

Bijlage bij beleidsregel budgettair kader Wlz

Technische bijlage verdeelmodel Wlz

Verdeling budgettair kader Wlz

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	16
3. Planning	17

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 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 ontstaan een nieuw bronbestand Wlz regio tabel – verantwoordelijk zorgkantoor.

Indicaties

- Bron: CIZ
- Peildatum: juni $t-1$
- Periode: januari $t-2$ tot en met 1 april $t-1$
- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - zorgzwaartepakketcode¹ (zorgprofiel);
 - geldigheidsperiode indicatie;
 - datum afgifte indicatiebesluit;
 - actueel zorgkantoor op peildatum.

Verantwoordelijk-zorgkantoor

- Bron: Vektis verzekerdenset
- Peildatum: juni $t-1$
- Periode: januari $t-2$ tot en met april $t-1$

¹ De zorgzwaartepakketcode geeft aan welk zorgprofiel geïndiceerd is.

- Velden:
 - gepseudonimiseerd bsn;
 - begindatum;
 - einddatum;
 - postcode (4 cijfers)².

Wlz regio tabel

- Bron: Zinl
- Peildatum: juni $t-1$
- Periode: januari $t-2$ tot en met april $t-1$
- Velden:
 - postcode (4 cijfers);
 - datum;
 - zorgkantoorcode;
 - zorgkantoor;
 - concessiehouder.

Zorg-in-Natura (ZiN)

- Bron: Vektis
- Peildatum: 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
- Peildatum: 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:

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, afgiftedatum en

² De postcode (vier cijfers) geeft aan waar de cliënt op basis van de verzekerendataset van Vektis woonachtig is. Met deze postcode worden de cliënten toegewezen aan de verschillende zorgkantoorregio's volgens de Wlz regio tabel.

zorgzwaartepakketcode), wordt deze indicatie slechts éénmaal toegekend.

- 2) Bij indicaties waarbij in een periode voor één gepseudonimiseerde bsn verschillende zorgzwaartepakketcodes zijn maar met verschillende afgifte indicatiebesluit, wordt de zorgzwaartepakketcode met de meest recente datum afgifte indicatiebesluit toegekend.
- 3) Bij indicaties waarbij in een periode voor één gepseudonimiseerde bsn verschillende zorgzwaartepakketcodes zijn maar gelijke afgifte indicatiebesluit, 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:

- Ontbrekend postcode - zorgkantoor
- Postcode buitenland - Zorgkantoor `buitenland`³
- 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 bsn⁴
- 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 (waarbij één gepseudonimiseerde bsn in één periode meerdere toekenningen heeft): De toekenning wordt toegekend aan het zorgkantoor waar de cliënt op dat moment woonde (o.b.v. verantwoordelijk zorgkantoor bestand in combinatie met Wlz regio tabel)

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

³ Wlz-geïndiceerde die volgens de basisregistratie personen niet woonachtig zijn in Nederland worden niet meegenomen in verdeelmodel.

⁴ 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

3) *Koppelen van bronbestanden tot een indicatiebestand*

Creëren van een indicatiebestand door koppelen 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 verantwoordelijk zorgkantoor vindt in principe plaats o.b.v. verantwoordelijk-zorgkantootabel 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 voegen 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 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 hoort 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 gaan 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} =

$$\sum_{zpcode} \left(\begin{array}{c} 365^5 \\ x \\ \text{aantal indicaties}_{zpcode, regio} \\ x \\ \text{verzilveringspercentage}_{zpcode, regio} \\ x \\ (\text{landelijk basisbedrag} + \text{regionaal aanvullend bedrag})_{zpcode, regio} \end{array} \right)$$

- *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 Januar $t-1$;
- 1 april $t-1$.

- *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. 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.

Een verzilverde dag mpt is een dag waarop een mpt prestatie is geleverd en de dagen die liggen tussen twee verzilverde dagen mpt waarbij de periode tussen de twee mpt prestaties niet meer dagen 7 dagen is.

- *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:

⁵ Bij een schrikkeljaar wordt uitgegaan van 366 dagen.

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^6 .
- 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
- 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 maakt deze prestatie in principe geen deel uit van het verdeelmodel⁷

⁶ 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.

⁷ Tenzij NZa, na overleg met ZN, anders beslist, bijvoorbeeld omdat de uitgaven die samenhangen met deze prestatie vooraf goed geschat kunnen worden.

Regionaal aanvullend bedrag per zorgzwaartepakketcode (zorgprofiel) per verzilverde dag

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

regionaal aanvullend bedrag per verzilverde dag=

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

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.

1.3 Resultaten

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

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

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

De verwachte zorguitgaven per zorgkantoorregio worden geschaald naar de omvang van het netto macrokader⁹ (contracteerruimte en pgb-kader) jaar t dat verdeeld wordt via het verdeelmodel¹⁰. 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. Het gaat hier om regiospecifieke toewijzingen of overhevelingen uit andere wetten zoals overheveling in 2021 van GGZ cliënten uit de Wmo.

2. 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

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

⁹ financieel beschikbare kader, waarbij gecorrigeerd is voor de bruterings-effecten. De middelen die beschikbaar zijn voor pgb zijn vermenigvuldigd met 86%.

¹⁰ 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.

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^{11} . 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^{12} .

3. 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 de het maximale negatieve effect van het verdeelmodel tussen jaar t en jaar $t-1$ niet meer dan 0,5% per zorgkantoorhouder mag zijn. Allereerst stelt het model vast of het toepassen van flankerend beleid noodzakelijk is. *Hiertoe wordt per zorgkantoorhouder 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 makro kader van jaar $t-1$ inclusief structurele overhevelingen¹³ jaar $t-1$.* Als op peilmoment 15 september $t-1$ het aandeel van een zorgkantoorhouder 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 zorgkantoorhouders met een negatief effect lager dan -0,5% door evenredig budget te minderen bij zorgkantoorhouders met groeiend budget. De bijdrage in de compensatie is naar rato van het verschil tussen netto kader 2020 en netto kader 2021 van zorgkantoorhouders met groeiend budget.

4. Verdeling onderliggende zorgkantoorregio's

Het berekende procentuele mutatie per zorgkantoorhouder dat volgt uit het verdeelmodel en/of flankerend beleid wordt toegepast op de onderliggende zorgkantoorregio's van de desbetreffende zorgkantoorhouder.

5. Van netto makro kader naar contracteerruimte zin en pgb¹⁴

Het netto makro kader wordt omgezet naar contracteerruimte zin en pgb. De uitkomst van de stappen 1 tot en met 5 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. Het totaal aan pgb-kader jaar t volgens de definitieve kaderbrief van VWS wordt verdeeld op basis van de procentuele verdeling van de pgb-kaders jaar $t-1$ op peilmoment 15 juni $t-1$. Op totaalniveau sluit de verdeling zin en pgb aan bij het makro kader volgens de kaderbrief van VWS.

¹¹ Bovenregionaal saldo wordt geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%.

¹² Structurele overhevelingen jaar $t-1$ worden geïndexeerd conform indexatiecijfers NZa, met verhouding personeel/materieel 80%-20%.

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.

6. Overhevelingen jaar t

Eventuele overhevelingen die plaatsvinden in jaar t worden na toepassen van het verdeelmodel of flankerend beleid in de contracteerruimte verwerkt.

7. Specifieke mutaties jaar t

Eventuele specifieke mutaties die plaatsvinden in jaar t worden na toepassen van het verdeelmodel of flankerend beleid in de contracteerruimte verwerkt.

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 paragraaf 2

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 en op zorgkantoorregioniveau.

Schonen CIZ indicatiebestand

Schoningsstap	Drempelwaarde maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Geen Wlz zorgzwaartepakket-code	5,0%	10%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%	0,2%
Missende start- en of einddatum van indicatie	0,1%	0,2%
Meerdere indicaties geschoond o.b.v. datum afgifte besluit	0,1%	0,2%
Meerdere indicatie geschoond o.b.v. indicatie-zwaarte	0,5%	1,0%
Ontdubbelde indicaties met exact dezelfde indicatiedatum	0,1%	0,2%

Tabel 1. Drempelwaarden bij schonen CIZ indicatiebestand

Schonen Wlz regio tabel - Vektis verantwoordelijk-zorgkantoor-bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Ontbrekend postcode - zorgkantoor	0,1%	0,2%
Postcode buitenland - zorgkantoor 'buitenland'	0,1%	0,2%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%	0,2%
Missende datum	0,1%	0,2%

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

Schonen Vektis Zorg-in-Natura (ZiN) bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Prestaties buiten Wlz-kader	0,5%	1,0%
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%	0,2%
Missende datum	0,1%	0,2%
Ontbrekend zorgkantoor	0,1%	0,2%

Tabel 3. Drempelwaarden bij schonen Vektis ZiN bestand

Schonen Vektis persoonsgebonden budget (pgb) bestand

Schoningsstap	Drempelwaarde maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Ongeldige gepseudonimiseerde bsn	0,1%	0,2%
Missende datum	0,1%	0,2%
Ontbrekend zorgkantoor	0,1%	0,2%

Tabel 4. Drempelwaarden bij schonen Vektis pgb bestand

Koppelen van bronbestanden tot een indicatiebestand

Bij het koppelen van de bronbestanden tot een indicatiebestand kan de uitval enkel gevalideerd worden op totaalniveau. Onderstaande tabel bevat de drempelwaarde.

Schoningsstap	Drempelwaarde maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Geen verantwoordelijk zorgkantoor bekend	0,1%	n.v.t.

Tabel 5. Drempelwaarden bij koppelen zorgkantoor en zorgzwaartepakketcode

In de pilot verdeelmodel Wlz zijn eenmalig het aantal indicaties op 1 juli t-2 vergeleken met het aantal indicaties volgens Vektis IW801. Hiervoor zijn 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%

Prestaties: declaraties en toegekend pgb

De totaalbedragen aan ZiN en toegekend pgb vergelijkt de NZa met de bedragen die de zorgkantoorhouders aanleveren. Ook hierbij geldt dat indien de afwijking onder de drempelwaarde is, de data als valide beschouwd worden. Indien de NZa geen bedragen van de zorgkantoorhouders aangeleverd krijgt binnen de termijnen zoals vermeld bij de planning in paragraaf 3, baseert de NZa zich op de gegevens die de NZa van Vektis ontvangt.

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

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

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 maximale uitval	
	Totaalniveau	Zorgkantoorregioniveau
Prestaties (ZiN/pgb) zonder geldige indicatie	0,1%	0,2%

Tabel 6. Drempelwaarden bij koppelen prestaties aan indicaties

2.2 Model

Een viertal tussenuitkomsten van het model wordt gevalideerd:

- aantal indicaties op de peildata;
- Verzilvering per zorgzwaartepakketcode;
- landelijk basisbedrag per zorgzwaartepakketcode;
- totaal regionaal aanvullend bedrag.

Bij validatie van al deze tussenuitkomsten zal de NZa de zorgkantoorhouders nauw betrekken. In het geval dat zij de tussenuitkomsten onvoldoende plausibel achten, leidt dit tot een verdiepende analyse. De NZa bepaalt na overleg met de zorgkantoorhouders op basis van de uitkomsten van deze verdiepende analyse of de tussenuitkomst voldoende valide is.

In het geval van het aantal indicaties op peildata wordt het aantal indicaties ook vergeleken met de aantallen zoals deze bekend zijn bij Vektis. Hierbij geldt dat als de afwijking hoger is dan de gestelde drempelwaarde, dit leidt tot een verdiepende analyse. De NZa bepaalt na overleg met de zorgkantoorhouders op basis van de uitkomsten van deze verdiepende analyse of de tussenuitkomst voldoende valide is.

Aantal indicaties op peildata

Het aantal indicaties op peildata 1 juli $t-2$, 1 oktober $t-2$, 1 januari $t-1$ en 1 april $t-1$ wordt vergeleken met het aantal indicaties volgens Vektis IW801.

Hiervoor 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 indicatie voor 10 meest voorkomende indicaties op peildatum: 0,50%

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

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) en de landelijke verzilvering per zorgzwaartepakketcode.

Landelijk basisbedrag per zorgzwaartepakketcode

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid om de plausibiliteit het landelijke basisbedrag per zorgzwaartepakketcode in onderlinge gemeenschappelijkheid te bepalen. Hiertoe ontvangen zij vanuit de NZa het landelijke basisbedrag per zorgzwaartepakketcode, inzicht in de

onderliggende leveringsvormen en het bedrag dat hoort bij de basis BRW (zzp) van deze zorgzwaartepakketcode.

Totaal 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, aan de hand van het volgende uitgangspunt. Dit prijseffect wordt berekend door op sectorniveau de gerealiseerde uitgaven aan aanvullende kostendrijvers per zorgkantoorhouder in jaar $t-2$ te vergelijken met het totale bedrag aan aanvullende kostendrijvers per zorgkantoorhouder volgens het verdeelmodel op basis van BRW's voor jaar $t-2$ (in plaats van jaar t). Het verschil tussen de gerealiseerde uitgaven aan aanvullende kostendrijvers per zorgkantoorhouder in jaar $t-2$ met het totale bedrag aan aanvullende kostendrijvers per zorgkantoorhouder volgens het verdeelmodel is gelijk aan het verschil tussen de daadwerkelijke prijs en de BRW in jaar $t-2$ (prijseffect). Dit prijseffect hoort overeen te komen met de tariefkorting van zorgkantoorhouders.

2.3 Resultaten

De NZa stelt zorgkantoorhouders in de gelegenheid de berekening van bovenregionaliteit in het model te valideren op plausibiliteit. Zij ontvangen hiervoor op zorgkatoorniveau een overzicht van het totaalbedrag dat een zorgkatoorregio levert voor andere zorgkatoorregio's en andersom.

In het geval dat zij de tussenuitkomsten onvoldoende plausibel achten, leidt dit tot een verdiepende analyse. De NZa bepaalt na overleg met de zorgkantoorhouders op basis van de uitkomsten van deze verdiepende analyse of de tussenuitkomst voldoende valide is.

3. Planning

De uitkomsten van het verdeelmodel en flankerend beleid worden toegepast op het definitieve macrokader jaar t volgens de oktober brief van VWS. Een voorlopige verdeling op 1 juli van jaar t-1 van het macrokader van jaar t wordt gebaseerd op de voorlopige kaderbrief en 99,5% van de procentuele aandelen van de zorgkantorregio's in jaar t-1 op peilmoment 15 juni t-1. Deze verdeling wordt in de voorlopige verdeling als tussenstap gebruikt voor berekening van de definitieve verdeling van het macrokader in jaar t.

Een zorgkantoorhouder en zorgkantorregio kunnen bij de definitieve verdeling door het flankerend beleid procentueel niet lager uitkomen dan de voorlopige verdeling doordat in de voorlopige verdeling het flankerend beleid voor de afbouwer reeds verwerkt is. De opbouwers of afbouwers tussen 0% en -0,5% krijgen middelen toegewezen die vrijvallen vanwege flankerend beleid en de inhouding van -0,5%.

Planning verdeling macrokader

1. Op 1 juli voorlopige verdeling volgens procentueel aandeel zorgkantorregio in netto kader¹⁵ jaar t-1 op peilmoment 15 juni t-1 en voorlopige kaderbrief VWS;
2. Op 15 oktober t-1 definitieve verdeling volgens verdeelmodel, flankerend beleid en definitieve kaderbrief VWS.

¹⁵ Netto kader wordt omgezet naar bruto kader volgens paragraaf 'Van netto macrokader naar contracteerruimte zin en pgb'.