



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Handreiking omzetverantwoording 2012

Vastgesteld in het bestuurlijk overleg Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 7 februari 2013

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Utrecht, 7 februari 2013

AANLEIDING

Door de invoering van de DOT systematiek per 1 januari 2012, de aard van de (schadelast)afspraken met verzekeraars en de transitiebekostiging (het transitie­model ziekenhuizen en het beheersmodel medisch specialisten) is de omzetbepaling van 2012 een complexe(re) exercitie dan in voorgaande jaren.

Op het verzoek van haar leden heeft de NVZ op 9 november een werkconferentie georganiseerd waarbij in aanwezigheid van ziekenhuizen, de NZa, een vertegenwoordiger van verzekeraars en Coziek een stappenplan vastgesteld is dat gebruikt kan worden voor de omzetbepaling 2012. Naast een beschrijving van de te doorlopen stappen zijn knelpunten beschreven die verdere uitwerking behoeven. De NVZ heeft deze knelpunten samen met de NFU ter hand genomen en ter uitwerking voorgelegd in verschillende gremia.

Het vastgestelde stappenplan en de uitgewerkte knelpunten vormen de basis voor de 2e werkconferentie omzetbepaling zoals die op 18 januari 2013 georganiseerd is. NVZ en NFU zijn gedurende het gehele proces ondersteund door Casemix. Deze handreiking omzetbepaling 2012 is de weerslag van beide werkconferenties en wordt door de NVZ en de NFU aan hun achterban aangeboden ter ondersteuning bij de omzetbepaling 2012.

Nadrukkelijk moet vermeld worden dat het een handreiking betreft waarbij altijd de specifieke situatie van een individuele zorgaanbieder en afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op haar eigen merites beoordeeld moet worden.

Bij de keuze voor een bepaalde aanpak moet de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder een rol spelen. Daarnaast bepalen de formele voorschriften van de WTZi, BW titel 9, de RJ en waar van toepassing de NZa, het kader waarbinnen de omzetverantwoording wordt opgesteld.

Met de constructieve bijdrage van alle partijen is de tekst van de handreiking verder vervolmaakt en afgerond waarmee de handreiking een belangrijke rol vervult in de omzetverantwoording 2012.

MANAGEMENTSUMMARY

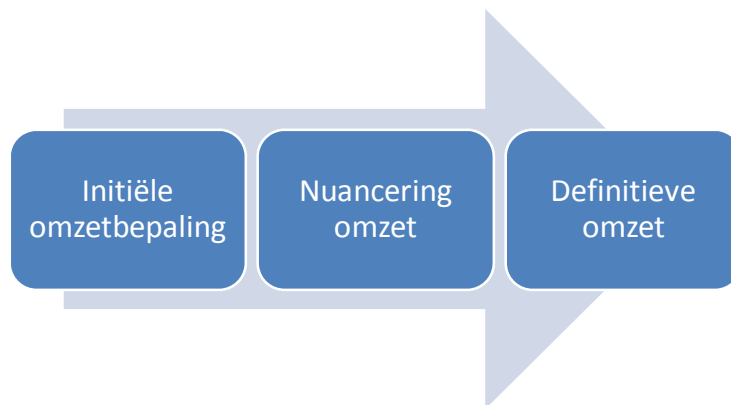
Door een groot aantal wijzigingen is de omzetverantwoording 2012 gecompliceerder dan voorgaande jaren. Er zijn wijzigingen in de bekostigingssystematiek (introductie DOT, invoering prestatiebekostiging, beheersmodel medisch specialisten), de aard van de afspraken met verzekeraars (afspraken over schadelastjaren, aanneemsommen / plafondafspraken), het overgangsmodeel (afspraken over het schaduw FB) en nieuwe instrumenten van de overheid (macrobeheersinstrument).

De omzetbepaling 2012 is afhankelijk van:

- a) omzet prestatiebekostiging in boekjaar 2012
- b) transitie-model in boekjaar 2012
- c) beheersmodel in boekjaar 2012
- d) schadelastafspraken over schadelastjaar 2012

Het is technisch mogelijk om deze elementen los van elkaar te berekenen, waarbij goed gekeken moet worden op welke wijze ontbrekende of nog onbekende gegevens berekend en verwerkt worden. Vooral de interactie tussen deze vier elementen maakt het geheel complex en dynamisch.

Het stappenplan dat ontwikkeld is voor de zorgaanbieders heeft betrekking op de omzetverantwoording ten behoeve van de jaarrekening¹ en de transitiebekostiging (transitie-model en beheersmodel medisch specialisten) en bestaat uit drie fasen die achtereenvolgens doorlopen moeten worden.



Binnen deze hoofdfasen zijn afzonderlijke deelstappen te benoemen.

In de eerste fase wordt de omzet 2012 berekend op basis van een realisatie * prijs benadering (stap 1 tot en met 4). In deze fase is de omzet gebaseerd op het aantal gesloten producten maal de afgesproken prijs plus de mutatie van het onderhanden werk. Op deze omzetbenadering worden nuances aangebracht bijvoorbeeld vanwege de materiële controles (over geopende trajecten 2012) en de registratie van verwijzers. Ook het bepalen van de OHW-positie vereist meer inspanningen dan in voorgaande jaren. In deze handreiking worden de belangrijkste onzekerheden benoemd die een rol spelen bij de uiteindelijk p * q omzet en worden tevens handreikingen gegeven voor het concretiseren van de onzekerheden.

¹ hetgeen niet perse het zelfde is als de gefactureerde opbrengsten resp. de opbrengsten in het kader van de opbrengstverrekening resp. omzet ter dekking van het schaduwbudget voor NZa-doeleinden



In de tweede fase worden de (schadelast)afspraken met verzekeraars geprojecteerd op de in de eerste fase vastgestelde omzet. Deze stap is noodzakelijk omdat de omzet 2012 voor de opbrengstverantwoording over een ander tijdvak gaat (kalenderjaar 2012) dan de (schadelast)afpraak met de verzekeraars (omzet behorende bij de in 2012 gestarte zorgproducten). Aangezien de afspraken met verzekeraars vaak het karakter hebben van een aanneemsom of een zorgkostenplafond, moet per verzekeraar veelal per component bekeken worden of de berekende omzet 2012 in de pas loopt met de gemaakte schadelastafspraken per component. De "projectie" van de schadelastafpraak op de berekende omzet kan aanleiding zijn voor creëren van een balanspost ter correctie van de omzet in de resultatenrekening wegens een afwijkende verwachte schadelast over boekjaar 2012. In deze handreiking worden de elementen benoemd en uitgewerkt die bij de projectie van de schadelastafpraak op de in fase 1 berekende omzet een rol spelen.

In de derde fase wordt het resultaat uit de eerste en de tweede fase gecombineerd en ingevuld in het transitie-model en het beheersmodel. De effecten van het transitie-model samen met de aangepaste omzet 2012 bepalen uiteindelijk de daadwerkelijke omzet 2012.

Met betrekking tot het MBI (Macrobeheersinstrument) ontbreekt het nu aan valide gegevens om een betrouwbare inschatting te maken of en in welke mate dit instrument wordt ingezet. Het is daarom niet mogelijk om in de jaarrekening 2012 hiervoor een voorziening op te nemen gegeven de reguliere verslaggevingseisen rond voorzieningen. Hierover dient een toelichting opgenomen te worden in de jaarrekening 2012 onder het hoofd 'niet uit de balans blijvende rechten en verplichtingen'.

De handreiking volgt het stappenplan zoals dat in de eerste werkconferentie is vastgesteld en geeft per stap weer welke informatie nodig is en hoe nog onbekende informatie kan worden vastgesteld. Getracht is om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de situaties die zich kunnen aandienen, maar het is onvermijdelijk - gezien de verscheidenheid aan afspraken en omstandigheden- dat zich situaties voordoen die niet overeenkomen met de voorbeelden in de handreiking. Daarom moet iedere zorgaanbieder ook altijd zorgvuldig de gemaakte afspraken en de specifieke eigen situatie interpreteren.

Ondanks het feit dat de complexiteit deels veroorzaakt wordt door de introductie van een nieuw producttyperingsstelsel, het beheersmodel voor de honoraria van de vrijgevestigd specialisten en het eenmalige overgangsmodel (transitie prestatiebekostiging) blijft een belangrijk deel van de genoemde knelpunten en de te zetten stappen ook in de komende jaren van toepassing omdat de verwachting is dat ook in de toekomst verzekeraars afspraken zullen maken over schadelastjaren, de transitie wellicht doorwerkt en er nog sprake blijft van een afzonderlijk honorariumbudget voor vrijgevestigd medisch specialisten. De uitdaging voor zorgaanbieders blijft ook in de toekomst om in de jaarrekening en de daarbij behorende omzetverantwoording de vertaling te maken van de gefactureerde productie en de gemaakte (schadelast)afspraken.

Ondanks het stappenplan blijft de berekening van de omzet 2012 en de vertaling daarvan naar elementen voor de berekening van het transitiebedrag omgeven met een aantal onzekerheden. Door het verstrijken

van de tijd verdwijnen sommige onzekerheden. Daarom hebben NVZ, NFU en ZN voorgesteld om te kiezen voor een voorlopige vaststelling van het transitiebedrag in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014. De opgaven voor de definitieve vaststelling moeten daarom uiterlijk 1 juni 2014 bij de NZa ingediend zijn. Dit betekent concreet dat in 2014 de volledige stap 8 opnieuw doorlopen moet worden en de definitieve transitieverantwoording (al dan niet geïntegreerd in de jaarrekening) moet worden voorzien van een controleverklaring van de accountant. Onderdeel van dit voorstel is dat verzekeraars de materiële controles dusdanig naar voren halen dat deze voor 1 mei 2014 afgerond zijn. De keuzes die de instelling gemaakt heeft bij de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag dienen in principe ook gevolgd te worden bij de definitieve vaststelling.

Op 7 februari 2013 hebben partijen besloten om het voorstel van NVZ, NFU en ZN over een voorlopige vaststelling van het transitiebedrag in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014 over te nemen.

De complexiteit van de bekostiging in de cure sector zorgt ervoor dat, zeker in de lopende transitiefase, in de diverse verantwoordingsdocumenten waaronder de jaarrekening een eenduidige, transparante, instellingsspecifieke toelichting moet worden opgenomen. Deze toelichting heeft onder meer betrekking op het verantwoorde onderhanden werk, afwikkeling van de FB financiering en de verantwoorde omzet waaronder het transitiebedrag (inclusief schaduwbudget). De toelichting heeft als functie dat gebruikers van deze informatie zich in het maatschappelijk verkeer een goed beeld kunnen vormen van de gehanteerde (waarderings)grondslagen, uitgangspunten en veronderstellingen die worden gehanteerd in de jaarrekening. Een en ander in lijn met de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving.

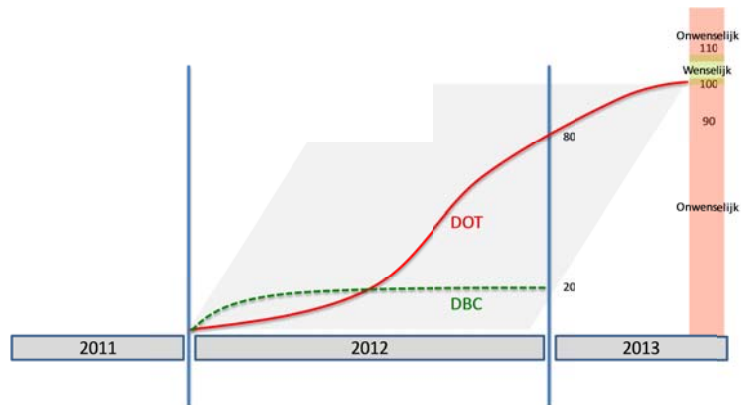
Het ministerie van VWS stuurt - na vaststelling in het bestuurlijk overleg bestuurlijk hoofdlijnen akkoord - een aanwijzingsbrief aan de NZa met het verzoek om de handreiking met een circulaire aan het veld aan te bieden. De handreiking biedt maximale duidelijkheid voor de op dit moment bekende knelpunten met betrekking tot de omzetbepaling. Daarnaast hebben partijen afgesproken dat onder voorzitterschap van het ministerie van VWS er frequent overleg plaatsvindt over de overige knelpunten waar zorgaanbieders en accountants bij het opstellen van de jaarrekening tegenaan lopen. Nieuwe knelpunten worden via de lijn van de accountantskantoren en brancheorganisaties in het overleg ingebracht

STAP 1 INVENTARISATIE CONTRACTAFSPRAKEN

Beschrijving

Zoals ook in de inleiding is aangegeven wordt de complexiteit van 2012 vooral bepaald door de introductie van een nieuw producttyperingssysteem (DOT), de aard van de afspraken met zorgverzekeraars en het vastgestelde overgangsmodel (het transitiemodel). Vanwege die complexiteit en de dynamische verhoudingen tussen de elementen, is het van belang dat er zicht is op wat de afspraken met verzekeraars zijn.

Het resultaat van deze eerste stap is een compleet en helder beeld van de afspraken met verzekeraars.



In bovenstaand plaatje wordt grafisch weergegeven welke elementen in kaart gebracht moeten worden.

In de meest eenvoudige (theoretische) situatie heeft de zorgaanbieder zijn producten zo geprijsd (dan wel de volumes zo gepland) dat het schaduw FB en de bijbehorende DOT omzet naadloos op elkaar aansluiten (transitiebedrag is nihil) én dat de uiteindelijk omzet ook aansluit bij de gemaakte schadelastafspraken en honorariumomzetplafond (ex post verrekening en afdracht niet nodig). Dit is een hypothetische situatie die bij geen enkel ziekenhuis zal voorkomen.

Om de feitelijke situatie vast te stellen moet helder zijn wat de afspraken zijn over het schaduw FB en wat de bilaterale afspraken zijn met verzekeraars.

Handreiking inventarisatie

Schaduw FB

Over het schaduw FB moet in kaart gebracht worden:

- de hoogte van het afgesproken bedrag;
- de opbouw hiervan: maat en getal van de onderliggende FB elementen;
- eventuele nacalculatie afspraken op onderdelen: bijvoorbeeld TNF-alfa remmers;
- overige nacalculatorische aspecten, waaronder kapitaallasten;

Speciale aandacht verdient de wijze waarop omgegaan wordt met de nacalculatie op de variabele parameters. De regelgeving van de NZa² stelt dat het schaduw FB maximaal vastgesteld wordt op basis van de gerealiseerde variabele FB parameters: in feite is er vanuit het oogpunt van de NZa geen sprake van nacalculatie, maar van het vaststellen van de aantallen FB parameters met als maximum de realisatie. In de praktijk blijkt dat er ziekenhuizen en verzekeraars zijn die afgesproken hebben het

² Beleidsregel transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), hoofdstuk 3

schaduw FB achteraf vast te stellen op basis van de realisatiecijfers (met een maximum), maar ook dat er ziekenhuizen en verzekeraars zijn die een vast bedrag zijn overeen gekomen voor het schaduw FB. Dit vaste bedrag is berekend op basis van afspraken over zowel de variabele als de (semi)vaste FB parameters. Dit knelpunt en de handreiking komt aan de orde bij stap 8: Nuancering transitie bepaling.

Bilaterale afspraken zorgaanbieder - verzekeraar

Bij het in kaart brengen van de bilaterale overeenkomsten met verzekeraars moeten de volgende elementen aan de orde komen:

- Aard van de afspraak:** Er zijn voor 2012 veelal drie soorten financiële afspraken gemaakt: aanneemsommen (een vast bedrag voor het totaal van de te leveren zorg), plafondafspraken (totaal bedrag dat als plafond gehanteerd wordt door de verzekeraar: een overschrijding wordt niet financieel gehonoreerd en een onderschrijding wordt niet aangevuld) en p*q afspraken (concrete afspraken over volumes en prijzen per DOT product: als het werkelijke volume van een product het afgesproken volume overschrijdt wordt het meerdere niet meer betaald). Het komt ook voor dat in één afspraak er sprake is van een combinatie van bovengenoemde afspraken. Het betreft bovendien veelal afspraken op basis van het schadelastjaar van de verzekeraar, soms per component verschillend (A versus B segment etc.);
- Kader van de afspraak:** De inhoudelijke begrenzing van de gemaakte afspraken: Heeft de afspraak betrekking op alleen het ziekenhuisdeel of ook het honorariumplafond? Ook komt voor dat delen uitgesloten worden: bijvoorbeeld eerstelijns fysiotherapie, mondheelkunde / kaakchirurgie;
- Substitutiemogelijkheden:** Het totale bedrag is opgebouwd uit verschillende segmenten: kosten ziekenhuis (eventueel gesplitst naar oud A en oud B omzet), honorarium, eerstelijns logopedie / fysiotherapie etc. Het is van belang te weten of er gesubstitueerd mag worden: mag een overschrijding in het ene segment gecompenseerd worden door een onderschrijding in een ander segment;
- Nacalculatie:** Zijn de bedragen definitief vastgesteld of zijn nacalculatie-afspraken gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om afspraken over nacalculatie op TNF Alfa remmers maar ook om afspraken over mutaties in het verzekerdenbestand of het marktaandeel;
- Opbouw van de bedragen:** Als er afspraken zijn gemaakt over nacalculatie of substitutie, moet helder zijn hoe de verschillende bedragen zijn opgebouwd en op basis waarvan ze muteren;

Met het in kaart brengen van deze elementen beschikt de zorgaanbieder over alle elementen van de gemaakte afspraken.

Voorbeeld casus stap 1:

Stap 1: Contractafspraken verzekeraars inzichtelijk maken

	Type contract	Kader	Substitutie	Nacalculatie	Opbouw bedragen	Afspraak
Verzekeraar 1	Anneemsom	Volledige schadelast, inc. poorthonorarium kaakchirurgie & honorarium vrijgevestigde MS	Volledig (geen schotten tussen segmenten)	Nee	nvt door ontbreken schotten	100
Verzekeraar 2	Plafond	Volledige schadelast, excl. fysiotherapie & honorarium vrijgevestigde MS	Geen substitutie tussen A en B-segment	Uitsluitend TNF-a remmers	A = 60 B = 37 TNF-a = 3	100

STAP 2: OPZETTEN MODEL SCHADELAST PROGNOSE

Beschrijving

Naast het helder krijgen van de afspraken moet de instelling zicht krijgen op de huidige situatie en de verwachte finale schadelast. Hierdoor kan de zorgaanbieder een dreigende "misser" tijdig signaleren en bijsturen om op het doel te belanden.

De complexe situatie in 2012 met én een schadelastafspraken én een transitie-model en een beheersmodel heeft tot gevolg dat er in 2012 drie 'doelen' in de gaten gehouden worden. Het prognosemodel moet daarop ingericht zijn. Allereerst moet de zorgaanbieder zicht hebben op het schaduw FB: wat is de verwachte waarde over 2012 en wat zijn de bijbehorende opbrengsten. Daarnaast moet de zorgaanbieder zicht hebben op de te verwachten schadelast 2012 en hoe die zich verhoudt tot de gemaakte afspraken. Bovendien moet de zorgaanbieder het omzetplafond in de gaten houden. Afhankelijk van de gemaakte afspraken (welke segmenten worden onderscheiden, wat zijn de afspraken over substitutie, et cetera) is de schadelastprognose meer- of minder gedetailleerd van opzet en worden de verwachtingen verder uitgesplitst. Het zicht op het tweede doel - de schadelast 2012 - kan invloed hebben op de mate van dekking van het schaduw FB (zie ook stap 7: Nuancering omzet in relatie tot de schadelastafspraken).

Na vaststelling van de handreiking in het bestuurlijk overleg bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van 7 februari 2013 zal de NZa in een circulaire aan het veld kenbaar maken dat zij de handreiking onderschrijft en zal zij tevens een verwijzing naar de handreiking opnemen in de controleprotocollen.

De uitdaging is het bouwen van het prognosemodel. Op welke manier kan op basis van de huidige cijfers een goede voorspelling gemaakt worden van:

- a) de waarde ultimo 2012 (schaduw FB);
- b) de waarde ultimo 2013 (totale schadelast);

Het ontbreken van voldoende historische gegevens en het niet (goed) registreren van het verwachte zorgproduct maakt dat de prognose niet direct kan worden afgeleid uit de registratie. Het maken van een prognose is onder randvoorwaarden wel mogelijk. Naarmate het jaar 2013 vordert nemen de onzekerheidsmarges over 2012 verder af, omdat een deel van de openstaande trajecten inmiddels is afgesloten zodat het relatieve aandeel van het schattingselement afneemt. Aangezien de jaarrekening wordt opgesteld rond het eerste kwartaal van het volgende jaar neemt de onzekerheid over de te verwachten schadelast af in de loop van 2013.

Handreiking prognosemodel

Het staat instellingen vrij een prognosemodel te kiezen. In de jaarrekeningen moet helder worden toegelicht wat de achterliggende uitgangspunten zijn. Vanzelfsprekend dient het totale model compliant te zijn aan de regeling jaarverslaggeving.

Een in de praktijk werkbaar model is om bij de prognose bijvoorbeeld te werken met zogenaamde fractietabellen. Op basis van de combinatie specialisme, zorgtype en diagnoses kan op basis van historische gegevens een voorspelling gemaakt worden van wat de uiteindelijke DOT producten zullen zijn van de openstaande trajecten. De onzekerheid van deze voorspelling neemt af naarmate meer historische gegevens bekend zijn. Het prognosemodel kan nog verder verfijnd worden door rekening te houden met de periode dat een product openstaat of door de al uitgevoerde verrichtingen te betrekken bij de voorspelling.

Vanaf afspraakjaar 2013 is er naar de huidige inzichten geen sprake meer van een nieuw bepaald transitie-model. Het beheersmodel loopt nog tot en met 2014. Daarna kan volstaan worden met het inzichtelijk maken van de prognose van de totale schadelast. Voordeel in 2013 is bovendien dat zorgaanbieders een jaar ervaring hebben opgebouwd met de productie en registratie van DOT producten en dit kunnen betrekken bij de ontwikkeling van het prognosemodel voor 2013.

Op basis van het prognosemodel kan een raming gemaakt worden van de totale schadelast (verwachte zorgproducten * prijsafspraken) en van het schaduw FB. Dit laatste geschiedt door de parameters behorende bij de openstaande trajecten op basis van het gekozen prognosemodel aan een segment toe te wijzen.

Een specifiek punt bij het opstellen van een prognose van de verwachte schadelast betreft het openen van vervolg trajecten. Deze worden met terugwerkende kracht aangesloten op het reeds afgesloten subtraject waarop het vervolgtraject betrekking heeft. Veel ziekenhuizen anticiperen hierop door direct na het afsluiten van specifieke trajecten een vervolgtraject te starten. In de extrapolatie dient er rekening mee gehouden te worden dat een aanzienlijk deel van deze trajecten nooit tot een daadwerkelijk vervolgtraject zal leiden.

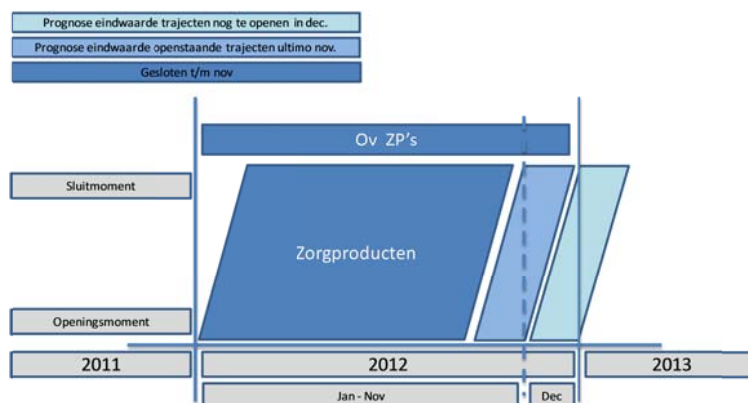
Voorbeeld casus stap 2:

Stap 2: Monitor opstellen voor de prognose van de schadelast

	Totale prognose schadelast	Gesloten t/m nov	Prognose eindwaarde openstaande trajecten ultimo nov.	Prognose eindwaarde trajecten nog te openen in dec.	Totaal
Verzekeraar 1	volledig, incl poorthonorarium kaakchirurgie	€ 80,0	€ 20,0	€ 10,0	€ 110,0
	Onderdelen die buiten kader vallen		nvt voor dit voorbeeld		
	Onderverdeling schotten in prognose		nvt voor dit voorbeeld		
	Nacalculerbare onderdelen in prognose		nvt voor dit voorbeeld		
Totaal		€ 80,0	€ 20,0	€ 10,0	€ 110,0

NB: Bovenstaande monitor geeft voorbeelduitkomsten weer voor prognose op peilmoment eind november
Het rekenvoorbeeld in deze handreiking gaat uit van 1 verzekeraar

Figuur casus stap 2:



STAP 3: BIJSTELLEN PRIJSAFSPRAKEN

Beschrijving

Het resultaat van stap 2 is dat de zorgaanbieder zicht heeft op mate waarin de (financiële) doelen met betrekking tot het schaduw FB en de bilaterale afspraken met de verzekeraars gerealiseerd worden. Naar aanleiding van de uitkomsten kan het noodzakelijk zijn bij te sturen zodat de gewenste doelen gerealiseerd worden.

Handreiking bijstelling prijsafspraken

Één van de mogelijkheden tot ingrijpen is het aanpassen van de prijzen. Indien een onderschrijding dreigt dan kunnen de prijzen verhoogd worden en bij een overdekking kunnen de prijzen verlaagd worden. Over een aanpassing van de prijzen moet altijd overeenstemming bereikt worden met een verzekeraar, een eenzijdige aanpassing van de tarieven leidt slechts tot een afwijzing van facturen.

Gezien de regelgeving met betrekking tot de prijsvorming van de DOT producten³ kunnen in het zogenaamde vrije segment de prijzen zowel naar boven als naar beneden worden bijgesteld. In het gereguleerde segment zijn er maximumtarieven en is alleen een vrije aanpassing naar beneden mogelijk, naar boven slechts tot het maximum. Voor de specialistenhonoraria geldt dat zowel voor de poortspecialismen als voor de ondersteunende specialismen sprake is van maximumtarieven zodat alleen een neerwaartse aanpassing geheel vrij is, een aanpassing naar boven is alleen tot het maximum mogelijk. Echter het volume (de q) van de ondersteuners is in het vrije segment vrij onderhandelbaar waardoor hier een aanpassing naar boven mogelijk is.

Er zijn wel beperkingen bij het aanpassen van de tarieven. Een aanzienlijke tariefsaanpassing kan leiden tot complexe - juridische discussies - met de toezichthouders, verzekeraars en verzekerden. De aanpassing van de tarieven is niet primair gebaseerd op onderliggende kosten maar op het al dan niet realiseren van een totaal afspraak en dat maakt een tariefsaanpassing moeilijk uitlegbaar en te onderbouwen. Ook aan individueel verzekerden met een eigen risico is een tussentijdse tariefswijziging moeilijk uitlegbaar. Een praktisch bezwaar tenslotte tegen het doorvoeren van tariefswijzigingen is dat het invoeren van nieuwe tarieven aan beide kanten (zorgaanbieder en zorgverzekeraar) een intensieve en foutgevoelige operatie is die kan leiden tot ongewenste vertragingen in het declaratieverkeer. Ook is inmiddels bekend geworden dat - hoewel technisch mogelijk - er een aantal verzekeraars is dat niet met terugwerkende kracht de overeengekomen tarieven willen aanpassen.

Kortom, het is technisch mogelijk om via wijzigingen in de tarieven de uitkomsten beter bij de doelen te laten aansluiten. Dit gaat echter gepaard met aanzienlijke inspanningen en is niet met alle verzekeraars bespreekbaar. Dit benadrukt tegelijkertijd het belang van een goede schadelastprognose zodat tijdig bijgestuurd kan worden.

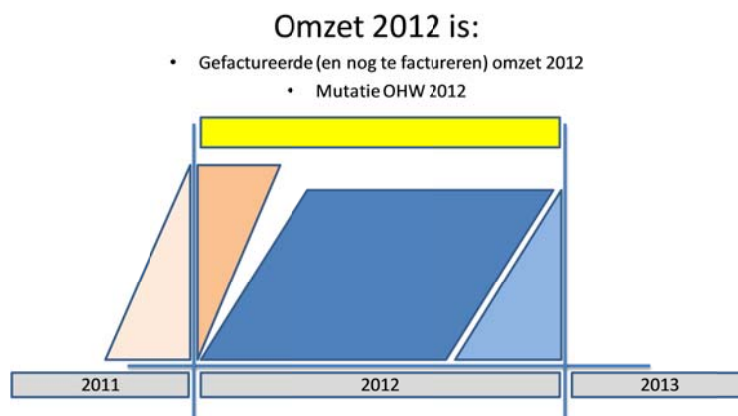
Verrekening van verschillen middels een totaalbedrag in één keer behoort tot de mogelijkheden. De NZa heeft aangegeven dat hiervoor geen WMG zorgprestatie wordt vastgesteld aangezien dit een civielrechtelijke aangelegenheid is. In de jaarrekening zal een vordering of schuld in een nader te duiden balanspost tot uitdrukking dienen te komen indien via een prijsaanpassing na afloop van het jaar of anderszins deze verschillen niet opgelost zijn. In stap 7 komt deze verrekening in één keer, terug.

³ Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2081 of de opvolger hiervan), artikel 17;

STAP 4: BASIS OMZETBEPALING

Beschrijving

Nadat de afspraken in kaart gebracht zijn (stap één tot en met drie) wordt de eerste aanzet gemaakt voor de berekening van de omzet voor de jaarrekening. In deze stap volgt de zorgaanbieder de meest eenvoudige methode: $p * q$. Met andere woorden: Wat zou de omzet zijn als er voor alle verzekeraars sprake is van een $p * q$ afspraak (eigenlijk alleen een p benadering omdat een beperking vanwege het volume buiten beschouwing wordt gelaten). De omzet is dan gelijk aan de uitgevoerde zorgproducten (gefactureerd en nog te factureren) en de mutatie OHW. Ook de niet-gecontracteerde zorg maakt onderdeel uit van de hier gebruikte omzetdefinitie. De noodzakelijke nuancerings hierop met betrekking tot controles op evt. onjuiste declaraties en de kaders van de gemaakte afspraken (plafonds en aanneemsommen etc.) komen zoals in de inleiding geschetst in de vervolgstappen aan de orde.



Deze berekening lijkt eenvoudig. In de werkconferentie zijn verschillende knelpunten benoemd. In deze stap worden de benoemde knelpunten beschreven en oplossingsrichtingen benoemd.

De NZa beleidsregel⁴ betreft in de omzet ook de 'gesloten en niet gefactureerde DBC zorgproducten'⁵: de regel gaat uit van DBC zorgproducten die 'in rekening worden gebracht, hadden kunnen worden gebracht, zullen kunnen worden gebracht'. De beleidsregel stelt tevens dat 'voor de bepaling van de omzetcomponenten genoemd in het artikel (omzet uit prestatiebekostiging) wordt aangesloten bij de jaarrekening van de instelling'.

De NZa definieert het onderhanden werk als 'de openstaande zorgproducten waarvoor nog geen tarief in rekening is gebracht'⁶. Hieruit blijkt dat de gesloten zorgproducten niet tot het onderhanden werk kunnen worden gerekend.

Wat als er geen prijsafspraken zijn tussen een zorgaanbieder en een verzekeraar?

Beschrijving

Het komt voor dat een zorgaanbieder geen prijsafspraken heeft, maar wel overeenstemming heeft over een totaal bedrag (dat kan een aanneemsom zijn of een plafond). In deze situatie dient de zorgaanbieder een consistente lijn te volgen met betrekking tot de waardering van het onderhanden werk (OHW). Verderop in dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de vraag of toepassing van een consistente methode

⁴ Beleidsregel transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 2.1

⁵ Dit geldt ook voor addons en overige zorgproducten;

⁶ Regeling transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233 of de opvolger hiervan).

mogelijk is.

Vervolgens moeten de opbrengsten met de gemaakte schadelastafspraken worden vertaald naar een omzet voor jaar t en voor jaar t+1. Hoe dit kan worden vormgegeven, wordt besproken in stap 7: Nuancering omzet in relatie tot schadelastafspraken.

Het is ook mogelijk dat er in zijn geheel nog geen overeenstemming is met verzekeraars over een totaalbedrag. In dat geval is het niet mogelijk om de opbrengstwaarde van de geleverde zorgproducten te bepalen en omzet te verantwoorden.

Is een consistente toepassing van de OHW berekening voor het ziekenhuis mogelijk?

Beschrijving

Een belangrijk element uit de omzetbepaling is de berekening van het onderhanden werk (OHW). Daar in 2012 de stap is gemaakt naar volledige prestatiebekostiging, neemt het belang hiervan toe, omdat het over de volledige omzet gaat en ook direct effect heeft op het jaarresultaat (tot 2012 had alleen het deel over het vrije B-segment - ca 30% - effect op het resultaat en beïnvloedde het A-segment deel van het OHW alleen de balanspost 'nog in tarieven te verrekenen')⁷.

Voor 2012 moet op grond van de RJ waar mogelijk een consistente lijn gevolgd worden bij de te hanteren methode voor de OHW berekening voor de jaarrekening. Het transitie-model zoals dat door de NZa is vastgesteld schrijft eveneens voor dat een consistente lijn gevolgd moet worden door voor de hoogte van het OHW naar de jaarrekening te verwijzen⁸. Dus de toegepaste methode voor OHW bepaling voor de jaarrekening en voor het transitie-model, maar ook voor het beheersmodel, zijn gelijk aan de toegepaste methode in de voorgaande jaren. Voor het beheersmodel loopt deze voorwaarde ook nog door in 2013 en 2014.

Tot het onderhanden werk worden gerekend al die trajecten die nog niet zijn afgesloten per balansdatum. De reeds gesloten trajecten die nog niet zijn gefactureerd worden ondergebracht in "Gesloten maar nog niet gefactureerd" onder de vorderingen.

Het moment van moeten sluiten van een zorgtraject gegeven de landelijk afsluitregels is bepalend voor de toewijzing aan "gesloten maar nog niet gefactureerd" en niet het moment van 'grouperen'. Voor het nog te grouperen deel van de post nog te factureren is het uiteraard van belang met mogelijke grouperuitval rekening te houden in de waardering van deze post.

In de praktijk worden de volgende methodes voor OHW bepaling (uniek of in combinatie) gebruikt:

- 1) OHW bepaling op basis van de kostprijs van zorgactiviteiten behorend tot openstaande zorgproducten per balansdatum. Uiteraard is het in dit kader van belang rekening te houden met de verslaggevingsregeling die voorschrijven om de waardering te toetsen op een mogelijk lagere marktwaarde⁹;
- 2) OHW bepaling op basis van het tussentijds afgeleide product (huidige opbrengstwaarde);
- 3) OHW bepaling op basis van de te verwachten eindproducten (verwachte opbrengstwaarde).

⁷ De NZa geeft aan dat een consistente lijn gevolgd moet worden (circulaire CI/11/28c d.d. 1 september 2011) ten aanzien van de waardering van het onderhanden werk maar zijn er geen beperkingen aan de te hanteren methodiek opgelegd. Tevens geeft de NZa aan dat zij zich conformeert aan de cijfers zoals die in de jaarrekening zijn opgenomen mits deze voorzien is van een controleverklaring.

⁸ Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 2.1

⁹ De hiervoor vermelde consistentie is niet langer van toepassing als door de wijzigingen in de RJ en de introductie van DOT een betrouwbare inschatting van de marge kunt maken. Dan moet overgestapt worden naar methode 2 of 3. Hiermee wordt voorzien in een consistente omzetbepaling;

Handreiking

Ad 1. Kostenmethode

In de kostenmethode wordt de waarde van de zorgactiviteiten die gekoppeld zijn aan de openstaande trajecten als uitgangspunt genomen: deze kosten worden dan in zijn geheel of een percentage hiervan als OHW opgenomen. Deze methode is in het DOT tijdperk toepasbaar en uitvoerbaar op dezelfde manier als in het DBC tijdperk. Bij de kostenmethode zijn er inhoudelijk geen problemen om een consistente methodiek te hanteren, anders dan wellicht het beschikken over adequate en actuele eigen kostprijzen terzake en de wijze van omgang met ongekoppelde verrichtingen (conform in 2011).

Indien een zorgaanbieder in het verleden rekening hield met voorzienbare verliezen in de waardering bij (bepaalde groepen van) DBC's - bijvoorbeeld door niet 100% maar een deel van de kosten als opbrengsten aan te merken - dan moet dit vertaald worden naar de OHW bepaling onder de huidige DOT-systematiek voor 2012.

Voorbeeld

Ziekenhuis A heeft op 31 december 2012 10.000 openstaande trajecten. De hierbij behorende verrichtingen maal de kostprijs komt uit op een totaal bedrag van € 1.500.000.

Als het ziekenhuis 100% hiervan neemt als OHW, dan bedraagt het OHW eind 2012 € 1.500.000 miljoen.

*Als het ziekenhuis uitgaat van 90% - bijvoorbeeld omdat bij een deel van de producten de uiteindelijke kosten per product hoger zijn dan de opbrengsten per product - dan bedraagt het OHW eind 2012 € 1.500.000 * 90% = € 1.350.000. Het verschil, € 150.000, wordt verwerkt middels een voorziening op het OHW.*

Overigens dient hierbij tevens een controle plaats te vinden op de verkoopprijs: indien de kostprijs van de verrichtingen hoger is dan de verwachte verkoopprijs moet in dat geval voor het OHW de verkoopprijs gebruikt worden.

Ad 2. Afgeleid product

Bij deze methode wordt berekend wat de omzetwaarde van het product is als het product gegeven de gerealiseerde verrichtingen / zorgactiviteiten op het moment van bepaling van het OHW ook daadwerkelijk wordt afgesloten. Ook deze methode is in het DOT tijdperk toepasbaar en er zijn verschillende manieren om de waarde hiervan te bepalen: reguliere grouper, OHW grouper of een eigen grouper.

Als deze methode gehanteerd wordt, moet een zorgaanbieder een standpunt innemen over hoe uitval-producten worden gewaardeerd. De enige methoden om uitval te waarderen zijn de kostenmethode (toegepast op de verrichtingen gekoppeld aan het zorgtraject) en een methode op basis van het verwachte eindproduct (verwacht zorgproduct). In tweede instantie moet bepaald worden welk deel van de uitval alsnog daadwerkelijk tot facturatie kan leiden. Deze 'uitval'-omzet wordt (voorzover het terecht reeds afgesloten producten betreft) ondergebracht in "reeds gesloten maar nog te factureren" onder de vorderingen. Onterecht gesloten producten resp. ongekoppelde verrichtingen behoren, voorzover hier waarde aan toegekend kan worden, tot het OHW.

Voorbeeld

*Ziekenhuis A heeft op 31 december 2012 10.000 openstaande trajecten. Als de trajecten op 31 december zouden zijn afgesloten is de facturatiewaarde - afgeleid DOT product * prijsafspraken - € 1.450.000. Maar hierin zitten 1.000 producten die tot uitval leiden en dus geen facturatiewaarde opleveren. Op basis van de kostenmethode is de waarde van de uitvalproducten € 100.000.*

*Op basis van een analyse besluit Ziekenhuis A dat 90% van de uitvalproducten alsnog tot een factuur zal leiden. Gevolg hiervan is dat het OHW voor dit ziekenhuis gelijk is aan € 1.450.000 en dat aan "gesloten maar nog te factureren" een bedrag van 90% * € 100.000 = € 90.000 wordt toegevoegd.*

Ad 3. Verwacht eindproduct

In deze methode wordt (een percentage, gegeven de ingeschatte realisatie) van de verwachte eindopbrengst gebruikt voor de berekening van het OHW.

Door de wijzigingen in de productstructuur (afleiden in plaats van typeren) ontbreekt de informatie die hiervoor noodzakelijk is tenzij ziekenhuizen individueel hebben besloten hier zelf een registratie van bij te houden. Tot 2012 typeerde de medisch specialist landelijk verplicht het eindproduct dat hij/zij dacht te gaan leveren en vanaf 2012 typeert de medisch specialist alleen de diagnose en wordt na afloop van het traject automatisch afgeleid - diagnose plus uitgevoerde zorgactiviteiten - wat het geleverde product is.

De ontbrekende informatie - het eindproduct - kan op verschillende manieren ingevuld worden:

- a) **Registratie verwacht zorgproduct:** Er zijn zorgaanbieders die ondanks dat het technisch niet noodzakelijk is voor facturatie, toch een verwacht zorgproduct registreren. Onder andere om te toetsen of de grouperafleiding juist is en of dus de zorgactiviteiten juist, volledig en tijdig geregistreerd zijn. De ziekenhuizen die hierover beschikken kunnen deze informatie, indien de registratie hiervan betrouwbaar is, gebruiken. De zorginstelling dient bij het hanteren van deze registratie kritisch te zijn op de juistheid en actualiteit van het geregistreerde verwachtte zorgproduct.
- b) **Prognosemodel:** Een alternatief is een prognose te maken van de eindproducten waarin de op het peilmoment openstaande trajecten zullen eindigen. Zoals in stap 2 (Verwachte schadelastprognose opstellen) is beschreven, kan een zorgaanbieder een fractietabel maken waarin op basis van zorgtype, specialisme en diagnose een splitsing gemaakt wordt naar de te verwachten eindproducten. Een dergelijke model moet zorgaanbieder specifiek worden opgesteld.

De onzekerheidsmarge van prognosemodellen kan worden gereduceerd door rekening te houden met meerdere factoren (periode dat een traject openstaat, reeds uitgevoerde verrichtingen) en / of meer gegevens (langere historie). Tenslotte helpt ook de tijd om de onzekerheidsmarges te reduceren: de opbrengstverantwoording voor de jaarrekening jaar t wordt in jaar t+1 vastgesteld: de openstaande trajecten van jaar t zijn deels afgesloten op het moment dat de definitieve OHW bepaald wordt in t +1.

In deze (verwachte eindproduct) methode nemen zorgaanbieders een bepaald percentage van de verwachte eindwaarde (bijvoorbeeld 50%) als waarde voor het OHW. De systeemwijziging in de producttyperingsstructuur (veranderde doorlooptijden, automatische afsluitregels) kan aanleiding zijn om dit percentage zonodig lokaal te herzien.

Bij de prognoses van de te verwachten eindwaarde moet er zeker aandacht zijn voor de wijze waarop 'automatisch' geopende vervolgetrajecten (de trajecten met zorgtype 21) worden gewaardeerd. Omdat deze automatisch geopend worden en niet in alle gevallen tot een daadwerkelijk zorgproduct leiden, zal dit zonder correctie leiden tot een te hoge voorspelling van de te verwachten schadelast.

Voorbeeld

Ziekenhuis A heeft op 31 december 2012 10.000 openstaande trajecten. De verwachte eindwaarde van de openstaande trajecten bedraagt € 3.400.000. Maar er zijn 1.000 producten die tot uitval leiden en bovendien is bekend dat slechts 75% van alle initieel geopende 21-trajecten tot een declarabel product leiden. De totale kosten van de uitvalproducten bedragen € 100.000 en de 21-trajecten hebben een - ongecorrigeerde - eindwaarde van € 500.000.

*Het OHW eind 2012 is gelijk aan de verwachte eindwaarde * percentage -/- correctie vervolgetrajecten plus een percentage van de uitvalkosten.*

*Aansluitend bij het vorige voorbeeld zou het OHW voor dit ziekenhuis zijn: € 3.400.000 * 50% -/- (25% * 500.000) + (90% * € 100.000) = € 1.665.000.*

Concluderend kan gesteld worden dat de gebruikte methodes voor de OHW bepaling in essentie ook in het DOT tijdperk toepasbaar zijn, dat betekent dat er geen technische belemmeringen zijn om een consistente methodiek voor de waardering van OHW toe te passen. Wel moet bij een aantal methodes formules ontwikkeld worden om de ontbrekende informatie te bepalen en kan er aanleiding zijn om eerdere keuzes (bijvoorbeeld met betrekking tot het percentage van de eindwaarde dat gebruikt wordt voor de OHW bepaling) te herzien.

Is een consistente toepassing van de OHW berekening voor de honoraria mogelijk?

Voor een consistente toepassing van de OHW berekening voor de honoraria verdient het de voorkeur aan te sluiten bij de wijze waarop het OHW is berekend bij de honorariaopgave 2007-2009 in de voorbereiding van het beheersmodel. Deze opgave is voorgeschreven in de NZa regeling NR/CU-203. In bijlage 2 van deze regeling (definities) is ten aanzien van het OHW het volgende bepaald:

“Onderhanden werk

Het onderhanden werk betreft de honorariumwaarde van de openstaande DBC's voor het A- en B-segment. Voor beide segmenten dient rekening gehouden te worden met een gereedheidspercentage van 50, waarmee de waardering tegen 50% van het honorarium van de afgesloten DBC kan worden meegenomen. Indien het voor de instelling niet mogelijk is het onderhanden werk op de hierboven opgenomen wijze te bepalen, dan kan voor de waardering van het onderhanden werk aansluiting worden gezocht bij de relatieve verhouding tussen de totale honorariumopbrengsten van de specialisten in dat jaar en de totale omzet van de instelling zoals verantwoord in de jaarrekening in het betreffende jaar.”

Indien er gemotiveerd kan worden dat bovenstaande voorkeursmethodes niet werkbaar zijn voor de zorgaanbieder, zijn de volgende terugvalopties denkbaar:

1. Productiewaarde
2. Verwacht zorgproduct

Handreiking

Ad 1. Productiewaarde

De OHW Grouper bepaalt op basis van een afleiding in de DOT boomstructuur de productiewaarde van het onderhanden werk. Hierbij worden de nog openstaande zorgtrajecten (op de peildatum) i.c.m. de uitgevoerde zorgactiviteiten (uitgevoerd vóór de peildatum) afgeleid in de Grouper tot een DOT zorgproduct. In combinatie met een honorariumtarief wordt dan het OHW bepaald.

Ad 2. Verwacht zorgproduct

In enkele ziekenhuizen legt de medisch specialist het verwacht zorgproduct vast. In combinatie met een verwacht percentage voltooid en een honorariumtarief wordt dan het OHW bepaald. Het verwacht percentage voltooid is een redelijk arbitrair gegeven. Vaak werd gebruik gemaakt van 50/50. Inmiddels is te verdedigen om een percentage richting 65/35 te hanteren. DOT heeft immers in het algemeen een andere doorlooptijd dan DBC. Hierdoor is het zwaartepunt meer naar het begin van de trajecten geschoven.

Op welke wijze kan het OHW worden toegewezen aan de onderscheiden segmenten?

Beschrijving

Tenslotte is het in 2012 noodzakelijk dat het OHW gesplitst wordt naar een oud A en een oud B segment omdat deze informatie noodzakelijk is voor het transitie-model (en soms ook voor de confrontatie met componenten in afspraken met verzekeraars). Los van het prognosemodel (optie 3) moeten de zorgaanbieders dus een methodiek bedenken op basis waarvan de openstaande trajecten - en het OHW -

toegerekend kunnen worden naar het A en het B-segment.

Handreiking toerekening OHW naar segment

Als het ziekenhuis gebruikt maakt van de kostenmethode kan gebruik gemaakt worden van de fractietabel. Hierbij wordt op basis van kenmerken als specialisme, diagnose en zorgtype een percentage berekend - specifiek voor die zorgaanbieder - van het aantal DOT producten dat in het oude A-segment en in het oude B-segment terecht komt. Deze benadering biedt een goede basis voor de toewijzing van de parameters en kan ook gebruikt worden voor de berekening of toewijzen van het OHW aan de segmenten door op trajectniveau te kijken wat het aandeel is dat eindigt in het A-segment en het aandeel is dat eindigt in het B-segment.

Voorbeeld:

In de fractietabel staat dat de combinatie van zorgtype x, specialisme y en diagnose z uiteindelijk 40% van de zorgproducten eindigt als een segment A product en 60% als segment B.

*Bij de kostenmethode bedraagt het OHW voor zorgtype x, specialisme y en diagnose z op basis van de uitgevoerde zorgactiviteiten en de kostprijzen € 10.000. Dat zou betekenen dat € 4.000 (40% * € 10.000) toegedeeld wordt aan segment A en € 6.000 (60% * € 10.000) aan segment B.*

Als het ziekenhuis kiest voor het tussentijds afleiden van het zorgproduct, kan de segmentindeling 2012 zoals die door de NZa is vastgesteld¹⁰ als uitgangspunt gebruikt worden.

Voorbeeld casus stap 4:

Segment	Onderdelen	Omzet in facturatie	OHW Start 2012	OHW ultimo 2012	OHW mutatie	Basis omzet incl. OHW mutatie
A-segment	DBC A + loondienst	€ 19,0	€ 4,0	€ -	€ 4,0	
	DOT A + B-nieuw + OZP + loondienst	€ 55,0	€ -	€ 8,0	€ 8,0	
	<i>Subtotaal</i>	€ 74,0			€ 4,0	
B-segment	DBC B-oud	€ 11,0	€ 2,0	€ -	€ 2,0	
	DOT B-oud	€ 25,0	€ -	€ 3,0	€ 3,0	
	<i>Subtotaal</i>	€ 36,0			€ 1,0	
Totaal		€ 110,0			€ 5,0	€ 115,0

¹⁰ De segmentindeling is vastgesteld in beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), die in artikel 10 verwijst naar de bijlage (nr 1) van de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2081 of de opvolger hiervan).

STAP 5: VASTSTELLEN DEFINITIEVE VERWACHTE SCHADELAST 2012

Beschrijving

In stap 4 is de omzet berekend, gebaseerd op het uitgangspunt dat alle producten die geleverd zijn (of geleverd worden) één op één een opbrengst genereren conform de gemaakte prijsafspraken. Om twee redenen moeten deze resultaten nog nader bekeken / genuanceerd worden:

- a) de afspraken hebben vaak het karakter van een aanneemsom of een plafond, soms gecombineerd met $p * q$ afspraken over deelsegmenten resp. componenten;
- b) de afspraken hebben veelal betrekking op een schadelastjaar (alle producten gestart in jaar t) in plaats van op een boekjaar (de gesloten producten in jaar t + mutatie OHW);

Daarom moet van de in stap 4 berekende omzet onderzocht worden of deze 'past' binnen de totaal gemaakte (schadelast)afspraken met de verzekeraar. Als dit niet past, moet een correctie op de berekende omzet aangebracht worden zodat de juiste omzet in de resultatenrekening wordt geboekt. Indien de omzet initieel geboekt was op basis van gefactureerde omzet op basis van soms fictieve tarieven, dan was deze in feite dus niet correct. Bij een aanneemsom is de relatie tussen het geleverde product en het in rekening gebrachte bedrag 'doorgeknipt' en worden tarieven gebruikt om de afgesproken aanneemsom te innen (zie ook de verpleegdagtarieven uit het pré-DBC tijdperk).

Bij een plafond is deze relatie niet per se doorgeknipt maar moet bij een verwachte overschrijding van de gemaakte schadelastafspraken in lopende exploitatiejaar wel rekening gehouden worden met een correctie op de omzet. Als de prognose wijst op een overschrijding van het plafond is de afspraak feitelijk te beschouwen als een aanneemsom.

Handreiking

In het begin van jaar t+1 moet daarom per verzekeraar een definitieve verwachte schadelast bepaald worden. Hierin is opgenomen wat de te verwachten schadelast (vanuit jaar t) is. Afhankelijk van de aard en de inhoud van de gemaakte afspraken (resultaat van stap 1) moet deze schadelastprognose meer of minder gedifferentieerd worden: uitsplitsing naar segment A en segment B etc. Zoals in stap 2 beschreven is het opstellen van een schadelastprognose mogelijk. Ook de tijd helpt om de onzekerheidsmarges te reduceren. Immers een deel van de onzekerheid is weggenomen omdat de openstaande trajecten inmiddels zijn afgesloten. De hoeveel informatie om de prognose op te baseren neemt dan toe.

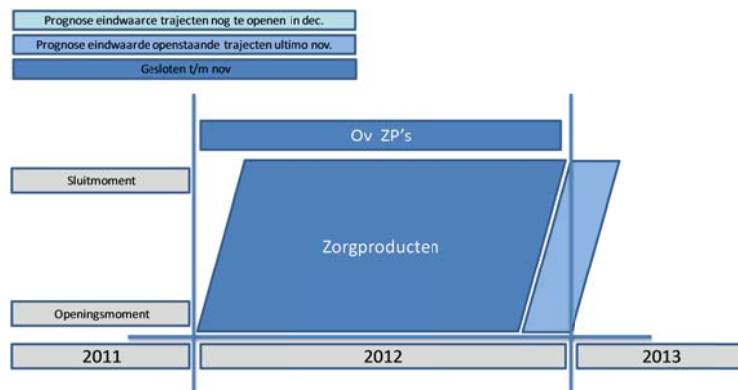
In stap 7 worden de resultaten van de omzetbepaling (stap 4), de monitor (stap 5) en aanpassingen op de berekende omzet (stap 6) gecombineerd om dan te bezien of een aanpassing noodzakelijk is op berekende omzet en welke omvang deze aanpassing heeft.

Voorbeeld casus stap 5:

	Totale prognose schadelast	Gesloten t/m dec.	Prognose eindwaarde openstaande trajecten ultimo dec.	Totaal
Verzekeraar 1	A-segment, incl. poorthonorarium kaakchirurgie	€ 55,0	€ 18,0	€ 73,0
	B-segment	€ 25,0	€ 12,0	€ 37,0
Totaal		€ 80,0	€ 30,0	€ 110,0

NB: Ultimo december is geen sprake meer van nog te openen trajecten, zoals beschreven in stap 2

Figuur casus stap 5:



STAP 6: NUANCERING GEFACTUREERDE OMZET

Beschrijving

Op de in stap 4 vastgestelde gefactureerde omzet over jaar t moeten aanpassingen worden doorgevoerd omdat er na 2012 controles uitgevoerd worden door verzekeraars die ertoe kunnen leiden dat een deel van de gefactureerde omzet afgewezen wordt dan wel gecorrigeerd moet worden. Vanwege het overgangsjaar én het bijzondere karakter van aanneemsommen resp. plafonds, verdient het aanbeveling om de te verwachte effecten van deze controles over 2012 al in de omzetbepaling 2012 te verwerken. Het alleen in latere jaarrekeningen verwerken van deze controles kan leiden tot onvoorziene financiële knelpunten over 2012. De NZa heeft in haar regelgeving opgenomen welke omzetcomponenten mee worden genomen in de berekening van het transitiebedrag¹¹. Hieruit blijkt dat correcties op de omzet 2011 (of eerder) niet meelopen in de omzet die wordt betrokken in de berekening van het transitiebedrag. Voor 2012 wordt uitgegaan van DBC-zorgproducten die 'in rekening worden gebracht, hadden kunnen worden gebracht, of zullen kunnen worden gebracht'¹². Correcties op deze omzet 2012 moeten dus wel meelopen in de omzet.

Ten aanzien van correcties op de overloop DBC's 2011-2012 is in de werkconferentie een keuze gemaakt: Effecten van achterafcontroles op trajecten geopend voor 2012 (waaronder de overloop DBC's 2011-2012) maken geen onderdeel uit van de omzet van het transitiemodel. Deze dienen in de jaarrekening te worden verwerkt in de post 'nog in tarieven te verrekenen', aangezien dit de afwikkeling van de FB-systematiek betreft en via de opbrengstverrekening wordt afgehandeld. De NZa zal nog communiceren over de wijze waarop de finale afrekening van het FB-systeem wordt uitgevoerd. Onderstaand worden de belangrijkste controles of knelpunten benoemd en wordt een handreiking gedaan hoe de omvang van het bedrag bepaald kan worden.

Een eventuele correctie die samenhangt met de - nog uit te voeren controles over 2012 in 2013 - moet via een balanspost als correctie op de omzet verwerkt worden en niet via een reservering of voorziening ten laste van de kosten.

Gezien de verscheidenheid van de gemaakte afspraken moeten onderstaande stappen nadrukkelijk worden beschouwd in het licht van de lokaal met verzekeraars gemaakte afspraken.

De handreiking heeft primair betrekking op de omzetverantwoording 2012 in de jaarrekening. De in deze en volgende stappen (stap 6 tot en met stap 8) bepaalde correcties op de omzet moeten ook worden meegenomen bij de finale prognose van de schadelast en de bepaling van het transitiebedrag.

Afwijzingen in verband met controle op de verwijzerregistratie

Beschrijving

Om rechtmatig te kunnen declareren dient een zorgaanbieder het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer op de nota te vermelden¹³. Uitzondering hierbij zijn de behandeling van patiënten die via de spoedeisende hulp bij het ziekenhuis komen. Indien voor de niet acute zorg de verwijzer ontbreekt, mag de declaratie niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Deze verplichting is niet nieuw: al sinds jaar en dag moet er sprake moet zijn van een verwijzer. Controle hierop vond echter nauwelijks plaats en gevolgen werden er in de praktijk niet aan verbonden. Het is wel nieuw dat deze gegevens vanaf 1 januari 2012 op de nota vermeld worden¹⁴ en dat de verzekeraar dit op

¹¹ Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 2.1

¹² Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 2.1

¹³ Regeling Medisch specialistische zorg (NR/CU-233 of de opvolger daarvan), artikel 17.

¹⁴ Regeling Medisch specialistische zorg (NR/CU-233 of de opvolger daarvan), artikel 17.

een eenvoudige manier kan controleren. Indien de verwijzgegevens ontbreken, onjuist of onvolledig zijn, wordt de nota afgewezen door de zorgverzekeraar. De toezichthouder van de zorgverzekeraars (NZa) heeft aangegeven dat dit een belangrijk controle-onderdeel is bij de rechtmatigheidscontrole bij verzekeraars.

In de werkconferentie is door zorgaanbieders verzocht te komen tot een coulancregeling voor 2012. Zorgaanbieders onderkennen de verplichting maar ervaren tegelijkertijd de moeilijkheden om deze registratie in 2012 volledig en juist te krijgen. Hierbij spelen zaken als noodzakelijke ontwikkelingen bij de ICT (het moet op de juiste manier worden vastgelegd), verandering van administratieve werkprocessen (van het verzamelen van verwijzkaart naar het invoeren in de systemen), de onvolledigheid van de Vektis tabellen en onduidelijkheid over de regeling (welke arts mag waarvoor verwijzen bij welke verzekeraar) resp. toepassing door verzekeraars een rol. Er is bij de zorgaanbieders geen discussie over de verplichting van het vastleggen hiervan. De ervaring leert echter dat het (met name volledig en juist en toetsbaar) registreren meer voeten in de aarde heeft dan voorheen verwacht.

In de werkconferentie is door de NZa toegezegd dat zij vanuit haar rol als toezichthouder een coulancregeling wil en kan vormgeven.

De Nza heeft in haar circulaire met kenmerk CI/13/7c d.d. 1 februari 2013¹⁵ bekend gemaakt dat zij een coulancregeling zal treffen voor wat betreft de registratie van de AGB-code van de verwijzer, maar niet voor wat betreft de registratie van het type verwijzer. De coulancregeling geldt alleen voor de schadelast 2012 (de in 2012 geopende DBC's, gesloten in 2012 of 2013).

Concreet betekent dit dat de NZa de informatieverplichting aan zorgaanbieders om de AGB-code van de verwijzer op de declaratie te vermelden niet zal handhaven. Zorgverzekeraars blijven verplicht te controleren op een juiste verwijzing in verband met de bepaling van de schade ten laste van de basisverzekering. Zij kunnen dit doen aan de hand van het type verwijzer, aangezien inzicht in de AGB codes hiervoor niet direct noodzakelijk is.

Ten overvloede wordt opgemerkt dat als regel geldt dat ontbrekende of onjuiste verwijzers altijd zullen leiden tot een nieuwe factuur, na correctie, en niet leiden tot afboeking van de omzet, mits de informatie die daarvoor nodig is beschikbaar is.

Wat zijn de gevolgen van de gewijzigde definitie verpleegdag?

Beschrijving

In 2012 is de definitie van een verpleegdag verduidelijkt en zijn met de invoering van DOT de DBC-declaratiebepalingen komen te vervallen. Uit deze declaratiebepalingen konden ook regels worden afgeleid over de registratie van een verpleegdag en deze bepalingen konden hierom in specifieke situaties ook effect hebben op de telling van de FB-parameter verpleegdag. Aangezien het schaduwbudget een voortzetting is van de oude FB-systematiek, heeft de NZa besloten om in 2012 een uitzondering op de definitie van verpleegdag toe te staan voor de telling van de FB-parameters, conform de DBC-declaratiebepalingen uit 2011. Voor de registratie van verpleegdagen ten behoeve van de afleiding van DOT producten geldt deze uitzondering niet. De NZa heeft dit uitgebreid toegelicht¹⁶.

In de praktijk blijken zorgaanbieders de uitzondering op de definitie van de verpleegdag die alleen voor het schaduw FB is toegestaan, ook te gebruiken voor de afleiding van DOT producten. Dit is echter niet toegestaan.

¹⁵ Circulaire is ten tijde van het verspreiden van deze handreiking op 28 januari 2013 nog niet uitgebracht.

¹⁶ Circulaire CI/12/63c d.d. 21 februari 2012; Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), hoofdstuk 3, voetnoot bij overzicht parameterwaarden

Daar waar een zorgaanbieder de verkeerde definitie heeft gebruikt en dit tot een foutieve afleiding van producten heeft geleid, kan het nodig zijn om een correctie op de omzet te maken. (Gebruik van de juiste definitie kan leiden tot een lagere omzet ter dekking van het schaduw FB zonder dat daar een daadwerkelijk productiedaling tegenover staat).

Handreiking berekeningswijze

Iedere zorgaanbieder moet voor zijn specifieke situatie een raming maken van het deel van de omzet (berekend in stap 4) dat gecorrigeerd moet worden.

Het ziekenhuis moet vaststellen welke DBC-zorgproducten door de onjuiste definitie van de verpleegdag worden geraakt en voor deze zorgproducten vaststellen wat het juiste DBC zorgproduct zou zijn geweest als er juist was geregistreerd en gefactureerd. Vervolgens moet tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar een afspraak gemaakt worden over hoe met de prijsstelling van deze producten moet worden omgegaan. Een mogelijke optie is daarbij dat wordt afgesproken dat de prijs die voor het onjuiste product is betaald ook voor het juiste product wordt betaald. In dat geval hoeft er geen financiële correctie plaats te vinden. Er kan ook worden geconcludeerd dat er wel een prijsaanpassing noodzakelijk is in dat geval moeten deze nieuwe prijzen worden vastgelegd. Dan zal ook een financiële vertaling moeten worden gemaakt die in de omzet van het ziekenhuis moet worden verwerkt.

Het ziekenhuis en verzekeraar moeten afspraken maken over de administratieve verwerking. Het ziekenhuis is verplicht aanpassingen door te voeren omdat alleen rechtmatige facturen mogen worden verstuurd en de zorgverzekeraar is verplicht aanpassingen door te voeren omdat deze alleen rechtmatige zorg mag vergoeden. Het heeft de voorkeur om te voorkomen dat alle oude declaraties moeten worden gecrediteerd en nieuwe declaraties moeten worden aangeleverd. Zeker als aan de verandering geen financieel effect is gekoppeld zou dit mogelijk moeten zijn. In die situatie zou tussen verzekeraar en zorgaanbieder op basis van een lijst van geleverde DBC-zorgproducten (op patiëntniveau) de correctie van oude naar nieuwe producten kunnen worden vastgelegd. Of dit daadwerkelijk op deze manier mogelijk is hangt wel af van de inrichting van de verschillende administraties.

Boven beschreven afspraken moeten bilateraal tussen het ziekenhuis en alle verzekeraars worden gemaakt.

Dure geneesmiddelen als add-on¹⁷

Beschrijving

Ten opzichte van de voorgaande jaren dienen zich bij de dure geneesmiddelen tenminste drie problemen aan. Allereerst is de vraag of alle zorgaanbieders in staat zijn (zowel ICT technisch als in het administratieve proces) om de dure geneesmiddelenregistratie op patiëntniveau vorm te geven. De NZa heeft in administratie voorschriften¹⁸ opgenomen dat de instelling zijn administratie, met inachtneming van de Regeling medisch specialistische zorg, op een zodanige wijze inricht, dat de omzetcomponenten omschreven onder de omzet uit prestatiebekostiging hieruit kunnen worden afgeleid. Hoewel geneesmiddelenregistratie op patiëntniveau ook in het verleden verplicht was, werden via de nacalculatie de kosten van de dure geneesmiddelen volledig verwerkt en had het 'missen' van een deel van de registratie op patiëntniveau geen directe financiële consequenties. Indien de registratie op patiëntniveau vanaf 2012 niet volledig is, kan dit leiden tot onderschatting van de werkelijke omzet of onterechte declaratie bij onvoldoende onderbouwing. Een tweede probleem is dat een aantal dure geneesmiddelen alleen voor specifieke aandoeningen vergoed wordt. Hierdoor bestaat vanaf 2012 de mogelijkheid (omdat de verzekeraar ook zicht heeft op de aandoening van de patiënt) dat een deel van de gefactureerde dure geneesmiddelen alsnog wordt afgewezen omdat het niet vergoed wordt voor de aandoening van de

¹⁷ In de berekening van het transitie-model moeten zowel de gefactureerde als de nog te factureren addons en overige zorgproducten meegenomen worden;

¹⁸ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233 of de opvolger hiervan)

betreffende patiënt danwel dat het een 'off-label' voorschrijving is (een aandoening waarvoor het geneesmiddel niet officieel geregistreerd is). Tenslotte moet bij de registratie van de dure geneesmiddelen ook de spillage en de daadwerkelijk toegediende hoeveelheid vastgelegd worden, hetgeen veel subjectieve respectievelijk nauwelijks toetsbare aspecten in zich heeft.

Met betrekking tot de - van het GVS naar het ziekenhuiskader overgehevelde geneesmiddelen¹⁹ - is in de 2^e werkconferentie afgesproken dat het moment van levering aan de patiënt bepalend is voor de toerekening aan een boekjaar.

Handreiking berekeningswijze

Het eerste genoemde punt - niet volledig registreren - is het ondernemersrisico van de zorgaanbieder en hiervoor mag in opbrengstverrekening geen rekening gehouden worden met een correctiefactor, zo heeft de NZa aangegeven in de werkconferentie. Voor het tweede punt en derde punt moeten zorgaanbieders bepalen in welke mate dat in hun instelling voorkomt en moet hiervoor de omzet naar beste weten gecorrigeerd worden. Een adequate steekproef kan dienen als onderbouwing.

Rechtmatigheidscontroles

Beschrijving

Verzekeraars hebben de bevoegdheid en de verplichting om materiële controles uit te voeren op de ingediende - en vaak al betaalde - facturen. In de praktijk betekent dit dat een medisch adviseur op basis van dossieronderzoek bij de zorgaanbieder onderzoekt of de ingediende factuur correct en rechtmatig is. Deze materiële controles kunnen gedurende vijf jaar met terugwerkende kracht worden uitgevoerd en hebben daardoor invloed op de opbrengstbepaling.

Het is binnen de regelgeving van de NZa toegestaan dat via een correctie op de gedeclareerde omzet de omzet verlaagd mag worden om in de toekomst verwachte effecten van de rechtmatigheidscontroles over 2012 hiermee te verrekenen. In de balans komt dit tot uitdrukking in een reservering respectievelijk voorziening. Dit geldt nadrukkelijk niet voor correcties op de omzet 2011 of eerder en correcties op de overloop DBC's 2011-2012 (zie onder stap 6).

Handreiking berekeningsmethode

Voor de jaarrekening kan het percentage afwijzingen door rechtmatigheidscontroles (dat niet leidt tot het opnieuw indienen van een rechtmatige factuur) lokaal bepaald worden op basis van een lokaal onderbouwde wijze van inschatting. In de tweede werkconferentie is een door het ziekenhuis uitgevoerde steekproef als schattingsmethodiek genoemd.

Het effect van deze schatting op het transitiebedrag wordt ondervangen wanneer voor de jaarrekening 2012 een voorlopige berekening van het transitiebedrag wordt gemaakt en er in 2014 een definitieve berekening wordt uitgevoerd (zie inleiding). Zoals ook in de managementsummary is toegelicht, wordt dit voorstel besproken in het bestuurlijk overleg van 7 februari 2013.

Wat als de werkelijke productmix afwijkt van de verwachte productmix?

Beschrijving

Door de introductie van DOT in 2012 met nieuwe typeringsregels, afsluitregels en nieuwe zorgactiviteiten, ontbrak het zorgaanbieders aan historische gegevens om de afspraak (zowel volume als prijs) op te baseren. Hierdoor is men teruggevallen op verwachtingen op basis van simulatiemodellen. Deze modellen hebben hun beperkingen - niet al het oude was één-op-één te vertalen in het nieuwe - en bovendien is de

¹⁹ Deze geneesmiddelen staan vermeld in beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 'Dure en weesgeneesmiddelen, TNF-alfaremmers.

registratie bij de zorgaanbieders verbeterd vanwege het toegenomen belang ervan. Dit kan tot gevolg hebben dat de werkelijk gerealiseerde productmix afwijkt van de verwachte productmix en dat hierdoor de gefactureerde omzet afwijkt van verwachte omzet zonder dat de feitelijke productie is achtergebleven of van aard veranderd.

In de werkconferentie is bovenstaand knelpunt onderkend en tegelijkertijd is daarbij aangetekend dat dit een lokaal probleem is dat door lokale partijen moet worden opgelost, daar de NZa aangeeft dat de tabellen en segmentindeling een feit zijn²⁰.

Handreiking berekeningswijze

De zorgaanbieder moet inzichtelijk maken dat de destijds verwachte productmix - die is gebruikt bij het maken van de schadelastafspraken - afwijkt van de gerealiseerde productmix maar dat de feitelijke productie ongewijzigd is.

Een analyse van feitelijke versus de verwachte productmix (volume en aantal per DOT, per diagnose, per specialisme) en een analyse van de feitelijke productie (aantallen FB parameters per specialisme en totaal, aantallen polibezoeken, et cetera) zijn belangrijke bouwstenen voor de onderbouwing.

Als het ziekenhuis met de individuele verzekeraar hierover overeenstemming bereikt, is de volgende stap te kijken op welke wijze dit in financiële zin te vertalen: herrekening van de tarieven, generiek verrekenbedrag of herziening van het contract resp. de daarin gemaakte afspraak.

Kan in 2012 een voorziening opgenomen worden voor een dreigende toepassing van het MBI?

Met betrekking tot het MBI (macrobeheersinstrument) ontbreekt het nu aan valide gegevens om een betrouwbare inschatting te maken of en in welke mate dit instrument wordt ingezet. Het is daarom niet mogelijk om in de jaarrekening 2012 hiervoor een voorziening op te nemen. Hierover dient een toelichting opgenomen te worden in de jaarrekening 2012 onder het hoofd 'niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen'.

Voorbeelden casus stap 6:

²⁰ De segmentindeling is vastgelegd in beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), die in artikel 10 verwijst naar de bijlage (nr1) van de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2081 of de opvolger hiervan).

Onderdelen	Gevolgen voor omzet	Toelichting	Correctiebedrag	Correctie op omzet
Verwijzerregistratie	0%	Onjuiste registratie verwijzers zal gecorrigeerd moeten worden, trajecten leiden tot nieuwe geaccepteerde facturen met dezelfde waarde	€ 0,8	€ -
Verpleegdag definitie	100% van correctiewaarde	Correctiebedrag is verschil tussen facturatiewaarde traject met oude definitie en facturatiewaarde traject met nieuwe definitie	€ 1,7	€ 1,7
Dure geneesmiddelen	100% van correctiewaarde	Correctiebedrag is waarde van onterecht gefactureerde dure geneesmiddelen, bijvoorbeeld bij verkeerde indicatie	€ 0,5	€ 0,5
Rechtmatigheidscontroles	100% van correctiewaarde	Correctiebedrag is verschil tussen waarde oorspronkelijk gefactureerd traject en nieuwe factuur. De inschatting voor 2012 gaat obv voorgaande jaren. Correcties met betrekking op voorgaande jaren werken niet door in het transitie-model	€ 1,1	€ 1,1

Segment	Onderdelen	Omzet (fact)	Nuanceringen / Correcties op omzet				Genuanceerde omzet
			Verwijzerregistratie	Verpleegdag definitie	Dure geneesmiddelen	Rechtmatigheidscontroles	
Oud A-segment	DBC A + loondienst	€ 19,0				€ -	€ 19,0
	DOT A + B-nieuw + OZP + loondienst	€ 55,0	€ -	€ 1,5	€ 0,5	€ 0,9	€ 52,1
Oud B-segment	DBC B	€ 11,0				€ -	€ 11,0
	DOT B-oud	€ 25,0	€ -	€ 0,2		€ 0,2	€ 24,6
Totaal		€ 110,0	€ -	€ 1,7	€ 0,5	€ 1,1	€ 106,7

Stap 6b: verwerking afwijkende productmix bij plafondafspraken; nvt

STAP 7: NUANCERING OMZET VANWEGE OVER- OF ONDERSCHRIJDING VAN DE SCHADELASTAFSPRAAK

Beschrijving

Dit is een nieuwe stap in de omzetbepaling voor de zorgaanbieders. Hier wordt gekeken of de gefactureerde omzet (inclusief mutatie OHW) over een exploitatiejaar - na alle correcties en nuances uit de voorgaande stappen - past binnen het totaal overeengekomen schadelastbedrag. Afhankelijk van de aard van de overeenkomst en de verwachte te realiseren schadelast inclusief 'uitloopshade' in 2013 die binnen het contract gedekt moet worden voor in 2012 geopende DBC's, kan deze vergelijking leiden tot een aanpassing van de verantwoorde omzet ten opzichte van de initieel berekende omzet.

De achterliggende reden van deze aanpassing is dat de periode waar de opbrengstverantwoording in de jaarrekening op betrekking heeft (gerealiseerde productie in jaar t) een andere periode is als de schadelastafpraak met verzekeraars (productie behorend bij trajecten geopend in jaar t). Als blijkt dat de schadelastafpraak overschreden wordt, dan moet de berekende jaaromzet uit de voorgaande stappen aangepast worden. Bij een onderschrijding is alleen sprake van een correctie als er een aanneemsom is afgesproken.

De resultaten uit stap 5 moeten per verzekeraar en afhankelijk van de afspraken ook per segment of component afgezet worden tegen gemaakte afspraken. In principe kunnen de volgende situaties zich voordoen:

- 1) Anneemsom:
 - a) verwachte schadelast > afgesproken aanneemsom: de gefactureerde omzet van jaar t moet neerwaarts worden bijgesteld;
 - b) verwachte schadelast < afgesproken aanneemsom: de gefactureerde omzet van jaar t moet naar boven worden bijgesteld;
- 2) Plafondafpraak:
 - a) verwachte schadelast > afgesproken plafond: de gefactureerde omzet van jaar t moet neerwaarts worden bijgesteld;
 - b) verwachte schadelast < afgesproken plafond: geen aanpassing van de gefactureerde omzet;
- 3) P*Q afspraak*:
 - a) verwachte Q > afgesproken Q: Indien deze situatie zich voordoet is moet duidelijk zijn waar de 'doorleverplicht' ligt. Heeft de zorgverzekeraar de zorgplicht dan hoeft er niet gecorrigeerd te worden omdat de zorgaanbieder immers niet meer hoeft te leveren dan de vooraf overeengekomen hoeveelheid. Als de 'doorleverplicht' via het contract is overgedragen aan de zorgaanbieder, dan dient de gefactureerde omzet neerwaarts te worden bijgesteld;
 - b) verwachte Q < afgesproken Q: geen aanpassing van de gefactureerde omzet;

*: De interpretatie die hierboven gegeven is aan een p*q afspraak is dat er concrete afspraken zijn gemaakt over een volume en over een prijs en dat beide elementen bepalend zijn er niet zonder meer gesubstitueerd kan worden tussen verschillende producten. Feitelijk is dat de soort van afspraak waarmee CZ de markt heeft benaderd.

Bij het merendeel van de tussen ziekenhuizen en verzekeraars gemaakte afspraken is sprake van een mengvorm van bovenstaande contractvormen en daarom moet ook specifiek per overeenkomst gekeken worden op welke wijze bovenstaande tabel moet worden toegepast.

Nadat vastgesteld is dat er sprake is van een verwachte over- en of onderdekking van de gemaakte afspraken en dat de gefactureerde omzet hiervoor gecorrigeerd moet worden, wordt vervolgens een formule bepaald op basis waarvan de afgesproken schadelast verdeeld wordt over jaar t en jaar t+1.

Daarnaast zal door instellingen moeten worden bepaald in hoeverre er sprake is van een 'verlieslatend contract' door een inschatting te maken van de aan het contract verbonden kosten. Indien het totaal van de verwachte opbrengsten het totaal van de verwachte kosten te boven gaat, is er geen sprake van een verlieslatend contract. Indien het totaal van de aan het contract verbonden kosten het totaal van de verwachte opbrengsten overschrijdt, zal voor de totale kostenoverschrijding in jaar t een voorziening worden gevormd.

Indien er sprake is van een gesegmenteerd contract met vaste afspraken, zonder substitutiemogelijkheden dient per segment de over- of onderschrijding vast te worden gesteld. Vervolgens wordt deze over- of onderschrijding verdeeld over de jaren.

Indien bovenstaande niet van toepassing is, zijn twee toerekeningen van de contractcorrecties noodzakelijk in deze specifieke volgorde²¹:

1. Verdeling naar jaren: t resp. t+1
2. Verdeling naar segmenten: oud A resp. oud B resp. honorarium vrijgevestigde medisch specialisten voor het aandeel toegerekend aan jaar 2012 (jaar t)

Handreiking berekening correcties naar jaren

Belangrijk voor een jaarrekening - en dus als onderdeel hiervan de omzetverantwoording - is dat het een zo goed mogelijk beeld schetst van en inzicht geeft in de financiële situatie van een zorgaanbieder op basis van de kennis van dat moment. Dit zal ook het toetsingskader van de toezichthouders zijn en met dit in het achterhoofd moet een zorgaanbieder een voor zijn eigen situatie geschikte verdelingsmethodiek hanteren. Uiteraard geldt dat in onderstaande methodes (prognoses) en toerekening naar jaarlaag rekening moet worden gehouden met de nuanceringen op de omzet zoals eerder met name in hoofdstuk 6 zijn gemaakt.

Twee mogelijke methodes voor de berekening van een correctie zijn denkbaar:

- a. op basis van de opbrengstenverdeling;
- b. op basis van de kostenverdeling.

De essentie van de methodiek richt zich op een zo zuiver mogelijke toerekening van de omzet naar jaarlaag, gegeven de prestaties die in 2012 zijn verricht en de nog te verrichten prestaties in 2013 in

²¹ Tenzij in de overeenkomst tussen het ziekenhuis en de individuele verzekeraar een strikt onderscheid is gemaakt – zonder substitutiemogelijkheden – in segmenten, dan moet een contractcorrectie op het niveau van de segmenten bepaald worden.

relatie tot de contractafspraken.

Ad a. Opbrengstenverdeling

De gerealiseerde (jaar t) en de te verwachten opbrengsten (jaar t+1) behorende bij de overeenkomst vormen in dit model de basis voor de verdeling van het contract.

Om deze berekening te kunnen uitvoeren moet de zorgaanbieder beschikken over een prognosemodel en tariefafspraken met de verzekeraar:

- De opbrengst voor t is gelijk aan de in t geopende en gesloten trajecten vermenigvuldigd met de afgesproken tarieven plus het OHW ultimo jaar t;
- De opbrengsten voor jaar t+1 is gelijk aan de in t+1 gesloten trajecten die al in t geopend waren vermenigvuldigd met de overeengekomen tarieven minus het OHW ultimo jaar t;
- De verhouding opbrengsten jaar t : opbrengsten jaar t+1 wordt gebruikt om de afspraak te verdelen over jaar t en jaar t+1.

Ad b. Kostenverdeling

De gemaakte (jaar t) en de te maken kosten (jaar t+1) behorende bij de overeenkomst vormen in dit model de basis voor de verdeling van het contract.

Als een zorgaanbieder beschikt over een prognosemodel, zorgprofielen en kostprijzen is men in staat om een raming te maken van de te maken kosten in jaar t en de nog te maken kosten in jaar t+1:

- Kosten jaar t = DOT's geopend en gesloten in t * gemiddelde zorgprofiel + OHW t (op basis van kosten);
- Kosten jaar t + 1 = verwachte DOT's openstaande trajecten t * zorgprofiel - OHW t;
- De verhouding kosten jaar t : kosten jaar t+1 wordt gebruikt om de afspraak te verdelen over jaar t en jaar t+1.

Het verschil tussen de aan jaar t toegerekende afspraak en de na stap 6 berekende omzet wordt als voorziening of vordering in de opbrengsten opgenomen. De correctie op de omzet in jaar t is dan gelijk aan het verschil tussen de schadelastafpraak die terechtkomt in jaar t en de gerealiseerde omzet in t zoals berekend in stap 6.

Handreiking verdeling correcties over segmenten

Afhankelijk van de inhoud van de contracten moet na berekening van de totale correctie nog bepaald worden in 2012 hoe deze totale correctie verdeeld wordt over het A-segment en het B-segment. Deze exercitie hoeft in principe alleen in 2012 uitgevoerd te worden omdat dit van belang is voor het transitiebedrag. In het kader van het transitiebedrag is deze berekening relevant op totaalniveau voor dat deel wat onder het transitiebedrag valt en is toerekening per zorgverzekeraar niet relevant.

In deze handreiking worden meerdere methodes beschreven. De voorkeur gaat uit naar een correctie per segment die is gebaseerd op de onderliggende afspraken met de verzekeraar: waarbij de afspraak is opgebouwd uit deelafspraken per segment.

Als een dergelijke afspraak niet is gemaakt kan gebruikt gemaakt worden van het marktaandeel van de individuele verzekeraar dan wel op basis van het omzetaandeel van de segmenten. De gekozen methodiek moet expliciet worden toegelicht.

Voor eventuele correcties op de honoraria-omzet vrijgevestigd medisch specialisten wordt in eerste instantie gekeken of hierover specifieke afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar. Zo niet, dan kan ook de prognose honorarium vrijgevestigden vergeleken worden met het marktaandeel van de verzekeraar vermenigvuldigd met het honorariumplafondbedrag. Bovenstaande methodes worden hierna nader toegelicht.

Schadelastafpraak is opgebouwd uit deelsegmenten

Indien er een specifieke afspraak is over de schadelastafpraak waarbij de totaalafpraak is opgebouwd uit vaste afspraken over onderliggende segmenten, dan moet de verdeling van correctie over de segmenten daarbij aansluiten. Met andere woorden: het te corrigeren bedrag op segment A en segment B wordt afzonderlijk van elkaar berekend. De in de "handreiking berekening correctie" beschreven methodiek kan dan per segment worden doorlopen.

Voorbeeld

Het ziekenhuis heeft een aanneemsom-overeenkomst met een verzekeraar van 100. De afspraak is opgebouwd uit de volgende - vaste - segmenten: Oud A segment = 65, oud B segment = 25 en honorariumsegment = 10.

Omdat de afspraak is opgebouwd uit afgebakende segmenten moet op dat niveau de over/ onderdekking vastgesteld worden. De prognose is opgebouwd uit: oud A-segment = 84, oud B-segment = 24 en honorariumsegment = 12.

Dat betekent een correctie A-segment van -19 (84 -/- 65), B-segment +1 (24 -/- 25) en honorarium -2 (12 -/- 10). In totaliteit is dit -20.

Stel dat in de toerekening naar jaren is bepaald dat 80% in jaar t valt en 20% in jaar t+1 dan kunnen we bovenstaande correcties eenvoudig vertalen naar correcties per segment in jaar t:

A-segment = 80% * -19

B-segment = 80% * +1

Honorarium = 80% * -2

Geen specifieke opbouw van de schadelastafpraak naar segmenten

Als geen sprake is van een specifieke opbouw uit deelsegmenten zijn er meerdere methodieken om de totaalcorrectie te verwerken.

In lijn met eerder genoemde motivatie- en toelichtingsplicht geldt hier in het bijzonder dat de gemaakte keuze gemotiveerd moet worden in de toelichting bij deelverantwoordingen en opbrengsttoerekening in de jaarrekening.

De aanleiding voor een correctie is dat de instelling niet in staat is geweest om de vooraf volledig juiste raming te maken van de te verwachten producten en hierdoor de tarieven onjuist (te hoog of te laag) heeft vastgesteld in overleg met de verzekeraar. De mate van onjuistheid van de tarieven bij het A- en B-segment is dan het meest logische uitgangspunt voor de toedeling van de totale correctie.

De mogelijke methodes zijn:

- a) **Mate van 'onjuistheid' van de tarieven:** Indien er op de twee segmenten een verschillende resultaat behaald wordt (de over- of onderdekking van de afspraak is niet voor beide segmenten gelijk) ligt het voor de hand om dit te betrekken bij de correctie op de omzet.

Voorbeeld

Het ziekenhuis heeft een aanneemsom-overeenkomst met een verzekeraar van 100 die niet nader onderbouwd is.

De verzekeraar heeft een marktaandeel van 50% bij dit ziekenhuis. Het schaduw FB - voor het totale ziekenhuis - bedraagt 150. Het honorariumplafond bedraagt 20.

Dat betekent in deze benadering dat oud A segment gelijk is aan het marktaandeel * schaduw FB = 50% * 150 = 75, het honorariumsegment is 50% van 20 = 10 en het B-segment is dan gelijk aan de totaalafpraak

minus A-segment minus honorariumsegment = 100 - 75 - 10 = 15.

De verwachte schadelast voor het ziekenhuis komt uit op 120. Dat betekent dat een correctie van 20 verdeeld moet worden over ziekenhuis en honorariumsegment.

Om de mate van overdekking per segment te berekenen, moet de prognose uitgesplitst worden naar deze segmenten. De uitgesplitste prognose van 120 is opgebouwd uit: oud A-segment = 84, oud B-segment = 24 en honorariumsegment = 12.

Dat betekent een correctie A-segment van -9 (84 -/- 75), B-segment -9 (24 -/- 15) en honorarium -2 (12 -/- 10). In totaliteit is dit weer -20.

Stel dat in de toerekening naar jaren is bepaald dat 80% in jaar t valt en 20% in jaar t+1 dan kunnen we bovenstaande correcties eenvoudig vertalen naar correcties per segment in jaar t:

*A-segment = 80% * -9*

*B-segment = 80% * -9*

*Honorarium = 80% * -2*

Aangezien het echter bij de toerekening van niet nader naar segmenten gespecificeerde schadelastafspraken gaat om een interpretatie van civielrechtelijke contractafspraken, zijn hiervoor geen specifieke voorschriften en kan ook op een andere wijze omgegaan worden met deze problematiek indien een zorgaanbieder van mening is dat dit beter recht doet aan lokale omstandigheden of afspraken.

- b) **Omzetaandeel:** Naar rato van de omzet en waardoor de correctie met een gelijk correctiepercentage terecht komt in alle segmenten;

Voorbeeld

Het ziekenhuis heeft een aanneemsom-overeenkomst met een verzekeraar van 100 die niet nader onderbouwd is.

De verwachte schadelast voor het ziekenhuis komt uit op 120. Dat betekent dat een correctie van 20 verwerkt moet worden.

De totale korting bedraagt 20 / 120 = 16,7%

Om de mate van overdekking per segment te berekenen moet de prognose uitgesplitst worden naar deze segmenten. De uitgesplitste prognose van 120 is opgebouwd uit: oud A-segment = 84, oud B-segment = 24 en honorariumsegment = 12.

*Dat betekent een correctie A-segment van -14 (16,7% * 84), B-segment -4 (16,7% * 24) en honorarium -2 (16,7% * 12). In totaliteit is dit weer -20.*

Stel dat in de toerekening naar jaren is bepaald dat 80% in jaar t valt en 20% in jaar t+1 dan kunnen we bovenstaande correcties eenvoudig vertalen naar correcties per segment in jaar t:

*A-segment = 80% * -14*

*B-segment = 80% * -4*

*Honorarium = 80% * -2*

Aangezien het echter bij de toerekening van niet nader naar segmenten gespecificeerde schadelastafspraken gaat om een interpretatie van civielrechtelijke contractafspraken, zijn hiervoor geen specifieke voorschriften en kan ook op een andere wijze omgegaan worden met deze problematiek indien een zorgaanbieder van mening is dat dit beter recht doet aan lokale omstandigheden of afspraken.

Handreiking wijze van verrekenen

Nadat de correctiebedragen zijn vastgesteld moet een daadwerkelijke verrekening plaatsvinden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Verrekening van verschillen middels een totaalbedrag in één keer behoort tot de mogelijkheden. De NZa heeft aangegeven dat hier geen aparte WMG-prestatie voor wordt vastgesteld, aangezien dit een civielrechtelijke aangelegenheid betreft.

In de jaarrekening zal een nog niet verrekende vordering of schuld terzake per balansdatum waarschijnlijk verantwoord dienen te worden naar analogie van de oude systematiek van nog in tarieven te verrekenen verschillen (per verzekeraar gesplitst in een vordering resp schuld over 2012). Over het issue ten aanzien van de verantwoording van de schadelast en het Eigen Risico vindt nog nader overleg plaats tussen ZN en NZa. Dit raakt echter niet aan de omzetverantwoording door de ziekenhuizen.

Voorbeelden casus stap 7:

Stap 7: Nuancering vanwege overschrijding / achterblijven bij schadelast afspraken

Overdekking of onderschrijding afspraken in schadelast

	Afgesproken (zie stap 1)	Prognose (zie stap 5)	Nuanceringen	Vershil
Verzekeraar 1	€ 100,0	€ 110,0	€ 3,3-	€ 6,7

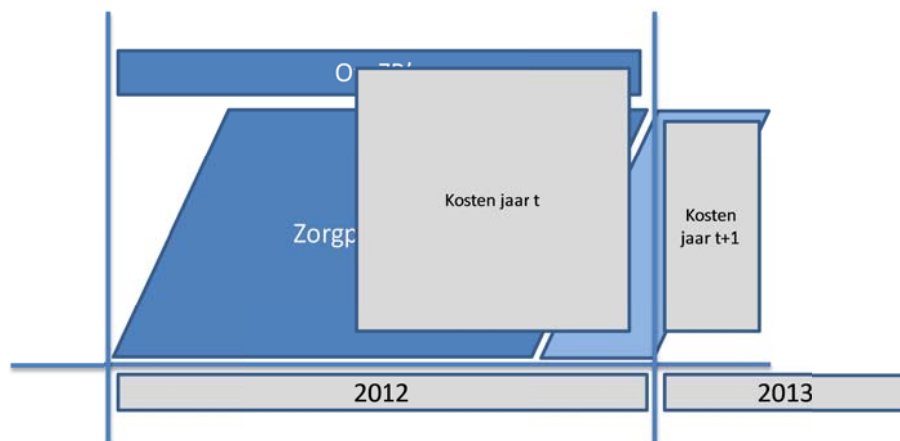
Overschrijding verdelen over omzetzijaren en segmenten

Jaar	Oud A	Oud B	Totaal
Omzetjaar 2012	?	?	
Omzetjaar 2013	?	?	
Totaal			€ 6,7

Verdeling over jaren (op basis van kosten)

In 2012 gerealiseerde kosten van schadelast 2012			
Kosten in trajecten geopend en gesloten (A+B)	€ 70,0		(op basis van realisatie)
Gerealiseerde kosten in OHW trajecten ultimo 2012	€ 11,0		(op basis van realisatie)
subtotaal		€ 81,0	
Totale verwachte kosten in OHW trajecten	€ 26,0		(op basis van kostenprognose)
Te realiseren kosten in 2013 voor schadelast 2012 (€ 26,0 - € 13,0 (OHW ult. 2012))		€ 15,0	
Totaal kosten voor schadelast		€ 96,0	(op basis van kostenprognose)
% kosten 2013 (Kosten die vallen in 2013 / totale kosten schadelast)		16%	

Figuur casus stap 7 - kosten verdeling over de jaren

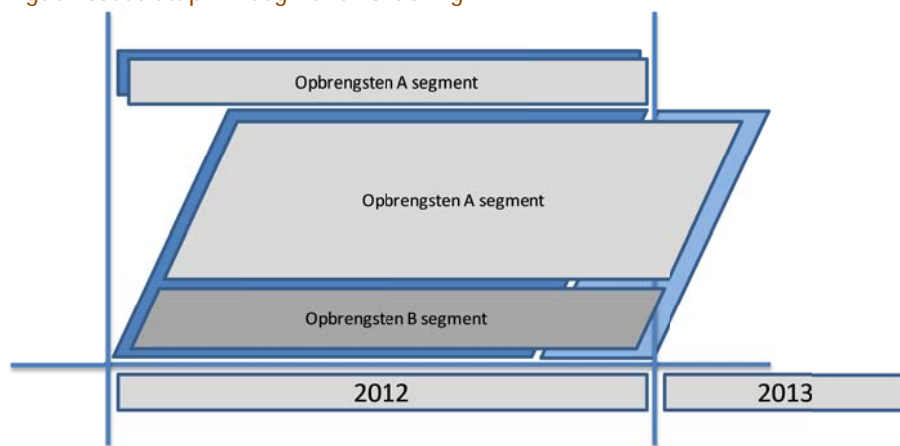


Verdeling over segmenten (in opbrengsten)

Segment	Afspraken	Prognose	nuanceringen	Overschrijding
A segment	€ 65,0	€ 73,0	€ 2,9-	€ 5,1-
B segment: totaal-fb	€ 35,0	€ 37,0	€ 0,4-	€ 1,6-
totaal	€ 100,0	€ 110,0	€ 3,3-	€ 6,7-

NB: In dit rekenvoorbeeld zijn geen afspraken gemaakt over grootte A en B segment
De hoogte van de FB afspraken geldt in dit voorbeeld als A segment afspraken

Figuur casus stap 7 - segment verdeling



STAP 8: NUANCERING TRANSITIE BEPALING

Beschrijving

In de voorgaande stappen zijn alle ingrediënten verzameld die betrekking hebben op de omzetverantwoording jaar t zoals die in de jaarrekening kan worden opgenomen. Tenslotte moeten deze gegevens ingevuld worden in het transitie-model, moet het transitiebedrag worden berekend en hiermee kan de omzetverantwoording 2012 voor de jaarrekening 2012 bepaald worden.

Ondanks het stappenplan blijft de berekening van de omzet 2012 en de vertaling daarvan naar elementen voor de berekening van het transitiebedrag omgeven met een aantal onzekerheden. Door het verstrijken van de tijd verdwijnen sommige onzekerheden. Daarom hebben NVZ, NFU en ZN voorgesteld te kiezen voor een voorlopige vaststelling van het transitiebedrag in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014. Onderdeel van dit voorstel is dat verzekeraars de materiële controles dusdanig naar voren halen dat deze voor 1 mei 2014 afgerond zijn.

In de eerste werkconferentie opbrengstverantwoording zijn nog drie knelpunten benoemd die nadere aandacht verdienen voordat het rekenmodel kan worden ingevuld:

Vaste afspraak schaduw FB

Beschrijving

Bij het definitief vaststellen van het schaduw FB worden dezelfde regels gevolgd die ook van toepassing zijn op het reguliere FB in de periode voor 2012. Dat betekent dat de vergoeding voor de parameters die behoren tot het variabele FB budget (zoals opnames, dagopnames, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken maar ook de WBMV-parameters) gebaseerd wordt op maximaal het daadwerkelijk aantal gerealiseerde parameters.

Verschillende ziekenhuizen hebben vaste afspraken gemaakt over het schaduw FB. De opbouw hiervan is wel gebaseerd op volumes en parameters en maar het resulteert in een totaal bedrag waar verzekeraar en zorgaanbieder elkaar hebben gevonden en dat als 'lumpsum' is vastgesteld. Met andere woorden partijen hebben afgesproken dat een afwijkende productie geen effect heeft op het schaduw FB.

Handreiking vaste afspraak schaduw FB

De opbouw van het schaduw FB dient plaats te vinden binnen de kaders van de NZa beleidsregels: het aantal opgevoerde productieparameters mag bijvoorbeeld niet hoger zijn dan de daadwerkelijk gerealiseerde productie²². Vaste lumpsumafspraken voor het schaduw FB kunnen vertaald worden naar budgetcomponenten, voor zover dit past binnen de beleidsregel. Indien gemaakte lumpsumafspraken niet in te passen zijn binnen de kaders van de beleidsregel, dient de lumpsumafpraak herzien te worden.

Segmentverschuiving oud A en oud B

Beschrijving

Op basis van landelijke cijfers heeft de NZa - op aandragen van DBC Onderhoud - een tabel met segmentindeling ('kruisjestabel') vastgesteld²³ die per DBC zorgproduct aangeeft of deze tot het oude A segment dan wel tot het oude B segment gerekend moet worden. Omdat er geen één-op-één vertaling gemaakt kan worden van DBC's naar DOT's komt het voor dat een deel van de onderliggende DBC's behoren tot het A-segment en een deel tot het B-segment. In deze gevallen heeft DBC Onderhoud onderzocht wat

²² Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), hoofdstuk 3.

²³ De segmentindeling is vastgelegd in beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), die in artikel 10 verwijst naar de bijlage (nr1) van de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2081 of de opvolger hiervan).

de omvang van het oude A segment was binnen een bepaalde DOT en wat het aandeel was van het oude B-segment en op basis van deze aandelen heeft iedere DOT en label oud A of een label oud B gekregen.

Het toepassen van deze generieke tabel kan op instellingsniveau tot een verschuiving leiden van oud A naar oud B. In deze situatie worden de gemaakte afspraken over het schaduw FB niet gerealiseerd en de afspraken over het oude B segment worden overschreden. Afhankelijk van de aard en omvang van de verschuiving en het al dan niet mogen substitueren tussen de onderscheiden elementen in de schadelastafpraak kan dit voor deze ziekenhuizen tot - ongewenste - financiële consequenties leiden. Een mogelijke oorzaak die ten grondslag ligt aan dit probleem is dat de door DBC Onderhoud gehanteerde landelijke conversietabel afwijkt van de individuele conversietabel zoals die voor een specifiek ziekenhuis opgesteld kan worden.

De NZa is van mening dat de tabel met de segmentindeling op de juiste manier is vastgesteld en dat hierover ook overleg heeft plaatsgevonden met betrokken partijen. De NZa stelt zich ook op het standpunt dat keuzes die partijen in de contractering hebben gemaakt, geen aanleiding kunnen zijn om de regelgeving aan te passen. *Indien echter blijkt dat de tabel tot ongewenste effecten leidt die niet het gevolg zijn van gemaakte keuzes in de contractering en er ook beleidsmatige argumenten kunnen worden aangedragen op basis waarvan een herziening van de regelgeving noodzakelijk blijkt, dient hiervoor de route via het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord overleg te worden gevolgd.*

Handreiking berekeningswijze

Indien er geen aanpassing komt in de bestaande spelregels zijn er alternatieven die het ongewenste effect (wellicht deels) kunnen beperken of compenseren.

Het is technisch mogelijk de afspraken over het schaduw budget te herzien zodat de daadwerkelijke realisatie geen effect heeft op het vooraf overeengekomen schaduw FB. De NZA formuleert deze oplossing in een brief aan een ziekenhuis als volgt:

“Volgens de NZa hoeven deze verschuivingen geen probleem te zijn als de transitieregeling goed wordt toegepast. Bij een verkleining van het oude A-segment bestaat er de mogelijkheid om lokaal een budgetschoning voor het schaduwbudget overeen te komen, daar tegenover staat dat in die situatie het B-segment buiten het transitie-model verruimd is. In dat vrije segment hebben partijen alle vrijheid om eventuele omzetteffecten van het verkleinde oude A-segment op te vangen.

Kortom, op lokaal niveau zijn er voldoende mogelijkheden om effecten van segmentverschuivingen op te vangen. Volledigheidshalve merken wij op dat het hier van belang is dat de parameters behorend bij een dbc-zorgproduct en de gedeclareerde opbrengst van dit dbc-zorgproduct aan hetzelfde segment worden toegerekend.

Het schaduwbudget wordt vastgesteld voor de zorg, die in termen van DOT tot het oude A-segment wordt gerekend. Dat betekent dat er alleen parameters gescoord mogen worden behorende bij DOT-producten die in de NZA-tabel (kruisjestabel) gemarkeerd zijn als ‘oud A’, en bij de overloop DBC's A-segment uit 2011, voor zover het activiteiten in het jaar 2012 betreft. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de parameters behorend bij een DBC-zorgproduct en de gedeclareerde opbrengst van dit DBC-zorgproduct aan hetzelfde segment worden toegerekend.”.

Technische correctie overloop DBC's 2011

Beschrijving

In het algemeen kan gesteld worden dat tarieven van de oude A-segment DBC's veelal hoger zijn dan het bijbehorende budget (parameterwaarde) en dat er daarom ook sprake is van een overdekking (bij individuele ziekenhuizen kan overigens ook sprake zijn van een onderdekking vanuit het verleden). Voor geopende DBC-trajecten in 2011, die worden afgesloten in 2012, komt deze overdekking terecht in de

omzet 2012. De NZa beleidsregels stellen immers dat de opbrengst uit overloop DBC's 2011-2012, minus het OHW ultimo 2011, meegenomen wordt in de berekening van het transitiebedrag²⁴. De omzet 2012 onder transitie wordt hierdoor hoger. Voor ziekenhuizen is dit een verklaring waarom de omzet onder transitie hoger is dan het schaduwbudget, waardoor er een afstorting aan het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt in 2012 en 2013 conform het transitiemodel. Door de vormgeving van het transitiemodel waarbij het transitiebedrag éénmalig wordt vastgesteld leidt dit tot een financieel knelpunt in 2013, omdat deze overdekking in de DOT tarieven verdwenen is (er zijn geen overloop DBC's meer) maar wel verwerkt is in het transitiebedrag. Voor 2012 heeft dit overigens geen effect aangezien de 'overdekking' ook daadwerkelijk tot inkomsten leidt.

De NZa staat op het standpunt dat het huidige transitiemodel is gebaseerd op een aanwijzing van de Minister die op haar beurt weer is voorgekomen uit het overleg rondom het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord.

Tijdens de tweede werkconferentie bestond er brede consensus dat er in ieder geval voor het jaar 2012 géén correctie op de omzet plaats zal vinden; slechts voor het jaar 2013 hebben veldpartijen behoefte aan een gecorrigeerd transitiebedrag. Indien uit het overleg over het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord een aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa volgt, zal dit leiden tot een aanpassing van de NZa-regelgeving.

²⁴ Beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2087 of de opvolger hiervan), paragraaf 2.1.

STAP 9: DEFINITIEVE OMZETBEPALING 2012

Op basis van de voorgaande stappen beschikt de zorgaanbieder over alle afzonderlijke elementen die nodig zijn om zowel de omzetverantwoording in de jaarrekening als ook het transitie­model en het beheers­model goed in te vullen.

Ten behoeve van de omzetopgave van het beheers­model is het noodzakelijk dat de basisomzet, OHW en de verschillende nuanceringen als zodanig apart te verantwoorden zijn.

Hiermee kan de zorgaanbieder een - naar beste weten en kunnen - beeld schetsen van wat de omzet 2012 is en zo kan de zorgaanbieder, met de toelichting over de wijze waarop de omzet is bepaald en welke on­zekerheden hierin inherent zijn, dus een goede weergave geven van het resultaat over 2012.

Voorbeelden casus stap 9:

Stap 9 omzet bepaling		Stap 4	Stap 6	Stap 4	Stap 7	Stap 9		
Segment	Onderdelen	Basis omzet	Genuanceerde omzet	OHW mutatie	Contract nuanceringen / correcties	Subtotaal	Verreken bedrag*	Definitieve omzet
A-segment	DBC A + loondienst	€ 19,0	€ 19,0	€ 4,0-				
	DOT A + B nieuw + OZP + Loondienst	€ 55,0	€ 52,1	€ 8,0				
	<i>Subtotaal</i>	€ 74,0	€ 71,1	€ 4,0	€ 4,28-	€ 70,8	€ 5,5-	€ 65,3
B-segment	DBC B	€ 11,0	€ 11	€ 2,0-				
	DOT B-oud	€ 25,0	€ 24,6	€ 3,0				
	<i>Subtotaal</i>	€ 36,0	€ 35,6	€ 1,0	€ 1,34-	€ 35,3		€ 35,3
Totaal		€ 110,0	€ 106,7	€ 5,0	€ 5,63-	€ 106,1		€ 100,5

Transitiemodel

Gerealiseerd schaduw FB (vast + variabel)	€ 65,0		(stap 1 en 7)
Transitieomzet na nuances	€ 70,8		(stap 9)
Transitiebedrag		€ 5,8-	
*Verrekenbedrag 2012 (95% van transitiebedrag)		€ 5,5-	(afstorten)
Verrekenbedrag 2013 (70% van transitiebedrag)		€ 4,1-	(afstorten)