

Bijlage bij beleidsregel budgettair kader Wlz 2024

Technische bijlage verdeelmodel Wlz

Verdeling budgettair kader Wlz

Versie 2, oktober 2022

Inhoud

1. Technische aspecten van het verdeelmodel	4
1.1 Inputs	4
1.2 Model	8
1.3 Resultaten	10
2. Validatie	13
2.1 Inputs	13
2.2 Model	15
2.3 Resultaten	15

1. Technische aspecten van het verdeelmodel

Het verdeelmodel bestaat uit drie onderdelen:

1. **Inputs**, het creëren van een totaaldataset waarop de verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio worden berekend;
2. **Model**, het berekenen van de verwachte uitgaven per zorgkantoorregio;
3. **Resultaten**, het berekenen van de contracteerruimte en pgb kader per zorgkantoorregio.

Deze onderdelen van het verdeelmodel en onderliggende stappen worden in dit hoofdstuk verder toegelicht. Hoofdstuk 2 beschrijft de validatie van de (tussen-)uitkomsten van het model. Hoofdstuk 3 beschrijft de planning voor specifieke onderdelen.

1.1 Inputs

Het doel van het onderdeel inputs is het creëren van een totaaldataset waarop de berekeningen die noodzakelijk zijn voor het verdeelmodel plaatsvinden. Dit onderdeel bestaat uit vier stappen:

1. Inladen bronbestanden
2. Schonen van bronbestanden
3. Koppelen van bronbestanden tot een indicatiebestand
4. Koppelen van declaraties zin en toekenningen pgb aan het indicatiebestand

1) Inladen bronbestanden

Voor het maken van de totaaldataset worden vijf externe bronbestanden gebruikt (indicaties, verantwoordelijk zorgkantoor, Wlz regiotabel, ZiN en pgb). De bronbestanden indicaties, verantwoordelijk zorgkantoor, ZiN en pgb zijn voorzien van op identieke wijze gepseudonimiseerde bsn's. Deze bronbestanden worden gekoppeld door middel van een koppeltabel waarmee de gepseudonimiseerde bsn's aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Het bronbestand Wlz regio tabel wordt gekoppeld aan het bronbestand verantwoordelijk zorgkantoor middels de viercijferige postcode. Hiermee ontstaat een nieuw bronbestand Wlz regio tabel – verantwoordelijk zorgkantoor.

Indicaties¹

- Bron: CIZ
- Datum levering: ultimo april t-1
- Periode: januari t-2 tot en met 1 april t-1
- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - zorgzwaartepakketcode² (zorgprofiel);
 - geldigheidsperiode indicatie;
 - datum afgifte indicatiebesluit;
 - actueel zorgkantoor op peildatum.

¹ De indicaties worden gebruikt om indicaties te koppelen aan declaraties en voor de indicaties op de vier peilmomenten (zie blz. 8).

² De zorgzwaartepakketcode geeft aan welk zorgprofiel geïndiceerd is.

Verantwoordelijk-zorgkantoor

- Bron: Vektis verzekerdenset
- Datum levering: Ultimo mei t-1
- Periode: januari t-2 tot en met april t-1
- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - begindatum;
 - einddatum;
 - postcode (4 cijfers)³.

Wlz regio tabel

- Bron: Zinl
- Datum levering: ultimo mei t-1
- Periode: januari t-2 tot en met april t-1
- Velden:
 - postcode (4 cijfers);
 - datum;
 - zorgkantoorcode;
 - zorgkantoor;
 - concessiehouder.

Zorg-in-Natura (ZiN)

- Bron: Vektis
- Datum levering⁴: medio augustus t-1
- Periode: januari t-2 tot en met december t-2
- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - uitvoerend zorgkantoor;
 - begindatum periode;
 - einddatum periode;
 - aantal declaraties;
 - EUR declaraties;
 - prestatiecode.

Persoonsgebonden budget (pgb)

- Bron: Vektis
- Datum levering⁴: medio augustus t-1
- Periode: januari t-2 tot en met december t-2
- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - uitvoerend zorgkantoor;
 - begindatum periode;
 - einddatum periode;
 - EUR toegekend pgb.

2) Schonen van bronbestanden

In deze stap worden alle bronbestanden op systematische wijze geschoond

Schonen indicaties

Het indicatiebestand wordt geschoond voor regels met:

- Geen Wlz zorgzwaartepakketcode
- Ongeldige (gepseudonimiseerd) bsn
- Missende start- en of einddatum van indicatie
- Dubbele zorgzwaartepakketcode:

³ De postcode (vier cijfers) geeft aan waar de cliënt op basis van Vektis IW801 woonachtig is. Met deze postcode worden de cliënten toegewezen aan de verschillende zorgkantoorregio's volgens de Wlz regio tabel.

⁴ Levering van zorgkantoren aan Vektis.

Hierbij geldt de volgende beslisregel: als voor één gepseudonimiseerd bsn in dezelfde periode twee zorgzwaartepakketcodes staan, wordt in onderstaande volgorde één zorgzwaartepakketcode toegekend:

- 1) Bij identieke indicaties in een periode (gelijke gepseudonimiseerde bsn, afgifte datum en zorgzwaartepakketcode), wordt deze indicatie slechts éénmaal toegekend.
- 2) Bij indicaties waarbij in een periode een gepseudonimiseerde bsn verschillende zorgzwaartepakketcodes met verschillende afgifte indicatiebesluiten heeft, wordt de zorgzwaartepakketcode met de meest recente datum afgifte indicatiebesluit toegekend.
- 3) Bij indicaties waarbij in een periode een gepseudonimiseerde bsn verschillende zorgzwaartepakketcodes met gelijke afgifte indicatiebesluiten heeft, wordt de zorgzwaartepakketcode toegekend waarvan de bijbehorende zzp-prestatie de hoogste beleidsregelwaarde (BRW) heeft.

Schonen Wlz regio tabel - verantwoordelijk-zorgkantoor

Het verantwoordelijk-zorgkantoorbestand wordt geschoond voor regels met:

- Missende postcode
- Postcode niet in regiotabel
- Ongeldige gepseudonimiseerde bsn
- Missende datum

Indien één zorgkantoorregio meerdere UZOVI-codes heeft, worden de UZOVI-codes van dit zorgkantoor in het model omgezet zodat er slechts één UZOVI-code per zorgkantoor is.

Schonen ZiN

Het ZiN-bestand wordt geschoond voor regels met:

- Prestaties buiten Wlz -kader (S-, I- en M-codes)
- Ongeldige gepseudonimiseerde bsn⁵
- Missende datum
- Ontbrekend zorgkantoor

Na bovenstaande schoningsstappen worden de prestaties en declaraties gesaldeerd op prestatieniveau en evenredig verdeeld over de periode die hoort bij de declaratie.

Voor mpt prestaties wordt de periode van de eerdere declaratie dusdanig aangepast dat deze aansluit op de startdatum van de tweede opvolgende declaratie wanneer de periode tussen 2 opeenvolgende MPT declaraties van een cliënt kleiner is dan 7 dagen.

Schonen pgb

Het pgb-bestand wordt geschoond voor regels met:

- Ongeldige gepseudonimiseerde bsn
- Missende datum
- Ontbrekend zorgkantoor
- Dubbele pgb-toekenningen:

Hierbij geldt de volgende beslisregel: als een gepseudonimiseerde bsn in één periode meerdere toekenningen heeft, dan wordt de toekenning toegekend aan het zorgkantoor waar de cliënt op dat moment woonde (o.b.v. verantwoordelijk zorgkantoor bestand in combinatie met Wlz regio tabel).

⁵ Een ongeldige gepseudonimiseerde bsn is een gepseudonimiseerde bsn die niet voldoet aan de eigenschappen van een geldige gepseudonimiseerde bsn en bijvoorbeeld uit minder tekens bestaat

Na bovenstaande schoningsstappen wordt pgb gesaldeerd en het toegekende bedrag evenredig verdeeld over de periode die hoort bij de toekenning.

3) *Koppelen van bronbestanden tot een indicatiebestand*

Creëren van een indicatiebestand door het koppelen van het indicatiebestand, verantwoordelijk-zorgkantoor-bestand en Wlz regio tabel. Deze koppeling vindt plaats op basis van periode, gepseudonimiseerd bsn en postcode (4 cijfers). Dit leidt tot een bestand met de velden:

- gepseudonimiseerd bsn
- geldigheidsperiode indicatie
- afgiftedatum
- zorgzwaartepakketcode
- verantwoordelijk zorgkantoor indeling t-1
- verantwoordelijk zorgkantoor indeling t-2

Het bepalen van het verantwoordelijk zorgkantoor vindt in principe plaats o.b.v. het verantwoordelijk-zorgkantoor-bestand en de Wlz regio tabel. Als gepseudonimiseerde bsn en periode niet voorkomen in dit bestand, dan vindt deze plaats o.b.v. CIZ actueel zorgkantoor. Indien ook het CIZ bestand geen verantwoordelijk zorgkantoor bevat, valt de regel uit. Na deze stap worden nog missende indicaties toegevoegd. Zie hiervoor de paragraaf "4) *Koppelen van declaraties zin en toekenningen pgb aan indicatiebestand - Toekennen indicaties o.b.v. overgangsregeling of overgangsrecht*".

4) *Koppelen van declaraties zin en toekenningen pgb aan indicatiebestand*

De totaaldataset ontstaat door de dataset met indicaties te koppelen aan de dataset met declaraties ZiN en toekenningen pgb o.b.v. gepseudonimiseerd bsn en periode. Dit leidt tot een bestand met de velden:

- gepseudonimiseerd bsn
- periode
- zorgzwaartepakketcode
- verantwoordelijk zorgkantoor t-1
- verantwoordelijk zorgkantoor t-2
- uitvoerend zorgkantoor
- prestatiecode
- aantal declaraties
- EUR declaraties
- EUR toegekend pgb

Bij deze koppeling vinden twee extra stappen plaats:

- 1) Prestaties waarbij op de combinatie van periode en gepseudonimiseerde bsn geen indicatie hoort, vallen uit.
- 2) Als de zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) van een cliënt wijzigt gedurende een prestatie, wordt de declaratie en/of toegekend pgb naar rato toegekend aan de zorgzwaartepakketcodes (zorgprofielen).

Toekennen indicaties o.b.v. overgangsregeling of overgangsrecht

Indicaties o.b.v. overgangsregeling of overgangsrecht zitten niet correct in de CIZ dataset en worden daarom met de volgende beslisregel toegevoegd: indien een gepseudonimiseerd bsn geen indicatie heeft volgens de CIZ dataset, maar bij deze gepseudonimiseerde bsn tenminste 1x declaratie van zzp of vpt voorkomt in januari jaar t-2 én op het moment van deze indicatie voorkomt in de dataset Vektis verantwoordelijk-zorgkantoor (en dus in Vektis IW801), wordt er een indicatie toegevoegd. Dit betreft eenzelfde zorgzwaartepakketcode voor de gehele periode waarin de gepseudonimiseerde bsn voorkomt in Vektis

verantwoordelijk-zorgkantoor. Dit is de zorgzwaartepakketcode die hoort bij de zwaarste zzp of vpt die bij deze cliënt gedeclareerd is. Bij toegekend pgb wordt uitgegaan van de zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) die hoort bij het toegekende pgb.

1.2 Model

De basis voor de contracteerruimte en pgb-kader per zorgkantoorregio zijn de verwachte uitgaven per zorgkantoorregio. Verwachte uitgaven per regio worden bepaald o.b.v.:

- 1) Aantal indicaties op peilmomenten;
- 2) Verzilveringspercentage;
- 3) Landelijk basisbedrag en
- 4) Regionaal aanvullende bedrag

Volgens de formule:

verwachte zorguitgaven_{regio} =

$$\sum_{zpcode} \left(\begin{array}{c} 365^6 \\ x \\ \text{aantal indicaties}_{zpcode, regio} \\ x \\ \text{verzilveringspercentage}_{zpcode, regio} \\ x \\ (\text{landelijk basisbedrag} + \text{regionaal aanvullend bedrag})_{zpcode, regio} \end{array} \right)$$

1) Aantal indicaties op peilmomenten

Het aantal indicaties per zorgkantoorregio wordt bepaald door het gemiddelde te nemen van vier peilmomenten. Hiermee worden eventuele toevals- en seizoenseffecten gereduceerd. Hiervoor worden de volgende peilmomenten gebruikt:

- 1 juli $t-2$;
- 1 oktober $t-2$;
- 1 januari $t-1$;
- 1 april $t-1$.

2) Verzilveringspercentage

Per zorgkantoorregio en per zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) wordt het verzilveringspercentage berekend o.b.v.:

verzilveringspercentage_{zpcode, regio} =

$$\frac{\text{aantal dagen verzilverd}}{\text{totaal aantal dagen zorgzwaartepakketcode}}$$

Hierbij is het aantal dagen verzilverd het aantal dagen waarop het totaalbedrag (pgb en/of ZiN) groter is dan EUR 0.

Een verzilverde dag mpt is een dag waarop een mpt prestatie is geleverd. De dagen in de periode die ligt tussen twee verzilverde dagen mpt tellen ook mee als verzilverde dagen. De dagen in de periode alleen mee als de periode tussen de twee mpt prestaties niet meer dagen 7 dagen is.

⁶ Bij een schrikkeljaar wordt uitgegaan van 366 dagen.

Let op: een dag kan enkel eenmaal meegerekend worden als verzilverd. Oftewel, een dag waarop zin en/of pgb en/of mpt is verzilverd telt als één verzilverde dag.

3) Landelijk basisbedrag per zorgzwaartepakketcode per verzilverde dag
Het basisbedrag per zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) bevat de landelijke uitgaven per dag voor zzp (zonder intramurale behandeling en dagbesteding), vpt (zonder intramurale behandeling en dagbesteding), mpt en pgb:

landelijk basisbedrag =

$$\frac{\text{dagen}_{\text{zzp}} \times \text{basisBRW}_{\text{zzp}} + \text{dagen}_{\text{vpt}} \times \text{basisBRW}_{\text{vpt}} + \text{bedrag mpt} + \text{bedrag toegekend pgb}}{\text{aantal dagen verzilverd}}$$

Hierbij geldt:

- De bedragen voor mpt en toegekend pgb in jaar $t-2$ worden geïndexeerd naar jaar t^7 .
- basisBRW's worden bepaald o.b.v. de prestatietabel jaar t , waarbij:
- De basisBRW is de laagste BRW voor een zzp/vpt die behoort bij een bepaalde zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel). Als de BRW exclusief behandeling en dagbesteding hoger is dan de BRW inclusief behandeling en/of dagbesteding, dan is de lagere BRW voor deze zzp/vpt de basisBRW.
- Als een zzp/vpt ook behandeling en/of dagbesteding bevat, dan behoort het verschil tussen de basisBRW en de BRW met behandeling en/of dagbesteding tot de regionaal aanvullende kostendrijvers. Indien een zzp/vpt zowel behandeling als dagbesteding bevat wordt het aanvullende bedrag naar rato van de uitgaven voor losse behandeling en dagbesteding verdeeld over behandeling en dagbesteding.
- Als de tijdseenheid behorende bij de BRW zoals deze gepubliceerd is in de beleidsregelwaardenlijst van de NZa afwijkt van de tijdseenheid waarop gedeclareerd wordt, dan corrigeert het model hiervoor.
- Een aanvullende beslisregel geldt voor de prestatie klinisch intensieve behandeling (KIB). Omdat deze toeslag los (zonder zzp, vpt, mpt of pgb) gedeclareerd wordt, wordt deze toeslag in het model gesplitst in een basisbedrag (gelijk aan de basis BRW van zzp GGZ7 B) en een aanvullend bedrag (delta tussen BRW KIB en BRW zzp GGZ7 B).

Daarnaast gelden de volgende uitgangspunten voor prestaties die veranderen tussen jaar $t-2$ en jaar t :

- Als de prestatie uit jaar $t-2$ geen deel uitmaakt macrokader in jaar t , dan maakt deze prestatie geen deel uit van het verdeelmodel voor jaar t
- Als de prestatie uit jaar $t-2$ in jaar t is geïntegreerd in een andere prestatie dan maakt deze prestatie geen deel uit van het verdeelmodel voor jaar t
- Als de prestatie uit jaar $t-2$ in jaar t is vervangen door één nieuwe prestatie, dan gebruikt het verdeelmodel de BRW van deze nieuwe prestatie in jaar t

⁷ Toegekend bedrag pgb en kosten mpt worden geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%. Het gaat hierbij om de definitieve zorg indexatiecijfers die gebaseerd zijn op berekeningen van het Centraal Planbureau.

- Als de prestatie uit jaar $t-2$ in jaar t is vervangen door meerdere nieuwe prestaties, dan gebruikt het verdeelmodel de geïndexeerde BRW uit jaar $t-2$
- Als de prestatie in jaar t nieuw in het macrokader is ten opzichte van jaar $t-2$, dan wordt voorafgaand aan jaar t de omvang van de specifieke contracteerruimte die samenhangt met de nieuwe prestatie ingeschat. De specifieke contracteerruimte wordt zo goed mogelijk ex ante verdeeld. De wijze waarop de specifieke contracteerruimte verdeeld wordt, is maatwerk en verschilt per type nieuwe prestatie. De verdeling van de specifieke contracteerruimte dient proportioneel te zijn. Specifieke verdeling van de specifieke contracteerruimte voor de nieuwe prestatie is niet proportioneel als:
 - de specifieke contracteerruimte minder is dan 0,1% van de totale omvang van het budgettair kader **en**
 - de specifieke contracteerruimte betrekking heeft op meer dan 50% van de zorgkantorregio's **en**
 - de verwachte impact op het niveau van een individuele zorgkantorhouder minder is dan 0,2% van de totale contracteerruimte van de desbetreffende zorgkantorhouder

Als een specifieke verdeling voor een nieuwe prestatie niet proportioneel is, vindt er geen specifieke verdeling van de nieuwe prestatie plaats. De specifieke contracteerruimte wordt samen met de overige contracteerruimte verdeeld via het reguliere verdeelmodel.

4) Regionaal aanvullend bedrag per zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) per verzilverde dag

Het regionaal aanvullend bedrag bestaat uit intramurale behandeling, dagbesteding, meerzorg, toeslagen en nbf:

regionaal aanvullend bedrag per verzilverde dag=

$$\frac{\text{aantal}_{\text{behandeling}} \times \text{BRW}_{\text{behandeling}} + \text{aantal}_{\text{dagbesteding}} \times \text{BRW}_{\text{dagbesteding}} + \text{aantal}_{\text{toeslagen}} \times \text{BRW}_{\text{toeslagen}} + \text{aantal}_{\text{nbf}} \times \text{BRW}_{\text{nbf}} + \text{bedrag meerzorg}}{\text{aantal dagen verzilverd}}$$

Hierbij geldt:

- Het bedrag voor meerzorg in jaar $t-2$ wordt geïndexeerd naar jaar t^8 .
- Voor de BRW's en prestaties van de regionaal aanvullende kostendrijvers gelden dezelfde regels als hierboven beschreven staan voor het landelijke basisbedrag.
- Als een zzp/vpt ook een nbf-component bevat, dan behoort het verschil tussen de BRW van de zzp/vpt excl. nbf en de BRW van de zzp/vpt incl. nbf tot de regionaal aanvullende kostendrijvers, de BRW_{nbf}

1.3 Resultaten

Aan de hand van de verwachte zorguitgaven per regio bepaalt het verdeelmodel de contracteerruimte en pgb kader per zorgkantorregio. Dit gebeurt in zeven stappen:

⁸ Toegekend bedrag pgb en uitgaven mpt worden geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%.

1. Corrigeren voor bovenregionaliteit;
2. Schalen van verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio naar netto macrokader jaar t ;
3. Corrigeren voor structurele overhevelingen jaar $t-1$;
4. Toepassen flankerend beleid;
5. Verdeling onderliggende zorgkantoorregio's;
6. Van netto macrokader naar contracteerruimte zin en pgb;
7. Specifieke mutaties jaar t en $t-1$.

1. *Corrigeren voor bovenregionaliteit*

De geschaalde verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio worden gecorrigeerd voor bovenregionaliteit. Hierbij houdt het verdeelmodel rekening met structurele overhevelingen in jaar $t-1$ die zorgen voor een verschil in bovenregionaliteit tussen jaar $t-2$ en jaar t . De correctie voor bovenregionaliteit wordt opgeteld bij de geschaalde verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio.

De correctie op bovenregionaliteit vindt plaats op basis van declaraties jaar $t-2$. Per zorgkantoorregio sommeert het model de declaraties en pgb-toekenningen waarvoor een zorgkantoorregio

- a) wel uitvoerend, maar niet verantwoordelijk is, en
- b) niet uitvoerend, maar wel verantwoordelijk is.

Het bovenregionale saldo per zorgkantoorhouder is gelijk aan bedrag a minus bedrag b . Dit bovenregionale saldo per regio wordt geïndexeerd naar jaar t^9 . Vervolgens wordt dit bovenregionale saldo gecorrigeerd voor structurele overhevelingen tussen regio's die plaatsvinden in jaar $t-1$ en daardoor zorgen voor een verschil tussen bovenregionaliteit in jaar $t-2$ en jaar t . Ook deze overhevelingen worden geïndexeerd naar jaar t^{10} .

2. *Schalen van verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio naar netto macrokader jaar t*

De verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio worden geschaald naar de omvang van het netto macrokader¹¹ (contracteerruimte en pgb-kader) jaar t dat verdeeld wordt via het verdeelmodel¹². De factor waarmee de verwachte zorguitgaven worden geschaald, is gelijk voor alle zorgkantoorregio's.

Het netto macrokader is exclusief de specifieke mutaties o.b.v. factoren die niet in het verdeelmodel zitten. Deze specifieke mutaties worden toegekend ná flankerend beleid.

3. *Corrigeren voor structurele overhevelingen jaar $t-1$*

Structurele overhevelingen die plaatsvinden in jaar $t-1$ worden na toepassen van het verdeelmodel in de regiobedragen verwerkt.

4. *Toepassen flankerend beleid*

Eén van de uitgangpunten van het verdeelmodel is dat de continuïteit van zorg gegarandeerd moet zijn en er geen ongewenste kapitaalvernietiging plaats mag vinden. Daarom is afgesproken dat het maximale negatieve effect van het verdeelmodel tussen jaar t en jaar $t-1$ niet meer dan 0,5% per zorgkantoorhouder mag zijn.

⁹ Bovenregionaal saldo wordt geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%.

¹⁰ Structurele overhevelingen jaar $t-1$ worden geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%.

¹¹ financieel beschikbare kader, waarbij gecorrigeerd is voor de bruterings-effecten. De middelen die beschikbaar zijn voor pgb zijn vermenigvuldigd met 86%.

¹² Dit is het kader jaar t minus specifieke mutatieposten die op andere wijze verdeeld worden. Dit betreffen posten die niet landen in tarieven of samenhangen met het aantal indicaties. Dit zijn bijvoorbeeld posten die aan specifieke regio's worden toegekend.

Allereerst stelt het model vast of het toepassen van flankerend beleid noodzakelijk is. *Hiertoe wordt per zorgkantorhouder het procentuele aandeel in het netto macro kader dat in jaar t verdeeld wordt via het verdeelmodel vergeleken met het procentuele aandeel in het netto macrokader van jaar t-1 inclusief structurele overhevelingen¹³ jaar t-1.* Als op peilmoment 15 september t-1 het aandeel van een zorgkantorhouder in jaar t lager is dan -0,5% in jaar t-1 is er noodzaak voor het toepassen van flankerend beleid.

Als flankerend beleid noodzakelijk is, compenseert het model zorgkantorhouders met een negatief effect lager dan -0,5% door evenredig budget te minderen bij zorgkantorhouders met groeiend budget. De bijdrage in de compensatie is naar rato van het verschil tussen netto kader t-1 en netto kader t van zorgkantorhouders met groeiend budget.

Opmerking voor verdeelmodel 2023

Voor het verdeelmodel 2023 wordt het peilmoment 15 juni 2022 aangehouden bij de bepaling van de eventuele toepassing van flankerend beleid.

Dit heeft te maken met het feit dat er geen kaderstand is gepubliceerd op 15 september 2022 omdat er geen wijziging zijn geweest sinds juni 2022.

5. Verdeling onderliggende zorgkantorregio's

De berekende procentuele mutatie per zorgkantorhouder die volgt uit het verdeelmodel en/of flankerend beleid wordt toegepast op de onderliggende zorgkantorregio's van de desbetreffende zorgkantorhouder.

6. Van netto macrokader naar contracteerruimte zin en pgb¹⁴

Het netto macrokader wordt omgezet naar contracteerruimte zin en pgb. De uitkomst van de stappen 1 tot en met 6 is een netto kader per regio. Om aan te sluiten bij de kaderbrief wordt dit kader door de NZa dusdanig verdeeld over de contracteerruimte voor zin en het pgb kader. Eerst wordt het macro pgb kader verdeeld over de regio's. Hiervoor wordt, per regio, het regionale pgb kader gedeeld door het macro pgb kader, om de procentuele verdeling te bepalen. Het betreft hier het regionale pgb kader en het macro pgb kader van jaar t-1 op peilmoment 15 september t-1. Deze verdeling wordt vermenigvuldigd met het bruto pgb kader van jaar t. Vervolgens wordt de contracteerruimte voor zin bepaald door het netto kader te verminderen met 0,86 maal het toegekende pgb kader. Op totaalniveau sluit de verdeling zin en pgb aan bij het macrokader volgens de kaderbrief van VWS.

Opmerking voor verdeelmodel 2023

Voor het verdeelmodel 2023 wordt het peilmoment 15 juni 2022 aangehouden bij de verdeling van het netto macrokader naar contracteerruimte zin en pgb.

Dit heeft te maken met het feit dat er geen kaderstand is gepubliceerd op 15 september 2022 omdat er geen wijziging zijn geweest sinds juni 2022.

¹³ Het onderscheid tussen structurele en incidentele overhevelingen is derhalve alleen relevant voor de toepassing van het flankerend beleid.

¹⁴ Zie artikel 6 'Toedeling budgettair kader naar zin en pgb' van de beleidsregel budgettair kader.

7. *Specifieke mutaties jaar t en jaar t-1*

Eventuele specifieke mutaties die plaatsvinden in jaar t of hebben plaatsgevonden in jaar t-1 worden na toepassen van het verdeelmodel of flankerend beleid in de contracteerruimte verwerkt. In paragraaf 1.2 Model, sectie *Landelijk basisbedrag per zorgwaartepakketcode per verzilverde dag* staat beschreven hoe er omgegaan wordt met nieuwe prestaties in jaar t voor de verdeling in jaar t en jaar t+1.

2. Validatie

Bij het toepassen van het verdeelmodel voor het bepalen van de contracteerruimte per zorgkantoorregio stelt de NZa zorgkantoorhouders in de gelegenheid de validiteit en plausibiliteit van de data en de (tussen)uitkomsten te controleren, binnen de termijnen van de planning zoals opgenomen in hoofdstuk 3.

2.1 Inputs

Bij het valideren van de inputs maakt de NZa gebruik van de drempelwaarden die de NZa na overleg met de zorgkantoorhouders heeft vastgesteld. Als de uitval of afwijking onder de vastgestelde drempelwaarde is, wordt deze beschouwd als valide. Als de uitval of afwijking hoger is dan de gestelde drempelwaarde, leidt dit tot een verdiepende analyse. De NZa overlegt met de zorgkantoorhouders op basis van de uitkomsten van deze verdiepende analyse of de tussenuitkomst voldoende valide is.

Schonen van bronbestanden

Onderstaande tabellen bevatten de drempelwaarden op totaalniveau.

Schonen CIZ indicatiebestand

Schoningsstap	Drempelwaarde
Geen Wlz zorgzwaartepakket-code	5,0%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%
Missende start- en of einddatum van indicatie	0,1%
Meerdere indicaties geschoond o.b.v. datum afgifte besluit	0,1%
Meerdere indicatie geschoond o.b.v. indicatie-zwaarte	0,5%
Ontdubbelde indicaties met exact dezelfde indicatiedatum	0,1%

Tabel 1. Drempelwaarden bij schonen CIZ indicatiebestand

Schonen Wlz regio tabel - Vektis verantwoordelijk-zorgkantoor-bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde
Missende postcode	0,5%
Postcode niet in regiotabel	0,1%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%
Missende datum	0,1%

Tabel 2. Drempelwaarden bij schonen Vektis verantwoordelijk-zorgkantoor-bestand

Schonen Vektis Zorg-in-Natura (ZiN) bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde
Prestaties buiten Wlz-kader	0,5%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%
Missende datum	0,1%
Ontbrekend zorgkantoor	0,1%

Tabel 3. Drempelwaarden bij schonen Vektis ZiN bestand

Schonen Vektis persoonsgebonden budget (pgb) bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%
Missende datum	0,1%

Ontbrekend zorgkantoor	0,1%
Dubbele pgb-toekenningen	0,1%

Tabel 4. Drempelwaarden bij schonen Vektis pgb bestand

Koppelen van bronbestanden tot een indicatiebestand

Schoningsstap	Drempelwaarde
Geen verantwoordelijk zorgkantoor bekend	0,1%
Extra dagen i.v.m. ontbrekende indicaties	0,2%

Tabel 5. Drempelwaarden bij koppelen zorgkantoor en zorgzwaartepakketcode

Koppelen prestatiebestand aan indicatiebestand

Bij het koppelen van prestaties aan indicaties valideert de NZa de uitval, die ontstaat doordat een prestatie geen geldige indicatie heeft.

Onderstaande tabel bevat de drempelwaarden.

Schoningsstap	Drempelwaarde
Prestaties (ZiN/pgb) zonder geldige indicatie	0,5%

Tabel 6. Drempelwaarden bij koppelen prestaties aan indicaties

Controle externe bronnen

De indicatie- en declaratieset worden ook vergeleken met informatie die de zorgkantoorhouders aanleveren. Ook hierbij geldt dat indien de afwijking onder de drempelwaarde is, de data als valide beschouwd worden. Indien de zorgkantoorhouders geen bedragen aanleveren binnen de afgesproken termijn, baseert de NZa zich op de gegevens die de NZa van Vektis en CIZ ontvangt.

Aantal indicaties op peildata

Voor het aantal indicaties op peildata 1 juli *t*-2, 1 oktober *t*-2, 1 januari *t*-1 en 1 april *t*-1 worden de volgende drempelwaarden gehanteerd:

- Totaal aantal indicaties op peildatum: 0,25%
- Aantal indicaties per sector (VV/GZ/GGZ) op peildatum: 0,50%
- Aantal indicaties per zorgzwaartepakketcode voor 10 meest voorkomende zorgzwaartepakketcodes op peildatum: 0,50%
- Aantal indicaties op peildatum op zorgkantoorhouderniveau: 0,50%

Opmerking voor verdeelmodel 2023

Voor het verdeelmodel 2023 wordt er als aanvulling op bovenstaande drempelwaarden ook een drempelwaarde van 0.50% voor de 5 indicaties horende bij GGZ-Wonen gehanteerd omdat dit het eerste jaar is dat GGZ-wonen meegenomen wordt in het reguliere model.

Daarnaast wordt aan de zorgkantoorhouders gevraagd of zij de indicatie-ontwikkeling over de peilmomenten op zorgkantoorhouderniveau herkennen. Indien zorgkantoorhouders de data niet herkennen vindt een verdiepende analyse door de zorgkantoorhouders plaats.

Prestaties: declaraties en toegekend pgb

Voor de declaraties ZiN en toegekend pgb op zorgkantoorhouderniveau worden de volgende drempelwaarden gehanteerd:

- Totaal ZiN en pgb: 0.50%
- Totaal ZiN: 0,50%
- Totaal pgb: 0,50%
- Totaalbedrag voor 10 grootste prestaties: 1,0%

Opmerking voor verdeelmodel 2023

Voor het verdeelmodel 2023 wordt er als aanvulling op bovenstaande drempelwaarden ook een drempelwaarde van 1.00% voor de 5 grootste prestaties horende bij GGZ-Wonen gehanteerd omdat dit het eerste jaar is dat GGZ-wonen meegenomen wordt in het reguliere model.

2.2 Model

Een drietal tussenuitkomsten van het model wordt gevalideerd:

- Verzilvering per zorgzwaartepakketcode;
- Landelijk basisbedrag per zorgzwaartepakketcode;
- Totaal regionaal aanvullend bedrag.

Bij validatie van al deze tussenuitkomsten zal de NZa de zorgkantoorhouders nauw betrekken. De NZa bepaalt na overleg met de zorgkantoorhouders of een verdiepende analyse nodig is.

Verzilvering per zorgzwaartepakketcode

De NZa stelt zorgkantoren in de gelegenheid om te de plausibiliteit van de verzilvering per zorgzwaartepakketcode per zorgkantoorhouder te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa de verzilvering per zorgzwaartepakketcode per zorgkantoorhouder (uitgesplitst naar verzilvering bij de verantwoordelijke zorgkantoorhouder en bij een andere zorgkantoorhouder) voor de jaren t-2 en t-3 en de landelijke verzilvering per zorgzwaartepakketcode voor het jaar t-2.

Landelijk basisbedrag per zorgzwaartepakketcode

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit van het landelijke basisbedrag per zorgzwaartepakketcode in onderlinge gemeenschappelijkheid te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa het landelijke basisbedrag per zorgzwaartepakketcode voor de jaren t-1 en t, inzicht in de onderliggende leveringsvormen voor jaar t-2 en het bedrag dat hoort bij de basis BRW (zzp) van deze zorgzwaartepakketcode voor jaar t.

Regionaal aanvullend bedrag

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit van het totaal regionaal aanvullende bedrag op basis van het prijseffect dat volgt uit het model te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa per zorgzwaartepakketcode het maximaal mogelijke vergoede en het daadwerkelijke vergoede bedrag van behandeling, dagbesteding, meerzorg en toeslagen, uitgesplitst naar verantwoordelijk zorgkantoorhouder en sector voor de jaren t-3 en t-2. Ook ontvangen zij vanuit de NZa het vergoede bedrag van bovenregionaliteit per sector, uitgesplitst naar verantwoordelijk zorgkantoor en uitvoerend zorgkantoor voor jaar t-2.

2.3 Resultaten

Een vijftal uitkomsten van het model wordt gevalideerd:

- Totaal budgettaire ruimte per zorgkantoorhouder
- Totaal budgettaire ruimte per zorgkantoorregio
- Bovenregionaliteit
- Structurele overhevelingen
- Flankerend beleid

Bij validatie van al deze uitkomsten zal de NZa de zorgkantoorhouders nauw betrekken. De NZa bepaalt na overleg met de zorgkantoorhouders of een verdiepende analyse nodig is.

Totaal budgettaire ruimte per zorgkantoorhouder, totaal budgettaire ruimte per regio en flankerend beleid

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit van het totaal budgettaire ruimte per zorgkantoorhouder en per zorgkantoorregio en het flankerend beleid te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa verschillende overzichten:

- Per zorgkantoorregio, kaderstand t-1 , macro-correct, bovenregionaliteit, overhevelingen, flankerend beleid, indexatie-effecten, uitsplitsing naar ZiN en PGB en eventuele mutaties per zorgkantoorregio.
- Per zorgkantoorregio en prestatiecode, het gemiddelde aantal indicaties, verzilveringspercentage, basisbedrag per dag, regionaal bedrag per dag, vergoed bedrag verantwoordelijk zorgkantoor, vergoed bedrag uitvoerend zorgkantoor.
- Per prestatiecode het landelijke verzilveringspercentage.
- Per verantwoordelijk zorgkantoor en prestatiecode, het basisbedrag per dag.

Bovenregionaliteit

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit van de bovenregionaliteit te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa een totaalbedrag per sector, uitgesplitst naar verantwoordelijk zorgkantoor en uitvoerend zorgkantoor.

Structurele overhevelingen

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit van de structurele overhevelingen te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa een overzicht van de overhevelingen van een zorgkantoorhouder naar een andere zorgkantoorhouder.