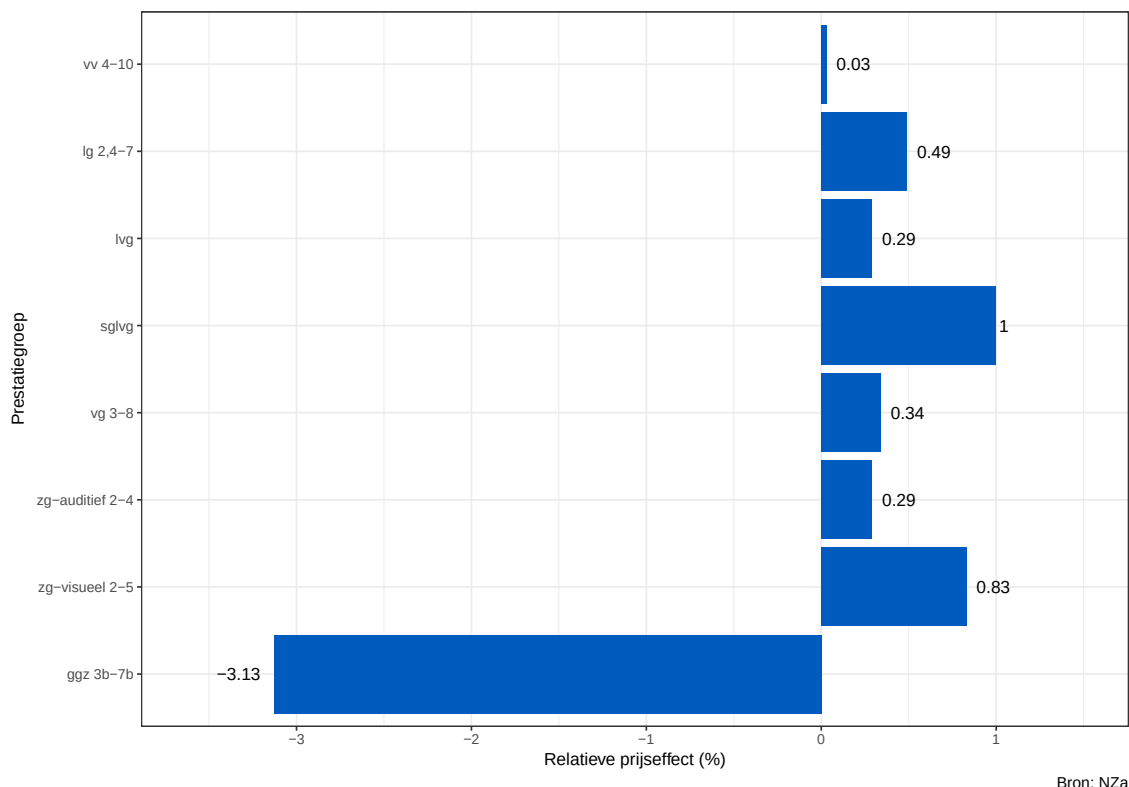


3.3 Prijsontwikkelingen

In deze paragraaf brengen we de prijsontwikkeling per prestatiegroep in beeld. De prijsontwikkeling (prijsseffect) is de gemiddelde prijsverandering per prestatie vermenigvuldigd met het volume van 2016. Het geeft weer hoeveel de uitgaven veranderen als gevolg van de prijsontwikkeling zonder hierbij de invloed van de veranderingen in productmix mee te nemen.

Figuur 18 geeft de procentuele prijsontwikkeling per prestatiegroep weer voor de periode 2015-2016. De relatieve prijsontwikkeling daalt voor ggz-B 3-7 met 3,13%. Dit wil zeggen dat wanneer het volume in 2016 hetzelfde zou blijven als in 2015, de omzet in 2016 voor ggz-B 3-7 met 3,13% af zou nemen ten opzichte van 2015. De kan worden verklaard door lagere BRW of door hogere gehanteerde kortingen op de BRW door de zorgkantoren. De prijzen voor de overige prestatiegroepen stijgen, met de grootste stijging voor het zorgprofiel zg-visueel met 0,83%.

Figuur 18. Prijsontwikkeling zzp en vpt prestaties voor de hoge zorgprofielen



Waar we voorheen grote regionale verschillen in de prijsafspraken zagen, zien we voor 2016 en 2017 dat de prijsafspraken in de 31 zorgkantoorregio's redelijk uniform zijn. Deze prijsafspraken zijn terug te vinden in de inkoopdocumenten van de verschillende zorgkantoren. Tabel 17 geeft de laagste landelijk overeengekomen basisprijs per zorgprofiel cluster (uitgedrukt als een percentage van de BRW) en de hoogste landelijke overeengekomen prijs (ook uitgedrukt als een percentage van de BRW). Landelijk zien we dat in zowel 2016 als 2017 in het inkoopbeleid is opgenomen dat de minimale prijs 93% van de BRW bedraagt voor alle zorgprofielclusters. Het hoogste tarief, waarvoor zorgkantoren zorg inkopen, ligt 2% onder de BRW. In 2017 zien we dat de spreiding van de maximumtarieven nog verder afneemt tussen de zorgkantoorregio's en dat de maximum tarieven, gehanteerd door de zorgkantoren, lager worden. Er zijn een paar uitzonderingen mogelijk op deze percentages. Zo zijn er twee Wlz-uitvoerders die andere basis en maximale tarieven hanteren voor nieuwe zorgaanbieders, deze zijn dan lager dan de percentages voor de bestaande zorgaanbieders.

In bijlage B staat een volledig overzicht per Wlz-uitvoerder.

Tabel 17. Zorginkoopdocumenten

Jaar	Ggz basis (%)	Ggz max (%)	Vv basis (%)	Vv max (%)	Ghz basis (%)	Ghz max (%)
2016	93,00	98,00	93,00	98,00	93,00	98,00
2017	93,00	97,30	93,00	97,00	93,00	97,00

Belangrijkste bevindingen

In 2016 is er voor € 532 miljoen meer langdurige zorg ingekocht dan in 2015. Dit wordt onder andere veroorzaakt door het ingroei-traject van de kapitaallasten (€ 516 miljoen) en de toevoeging in 2016 van € 110 miljoen van de Waardigheid en Trots middelen.

Verreweg het grootste deel van de Wlz zorg wordt intramuraal afgenomen. Er is weliswaar een stijging bij de leveringsvorm vpt te zien maar deze leveringsvorm wordt beperkt afgenomen. Het aandeel mpt daalt. Voor pgb zien we een stijging in de verleningsbeschikkingen.

Voor de hoge zorgprofielen zien we een netto groei van € 183 miljoen in de inkoop. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de hoge vv (€ 113 miljoen) en de vg (€ 187 miljoen) zorgprofielen. Met name de hoge ggz zorgprofielen zijn minder ingekocht (afname van € 93 miljoen).

Bij de lage zorgprofielen zien we, zoals verwacht, een omzet daling van ruim € 200 miljoen. Hiervan wordt € 189 miljoen verklaard door de lage vv zorgprofielen. Deze zorgprofielen nemen met ruim 33% af. In de raming is rekening gehouden met 50%.

De omzetontwikkeling voor de hoge zorgprofielen wordt vrijwel geheel veroorzaakt door het volume-effect. Prijseffecten hebben nauwelijks invloed op de omzetontwikkeling.

4. Gedeclareerde langdurige zorg

In dit hoofdstuk tonen we de ontwikkelingen met betrekking tot de declaraties van zorg in zin. We kijken hierbij naar de ontwikkeling tussen 2015 en 2016. Voor 2017 zijn er nog te weinig gegevens beschikbaar om hier een beeld van te geven.

Niet alle zorg wordt op prestatieniveau gedeclareerd. In 2016 gaat het hierbij om de middelen, die beschikbaar zijn voor Waardigheid en Trots (€ 110 miljoen), de afspraken die gemaakt zijn voor crisiszorg en de bijstelling van de prijzen in de tweede budgetronde. Zorgaanbieders krijgen deze middelen middels een aparte betaalstroom. Daarnaast kan het zijn dat voor 2016 nog niet alle zorg door de zorgaanbieders is gedeclareerd. Hierdoor is er mogelijk een onderschatting van de werkelijke kosten voor 2016.

Net als het vorige hoofdstuk beginnen we met de omzetontwikkeling per leveringsvorm om vervolgens in te zoomen op de omzetontwikkeling per prestatiegroep. Omdat de prijsafspraken die in de tweede budgetronde zijn gemaakt geen onderdeel zijn van de declaratiegegevens is er geen analyse gedaan naar de prijseffecten.

4.1 Omzet- en volume ontwikkeling per leveringsvorm

In totaal is er voor ruim € 16.412 miljoen gedeclareerd voor zin in 2016 (zie tabel 18). De omzetstijging op basis van de gedeclareerde zorg in 2016 ten opzichte van 2015 is € 378 miljoen. De omzet voor de zzp basis is gedaald met 1,2%. De omzet voor vpt basis is toegenomen met 17,6%. De omzet (2016 ten opzichte van 2015) die toe te schrijven is aan de kapitaallasten en overig is € 536 miljoen. Onderdeel hiervan is het ingroeitrajec van de kapitaallasten. De omzetstijging die hiermee gepaard gaat is € 570 miljoen.

Tabel 18. Totale omzet declaraties per leveringsvorm (x 1 miljoen)

Leveringsvorm	Omzet 2015	Omzet 2016	Vershil	Vershil (%)
zzp - basis	12.909,96	12.752,33	-157,64	-1,2
zzp - overig	196,66	188,38	-8,28	-4,2
vpt - basis	338,50	398,23	59,72	17,6
vpt - overig	0,69	0,78	0,09	13,0
mpt	498,16	446,04	-52,12	-10,5
Kapitaallasten en overig	2.090,62	2.626,66	536,05	25,6
Totaal	16.034,60	16.412,42	377,82	2,4

Een factor die de ontwikkeling in omzet beïnvloed is het volume. Tabel 19 toont per leveringsvorm het aantal declaraties.

Tabel 19. Ontwikkelingen aantallen declaraties per leveringsvorm

Leveringsvorm	Aantal 2015	Aantal 2016	Vershil	Vershil (%)
zzp - basis	76.664.980,00	74.943.362,00	-1.721.618,00	-2,2
zzp - overig	9.735.020,00	9.588.647,00	-146.373,00	-1,5
vpt - basis	2.719.134,00	3.120.125,00	400.991,00	14,7
vpt - overig	95.824,00	108.169,00	12.345,00	12,9
mpt	568.329.138,00	490.706.888,00	-77.622.250,00	-13,7
Kapitaallasten en overig	28.716.716,00	28.683.320,00	-33.396,00	-0,1
Totaal	686.260.812,00	607.150.511,00	-79.110.301,00	-11,5

Wanneer we de gedeclareerde aantallen van de leveringsvorm mpt vergelijken met de ingekochte aantallen, zien we een groot verschil. Dit is te verklaren doordat de mpt prestaties

per uur worden ingekocht maar op basis van kortere tijdsperioden worden gedeclareerd.

4.2 Omzet- en volume ontwikkeling per prestatiegroep

In tabel 20 is de totale omzetontwikkeling voor alle prestatiegroepen weergegeven. In figuur 19 zoomen we in op alleen de hoge zorgprofielen. De omzet stijging van de hoge prestatiegroepen is € 94 miljoen. Het grootste gedeelte van deze stijging wordt verklaard door de vv (€ 118 miljoen) en door de vg (€ 85 miljoen).

Alleen voor de ggz-B zien we een daling van de omzet en voor de hoge zzp's van € -92 miljoen) omdat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017 geen doorstroom plaatsvindt vanuit de Zvw naar de Wlz.

Voor vg 1-2 zien we een daling van 13,0% (geraamde afbouw is 10%). De afbouw van de lage zorgprofielen verloopt voor de vv langzamer dan de geraamde afbouw. Voor vv 1-3 zien we een afbouw van 33,4% (geraamde afbouw is 50%).

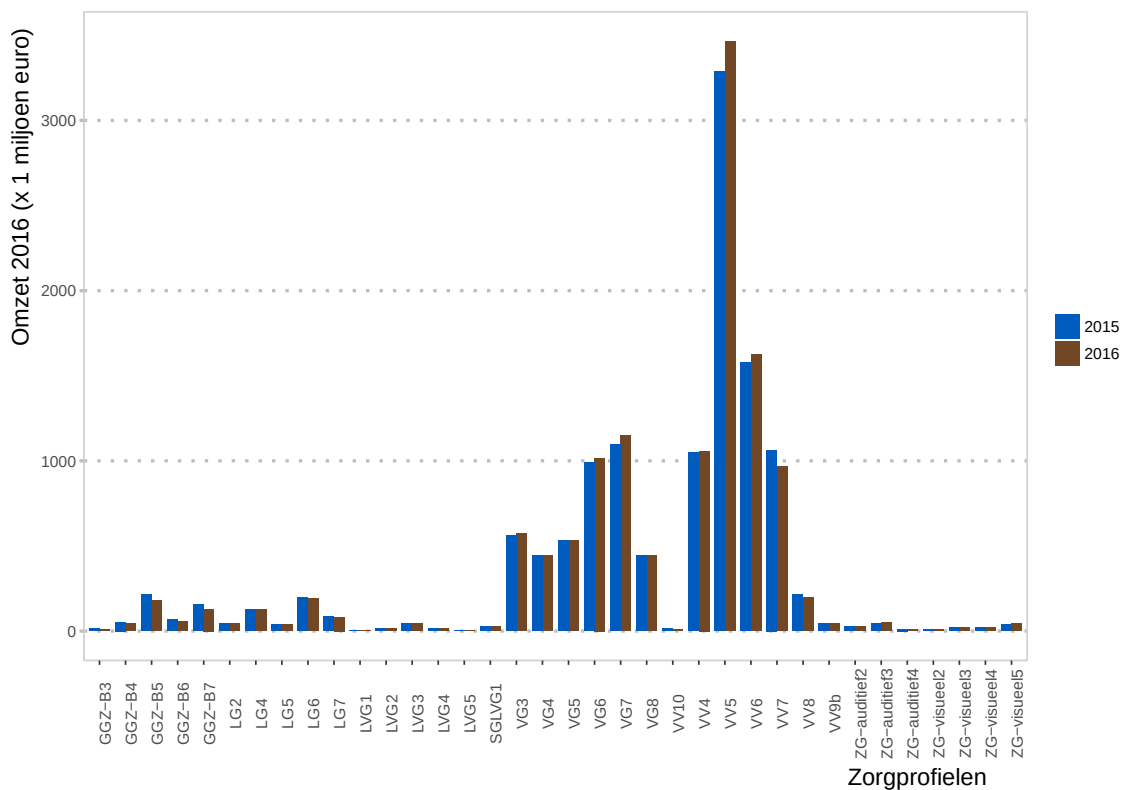
Tabel 20. Totale omzet declaraties per prestatiegroep (x 1 miljoen)

Prestatiegroep	Omzet 2015	Omzet 2016	Vershil	Vershil (%)
vv 1-3	520,65	346,88	-173,77	-33,4
lg 1,3	32,71	27,47	-5,23	-16,0
vg 1-2	90,81	79,00	-11,81	-13,0
zg-auditief 1	2,01	1,63	-0,38	-18,9
zg-visueel 1	0,90	0,83	-0,07	-7,7
ggz 1b-2b	0,89	0,39	-0,50	-56,4
Subtotaal lage zorgprofielen	647,97	456,20	-191,77	-29,6
vv 4-10	7.248,46	7.366,01	117,55	1,6
lg 2,4-7	490,14	478,15	-11,99	-2,4
lvg	82,75	73,59	-9,16	-11,1
sglvg	26,99	27,11	0,12	0,4
vg 3-8	4.068,68	4.153,23	84,55	2,1
zg-auditief 2-4	86,08	88,39	2,31	2,7
zg-visueel 2-5	91,27	93,91	2,63	2,9
ggz 3b-7b	509,55	417,60	-91,94	-18,0
Subtotaal hoge zorgprofielen	12.603,93	12.697,98	94,06	0,8
Kapitaallasten en overig	2.782,71	3.258,24	475,53	17,1
Totaal	16.034,60	16.412,42	377,82	2,4

In figuur 19 zoomen we in op alleen de hoge zorgprofielen. De omzet stijging van de hoge prestatiegroepen is € 94 miljoen. Het grootste gedeelte van deze stijging wordt verklaard door de vv (€ 118 miljoen) en door de vg (€ 85 miljoen). Uit de figuur is op te maken dat verreweg de grootste omzet verklaard wordt door vv-5 en dat hierin ook de grootste omzetstijging zit.

De toename in het volume van hoge zorgprofielen wordt volledig veroorzaakt door de vv en vg zorgprofielen. Wanneer we kijken naar de volumeontwikkeling voor de lage zorgprofielen zien we een afname. De totale afname van de lage zorgprofielen bedraagt 29,1%.

Figuur 19. Omzet 2015 en 2016 (x 1 miljoen euro), hoge zorgprofielen



Tabel 21. Ontwikkelingen aantallen declaraties zzp's

Prestatiegroep	Aantal 2015	Aantal 2016	Vershil	Vershil (%)
vv 1-3	5.329.635,00	3.576.096,00	-1.753.539,00	-32,9
lg 1,3	251.641,00	209.384,00	-42.257,00	-16,8
vg 1-2	923.653,00	822.058,00	-101.595,00	-11,0
zg-auditief 1	15.663,00	12.982,00	-2.681,00	-17,1
zg-visueel 1	9.844,00	8.594,00	-1.250,00	-12,7
ggz 1b-2b	7.152,00	3.380,00	-3.772,00	-52,7
Subtotaal lage zorgprofielen	6.537.588,00	4.632.494,00	-1.905.094,00	-29,1
vv 4-10	41.785.302,00	42.249.637,00	464.335,00	1,1
lg 2,4-7	2.631.358,00	2.532.158,00	-99.200,00	-3,8
lvg	371.072,00	336.952,00	-34.120,00	-9,2
sglvg	84.444,00	83.418,00	-1.026,00	-1,2
vg 3-8	22.021.993,00	22.238.924,00	216.931,00	1,0
zg-auditief 2-4	309.095,00	307.025,00	-2.070,00	-0,7
zg-visueel 2-5	473.383,00	460.893,00	-12.490,00	-2,6
ggz 3b-7b	2.450.745,00	2.101.861,00	-348.884,00	-14,2
Subtotaal hoge zorgprofielen	70.127.392,00	70.310.868,00	183.476,00	0,3
Totaal	76.664.980,00	74.943.362,00	-1.721.618,00	-2,2

4.3 Vergelijking omzet inkoop met de geleverde langdurige zorg

Tabel 22 toont een vergelijking van de omzet per prestatiegroep uit het hoofdstuk inkoop en het hoofdstuk declaraties. Er is voor € 326 miljoen meer zorg ingekocht, dan dat er gedeclareerd is. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de declaraties een onderschatting zijn van de werkelijke kosten. Alleen voor prestatiegroep zg-auditief 2-4 is er meer zorg gedeclareerd, dan ingekocht. Voor de lage zorgprofielen is € 26,2 miljoen minder

zorg gedeclareerd dan ingekocht. Voor de hoge zorgprofielen is dat € 136,5 miljoen.

Tabel 22. Vergelijking omzet inkoop (herschikking) met de geleverde langdurige zorg (declaraties) (x 1 miljoen)

Prestatiegroep	Omzet 2016 (herschikking)	Omzet 2016 (declaraties)	Verschil	Verschil (%)
vv 1-3	368,5	346,9	-21,57	-5,9
lg 1,3	28,8	27,5	-1,34	-4,7
vg 1-2	82,2	79,0	-3,21	-3,9
zg-auditief 1	1,7	1,6	-0,04	-2,4
zg-visueel 1	0,8	0,8	0,00	0,0
ggz 1b-2b	0,4	0,4	-0,02	-4,9
Subtotaal lage zorgprofielen	482,4	456,2	-26,18	-5,4
vv 4-10	7.458,0	7.366,0	-91,99	-1,2
lg 2,4-7	485,4	478,2	-7,29	-1,5
lvg	75,7	73,6	-2,15	-2,8
sglvg	28,2	27,1	-1,07	-3,8
vg 3-8	4.177,5	4.153,2	-24,27	-0,6
zg-auditief 2-4	87,9	88,4	0,45	0,5
zg-visueel 2-5	94,5	93,9	-0,56	-0,6
ggz 3b-7b	427,2	417,6	-9,60	-2,2
Subtotaal hoge zorgprofielen	12.834,5	12.698,0	-136,47	-1,1
Kapitaallasten en overig	3.421,4	3.258,2	-163,18	-4,8
Totaal	16.738,3	16.412,4	-325,83	-1,9

Belangrijkste bevindingen

In 2016 is er voor € 378 miljoen meer zorg gedeclareerd ten opzichte van 2015.

De stijging van de hoge zorgprofielen wordt met name veroorzaakt door de vv (€ 118 miljoen) en de vg (€ 85 miljoen) zorgprofielen.

De afname van de hoge zorgprofielen wordt met name veroorzaakt door de ggz zorgprofielen (€ 92 miljoen).

De zorg die voor de lage zorgprofielen is gedeclareerd neemt voor de vv zorgprofielen met 33,4% af en voor de vg zorgprofielen met 13%. In de zorginkoop wordt voor de vv zorgprofielen rekening gehouden met een afbouw van 33,9% en voor de vg zorgprofielen met 11,1%.

Het verschil tussen de ingekochte zorg en de daadwerkelijk gedeclareerde zorg is € 326 miljoen. Opvallend is dat er tussen de inkoopafspraken en de declaraties van de lage zzp's een groter verschil is ten opzichte van de hoge zzp's.

5. Ontwikkelingen financieel kader en benutting

In dit hoofdstuk wordt gekeken wat de benutting de afgelopen jaren is van het financieel kader. Hiervoor wordt eerst een beeld geschetst van het vastgestelde/ beschikbare financiële kader. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre dit kader ook daadwerkelijk is ingezet voor de inkoop van zorg en het afgeven van verleningsbeschikkingen voor het pgb. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre de zorg ook daadwerkelijk geleverd is en hoe dit zich verhoudt tot de gemaakte inkoopafspraken. Dit brengen we in beeld door te kijken naar de landelijke onder- en overproductie.

5.1 Ontwikkelingen financieel kader

Het vastgestelde kader voor 2017 (€ 19.270 miljoen) is een stuk hoger dan het kader voor 2016 (€ 18.608 miljoen). Tabel 23 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. Aangezien er overgeheveld kan worden zowel tussen als binnen de contracteerruimte, het subsidieplafond pgb en de experimenteerkaders, kunnen deze kaders wijzigen gedurende het jaar. We zien het totale beschikbare budgettair kader stijgen over de jaren. Onderverdeeld in de contracteerruimte en in het subsidieplafond pgb zien we beide kaders toenemen. De grootste stijging zit echter in het pgb subsidieplafond. Het pgb subsidieplafond stijgt in 2016 van € 1.826 miljoen naar € 2.117 miljoen in 2017. Dit is een stijging van bijna 16% ten opzichte van het jaar ervoor. Wanneer we het subsidieplafond 2017 vergelijken met de omvang van het subsidieplafond in 2015 vindt er zelfs een toename plaats van bijna 43%.

In 2017 is er € 470 miljoen beschikbaar voor demografische ontwikkelingen en stijgende zorgvraag. In 2016 was er € 416 miljoen beschikbaar voor groei en het voorkomen van problematische wachtlijsten. De groei ruimte, inclusief herverdelingsmiddelen, die is vastgesteld voor 2017 is gelijk aan de groei ruimte die is vastgesteld voor 2016. Er is voor beide jaren € 250 miljoen aan groei ruimte. Voor 2017 is hiervan € 50 miljoen bij aanvang van het jaar beschikbaar. De overige € 200 miljoen kunnen ingezet worden voor herverdelingsmiddelen. Verder is er in 2017 € 220 miljoen aan het kader toegevoegd in verband met de gestegen zorgvraag.

In 2016 is er naast de groei ruimte € 166 miljoen aan extra middelen toegevoegd, zodat Wlz uitvoerders aan hun zorgplicht konden voldoen. Deze middelen hebben een structureel effect naar 2017. Het initieel vastgestelde kader voor 2017 is hiermee ruimer dan het initieel vastgestelde kader voor 2016. De totale opbouw van het kader voor 2017 is opgenomen in de Kader en voorhangbrief langdurige zorg 2017.⁶

Tabel 23. Landelijke verdeling kader langdurige zorg per jaar (x 1 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

Vanaf 2017 is het experiment persoonsvolgende inkoop in de regio Rotterdam en de regio Zuid-Limburg van kracht. Onderdeel van dit experiment is dat de zorginkoop in beide regio's anders georganiseerd gaat worden. Het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder formuleert in zijn inkoopkader de voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om zorg te mogen leveren. Er worden in deze regio's geen budgetafspraken meer gemaakt. Voor deze regio's is de contracteerruimte niet bindend. De initiële ruimte die voor de regio Rotterdam is vastgesteld is € 170 miljoen en voor de regio Limburg is dit € 485 miljoen.

⁶ Kader- en voorhangbrief langdurige zorg 2017, 7 november 2016 met kenmerk 1035746-157403 LZ.

5.2 Benutting financieel kader

De zorgkantoren maken binnen de beschikbare contracteerruimte productieafspraken met zorgaanbieders. Hierbij kennen we twee budgetrondes. De eerste budgetronde, waarin de initiële afspraken worden gemaakt en de tweede budgetronde waarin de definitieve afspraken worden vastgelegd. In de eerste budgetronde worden nog niet alle middelen in productieafspraken vastgelegd. Voor 2017 is er nog bijna 9% aan contracteerruimte niet omgezet in budgetafspraken. Dit wordt aangeduid als onbenutte middelen. In de tweede budgetronde worden vrijwel alle beschikbare middelen gecontracteerd. Het percentage onbenutte middelen ten opzichte van de contracteerruimte wordt bepaald op basis van de stand van de contracteerruimte ten tijde van de betreffende budgetronde.

In de nacalculatie wordt aangegeven hoeveel zorg daadwerkelijk geleverd is. De ruimte tussen de vergoede/geleverde zorg en de productieafspraken wordt aangeduid als onder- en overproductie. Wanneer er minder zorg geleverd wordt dan dat er is afgesproken bij de productieafspraken is er sprake van onderproductie. Wanneer er meer zorg wordt geleverd dan waarvoor er afspraken zijn gemaakt dan is er sprake van over productie. De onderproductie en onbenutte middelen tezamen worden aangeduid als onderbesteding. Naast de onderbesteding van de contracteerruimte kunnen er ook middelen niet besteed zijn met betrekking tot het subsidieplafond pgb.

Ook hier maken we onderscheid naar het verschil tussen het vastgestelde pgb subsidieplafond en de afgegeven verleningsbeschikkingen, dit wordt aangegeven als onbenutte middelen, en het verschil tussen de daadwerkelijke bestedingen (vaststellingsbeschikkingen) en het subsidieplafond, wat wordt aangegeven als de onderbesteding.

In dit hoofdstuk zoomen we eerst in op de onbenutte middelen voor de zin gevolgd door de onbenutte middelen voor pgb. Tot slot kijken we naar de onderbesteding in de contracteerruimte en de uiteindelijke totale onderbesteding van het budgettair kader Wlz.

Tabel 24. Onbenutte middelen zorg in natura

Jaar	1e budgetronde (x 1 miljoen euro)	2e budgetronde (x 1 miljoen euro)	Onbenutte middelen contracteerruimte (%)
2015	728,7	64,0	0,4
2016	1.242,9	37,0	0,2

In tabel 24 worden de onbenutte middelen per jaar weergegeven voor zin. De onbenutte middelen worden zowel op basis van de eerste budgetronde als de tweede budgetronde, weergegeven. De cijfers uit 2015 zijn gebaseerd op het vorige advies Budgettair kader Wlz 2016. In 2016 zijn de productieafspraken binnen de contracteerruimte gebleven. Er is een bedrag van € 37 miljoen van onbenut gebleven. De onbenutte middelen voor 2016 betreffen 0,2% van de beschikbare contracteerruimte (€ 16,8 miljard). Dit is een afname ten opzichte van 2015. Toen was het percentage onbenutte middelen 0,4%.

Tabel 25 laat een verdere uitsplitsing van de percentages onbenutte middelen zien per Wlz-uitvoerder. Waar in 2015 nog twee Wlz-uitvoerders minder dan 0,1% van het kader onbenut hadden, zijn dit er in 2016 er al vijf. Ook zit geen Wlz-uitvoerder in 2016 meer boven 1% aan onbenutte middelen. Dit moet wel in samenhang gezien worden met de benutting van het pgb. Middelen die niet ingezet zijn om productieafspraken te maken kunnen overgeheveld zijn naar het pgb-kader. Bij alle Wlz-uitvoerders zijn er nog onbenutte middelen als gekeken wordt naar het verschil tussen de afgegeven beschikkingen en het beschikbare subsidieplafond.

Tabel 25. Percentage onbenutte middelen zin per Wlz-uitvoerder

Wlz-uitvoerder	2015 (%)	2016 (%)
CZ	0,80	0,66
De Friesland	0,00	0,00
DSW	0,00	0,02
Menzis	0,90	0,47
Salland	1,90	0,13
VGZ	0,10	0,04
Zilveren Kruis	0,10	0,03
Zorg en Zekerheid	0,20	0,02

Sinds 2015 monitort de NZa de benutting van het pgb-kader. Met de invoering van de Wlz is het pgb subsidieplafond onderdeel van het financiële Wlz-kader, waardoor de beschikbare middelen flexibeler ingezet kunnen worden. Zorgkantoren kunnen middelen tussen beide kaders overhevelen. Bij het pgb spreken we niet van budgetrondes, maar wordt maandelijks de afgegeven trekkingsrechten ten opzichte van het beschikbare subsidieplafond op basis van de afgegeven verleningsbeschikkingen gemonitord. Na afloop van het jaar wordt er, voor het jaar 2015, zowel in april als in oktober een eindstand opgevraagd. Vanaf 2016 worden deze eindstanden opgevraagd in maart en juli. Tot 1 april kunnen er nog overhevelingen gedaan worden vanuit de onbenutte contracteerruimte.

De opgave die door de zorgkantoren in oktober 2016 over het jaar 2015 is ingediend is voorzien van een controleverklaring. Uit de cijfers blijkt dat deze stand met name bij een Wlz-uitvoerder erg afwijkt van de eerder stand zoals bekend was in april 2016. In de definitieve opgave van de verleningsbeschikkingen zijn bij deze Wlz-uitvoerder de door de SVB vastgestelde beschikkingen over 2015 meegenomen. Omdat hiermee de cijfers vertekenen met ruim € 54 miljoen hebben we in onderstaande tabel voor deze Wlz-uitvoerder bij de stand oktober de aanlevering in april meegenomen.

Tabel 26. Onbenutte middelen pgb stand april en stand oktober (x 1 miljoen euro)

Jaar	Stand April (x 1 miljoen euro)	Stand Oktober (x 1 miljoen euro)	Onbenutte middelen pgb subsidieplafond (%)
2015	37,6	36,2	2,44
2016	44,7	n.b.	2,45

Over 2016 is alleen de voorlopige eindafrekening van de verleningsbeschikkingen bekend. Op basis hiervan is 2,4% van het beschikbare subsidieplafond onbenut gebleven. Dit is 0,1% minder dan in 2015 wanneer je april aanlevering van de verschillende jaren met elkaar vergelijkt.

Tabel 27 laat zowel de benutting van het subsidiekader pgb, op basis van de verleningsbeschikkingen, als de daadwerkelijke besteding van de pgb's zien voor het jaar 2015. Als we kijken naar de daadwerkelijke bestedingen dan liggen deze een stuk lager dan de afgegeven verleningsbeschikkingen. Dit wordt bijvoorbeeld veroorzaakt doordat cliënten gedurende het jaar overlijden en hierdoor minder besteed hebben, dan de afgegeven verleningsbeschikking.

Tabel 27. Benutting en besteding pgb 2015 (x 1 miljoen euro)

Kader	Verleningsbeschikkingen	Bestedingen
1.485	1.448,8	1.272,6

Voor de verantwoording van de pgb-bestedingen hebben de zorgkantoren gebruik gemaakt van een opgave die zij van de SVB hebben ontvangen. Een aantal zorgkantoren heeft correcties doorgevoerd in de financiële verantwoording, waardoor deze niet meer aansluit met de

aangeleverde cijfers door de SVB (in totaal € 1.274.143.000). De belangrijkste redenen voor het verschil zijn dat een aantal zorgkantoren (CZ, DSW, Trias, Univé en VGZ) het ziekengeld en de ambtshalve bestedingen niet heeft meegenomen of een andere peildatum hebben gehanteerd (Zorg en Zekerheid).⁷

Hoewel er in 2015 € 1.448,8 miljoen aan trekkingsrechten zijn afgegeven is er in dat jaar maar € 1.272,6 miljoen daadwerkelijk besteed aan pgb. Dit laat een verschil zien van € 176,1 miljoen, wat neerkomt op een verschil van 11,9% ten opzichte van het beschikbare subsidieplafond. In totaal werd er in 2015 14,3% minder besteed aan pgb dan dat hiervoor beschikbaar was in het subsidieplafond. Vanaf 2016 wordt, in het financieel beschikbare kader, ook rekening met een onderbesteding gehouden. Dit gebeurt door middel van het brutteringseffect. Dit houdt in dat, doordat er jaarlijks ongeveer 14% aan pgb-middelen onbenut blijft, voor elke euro die wordt overgeheveld vanuit de contracteerruimte er € 1,14 beschikbaar wordt gesteld in het pgb subsidieplafond.

Tabel 28 laat de onbenutte middelen van zowel zin als pgb zien ten opzichte van de laatste stand van het budgettair kader. Voor 2016 is hierbij uitgegaan van de voorlopige eindafrekening. Door overhevelingen tussen de contracteerruimte en het subsidieplafond pgb of door ophogingen of verlagingen van het budgettair kader, kan de omvang van de onbenutte middelen zoals eerder bekend wijzigen. In 2015 is te zien dat de onbenutte middelen zin met € 0,8 miljoen zijn gedaald ten opzichte van de eerder bekende € 64 miljoen. Dit komt doordat er overhevelingen naar het subsidieplafond pgb hebben plaatsgevonden.

In onderstaande tabel is te zien dat er in totaal € 81,7 miljoen aan onbenutte middelen zijn overgebleven in 2016. Met de wetenschap dat in het najaar nog extra middelen aan het totale Wlz-kader is toegevoegd is, is de onderbenutting historisch laag.

Tabel 28. Onbenutte middelen zin en pgb (x 1 miljoen euro)

Jaar	Onbenutte mid- delen zin	Onbenutte mid- delen pgb	Totale onbe- nutte middelen	Vershil (in %)
2015	63,2	36,2	99,4	0,56
2016	37,0	44,7	81,7	0,44

5.3 Onder- en overproductie

Naast de onbenutte middelen kan het zijn dat zorgaanbieders minder geproduceerd hebben dan de productieafspraken. Op grond van de eerste en tweede budgetronde bepalen we per jaar voor iedere zorgaanbieder wat de maximaal door de NZa gehonoreerde productieafspraken van dat jaar is. Als de realisatie van een zorgaanbieder bij de nacalculatie lager is dan de productieafspraken, is sprake van onderproductie. Als de realisatie van de zorgaanbieder bij de nacalculatie hoger is dan de productieafspraken, dan is er sprake van overproductie. Overproductie wordt in eerste instantie niet vergoed. Wanneer er op landelijk niveau meer onderproductie is dan overproductie kan de resterende overproductie ten laste worden gebracht van de totale onderproductie. Het is op deze manier voor zorgaanbieders met overproductie dan toch nog mogelijk deze overproductie vergoed te krijgen.

Alleen voor 2015 is inmiddels de onder- en overproductie bekend. Voor 2016 en 2017 is de nacalculatie nog niet afgehandeld en zijn deze gegevens dus nog niet bekend. Er is, in 2015, € 109,3 miljoen aan onderproductie en € 31,9 miljoen aan vergoede overproductie. Doordat er meer onderproductie dan overproductie is, kon de overproductie vergoed worden door de totale onderproductie. Na verrekening met de overproductie is er in 2015 € 77,4 miljoen minder gerealiseerd dan afgesproken in de tweede budgetronde. Dit komt neer op 0,5% van de totale contracteerruimte 2015.

⁷ Samenvattend rapport Wet langdurige zorg 2015/2016 NZa

Uit tabel 28 blijkt dat er in 2015 € 99,4 miljoen aan onbenutte middelen (waarvan € 63,2 miljoen voor zin en € 36,2 miljoen voor pgb) zijn en dus niet is omgezet in productieafspraken of verleningsbeschikkingen. Daarnaast is er € 77,4 miljoen (zin) minder gerealiseerd dan afgesproken in de tweede budgetronde, de onderproductie. Het totale bedrag dat er in 2015, van het budgettaire kader, niet is besteed is dus bijna € 177 miljoen. Bij de afhandeling van de nacalculatie 2015 (zin) is uiteindelijk € 16.225 miljoen is toegekend. De beschikbare contracteerruimte was € 16.385 miljoen. Dit betekent dat er € 160 miljoen (1,0%) van de beschikbare contracteerruimte niet is ingezet. Dit wijkt met ruim € 19 miljoen (€ 160 miljoen - € 63,2 miljoen - € 77,4 miljoen) af van de gegevens die we hierboven hebben getoond bij de optelling van de onbenutte middelen na de tweede ronde en de netto onderproductie. Dit verschil is te verklaren door onder andere bezwaarzaken en technische aanpassingen die gedaan zijn na de tweede budgetronde waardoor de benutting iets hoger is dan net na het verwerken van de herschikking.

Belangrijkste bevindingen

Het budgettair kader stijgt van € 17.870 miljoen in 2015 naar € 19.270 miljoen in 2016. Het pgb subsidieplafond stijgt van € 1.485 miljoen in 2015 naar € 1.826 in 2016. Dit is een stijging van bijna 23%.

Het vastgestelde budgettair kader voor 2017 is hoger ten opzichte van 2016. In 2017 is er € 470 miljoen beschikbaar voor demografische ontwikkelingen en stijgende zorgvraag. In 2016 was er € 416 miljoen beschikbaar voor groei en het voorkomen van problematische wachtlijsten.

Het aantal onbenutte middelen voor zin is in 2016 gedaald met 0,2%. Het aantal onbenutte middelen voor pgb is met 0,1% gedaald. Totale onbenutte middelen voor 2016 bedraagt € 81,7 miljoen, waarvan € 37 miljoen voor zin en € 44,7 miljoen voor pgb. Gegevens over de onderproductie 2016 zijn nog niet beschikbaar.

De totale onder besteding bedraagt in 2015 bijna € 382 miljoen waarvan € 160 miljoen (1% van de contracteerruimte) voor zin en € 212 miljoen (14% van het pgb subsidieplafond) voor pgb. Tussen de verleningsbeschikkingen (€ 1.449 miljoen) en de vaststellingsbeschikkingen (€ 1.273 miljoen) zit € 176 miljoen.

A. Zorgkantoren

Tabel 29. Zorgkantoor regio's met de bijbehorende concessiehouder

Zorgkantoornummer	Zorgkantoornaam	Concessiehouder
3010	Groningen	Menzis
3020	Friesland	De Friesland
3030	Drenthe	Zilveren Kruis
3040	Zwolle	Zilveren Kruis
3050	Twente	Menzis
3060	Stedendriehoek	Zilveren Kruis
3061	Midden-IJssel	Salland
3070	Arnhem	Menzis
3080	Nijmegen	VGZ
3090	Utrecht	Zilveren Kruis
3100	Flevoland	Zilveren Kruis
3110	t Gooi	Zilveren Kruis
3120	Noord-Holland-Noord	VGZ
3130	Kennemerland	Zilveren Kruis
3140	Zaanstreek/Waterland	Zilveren Kruis
3150	Amsterdam	Zilveren Kruis
3160	Amstelland/Meerlanden	Zorg en Zekerheid
3170	Zuid-Holland-Noord	Zorg en Zekerheid
3180	Haaglanden	CZ
3190	Westland Schieland Delfland	DSW
3200	Midden-Holland	VGZ
3210	Rotterdam	Zilveren Kruis
3230	Zuid-Hollandse Eilanden	CZ
3240	Waardenland	VGZ
3250	Zeeland	CZ
3260	West-Brabant	CZ
3270	Midden-Brabant	VGZ
3280	Noordoost Brabant	VGZ
3290	Zuid Oost-Brabant	CZ
3300	Noord en Midden Limburg	VGZ
3310	Zuid-Limburg	CZ

B. Zorginkoopdocumenten

Tabel 30. Zorginkoopdocumenten 2016

Concessiehouder	GGZ basis (%)	GGZ max (%)	VV basis (%)	VV max (%)	GHZ basis (%)	GHZ max (%)
Zilveren Kruis	94,30	97,30	94,00	97,00	93,60	96,60
CZ	93,00	96,00	93,00	96,00	93,00	96,00
De Friesland	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00
DSW	95,00	98,00	95,00	98,00	98,00	98,00
Salland	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00
Menzis	93,50	96,50	93,50	96,50	93,50	96,50
VGZ	93,75	96,75	93,75	96,75	93,75	96,75
Zorg en Zekerheid	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00

Tabel 31. Zorginkoopdocumenten 2017

Concessiehouder	GGZ basis (%)	GGZ max (%)	VV basis (%)	VV max (%)	GHZ basis (%)	GHZ max (%)
Zilveren Kruis	94,30	97,30	94,00	97,00	93,60	96,60
CZ	93,00	96,00	93,00	96,00	93,00	96,00
De Friesland	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00
DSW	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00
Salland	93,50	96,50	93,50	96,50	93,50	96,50
Menzis	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00
VGZ	93,75	96,75	93,75	96,75	93,75	96,75
Zorg en Zekerheid	94,00	97,00	94,00	97,00	94,00	97,00

C. Codelijsten

Tabel 32. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm zzp - basis

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV1	Z015
VV2	Z025
VV3	Z031, Z033
VV4	Z041, Z043
VV5	Z051, Z053
VV6	Z061, Z063
VV7	Z071, Z073
VV8	Z081, Z083
VV9b	Z095, Z097
VV10	Z101, Z103
LG1	Z614, Z615
LG2	Z624, Z625
LG3	Z630, Z631, Z632, Z633
LG4	Z640, Z641, Z642, Z643
LG5	Z650, Z651, Z652, Z653
LG6	Z660, Z661, Z662, Z663
LG7	Z670, Z671, Z672, Z673
LVG1	Z513
LVG2	Z523
LVG3	Z533
LVG4	Z543
LVG5	Z553
SGLVG1	Z573
VG1	Z414, Z415
VG2	Z424, Z425
VG3	Z430, Z431, Z432, Z433
VG4	Z440, Z441, Z442, Z443
VG5	Z454, Z455, Z456, Z457
VG6	Z460, Z461, Z462, Z463
VG7	Z470, Z471, Z472, Z473
VG8	Z480, Z481, Z482, Z483
ZG-auditief1	Z710, Z711, Z712, Z713
ZG-auditief2	Z720, Z721, Z722, Z723
ZG-auditief3	Z730, Z731, Z732, Z733
ZG-auditief4	Z740, Z741, Z742, Z743
ZG-visueel1	Z814, Z815
ZG-visueel2	Z824, Z825
ZG-visueel3	Z830, Z831, Z832, Z833
ZG-visueel4	Z840, Z841, Z842, Z843
ZG-visueel5	Z850, Z851, Z852, Z853
GGZ-B1	Z212, Z213
GGZ-B2	Z222, Z223
GGZ-B3	Z232, Z233
GGZ-B4	Z242, Z243
GGZ-B5	Z252, Z253
GGZ-B6	Z262, Z263
GGZ-B7	Z272, Z273

Tabel 33. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm zzp - overig

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV8	Z920
VV9b	Z910
alle	H974, H975, H976, Z110, Z280, Z490, Z491, Z560, Z901
alle	Z902, Z903, Z904, Z905, Z916, Z917, Z995
ZZP 0	Z996, Z997, Z998
NA	Z993, Z994

Tabel 34. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm vpt - basis

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV1	V015
VV2	V025
VV3	V031, V033
VV4	V041, V043
VV5	V051, V053
VV6	V061, V063
VV7	V071, V073
VV8	V081, V083
VV9b	V095, V097
VV10	V101, V103
LG1	V614, V615
LG2	V624, V625
LG3	V630, V631, V632, V633
LG4	V640, V641, V642, V643
LG5	V650, V651, V652, V653
LG6	V660, V661, V662, V663
LG7	V670, V671, V672, V673
LVG1	V513
LVG2	V523
LVG3	V533
LVG4	V543
LVG5	V553
SGLVG1	V573
VG1	V414, V415
VG2	V424, V425
VG3	V430, V431, V432, V433
VG4	V440, V441, V442, V443
VG5	V454, V455, V456, V457
VG6	V460, V461, V462, V463
VG7	V470, V471, V472, V473
VG8	V480, V481, V482, V483
ZG-auditief1	V710, V711, V712, V713
ZG-auditief2	V720, V721, V722, V723
ZG-auditief3	V730, V731, V732, V733
ZG-auditief4	V740, V741, V742, V743
ZG-visueel1	V814, V815
ZG-visueel2	V824, V825
ZG-visueel3	V830, V831, V832, V833
ZG-visueel4	V840, V841, V842, V843
ZG-visueel5	V850, V851, V852, V853

Tabel 35. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm vpt - overig

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
alle	V901, V903, V904, V905

Tabel 36. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm mpt

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
alle	H104, H106, H107, H117, H120, H126, H127, H128, H132
alle	H136, H137, H150, H152, H153, H180, H300, H301, H302, H303
alle	H304, H305, H321, H325, H326, H327, H329, H330, H331, H332
alle	H333, H334, H335, H336, H337

Tabel 37. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm Kapitaallasten en overig

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV1	IX181, X181, NZ015, IZ015
VV2	IX182, X182, NZ025, IZ025
VV3	IX183, X183, IX193, X193, NZ031, IZ031, NZ033, IZ033
VV4	WV041, WV043, WZ041, WZ043, IX184, X184, IX194, X194, NZ041
VV4	IZ041, NZ043, IZ043
VV5	WV051, WV053, WZ051, WZ053, IX185, X185, IX195, X195, NZ051
VV5	IZ051, NZ053, IZ053
VV6	WV061, WV063, WZ061, WZ063, IX186, X186, IX196, X196, NZ061
VV6	IZ061, NZ063, IZ063
VV7	WV071, WV073, WZ071, WZ073, IX187, X187, IX197, X197, NZ071
VV7	IZ071, NZ073, IZ073
VV8	WV081, WV083, WZ081, WZ083, V920, IX188, X188, IX198, X198
VV8	NZ081, IZ081, NZ083, IZ083
VV9b	WV095, WV097, WZ095, WZ097, V910, IX189, X189, IX199, X199
VV9b	NZ095, IZ095, NZ097, IZ097
VV10	WV101, WV103, WZ101, WZ103, IX190, X190, IX200, X200, NZ101
VV10	IZ101, NZ103, IZ103
LG1	IX681, X681, Y691, IY691, NZ614, IZ614, NZ615, IZ615
LG2	IX682, X682, Y692, IY692, NZ624, IZ624, NZ625, IZ625
LG3	IX683, X683, Y693, IY693, NZ630, IZ630, NZ631, IZ631, NZ632
LG3	IZ632, NZ633, IZ633
LG4	IX684, X684, Y694, IY694, NZ640, IZ640, NZ641, IZ641, NZ642
LG4	IZ642, NZ643, IZ643
LG5	IX685, X685, Y695, IY695, NZ650, IZ650, NZ651, IZ651, NZ652
LG5	IZ652, NZ653, IZ653
LG6	IX686, X686, Y696, IY696, NZ660, IZ660, NZ661, IZ661, NZ662
LG6	IZ662, NZ663, IZ663
LG7	IX687, X687, Y697, IY697, NZ670, IZ670, NZ671, IZ671, NZ672
LG7	IZ672, NZ673, IZ673
LVG1	NZ513, IZ513
LVG2	NZ523, IZ523
LVG3	NZ533, IZ533
LVG4	NZ543, IZ543
LVG5	NZ553, IZ553
SGLVG1	NZ573, IZ573
VG1	IX481, X481, Y491, IY491, NZ414, IZ414, NZ415, IZ415
VG2	IX482, X482, Y492, IY492, NZ424, IZ424, NZ425, IZ425
VG3	IX483, X483, Y493, IY493, NZ430, IZ430, NZ431, IZ431, NZ432
VG3	IZ432, NZ433, IZ433
VG4	IX484, X484, Y494, IY494, NZ440, IZ440, NZ441, IZ441, NZ442
VG4	IZ442, NZ443, IZ443
VG5	IX485, X485, Y495, IY495, NZ454, IZ454, NZ455, IZ455, NZ456
VG5	IZ456, NZ457, IZ457
VG6	IX486, X486, Y496, IY496, NZ460, IZ460, NZ461, IZ461, NZ462
VG6	IZ462, NZ463, IZ463
VG7	IX487, X487, Y497, IY497, NZ470, IZ470, NZ471, IZ471, NZ472
VG7	IZ472, NZ473, IZ473
VG8	IX488, X488, Y498, IY498, NZ480, IZ480, NZ481, IZ481, NZ482
VG8	IZ482, NZ483, IZ483
ZG-auditief1	IX781, X781, Y791, IY791, NZ710, IZ710, NZ711, IZ711, NZ712
ZG-auditief1	IZ712, NZ713, IZ713

Tabel 38. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor leveringsvorm Kapitaallasten en overig (vervolg)

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
ZG-auditief2	IX782, X782, Y792, IY792, NZ720, IZ720, NZ721, IZ721, NZ722
ZG-auditief2	IZ722, NZ723, IZ723
ZG-auditief3	IX783, X783, Y793, IY793, NZ730, IZ730, NZ731, IZ731, NZ732
ZG-auditief3	IZ732, NZ733, IZ733
ZG-auditief4	IX784, X784, Y794, IY794, NZ740, IZ740, NZ741, IZ741, NZ742
ZG-auditief4	IZ742, NZ743, IZ743
ZG-visueel1	IX881, X881, Y891, IY891, NZ814, IZ814, NZ815, IZ815
ZG-visueel2	IX882, X882, Y892, IY892, NZ824, IZ824, NZ825, IZ825
ZG-visueel3	IX883, X883, Y893, IY893, NZ830, IZ830, NZ831, IZ831, NZ832
ZG-visueel3	IZ832, NZ833, IZ833
ZG-visueel4	IX884, X884, Y894, IY894, NZ840, IZ840, NZ841, IZ841, NZ842
ZG-visueel4	IZ842, NZ843, IZ843
ZG-visueel5	IX885, X885, Y895, IY895, NZ850, IZ850, NZ851, IZ851, NZ852
ZG-visueel5	IZ852, NZ853, IZ853
GGZ-B1	NZ212, IZ212, NZ213, IZ213, Z883, Z893
GGZ-B2	NZ222, IZ222, NZ223, IZ223, Z884, Z894
GGZ-B3	NZ232, IZ232, NZ233, IZ233, Z885, Z895
GGZ-B4	NZ242, IZ242, NZ243, IZ243, Z886, Z896
GGZ-B5	NZ252, IZ252, NZ253, IZ253, Z887, Z897
GGZ-B6	NZ262, IZ262, NZ263, IZ263, Z888, Z898
GGZ-B7	NZ272, IZ272, NZ273, IZ273, Z889, Z899
alle	F125, H531, H533, H800, H802, H803, H811, H812, H813
alle	H814, NH814, H815, NH815, H816, NH816, H817, NH817, H818, NH818
alle	H819, NH819, H820, NH820, H821, NH821, H822, NH822, H831, H832
alle	H833, H834, NH834, H835, NH835, H836, NH836, H837, H838, H839
alle	H851, H852, H853, H854, NH854, H855, NH855, H856, NH856, H871
alle	H872, H873, H874, NH874, H875, NH875, H876, NH876, H891, H894
alle	H895, H896, H900, H901, H902, H908, H909, H910, H911, H912
alle	H918, H919, H920, H921, H922, H928, H929, H930, H931, H932
alle	NH940, H940, NH941, H941, NH942, H942, NH943, H943, NH950, H950
alle	NH951, H951, NH952, H952, NH960, H960, NH961, H961, NH962, H962
alle	NH970, H970, NH971, H971, NH972, H972, V880, V881, V882, V890
alle	V891, V892, V913, V914, V915, V918, V919, V921, V975, V976
alle	V977, V978, V979, V980, V981, NX916, Z001, Z002, Z003, Z004
alle	Z005, Z006, Z007, Z008, Z009, NZ1000, IZ1000, Z1000, NZ1001, IZ1001
alle	Z1001, NZ1002, IZ1002, Z1002, NZ1003, IZ1003, Z1003, NZ110, IZ110, NZ280
alle	IZ280, NZ490, IZ490, NZ491, IZ491, NZ560, IZ560, Z880, Z881, Z882
alle	Z890, Z891, Z892, Z911, Z912, Z913, Z914, Z915, NZ916, IZ916
alle	NZ917, IZ917, Z918, Z919, Z921, Z922, Z975, Z976, Z977, Z978
alle	Z979, Z980, Z981, Z982, NZ999, IZ999, Z999
geen	CCINS, CORRI, CRIVA, CRIVA-RENTANT, CZZPB, GGZ-INST, GGZ-INST16, GGZ-INST17, GGZ-INV
geen	GGZ-INV16, GGZ-INV17, GGZ-KAP-DEFNAC, GKIS15, GRZ-INST, GRZ-INST16, GRZ-INST17, GRZ-INV, GRZ-INV16, GRZ-INV17
geen	GRZ-KAP-DEFNAC, HERTKW, INST, INST16, INST17, INV, INV16, INV17, JWET-INST, JWET-INV
geen	JWET-KAP-DEFNAC, KAP-DEFNAC, KAP-VERNAC, NHCGRZ-ST6, PGLKW, PI-VLKW, PTC1KW, PTC2KW, PTC3KW, PVZKW
geen	R001, SFZ-INST, SFZ-INST16, SFZ-INST17, SFZ-INV, SFZ-INV16, SFZ-INV17, SFZ-KAP-DEFNAC, ST-INV, ST-KAP-VERNAC
ZZP 0	NZ995, IZ995, NZ997, IZ997, NZ998, IZ998
NA	H114, H328, HERZZP, HSTEUN, IEA2, IEA5, KEKG, KEKZM, KPOLA
NA	LBEBEL, LBEBIN, MBEBEL, MRSA-NAC, NBORT, NORG, NTDVAD, NZAINV, NZANHC, OPBOV
NA	PROD-CORR-ZK, PROD-OVER-LAND-R, ST-TOT100-NZA, ST-TOT100-ZA, NV993, IV993, V993, NV994, IV994, V994
NA	NV996, IV996, V996, VGVEP, VGVP, WRENT, NZ993, IZ993, NZ994, IZ994
NA	NZ996, IZ996, ZMZTK, ZMZTL, ZMZTO, NTFM, geen

Tabel 39. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep vv 1-3

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV1	V015, Z015
VV2	V025, Z025
VV3	V031, V033, Z031, Z033

Tabel 40. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep vv 4-10

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV4	V041, V043, Z041, Z043
VV5	V051, V053, Z051, Z053
VV6	V061, V063, Z061, Z063
VV7	V071, V073, Z071, Z073
VV8	V081, V083, V920, Z081, Z083, Z920
VV9b	V095, V097, V910, Z095, Z097, Z910
VV10	V101, V103, Z101, Z103

Tabel 41. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep lg 1,3

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
LG1	V614, V615, Z614, Z615
LG3	V630, V631, V632, V633, Z630, Z631, Z632, Z633

Tabel 42. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep lg 2,4-7

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
LG2	V624, V625, Z624, Z625
LG4	V640, V641, V642, V643, Z640, Z641, Z642, Z643
LG5	V650, V651, V652, V653, Z650, Z651, Z652, Z653
LG6	V660, V661, V662, V663, Z660, Z661, Z662, Z663
LG7	V670, V671, V672, V673, Z670, Z671, Z672, Z673

Tabel 43. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep lvg

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
LVG1	V513, Z513
LVG2	V523, Z523
LVG3	V533, Z533
LVG4	V543, Z543
LVG5	V553, Z553

Tabel 44. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep sglvg

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
SGLVG1	V573, Z573

Tabel 45. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep vg 1-2

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VG1	V414, V415, Z414, Z415
VG2	V424, V425, Z424, Z425

Tabel 46. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep vg 3-8

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VG3	V430, V431, V432, V433, Z430, Z431, Z432, Z433
VG4	V440, V441, V442, V443, Z440, Z441, Z442, Z443
VG5	V454, V455, V456, V457, Z454, Z455, Z456, Z457
VG6	V460, V461, V462, V463, Z460, Z461, Z462, Z463
VG7	V470, V471, V472, V473, Z470, Z471, Z472, Z473
VG8	V480, V481, V482, V483, Z480, Z481, Z482, Z483

Tabel 47. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep zg-auditief 1

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
ZG-auditief1	V710, V711, V712, V713, Z710, Z711, Z712, Z713

Tabel 48. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep zg-auditief 2-4

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
ZG-auditief2	V720, V721, V722, V723, Z720, Z721, Z722, Z723
ZG-auditief3	V730, V731, V732, V733, Z730, Z731, Z732, Z733
ZG-auditief4	V740, V741, V742, V743, Z740, Z741, Z742, Z743

Tabel 49. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep zg-visueel 1

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
ZG-visueel1	V814, V815, Z814, Z815

Tabel 50. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep zg-visueel 2-5

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
ZG-visueel2	V824, V825, Z824, Z825
ZG-visueel3	V830, V831, V832, V833, Z830, Z831, Z832, Z833
ZG-visueel4	V840, V841, V842, V843, Z840, Z841, Z842, Z843
ZG-visueel5	V850, V851, V852, V853, Z850, Z851, Z852, Z853

Tabel 51. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep ggz 1b-2b

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
GGZ-B1	Z212, Z213
GGZ-B2	Z222, Z223

Tabel 52. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep ggz 3b-7b

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
GGZ-B3	Z232, Z233
GGZ-B4	Z242, Z243
GGZ-B5	Z252, Z253
GGZ-B6	Z262, Z263
GGZ-B7	Z272, Z273

Tabel 53. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep Overig

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
VV1	IX181, X181, NZ015, IZ015
VV2	IX182, X182, NZ025, IZ025
VV3	IX183, X183, IX193, X193, NZ031, IZ031, NZ033, IZ033
VV4	WV041, WV043, WZ041, WZ043, IX184, X184, IX194, X194, NZ041
VV4	IZ041, NZ043, IZ043
VV5	WV051, WV053, WZ051, WZ053, IX185, X185, IX195, X195, NZ051
VV5	IZ051, NZ053, IZ053
VV6	WV061, WV063, WZ061, WZ063, IX186, X186, IX196, X196, NZ061
VV6	IZ061, NZ063, IZ063
VV7	WV071, WV073, WZ071, WZ073, IX187, X187, IX197, X197, NZ071
VV7	IZ071, NZ073, IZ073
VV8	WV081, WV083, WZ081, WZ083, IX188, X188, IX198, X198, NZ081
VV8	IZ081, NZ083, IZ083
VV9b	WV095, WV097, WZ095, WZ097, IX189, X189, IX199, X199, NZ095
VV9b	IZ095, NZ097, IZ097
VV10	WV101, WV103, WZ101, WZ103, IX190, X190, IX200, X200, NZ101
VV10	IZ101, NZ103, IZ103
LG1	IX681, X681, Y691, IY691, NZ614, IZ614, NZ615, IZ615
LG2	IX682, X682, Y692, IY692, NZ624, IZ624, NZ625, IZ625
LG3	IX683, X683, Y693, IY693, NZ630, IZ630, NZ631, IZ631, NZ632
LG3	IZ632, NZ633, IZ633
LG4	IX684, X684, Y694, IY694, NZ640, IZ640, NZ641, IZ641, NZ642
LG4	IZ642, NZ643, IZ643
LG5	IX685, X685, Y695, IY695, NZ650, IZ650, NZ651, IZ651, NZ652
LG5	IZ652, NZ653, IZ653
LG6	IX686, X686, Y696, IY696, NZ660, IZ660, NZ661, IZ661, NZ662
LG6	IZ662, NZ663, IZ663
LG7	IX687, X687, Y697, IY697, NZ670, IZ670, NZ671, IZ671, NZ672
LG7	IZ672, NZ673, IZ673
LVG1	NZ513, IZ513
LVG2	NZ523, IZ523
LVG3	NZ533, IZ533
LVG4	NZ543, IZ543
LVG5	NZ553, IZ553
SGLVG1	NZ573, IZ573
VG1	IX481, X481, Y491, IY491, NZ414, IZ414, NZ415, IZ415
VG2	IX482, X482, Y492, IY492, NZ424, IZ424, NZ425, IZ425
VG3	IX483, X483, Y493, IY493, NZ430, IZ430, NZ431, IZ431, NZ432
VG3	IZ432, NZ433, IZ433
VG4	IX484, X484, Y494, IY494, NZ440, IZ440, NZ441, IZ441, NZ442
VG4	IZ442, NZ443, IZ443
VG5	IX485, X485, Y495, IY495, NZ454, IZ454, NZ455, IZ455, NZ456
VG5	IZ456, NZ457, IZ457
VG6	IX486, X486, Y496, IY496, NZ460, IZ460, NZ461, IZ461, NZ462
VG6	IZ462, NZ463, IZ463
VG7	IX487, X487, Y497, IY497, NZ470, IZ470, NZ471, IZ471, NZ472
VG7	IZ472, NZ473, IZ473
VG8	IX488, X488, Y498, IY498, NZ480, IZ480, NZ481, IZ481, NZ482
VG8	IZ482, NZ483, IZ483
ZG-auditief1	IX781, X781, Y791, IY791, NZ710, IZ710, NZ711, IZ711, NZ712
ZG-auditief1	IZ712, NZ713, IZ713
ZG-auditief2	IX782, X782, Y792, IY792, NZ720, IZ720, NZ721, IZ721, NZ722
ZG-auditief2	IZ722, NZ723, IZ723
ZG-auditief3	IX783, X783, Y793, IY793, NZ730, IZ730, NZ731, IZ731, NZ732
ZG-auditief3	IZ732, NZ733, IZ733
ZG-auditief4	IX784, X784, Y794, IY794, NZ740, IZ740, NZ741, IZ741, NZ742
ZG-auditief4	IZ742, NZ743, IZ743
ZG-visueel1	IX881, X881, Y891, IY891, NZ814, IZ814, NZ815, IZ815
ZG-visueel2	IX882, X882, Y892, IY892, NZ824, IZ824, NZ825, IZ825
ZG-visueel3	IX883, X883, Y893, IY893, NZ830, IZ830, NZ831, IZ831, NZ832
ZG-visueel3	IZ832, NZ833, IZ833
ZG-visueel4	IX884, X884, Y894, IY894, NZ840, IZ840, NZ841, IZ841, NZ842
ZG-visueel4	IZ842, NZ843, IZ843
ZG-visueel5	IX885, X885, Y895, IY895, NZ850, IZ850, NZ851, IZ851, NZ852
ZG-visueel5	IZ852, NZ853, IZ853
GGZ-B1	NZ212, IZ212, NZ213, IZ213, Z883, Z893
GGZ-B2	NZ222, IZ222, NZ223, IZ223, Z884, Z894
GGZ-B3	NZ232, IZ232, NZ233, IZ233, Z885, Z895
GGZ-B4	NZ242, IZ242, NZ243, IZ243, Z886, Z896
GGZ-B5	NZ252, IZ252, NZ253, IZ253, Z887, Z897
GGZ-B6	NZ262, IZ262, NZ263, IZ263, Z888, Z898
GGZ-B7	NZ272, IZ272, NZ273, IZ273, Z889, Z899
alle	F125, H104, H106, H107, H117, H120, H126, H127, H128
alle	H132, H136, H137, H150, H152, H153, H180, H300, H301, H302
alle	H303, H304, H305, H321, H325, H326, H327, H329, H330, H331
alle	H332, H333, H334, H335, H336, H337, H531, H533, H800, H802
alle	H803, H811, H812, H813, H814, NH814, H815, NH815, H816, NH816
alle	H817, NH817, H818, NH818, H819, NH819, H820, NH820, H821, NH821
alle	H822, NH822, H831, H832, H833, H834, NH834, H835, NH835, H836
alle	NH836, H837, H838, H839, H851, H852, H853, H854, NH854, H855
alle	NH855, H856, NH856, H871, H872, H873, H874, NH874, H875, NH875
alle	H876, NH876, H891, H894, H895, H896, H900, H901, H902, H908
alle	H909, H910, H911, H912, H918, H919, H920, H921, H922, H928

Tabel 54. Aantal Wlz-prestaties per zorgprofiel voor prestatiegroep Overig (vervolg)

Zorgprofiel	WLZ-prestaties
alle	H929, H930, H931, H932, NH940, H940, NH941, H941, NH942, H942
alle	NH943, H943, NH950, H950, NH951, H951, NH952, H952, NH960, H960
alle	NH961, H961, NH962, H962, NH970, H970, NH971, H971, NH972, H972
alle	H974, H975, H976, V880, V881, V882, V890, V891, V892, V901
alle	V903, V904, V905, V913, V914, V915, V918, V919, V921, V975
alle	V976, V977, V978, V979, V980, V981, NX916, Z001, Z002, Z003
alle	Z004, Z005, Z006, Z007, Z008, Z009, NZ1000, IZ1000, Z1000, NZ1001
alle	IZ1001, Z1001, NZ1002, IZ1002, Z1002, NZ1003, IZ1003, Z1003, NZ110, IZ110
alle	Z110, NZ280, IZ280, Z280, NZ490, IZ490, Z490, NZ491, IZ491, Z491
alle	NZ560, IZ560, Z560, Z880, Z881, Z882, Z890, Z891, Z892, Z901
alle	Z902, Z903, Z904, Z905, Z911, Z912, Z913, Z914, Z915, NZ916
alle	IZ916, Z916, NZ917, IZ917, Z917, Z918, Z919, Z921, Z922, Z975
alle	Z976, Z977, Z978, Z979, Z980, Z981, Z982, Z995, NZ999, IZ999
alle	Z999
geen	CCINS, CORRI, CRIVA, CRIVA-RENTANT, CZPPBB, GGZ-INST, GGZ-INST16, GGZ-INST17, GGZ-INV
geen	GGZ-INV16, GGZ-INV17, GGZ-KAP-DEFNAC, GKIS15, GRZ-INST, GRZ-INST16, GRZ-INST17, GRZ-INV, GRZ-INV16, GRZ-INV17
geen	GRZ-KAP-DEFNAC, HERTKW, INST, INST16, INST17, INV, INV16, INV17, JWET-INST, JWET-INV
geen	JWET-KAP-DEFNAC, KAP-DEFNAC, KAP-VERNAC, NHCGRZ-ST6, PGLKW, PI-VLKW, PTC1KW, PTC2KW, PTC3KW, PVZKW
geen	R001, SFZ-INST, SFZ-INST16, SFZ-INST17, SFZ-INV, SFZ-INV16, SFZ-INV17, SFZ-KAP-DEFNAC, ST-INV, ST-KAP-VERNAC
ZZP 0	NZ995, IZ995, Z996, NZ997, IZ997, Z997, NZ998, IZ998, Z998
NA	H114, H328, HERZZP, HSTEUN, IEA2, IEA5, KEKG, KEKZM, KPOLA
NA	LBEBEL, LBEBIN, MBEBEL, MRSA-NAC, NBORT, NORG, NTDVAD, NZAINV, NZANHC, OPBOV
NA	PROD-CORR-ZK, PROD-OVER-LAND-R, ST-TOT100-NZA, ST-TOT100-ZA, NV993, IV993, V993, NV994, IV994, V994
NA	NV996, IV996, V996, VGVPE, VGVMP, WRENT, NZ993, IZ993, Z993, NZ994
NA	IZ994, Z994, NZ996, IZ996, ZMZTK, ZMZTL, ZMZTO, NTFM, geen