Bronnen en methoden Rapportage BK 2024

Bijlage B bij Februaribrief 2024

NZa
28 februari 2024

Inhoudsopgave

1 Introductie 3

2 Bronnen 4
2.1 Zorg in natura: declaratiegegevens 4
2.2 Extra posten: na-ijl bestand 4
2.3 Persoonsgebonden budget 4
2.4 Prijzen per indicatie 4
2.5 Indicatiecijfers 4
2.6 Wachtlijstcijfers 5
2.7 Kaderstanden 5

3 Methoden 6
3.1 Nul-scenario 6
3.1.1 Methode zorg in natura 6
3.1.2 Methode persoonsgebonden budget 6
3.2 Scenario op basis van declaraties 7
3.2.1 Aantallen (zorg in natura) 7
3.2.2 Prijzen (zorg in natura) 9
3.2.3 Pgb-prognose 10
3.2.4 Extra posten 11
3.3 Scenario op basis van indicaties 12
3.4 Aanvullende figuren/tabellen 13
3.4.1 Omzetontwikkeling 13
3.4.2 Wachtlijsten 14
3.4.3 Tariefpercentage per Wlz-uitvoerder 14
3.4.4 Bezetting verpleeghuisbedden 15

1 Introductie

In dit document wordt toegelicht welke bronnen zijn gebruikt en welke methoden zijn toegepast om tot de prognoses te komen van het Wlz-kader.

2 Bronnen

2.1 Zorg in natura: declaratiegegevens

Voor zorg in natura zijn maandelijkse declaratiegegevens (per zorgkantoorregio op prestatieniveau) gebruikt. Deze gegevens worden maandelijks door de Wlz-uitvoerders, via Vektis, aan ons aangeleverd. De declaratiegegevens van januari 2015 t/m juli 2023, aangeleverd op 21 januari 2024, zijn meegenomen in dit rapport.

2.2 Extra posten: na-ijl bestand

Voor het berekenen van de na-ijl (zie Methoden 3.2.4) hebben we gebruik gemaakt van Vektis data (opgehaald op 23 mei 2022). Deze bron bevat gegevens om het gemiddelde na-ijl effect van 2021 in kaart te brengen. Dit is de basis voor onze na-ijl berekening.

2.3 Persoonsgebonden budget

Voor cliënten met een pgb worden de afgegeven toegekende budgetten gebruikt. Maandelijks ontvangen wij deze gegevens op zorgkantoorniveau. In dit rapport hebben we de toegekende budgetten gebruikt die tot en met september 2023 zijn afgegeven (aangeleverd op 21 januari 2024).

2.4 Prijzen per indicatie

Voor het berekenen van de gemiddelde uitgaven per indicatie wordt gebruikt gemaakt van gegevens die tot stand komen vanuit het verdeelmodel van de NZa. De data die wij voor dit rapport hebben gebruikt, bevat de gemiddelde uitgaven van een indicatie in 2022 (dit jaar wordt gebruikt in de laatste versie van het verdeelmodel).

2.5 Indicatiecijfers

De indicatiecijfers die wij gebruiken zijn maandelijkse leveringen afkomstig van het CIZ. We gebruiken de actuele indicatiecijfers per zorgkantoorregio. In dit rapport hebben we de indicatiecijfers gebruikt tot en met peildatum 1 januari 2024.

2.6 Wachtlijstcijfers

De wachtlijstcijfers die wij gebruiken zijn maandelijkse leveringen afkomstig van het ZINL. In dit rapport hebben we de wachtlijstgegevens gebruikt tot en met peildatum 1 december 2023.

2.7 Kaderstanden

In het rapport gebruiken we de kaderstand uit de definitieve kaderbrief Wlz (2024) van VWS[1].

[1] Zie https://open.overheid.nl/documenten/38343731-c396-43f4-b261-bafc2b39aadc/file (Definitieve kaderbrief Wlz 2024 d.d. 27 september 2023 met kenmerk 3696070-1053659-LZ)

3 Methoden

In de prognoses maakten we tot 2024 onderscheid in zorg die in 2020 al onderdeel uitmaakte van de Wlz (reguliere prognoses) en de prognoses voor de ggz-wonen cliënten (nieuwe doelgroep vanaf 2021). Vanaf 2024 wordt dit onderscheid gediscontinueerd en worden de prestaties voor de ggz-wonen cliënten meegenomen in de reguliere prognoses. We houden hierbij rekening met 366 dagen voor een schrikkeljaar.

3.1 Nul-scenario

In het nul-scenario gaan we uit van een naïeve raming: de situatie dat er geen (verdere) groei plaatsvindt in het prognosejaar. Dit is géén realistische scenario, maar een benadering om inzicht te krijgen in de mate waarin de zorg voor cliënten die al in zorg zijn, drukt op het kader.

Methode zorg in natura

De methode is afhankelijk van het rapportagemoment. Bij een rapportage aan het begin van het prognosejaar zijn er nog geen declaraties bekend van het prognosejaar. Dan wordt de novembermaand van het vorige jaar als uitgangspunt gebruikt voor zorg in natura. We kiezen voor de maand november, omdat het aantal declaraties in die maand doorgaans vergelijkbaar is met het aantal declaraties in het begin van het volgende jaar. De methode is als volgt: de aantallen van november (werkelijk of geprognosticeerd) worden geëxtrapoleerd naar een heel jaar en gewaardeerd tegen het prijspeil van het prognosejaar. Op deze manier wordt het overloopeffect weergegeven: de mate waarin de zorg voor cliënten die aan het eind van het voorgaande jaar in zorg waren, drukt op het kader van het prognosejaar.

Bij een rapportage op een later moment in het jaar, wanneer er al wel declaraties meegenomen kunnen worden van het prognosejaar, wordt de laatst bekende maand meegenomen als basis voor het nul-scenario. Op deze manier wordt inzicht gegeven in de mate waarin de zorg voor cliënten die al in zorg zijn, drukt op het kader voor de rest van het jaar. In dit geval berekenen we het benodigde kader als een optelling van de reeds gerealiseerde maanden, plus de laatst bekende maand geëxtrapoleerd naar de rest van het prognosejaar.

Methode persoonsgebonden budget

De methode is afhankelijk van het rapportagemoment. Als er nog geen pgb budgetten bekend zijn van het prognosejaar, wordt de (gerealiseerde of voorspelde) waarde van december van het vorige jaar gebruikt. Dit wordt vervolgens geïndexeerd met de pgb-index van het prognosejaar. Als er al wel pgb budgetten bekend zijn van het lopende jaar, wordt de laatst bekende stand gebruikt. Dan is het benodigde kader een optelling van de reeds gerealiseerde maanden, plus de laatst bekende maand geëxtrapoleerd naar de rest van het prognosejaar.

3.2 Scenario op basis van declaraties

De verwachte zorg in natura benutting is opgebouwd uit de verwachte prijzen en verwachte aantallen. Daarnaast is er een prognose voor de pgb-benutting toegevoegd.

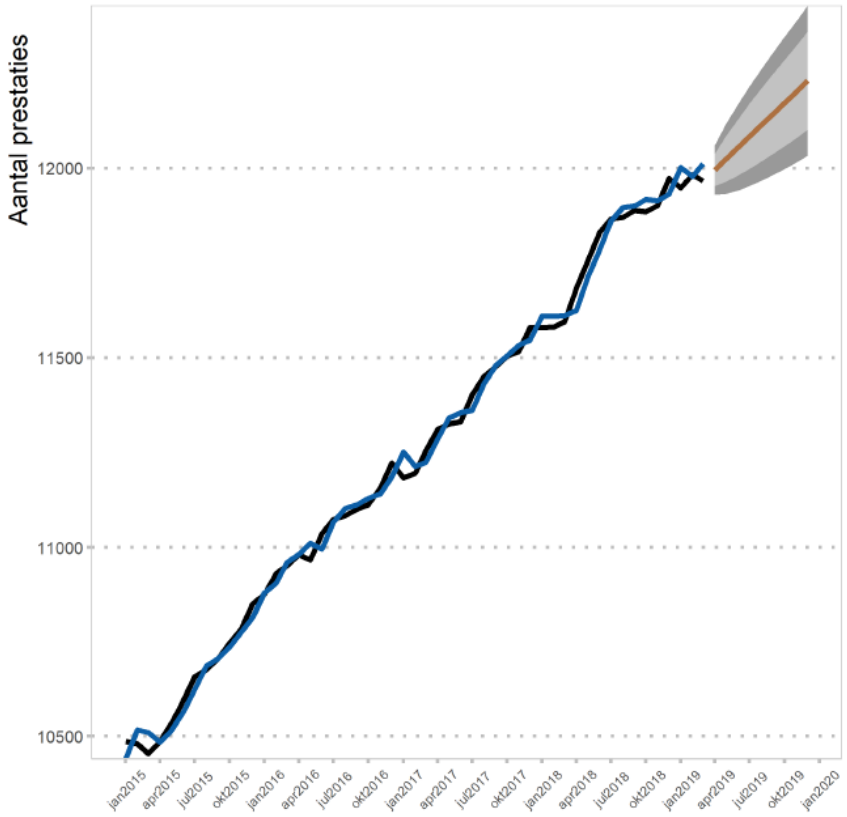
Aantallen (zorg in natura)

De aantallen voor zorg in natura zijn geprognosticeerd voor het prognosejaar. Hiervoor worden aantallen gebruikt die zijn gedeclareerd en aangeleverd vanuit Vektis. We nemen alleen de data van maanden mee die nagenoeg volledig gevuld zijn (maand t - 5). Voor meerzorg gaan we verder terug, omdat uit het verleden is gebleken dat het hier langer duurt voordat de maanden nagenoeg volledig gevuld zijn. Daarom nemen we voor meerzorg maand t - 7 mee. Van de prestaties gaan we na of de eenheden aansluiten door de jaren heen, tussen zorgkantoren onderling en aansluiten bij wat bij de maximale beleidsregelwaarde bij die prestatie kan worden verwacht. Deze gegevens zijn omgevormd naar een tijdserie gemiddeld per dag, per prestatie per Wlz-uitvoerder. De aantallen van elke prestatie zijn vervolgens voor het lopende jaar geprognosticeerd per maand (voor de resterende maanden) op het niveau van Wlz-uitvoerder.

We maken de aantallen-prognose met behulp van de ‘exponential smoothing’ methode (Exponential smoothing state space model; ETS). Dit model is gebaseerd op de classificatie van methoden zoals beschreven door Hyndman et al (2008). Op basis van eerdere waarnemingen (aantallen) wordt een voorspelling gedaan over toekomstige aantallen. Hiervoor wordt er eerst een model gemaakt om de waarnemingen (de zogenoemde trainingsdata) te beschrijven. Vervolgens wordt dit model gebruikt om de voorspelling te doen. De meest recente waarnemingen hebben hierbij een grotere invloed op de voorspelling dan de waarnemingen die verder in het verleden liggen. Deze voorspellingsmethode maakt naast de zwaardere wegingsfactor voor meer recente waarnemingen ook gebruik van eventuele trend- en seizoenseffecten. Voor ETS modellen kan op de volgende statistische wijzen de seizoenscomponent worden toegevoegd aan het model; geen, additief of gedempt additief. De trendcomponent kan niet, of additief of multiplicatief worden toegevoegd aan het model. Dit betekent dat er 3*3=9 modellen met en zonder trend- en seizoenseffecten worden getest. Er wordt gekozen voor het model dat het beste past op de waarnemingen op basis van de Akaike Information Criterion (AIC) of een variant hiervan die rekening houdt met kleine steekproefgroottes (AICc). Zowel de AIC als de AICc zoeken het model uit dat met de minste parameters het beste op de trainingsdata (de eerdere waarnemingen) past.

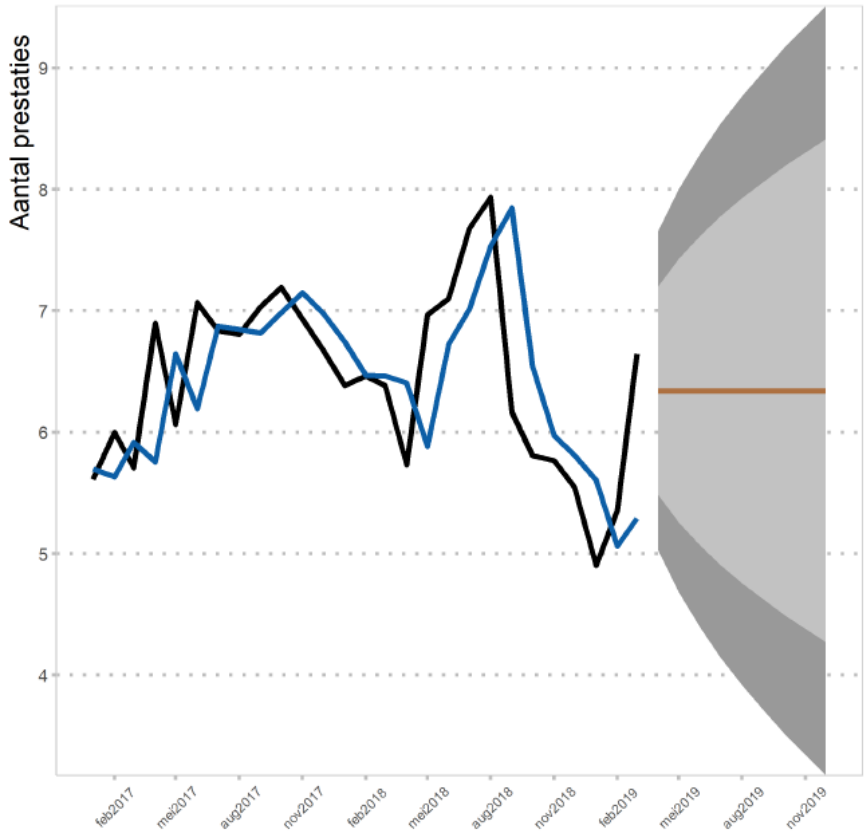
In figuur 1 tonen we een voorbeeldgrafiek van de prognose van de prestatiecode Z053 (ZZP 5VV inclusief behandeling en exclusief dagbesteding) bij één Wlz-uitvoerder. Op de y-as staan de aantallen per maand. Dit is een prestatiecode met een relatief hoog volume (en omzet). Op de x-as zien we de tijd in maanden, van januari 2015 tot en met januari 2020. De donkerblauwe lijn geeft hier de tijdserie waarnemingen weer. Dit is gebaseerd op de declaraties van januari 2015 tot en met maart 2019. Met de lichtblauwe lijn geven we de lijn van het model weer. Daarnaast zijn ook de 80% (lichtgrijs) en 95% (donkergrijs) betrouwbaarheidsintervallen weergegeven van de prognose.

Figuur 1: Voorbeeld volumeprognose voor de prestatiecode Z053 voor een Wlz-uitvoerder



In figuur 2 geven we een voorbeeld van een prestatie waarbij de voorspelling een doorzetting is van de meest recente waarden met daarom heen een groot betrouwbaarheidsinterval, wat betekent dat deze prognose niet goed te schatten is. Dit kan komen doordat er geen trendperiodieke of terugkerende patronen te zien zijn in de waarnemingen, of dat er simpelweg te weinig waarnemingen zijn om een goed model te schatten.

Figuur 2: Voorbeeld volumeprognose voor een prestatie logeren ghz voor een Wlz-uitvoerder



Prijzen (zorg in natura)

De prijzen, waar we de aantallen tegen af hebben gezet, hebben wij berekend op basis van de beschikbare prijsgegevens per Wlz-uitvoerder. Het zijn gewogen gemiddelde prijzen, per zorgprestatie per Wlz-uitvoerder. Dat wil zeggen dat de gemiddelde prijzen zijn berekend door de omzet te delen door de aantallen. Deze gegevens hebben wij uit de declaratiegegevens gehaald.

De bron voor de prijs is per prestatie per Wlz-uitvoerder bepaald. Hiervoor gebruiken we de volgende beslisregel: per prestatie wordt er per zorgkantoorregio gekeken of er in het lopende jaar de betreffende prestatie is gedeclareerd. Wanneer er voor deze prestatie, voor alle zorgkantoorregio's

binnen dezelfde Wlz-uitvoerder, declaratiegegevens in het prognosejaar zijn, wordt deze prijs als gewogen gemiddelde prijs genomen voor deze prestatie voor de gehele Wlz-uitvoerder. Wanneer nog niet alle zorgkantoorregio's binnen dezelfde Wlz-uitvoerder dezelfde Wlz-prestatie hebben gedeclareerd in het lopende jaar, wordt de prijs bepaald door de gewogen gemiddelde prijs van alle zorgkantoorregio's binnen deze Wlz-uitvoerder die deze prestatie wel hebben gedeclareerd. Wanneer echter nog geen van de zorgkantoorregio's binnen dezelfde Wlz-uitvoerder de betreffende prestatie hebben gedeclareerd in het prognosejaar, moet de gemiddelde prijs voor het prognosejaar gebaseerd worden op de declaratiegegevens van het voorgaande jaar.

Uit bovenstaande beslisregel volgt dat, wanneer de prestatie bij de betreffende Wlz-uitvoerder voor het lopende jaar is gedeclareerd, de gemiddelde prijs wordt bepaald op basis van de declaratiegegevens van het prognosejaar. Per Wlz-uitvoerder wordt het totaal vergoede bedrag gedeeld door het totale aantal, zoals tot op dat moment gedeclareerd is. Dit bedrag zal worden toegepast voor alle aantallen in het lopende jaar voor de betreffende Wlz-uitvoerder.

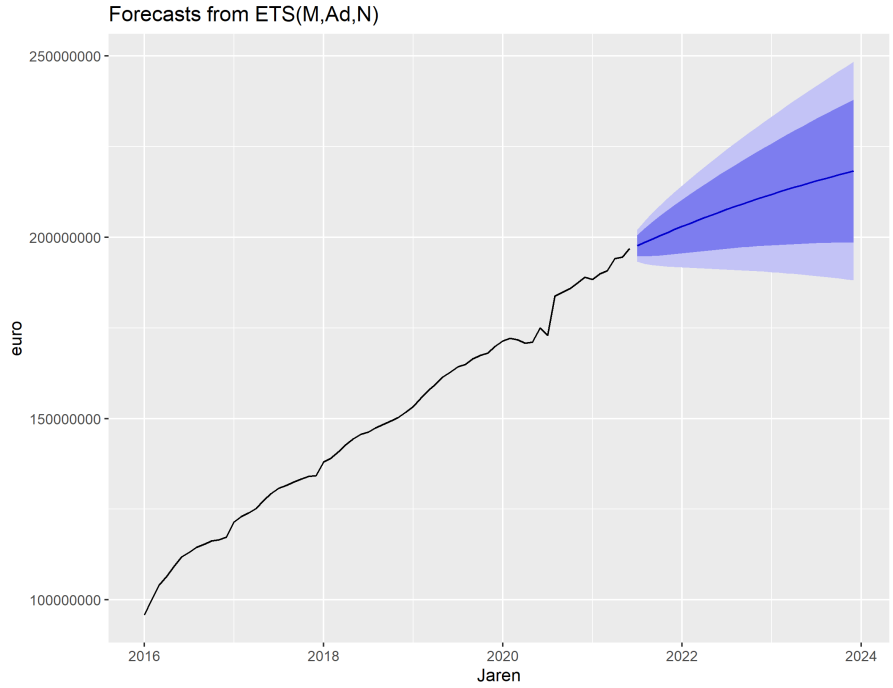
In het geval dat de declaratiegegevens in het lopende jaar niet beschikbaar zijn, worden de gemiddelde prijzen berekend door middel van een combinatie van historische declaratiegegevens en de aangeleverde kortingspercentages door Wlz-uitvoerders voor het lopende jaar. Per Wlz-uitvoerder wordt een gewogen gemiddeld kortingspercentage bepaald op basis van historische omzet uit declaraties. Vervolgens wordt per zorgprestatie per Wlz-uitvoerder een verhoudingsgetal berekend die aangeeft hoe het kortingspercentage van een zorgprestatie van een Wlz-uitvoerder zich verhoudt tot het gemiddelde kortingspercentage van de Wlz-uitvoerder. Het verhoudingsgetal per zorgprestatie per Wlz-uitvoerder wordt vermenigvuldigd met het aangeleverde kortingspercentage van de Wlz-uitvoerder voor het lopende jaar. Het resultaat omvat een verwacht kortingspercentage per zorgprestatie per Wlz-uitvoerder voor het lopende jaar wat vermenigvuldigd wordt met de maximum beleidsregelwaarden van het lopende jaar, waaruit de gemiddelde prijzen voor het lopende jaar volgen.

De NHC en NIC component worden niet meegenomen om een kortingspercentage te berekenen tussen maximum beleidsregelwaarde (excl. NHC en NIC) en gemiddelde prijs (excl. NHC en NIC). Over de NHC en NIC wordt namelijk niet onderhandeld.

Pgb-prognose

Ook voor het pgb hebben we een verwachte benutting voor het prognosejaar berekend. De toegekende budgetten voor de resterende maanden van het jaar hebben we berekend op basis van de trend van de afgelopen jaren (vanaf januari 2016). Hierbij is eveneens gebruik gemaakt van de 'exponential smoothing' methode voor trendanalyse. In de methode wordt rekening gehouden met trendeffecten (bijvoorbeeld groei van het pgb budget) en seizoensinvloeden (bijvoorbeeld: het budget binnen hetzelfde jaar is in januari lager dan december). Er wordt een trendlijn geconstrueerd door de gegevens vanaf januari 2016. Op basis van deze lijn kan ook een prognose worden gemaakt voor de rest van het lopende jaar. Omdat pgb wordt toegekend als jaarbudget, neemt het totaal toegekende budget per client af gedurende het jaar. Door deze methode te hanteren wordt er rekening gehouden met dit 'dempende' trendeffect. De reserveringen komen uiteindelijk terecht in de verleningsbeschikkingen, en dus in de prognose. Daarom worden de reserveringen niet apart geprognosticeerd. In figuur 3 wordt als voorbeeld voor een zorgkantoorregio de pgb-prognose weergegeven.

Figuur 3: Voorbeeld pgb prognose een Wlz-uitvoerder



Extra posten

Naast de basisprognose voor zorg in natura, houden we rekening met een aantal extra posten, namelijk na-ijl, na-ijl voor meerzorg, lege crisisbedden en niet beïnvloedbare factoren.

Na-ijleffecten De na-ijleffecten zijn gebaseerd op data van Vektis. Hiermee maken we een benadering (gebaseerd op gegevens van eerdere jaren) van de ontbrekende omzet van de declaraties die we meenemen in het model. Voor de maanden die meegenomen worden in het model, baseren we de na-ijleffecten op de gemiddelde na-ijl van het jaar 2022. Dit is het meest recente jaar in de na-ijl dataset en de verwachting is dat dit het meeste aansluit bij het declaratiegedrag in latere jaren. Het percentage dat we nog optellen bij de omzet per Wlz-uitvoerder verschilt per Wlz-uitvoerder. Omdat we de prognose hebben gebaseerd op data van maanden die nagenoeg volledig zijn gevuld is het na-ijleffect relatief laag. Voor de maanden waarvan we declaraties hebben meegenomen in de prognose, hogen we de raming op met het verwachte na-ijl percentage. Doordat we deze missende declaraties

pas achteraf aan de raming toevoegen, kan dit leiden tot een afvlakking van de stijgende trend. Daarom hebben we ervoor gekozen om het bedrag dat aan na-ijl wordt meegenomen voor gedeclareerde maanden, ook te extrapoleren naar de rest van het prognosejaar. Zo corrigeren we het neerwaartse effect dat de na-ijl kan hebben op de prognose.

Meerzorg kent een langer na-ijleffect dan de declaraties van reguliere zorgprestaties. We hebben de na-ijleffecten van de meerzorgprestaties dan ook apart berekend van de na-ijleffecten voor de reguliere prestaties. De methode die hiervoor is gebruikt is hetzelfde.

Crisisbedden Wanneer we de aantallen prognosticeren op basis van de declaratiegegevens missen we het deel van de crisisbedden die niet via de declaratiestroom verlopen. Daarom hebben we hiervoor een inschatting gemaakt van de nog missende crisisbedden per Wlz-uitvoerder. Voor de verwachte declaraties in het lopende jaar hebben we dezelfde methode gehanteerd als hierboven toegelicht voor de basis prestaties. Voor de lege crisisbedden wordt de aanname gedaan dat crisisbedden 40% van de tijd onbezet, en dus leeg, zijn. Het bezettingspercentage van crisisbedden hebben we dus op 60% gezet. De verwachte benutting aan totale crisisbedden op basis van declaratiegegevens hebben we via de extra posten opgehoogd naar 100% van dit bedrag.

3.3 Scenario op basis van indicaties

De basis voor dit scenario is het nul-scenario. Dit geeft het bedrag aan dat op jaarbasis verwacht kan worden voor cliënten die aan het eind van het jaar in zorg zijn (in het geval dat er nog geen declaraties van het lopende jaar bekend zijn), of het bedrag dat voor de rest van het jaar verwacht kan worden (in het geval er al wel declaraties van het lopende jaar bekend zijn).

Bovenop het nul-scenario voegen we het bedrag toe dat voor de rest van het jaar verwacht wordt op basis van de indicatietrend. Hiervoor gebruiken we de (verwachte) indicatietrend voor de overige maanden van het jaar. Deze wordt gebaseerd op de laatst gerealiseerde 12 maanden. Vervolgens maken we een benadering van de financiële waarde van de groei. Hierbij maken we een weging naar zorgzwaarte (gemiddelde uitgaven per zorgprofiel), en naar het aandeel van de verschillende profielen in de mix. Alle berekeningen worden uitgevoerd op het niveau van de zorgprofielen.

De financiële waarde van de indicaties hebben we via een benadering bepaald (vanuit het verdeelmodel NZa): op cliëntniveau zijn de uitstaande indicaties gekoppeld aan de declaraties voor de betreffende cliënt in deze periode. De koppeling is uitgevoerd per cliënt, per dag (er is dus rekening gehouden met de perioden waarin er sprake is van een uitstaande indicatie). Het betreft alle declaraties, voor alle leveringsvormen, inclusief toeslagen, meerzorg, et cetera. Voor de pgb-gegevens zijn de subsidiebedragen per cliënt gebruikt. Met deze gegevens zijn de gemiddelde uitgaven per zorgprofiel per dag bepaald voor alle uitstaande indicaties. Deze berekeningen zijn op landelijk niveau uitgevoerd. Indicaties waar geen declaraties aan zijn gekoppeld worden als niet verzilverd beschouwd. Deze zijn, net als de wel verzilverde indicaties, ook meegenomen in de gemiddelde uitgaven per

indicatie. De gemiddelde uitgaven per indicatie houden dus rekening met de verzilveringsgraad, de mix in benutting in verschillende leveringsvormen, en de verhouding zin/pgb.

De gemiddelde uitgaven per indicatie worden alleen gebruikt om de onderlinge financiële gewichtsverhoudingen tussen de verschillende typen indicaties weer te geven. Er is hierbij gebruik gemaakt van de tariefsverhoudingen uit een jaar uit het verleden (zie 2.4). Ook benadrukken we dat uitgegaan wordt van de mix in leveringsvormen, verhouding zin/pgb, en de verzilveringsgraad van een jaar uit het verleden. Er wordt dus niet gecorrigeerd voor verschuivingen in de mix in leveringsvormen, verhouding zin/pgb en verzilvering na dat jaar.

Het financiële groeipercentage dat hieruit volgt passen we toe op het nul-scenario. We voeren de berekening uit met de groeicijfers voor zin en pgb afzonderlijk. We corrigeren hierbij voor het 'half-jaar effect': dat betekent dat we er rekening mee houden dat de gemiddelde uitgaven per dag oplopen van 0% aan het begin van de periode tot het groeipercentage aan het eind van de periode. Over de gehele periode passen we dus de helft van de berekende groeipercentage toe.

Deze berekening voeren we zowel op landelijk niveau als op Wlz-uitvoerder niveau uit. Voor het Wlz-uitvoerder niveau, wordt gebruik gemaakt van de landelijke cijfers per indicatie. Vervolgens passen we dit toe op de naieve raming van de Wlz-uitvoerder, en gebruiken we de trend in indicaties van de Wlz-uitvoerder.

3.4 Aanvullende figuren/tabellen

Omzetontwikkeling

Voor het berekenen van de omzetontwikkeling wordt gebruik gemaakt van vier parameters: aantallen voorgaande jaar, aantallen huidige jaar, prijzen voorgaande jaar en prijzen huidige jaar. Deze parameters werden berekend per prestatie per Wlz-uitvoerder per jaar. Er is voor de omzetontwikkeling een zogenaamde 'complete case' analyse gedaan, dus wanneer één van de vier parameters miste voor een prestatie, dan werd deze prestatie niet meegenomen in de berekening. Dit verklaart waarom de omzet in het lopende jaar niet overeenkomt met de landelijke verwachte benutting van het lopende jaar. Meerzorg prestaties worden niet meegenomen omdat hiervoor een beleidswaarde ontbreekt. De uitkomsten zijn gebaseerd op de volgende berekeningen (BRW = beleidsregelwaarde):

$$Prijseffect = \sum Aantal_{jaar} * (Prijs_{jaar} - Prijs_{jaar-1})$$

$$Volumeeffect = \sum Prijs_{jaar-1} * (Aantal_{jaar} - Aantal_{jaar-1})$$

We merken hierbij op dat deze methode volgt uit de berekeningen die gedaan zijn voor het scenario op basis van declaraties.

Wachtlijsten

We hebben een inschatting gemaakt van de financiële impact van de wachtlijsten wanneer de cliënten op de wachtlijst voor het gehele jaar in zorg worden genomen. Hierbij zijn we uitgegaan van het aantal cliënten dat op peildatum 1 december 2023 op een wachtlijst stond (korter dan treeknorm met zorg, langer dan treeknorm met zorg en langer dan treeknorm zonder zorg). Wachtenden op voorkeurslocatie zijn niet meegenomen in deze analyse.

In de berekening hebben we een onderscheid gemaakt tussen de cliënten op de wachtlijst met- en zonder zorg. Voor wachtenden zonder zorg gebruiken we het gewogen gemiddelde bedrag voor zzp- en vpt-cliënten (cliënten met volledig zorgpakket) met een gelijk zorgprofiel. Dit bedrag representeert namelijk de verwachte uitgaven als een wachtende zonder zorg, zorg zou ontvangen. Het aantal wachtenden zonder zorg (365 dagen of 366 dagen in een schrikkeljaar) wordt vermenigvuldigd met het gemiddelde bedrag per zorgprofiel voor cliënten met volledig zorgpakket.

Voor wachtenden met zorg wordt het verschil tussen het gemiddelde bedrag voor zzp- en vpt-cliënten (cliënten met volledig zorgpakket) en niet zzp- en vpt-cliënten (cliënten met mpt of pgb) met een gelijk zorgprofiel gebruikt om de verwachte uitgaven te bepalen als een wachtende met zorg een volledig zorgpakket zou ontvangen. Het verschil tussen deze groepen cliënten wordt gebruikt zodat alleen de verandering in zorgkosten meegenomen wordt. Het aantal wachtenden met zorg (365 dagen of 366 dagen in een schrikkeljaar) wordt vermenigvuldigd met het verschil tussen het gemiddelde bedrag per zorgprofiel voor cliënten met volledig zorgpakket en het gemiddelde bedrag per zorgprofiel voor cliënten met een mpt of pgb.

Het gemiddelde bedrag per zorgprofiel voor zzp- en vpt-cliënten en voor cliënten met een mpt of pgb is berekend op basis van de dataset zoals gebruikt in het verdeelmodel van de NZa. Voor deze analyse zien we een zzp- en vpt-cliënten als een Wlz-cliënt die gedurende het jaar 2021 zzp- ofvpt-prestaties heeft ontvangen. De groep cliënten met een mpt of pgb zien we als een Wlz-cliënt die gedurende het jaar 2022 geen zzp- of vpt-prestaties heeft ontvangen. De pgb-bedragen zijn vermenigvuldigd met 0,86 omdat we uitgaan van een netto pgb-bedrag.

De som van beide berekeningen geeft de totale financiële waarde van de wachtlijsten weer. Hierbij hebben we de aanname gemaakt dat alle wachtenden gedurende het hele jaar zorg ontvangen door alle cliënten op de wachtlijst van een volledig zorgpakket te voorzien.

Tariefpercentage per Wlz-uitvoerder

Voor de analyse om de tariefpercentages per Wlz-uitvoerder te berekenen hebben we gebruik gemaakt van de declaraties die we meenemen in de prognose van het ‘scenario op basis van declaraties’, in dit geval dus tot juli 2023. Net zoals bij het prijs- en volumeeffect hierboven beschreven werden niet alle gedeclareerde prestaties meegenomen in verband met de ‘complete case’ analyse. Hoewel eerder in dit rapport werd gemeld dat de tariefpercentages (om de prijzen te benaderen bij ontbreken van declaratiegegevens van het lopende jaar) werden berekend door eerst de NHC en NIC los te halen van het integrale tarief omdat Wlz-uitvoerders hier niet op korten, gaan we in deze berekening uit van het integrale tarief. De tariefpercentages zijn berekend door de omzetten op basis van de afgesproken prijzen ten opzichte van de (fictieve) omzetten op basis van de maximum beleidsregelwaarden van eenzelfde prestatie (per Wlz-uitvoerder) te berekenen. Voor het landelijke tariefpercentage zijn alle omzetten van de

Wlz-uitvoerders opgeteld en afgezet tegen de (fictieve) landelijke omzet op basis van de beleidsregelwaardes. Meerzorg is uitgesloten van de analyse op tariefpercentages.

Voor de tariefpercentages van het lopende jaar waarvoor nog geen declaratiegegevens beschikbaar zijn worden de prijzen voor het lopende jaar (zie 3.2.2) afgezet tegen de geprognosticeerde aantallen van het lopende jaar om zo de omzetten per Wlz-uitvoerder af te kunnen zetten tegen de (fictieve) omzetten op basis van de maximum beleidsregelwaarden.

Bezetting verpleeghuisbedden

Om een inschatting te maken van de bezetting van de verpleeghuisbedden maken we gebruik van de geprognosticeerde gegevens op basis van de declaraties (scenario declaraties). De indeling van prestatiecodes naar zorgvorm, zoals deze ook wordt gebruikt in het project scheiden van wonen en zorg, is aangehouden. We maken bij deze berekening alleen gebruik van de prestaties die een verpleeghuisdag weergeven. Dit zijn prestaties die vallen onder de volgende categorieën: basis zzp-prestaties (integrale dag-prestaties voor zzp-zorg), basis vpt-prestaties (integrale dag-prestaties voor vpt-zorg), crisisbedden, mutatiedag, logeren, partnerverblijf, deeltijdverblijf.