

HANDLEIDING

KETENCONTROLE EN VERANTWOORDING

DBC's

24 januari 2006

Voorwoord

In november 2004 heeft de Minister besloten tot de algehele invoering van de DBC's in de financieringssysteem van ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra per 1 januari 2005. Ook heeft de Minister besloten tot een vergroting van het aantal DBC's waarover zorginstellingen en zorgaanbieders niet langer collectief maar bilateraal afspraken maken (het zogenaamde B-segment). In het Bestuurlijk Overleg van 3 november 2004 is ook stilgestaan bij de mogelijkheid dat het administratieve proces niet optimaal zou kunnen verlopen en de gevolgen die dat voor zorgverzekeraars met zich mee zou kunnen brengen met betrekking tot de rechtmatigheid van de kosten in de keten.

Gedurende het jaar 2005 zijn peilingen gehouden over de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de DBC's. Uit deze peilingen is gebleken dat het administratieve proces en de mate waarin ziekenhuizen en universitair medische centra konden voldoen aan de eisen in de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) de nodige zorgen baarde. Omdat daardoor problemen te verwachten waren met betrekking tot de rechtmatigheid van de kosten van zorgverzekeraars, heeft op 2 september 2005 een expertmeeting plaatsgevonden. De expertgroep heeft zich gebogen over de stand van zaken en activiteiten benoemd om het risico op onrechtmatige facturering te verkleinen en op een aanvaardbaar niveau te krijgen. Bovendien zijn de aspecten benoemd waarover zorgaanbieders zich expliciet moeten verantwoorden in de Bestuursverklaring.

De Begeleidingscommissie Invoering DBC's is op 16 september 2005 geïnformeerd over de in de expertmeeting overeengekomen aanpak. VWS is naar aanleiding van deze conclusies en aanbevelingen in overleg getreden met de toezichthouders over het te voeren coulancebeleid. Dit heeft uiteindelijk geleid tot vier brieven van de Minister aan respectievelijk het College voor Zorgverzekeringen (bijlage 1), het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit io (bijlage 2), het College toezicht zorgverzekeringen (bijlage 3) en de Stichting uitvoering omslagregelingen (bijlage 4).

Handleiding ketencontrole en verantwoording DBC's

Zowel vooruitlopend daarop maar evenzeer naar aanleiding van deze brieven is het initiatief genomen om met betrokken deskundigen te overleggen over de wijze waarop de op 2 september 2005 gemaakte afspraken en het in deze brieven weergegeven coulancebeleid handen en voeten gegeven kunnen worden. Gekozen is voor het vervaardigen van een handleiding, waarbij de gehele controle- en verantwoordingsketen doorlopen wordt.

Het resultaat is deze "Handleiding ketencontrole en verantwoording DBC's". Deze is opgesteld door een werkgroep waarin materiedeskundigen van betrokken brancheorganisaties (NFU, NVZ, OMS, ZN) en hun leden, externe accountants (diverse organisaties) van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en tenslotte materiedeskundigen van zelfstandige bestuurorganen (CTG/ZAio, CVZ, CTZ en SUO) hebben geparticipeerd. De totstandkoming van de handleiding is geen eenvoudig proces gebleken. De materie is ingewikkeld, de belangen zijn divers en de verantwoordelijkheden niet altijd gelijkgericht en er resteerde voor de betrokkenen geen tijd om bestuurlijke instemming te verkrijgen op de uitkomsten.

Status en doel van de handleiding

Op grond daarvan is duidelijk dat de handleiding geen formele status en bestuurlijke instemming heeft van de organisaties waar de werkgroepleden werkzaam zijn. Niettemin meent de werkgroep dat met deze handleiding maximale duidelijkheid aan alle betrokkenen geboden wordt hoe om te gaan met de uitkomsten van de invoering van de

DBC's in het jaar 2005. Duidelijkheid over de wijze waarop (startend bij zorgaanbieders) het controle- en verantwoordingsproces vormgegeven moet worden, opdat volgenden in de keten (eindigend bij de toezichthouders) maximaal kunnen steunen op de uitkomsten daarvan.

De werkgroep heeft de uitkomsten van de bijeenkomst van de expertgroep op 2 september 2005 als uitgangspunt voor deze handleiding genomen. Met de, in deze handleiding opgenomen, beschrijving en nadere detaillering van de door de expertgroep benoemde aanvullende (interne) controlewerkzaamheden wordt beoogd de onzekerheid omtrent de rechtmatigheid van de gedeclareerde DBC's zoveel mogelijk te beperken.

Inhoud

1. Conclusies en aanbevelingen van de 'Expertgroep DBC's en rechtmatigheid'
2. Schoning instellingsbudgetten en lumpsummen 2005 voor B-DBC's
3. Invulling coulanceregeling voor de aanvullende deelwaarnemingen
4. Waardering onderhanden werk ziekenhuis
5. Nacalculatie ziekenhuisbudget 2005
6. Onderhanden werk vrijgevestigde medisch specialisten
7. Voorschotbetalingen
8. Voorlopige opbrengstverrekening en nacalculatie 2005
9. Raming schade 2005 t.b.v. zorgverzekeraars
10. Bestuursverklaringen en accountantsverklaring

Bijlagen

1. Brief van Minister aan het College voor Zorgverzekeringen
2. Brief van Minister aan het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit io
3. Brief van Minister aan het College toezicht zorgverzekeringen
4. Brief van Minister aan de Stichting uitvoering omslagregelingen
5. CaseMix: Aanleverspecificaties DBC Speurder

1. Conclusies en aanbevelingen van de 'Expertgroep DBC's en rechtmatigheid'

Op 2 september 2005 is de expertgroep 'DBC's en rechtmatigheid' tot de volgende conclusies en aanbevelingen gekomen:

(letterlijke tekst)

"Uit de éénmeting (uitgevoerd door de veegploeg) is gebleken dat ziekenhuizen en UMC's voorsnog de kaderregeling AO/IC nog niet geheel op orde hebben. Ten aanzien van de periode dat het ziekenhuis en universitair medisch centrum (UMC) nog niet de AO/IC op orde heeft, zijn de volgende activiteiten benoemd om het risico op onrechtmatige facturering te verkleinen en op aanvaardbaar niveau te krijgen.

1. *De expertgroep constateert dat de rechtmatigheid van de verstuurde declaraties over 2005 in principe geborgd is door de (werking van de) validatiemodule. Om dit nog nader te verifiëren vinden in het najaar 2005 steekproeven plaats in de administraties van de ziekenhuizen voor:*
 - a) *parallele DBC's*
 - b) *overloop DBC's - teveel betaalde bedragen worden teruggestort aan de verzekeraars*
 - c) *een aantal bijzonder dure DBC's*
 - d) *rood/groen/oranje DBC's*

Deze steekproeven vinden plaats onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen/UMC's en richten zich op de periode van voor volledige invoering van de AO/IC. De steekproeven kunnen tot medio 2006 uitgevoerd worden.

2. *Een deel van de geleverde zorg kan niet zonder meer worden gedeclareerd (uitval). Ten behoeve van het waarborgen van de getrouwheid van het proces dienen zorgaanbieders de volgende waarborgen te treffen.*
 - **Het omgaan met uitval:** *het ziekenhuis/UMC beschrijft de wijze waarop uitval uit de validatiemodule wordt opgelost (signaallijsten);*
 - **Overloop-DBC's:** *het ziekenhuis/UMC beschrijft ten behoeve van de bestuursverklaring op welke wijze de afwikkeling van overloop DBC's is geautomatiseerd. Tevens vinden, zie hierboven, steekproeven plaats. De uitkomsten van de steekproeven worden – op verzoek – beschikbaar gesteld aan zorgverzekeraar(s).*
3. *Een deel van de geleverde zorg zal niet binnen het boekjaar 2005 gedeclareerd worden. Dit hangt voor een deel samen met de uitval en voor een deel met de lengte van open staan van de DBC's ('onderhanden werk').*
 - **Onder handen werk:** *uit oogpunt van de rechtmatigheid is het noodzakelijk om met een uniforme definitie en verplichte meting bij ziekenhuizen/UMC's te werken.*
 - **Zichtbaar maken hoe de kaderregeling AO/IC, zoals bijvoorbeeld het hanteren van signaleringslijsten, is toegepast op het 'onderhanden werk'** *(hanteren van signaallijsten).*
4. *Bovenstaande vertaalt zich in bestuursverklaringen niet voldoende aan de kaderregeling voor 2005 met daarin:*
 - *Een verantwoording op welke wijze aan bovenstaande activiteiten invulling is/wordt gegeven en met welke resultaten.*
 - *Een op grond van de geïdentificeerde prioriteiten van de 1-meting AO/IC van de veegploeg opgesteld verbeterplan.*
 - *Een uitspraak van het ziekenhuis/UMC wanneer het verwacht volledig volgens de AO/IC-regeling te werken. Tot die tijd blijven eerder genoemde activiteiten (extra steekproeven) van kracht."*

Coulanceregeling in regelgeving

CTG/ZAio heeft de overeengekomen coulanceregeling reeds vastgelegd in de Nadere regel Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering (CI/NR 100.028). Door het CTG/ZAio zullen hiervoor geen verdere beleidsregels of nadere regels meer worden vastgesteld.

Oordeel werkgroep

De werkgroep neemt de conclusies en aanbevelingen van de expertgroep als uitgangspunt over en heeft een aantal aspecten van het controle- en verantwoordingsproces nader uitgewerkt in deze handleiding.

De werkgroep neemt de conclusies en aanbevelingen van de expertgroep over en heeft een aantal aspecten van het controle- en verantwoordingsproces nader uitgewerkt in deze handleiding. Op een drietal punten wordt afgeweken:

Het betreft in de eerste plaats de specifieke controle op de werking van de validatiemodule met betrekking tot de "groene DBC's". De werkgroep beperkt zich tot aanvullende werkzaamheden ten aanzien van rode en oranje DBC's omdat de toets op de rechtmatigheid van de gedeclareerde groene DBC's valt onder de algemene toets op de correcte werking van de validatiemodule.

Tevens spreekt de expertgroep over steekproeven met betrekking tot de onder "1" genoemde "risicogebieden". De werkgroep spreekt over vervangende deelwaarnemingen.

Tenslotte wordt opgemerkt dat het tijdpad met betrekking tot het uitvoeren van de steekproeven (de expertgroep spreekt van medio 2006) niet wordt onderschreven. De verantwoording door de instelling is een onderdeel in de totale controle- en verantwoordingsketen. De Bestuursverklaring (+ bijlagen), waarin de uitkomsten van de steekproeven/ vervangende deelwaarnemingen zijn opgenomen, dienen uiterlijk 1 april ter beschikking van de zorgverzekeraars te worden gesteld.

In de handleiding wordt achtereenvolgens nader ingegaan op:

- de schoning van de instellingsbudgetten en lumpsummen 2005 voor de B-DBC's;
- de nadere invulling van de coulanceregeling voor de aanvullende deelwaarnemingen;
- de waardering onderhanden werk door het ziekenhuis/UMC;
- de nacalculatie op het ziekenhuisbudget 2005;
- de waardering van het onderhanden werk voor de verrekening lumpsum medisch specialisten;
- de voorschotbetalingen;
- de raming van de schade 2005 ten behoeve van de zorgverzekeraars en
- de bestuursverklaring en de accountantsverklaring.

2. Schoning instellingsbudgetten en lumpsummen 2005 voor B-DBC's

Met betrekking tot de schoning van de instellingsbudgetten en de lumpsummen van medisch specialisten voor 2005 voor de DBC's in het B-segment zijn door CTG/ZAio beleidsregels vastgesteld en is door de brancheorganisaties een handleiding (Handreiking branches bepaling definitieve schoning B-segment) opgesteld. Deze zijn reeds in uw bezit. De handreiking is bedoeld als richtinggevend kader voor die lokale overleggen waar nog geen nadere afspraken moeten worden gemaakt over de wijze van volumebepaling. De werkgroep is geïnformeerd over het feit dat er aanvullend op de handreiking van brancheorganisaties een gedetailleerde beschrijving van een nadere uitwerking voor de schoning van het FB-budget beschikbaar is. Deze is opvraagbaar bij de NVZ.

3. Invulling coulanceregeling voor de aanvullende deelwaarnemingen

3.1 Aanleiding

In de expertgroep rechtmatigheid die op 2 september 2005 bijeen is gekomen is geconcludeerd dat 2005, voor wat betreft de waarborgen voor rechtmatigheid, als een overgangsjaar moet worden gezien (zie ook brieven van Ministerie van VWS). In principe wordt de rechtmatigheid van de gedeclareerde DBC's geborgd door de validatiemodule; de rechtmatige werking daarvan wordt geborgd door de kaderregeling AO/IC en de daarin benoemde maatregelen van Interne Controle, waaronder een steekproef van 1.052 posten. Door de expertgroep is vastgesteld dat voor de meeste ziekenhuizen/UMC's geldt, dat niet geheel zal worden voldaan aan een volledige implementatie van de kaderregeling gedurende het jaar 2005.

De expertgroep heeft ten aanzien van de beoordeling van de rechtmatigheid het volgende geadviseerd. Voor dat deel (van het jaar) dat wel aan de kaderregeling is voldaan (dat wil zeggen dat de in de regeling genoemde maatregelen van interne controle -inclusief het trekken van steekproeven- gefunctioneerd hebben), behoeven geen extra steekproeven te worden getrokken. Voor dat deel van het jaar dat niet aan de kaderregeling is voldaan heeft de expertgroep vastgesteld dat vervangende steekproeven dienen plaats te vinden. In deze handleiding is het voorstel van de expertgroep voor de vervangende steekproeven genuanceerd. Concreet betekent dit dat geen steekproeven, maar vervangende deelwaarnemingen op de volgende onderdelen dienen te worden uitgevoerd: de parallelle DBC's, de overloop DBC's, de WMBV-DBC's en de rode/oranje DBC's.

De wijze waarop die aanvullende deelwaarnemingen zijn uitgevoerd en de uitkomsten daarvan moeten worden verantwoord in de bestuursverklaring. Een zelfde verantwoording dient te geschieden door instellingen die niet voldoen aan de kaderregeling maar wel de voorgeschreven steekproeven (en niet de vervangende deelwaarnemingen) hebben uitgevoerd.

Met deze (aanvullende) werkzaamheden wordt beoogd de onzekerheid omtrent de rechtmatigheid van de gedeclareerde DBC's zo veel mogelijk te beperken. Daarnaast dient in een verbeterplan te worden aangegeven, welke maatregelen zijn genomen om de geconstateerde problemen op te lossen en per wanneer dat geëffectueerd kan zijn

3.2 Doelstelling

De expertgroep rechtmatigheid heeft geen uitspraken gedaan over het aantal uit te voeren deelwaarnemingen. Daarom is onderstaand een mogelijke methode beschreven om te bepalen hoeveel aanvullende deelwaarnemingen uitgevoerd zouden moeten worden. Daarnaast is aangegeven wat er met de conclusies uit deze waarnemingen moet worden gedaan.

3.3 Vraagstelling

De centrale vraagstelling is hoe bepaald moet worden op welke massa deelwaarnemingen moeten worden uitgevoerd en hoeveel. Daarbij moeten de volgende vragen worden beantwoord:

1. Op welke onderdelen moeten deelwaarnemingen worden uitgevoerd?
2. Hoe bepaalt men het aantal deelwaarnemingen?
3. Hoe wordt met de conclusies omgegaan?

3.4 Methode van uitvoering deelwaarnemingen

De volgende stappen zullen moeten worden doorlopen voor de uitvoering van de deelwaarnemingen:

1. Volume bepalen.

Er zijn 4 risicogebieden benoemd, te weten:

a. de rode en oranje DBC's

Het risicogebied oranje DBC's behoeft geen deelwaarnemingen omdat dit risico op basis van de machtigingen in de bestuursverklaring wordt verantwoord.

b. de WMBV-DBC's

Voor de WMBV DBC's verklaart het ziekenhuis/UMC hoe hiermee is omgegaan in relatie tot de vergunningen. Zorgverzekeraars zijn niet in staat om deze controle uit te voeren vanwege het ontbreken van de lijst waarin per individueel ziekenhuis/UMC staat voor welke WMBV DBC's het ziekenhuis een vergunning heeft. Het volledige en limitatieve overzicht van DBC's die vallen onder de wettelijke regeling WMBV kan worden geraadpleegd op de website www.dbconderhoud.nl.

c. de overloop DBC's

Hiermee worden de DBC's bedoeld die in 2004 zijn geopend en in 2005 zijn gesloten.

d. de parallelle DBC's.

In de eerste stap zal bepaald moeten worden hoeveel DBC's van de 4 categorieën er zijn gefactureerd in 2005 en hoe de verdeling is over deze verschillende groepen.

2. Factuurwaarde bepalen.

Bij stap 1 zijn de aantallen van de verschillende groepen bepaald. In stap 2 worden de factuurwaarden hieraan gekoppeld, zodat de berekening $P*Q$ wordt gemaakt. Middels deze berekening kan het aandeel van de verschillende groepen op factuurwaarde worden bepaald. Voor de parallelle DBC's is de exacte massa (factuurwaarde) niet te bepalen. Het ziekenhuis moet duidelijk maken hoe de factuurwaarde is bepaald. Kwantificering van delen van de reeds gefactureerde massa zal niet in alle gevallen mogelijk zijn. Het ziekenhuis dient aan te geven waarom dat het geval is.

3. Vaststellen aantal/wijze van deelwaarnemingen.

Op basis van de aandelen op aantallen en op factuurwaarde bepaalt het ziekenhuis/UMC hoeveel deelwaarnemingen er gedaan worden en hoe deze uitgevoerd worden. Het ziekenhuis moet duidelijk maken hoe de selectie is uitgevoerd. Een statistische benadering wordt niet noodzakelijk geacht.

4. Op basis van de gevonden fouten in deze deelwaarnemingen wordt beoordeeld of er sprake is van een eenmalige en/of systematische fouten.

5. Conclusie.

De uitkomsten uit de steekproeven / vervangende deelwaarnemingen zullen leiden tot een aantal conclusies. Deze conclusies worden verwoord in de bestuursverklaring en in het verbeterplan bij de bestuursverklaring waarin de verbeterpunten worden beschreven. De volgende acties komen nog voort uit de conclusies:

a. Alles documenteren.

Er vindt documentatie plaats van de wijze waarop de deelwaarnemingen zijn vastgesteld zodat inzichtelijk is hoe het proces verlopen is.

- b. Correctie facturen.
In principe dienen alle geconstateerde fouten te worden gecorrigeerd. Bij incidentele fouten gaat het om het herstel van de desbetreffende declaraties. Bij systematische fouten gaat het om herstel van de totale fout (alle betreffende facturen in de totale massa) die door de deelwaarneming is vastgesteld. In het verbeterplan dienen maatregelen opgenomen te worden ter voorkoming van het opnieuw optreden van dergelijke systematische fouten in de toekomst. Indien het ziekenhuis niet tot correctie is overgegaan, dient dit verantwoord te worden en moet bovendien in de aanvulling op de bestuursverklaring toegelicht worden waarom niet tot correctie is overgegaan.
- c. Controle door de accountant.
Het verbeterplan bij de bestuursverklaring (waarin beschreven wordt hoe de waarnemingen zijn uitgevoerd en tot welke conclusies dit heeft geleid) wordt ter beoordeling voorgelegd aan de accountant in het kader van zijn controle van de bestuursverklaring.

4. Waardering onderhanden werk ziekenhuizen/UMC's

In het Spoorboekje DBC Ziekenhuiszorg is opgenomen dat CTG-ZAio een definitie van Onderhanden werk vast dient te leggen ten behoeve van de jaarrekening. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat CTG/ZAio geen bevoegdheid heeft om richtlijnen voor de jaarverslaggeving vast te stellen. De specifieke richtlijnen voor de jaarrekening van zorginstellingen zijn vastgelegd in de RJZ (Richtlijnen Jaarverslaggeving Zorginstellingen).

In deze handleiding worden de voorschriften van de RJZ nader geconcretiseerd en wordt aangegeven hoe voor de jaarrekening 2005 en de nacalculatie 2005 (budget en lumpsum) dient te worden omgegaan met het onderhanden werk. CTG/ZAio hanteert als uitgangspunt dat de bepaling van het onderhanden werk in de nacalculatie en jaarrekening zoveel als mogelijk is op elkaar aansluiten.

4.1 Onderhanden werk ziekenhuis/UMC

Het onderhanden werk voor de A-DBC's en de B-DBC's wordt op dezelfde wijze gewaardeerd maar separaat gepresenteerd in zowel de jaarrekening en het nacalculatieformulier 2005.

Het onderhanden werk in het A-segment ultimo 2005 dient ter dekking van het budget en is dus van invloed op de hoogte van het nog te verrekenen bedrag ultimo 2005 (financieringsresultaat). De waardering van het onderhanden werk in het A-segment dient te worden bepaald door de lokale kostprijzen van de uitgevoerde verrichtingen die betrekking hebben op onderhanden werk DBC's per ultimo 2005 bij elkaar op te tellen. Indien het ziekenhuis niet beschikt over lokale kostprijzen dient gebruik te worden gemaakt van de CGAO kostprijzen verhoogd met het (gemiddelde) verrekenpercentage. Aandachtspunt is dat het onderhanden werk dat wordt aangemerkt als opbrengst ter dekking van het A-segment het honorariumdeel voor specialisten in loondienst dient te bevatten maar exclusief het honorariumdeel vrijgevestigden dient te zijn.

De mutatie in het onderhanden werk in het B-segment dient te worden meegenomen in de resultaatbepaling. Waardering van het onderhanden werk in het B-segment heeft direct invloed op het verantwoorde resultaat van het ziekenhuis/UMC. Voorgesteld wordt om het onderhanden werk in het B-segment eveneens te waarderen door cumulatie van de lokale kostprijzen van de uitgevoerde verrichtingen in 2005. Volledigheidshalve wordt hierbij opgemerkt dat indien cumulatie van de kostprijzen van de verrichtingen leidt tot te hoge OHW-waardering in relatie tot de met de zorgverzekeraar overeengekomen DBC-

prijs een voorziening voor de verwachte verliezen moet worden genomen. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen als het werkelijke profiel afwijkt van het profiel op basis waarvan de verkoopprijs is bepaald.

Ten aanzien van de resultaatbestemming merken wij voor de volledigheid op dat zowel de resultaten behaald in het A-segment als in het B-segment dienen worden toegevoegd aan het Collectief gefinancierd eigen vermogen. De reden is dat beide segmenten behoren tot het tweede compartiment en worden gefinancierd door collectieve middelen.

4.2 Uitval

Er bestaan twee vormen van uitval:

- Uitval van verrichtingen: het betreft hier verrichtingen die niet aan een DBC kunnen worden gekoppeld omdat er geen DBC bekend is op de uitvoerdatum van de verrichting.
- Uitval van DBC's: in de laatste fase van het validatieproces wordt de declaratiecode bepaald op basis van de gevalideerde DBC dataset. Indien daarbij geen declaratiecode van een segment A- of B-DBC kan worden vastgesteld, is sprake van declaratie-uitval.

Het onderhanden werk wordt bepaald door de lokale kostprijzen van de uitgevoerde verrichtingen ultimo 2005 bij elkaar op te tellen. Het gevolg van deze systematiek is dat de uitval ook mee wordt genomen bij de bepaling van de waarde van het onderhanden werk. Dit betekent dat het onderhanden werk feitelijk te hoog wordt gewaardeerd. Bij de bepaling van het onderhanden werk dient daarom een correctie te worden aangebracht voor de uitval. Deze correctie voor de uitval kan waarschijnlijk niet heel nauwkeurig worden bepaald omdat nu geen inzicht bestaat in welke uitgevoerde verrichtingen ultimo 2005 definitief niet te koppelen zullen zijn aan een DBC en welke uitval DBC's definitief niet factureerbaar zullen blijken te zijn. Pas uiterlijk een jaar na uitvoeringsdatum van de verrichting blijkt definitief dat een verrichting niet kan worden gekoppeld aan een DBC en uitval betreft. Voor het jaar 2005 dient een inschatting te worden gemaakt voor de verwachte correctie op het onderhanden werk in verband met uitval. De hoogte van deze correctie dient vermeld te worden in de bestuursverklaring. De tegenpost van deze correctie op het OHW is de post nog in tarieven te verrekenen voor het A-segment en voor het B-segment de mutatie OHW B-segment in de resultatenrekening.

4.3 Ondersteuning en aanpak door CaseMix

CaseMix kan de bepaling van het onderhanden werk bij ziekenhuizen faciliteren met de DBC-speurder. Tachtig ziekenhuizen hebben hiervan inmiddels gebruik gemaakt bij het bepalen van het onderhanden werk op basis van de halfjaarcijfers. CaseMix volgt bij het opstellen van het overzicht onderhanden werk 2005 de richtlijnen van de RJZ, de beleidsregels van het CTG over dit onderwerp en de uitwerking zoals beschreven in deze handleiding. De uitkomsten van de DBC-speurder ten aanzien van het onderhanden werk vormen belangrijke input voor het vaststellen van de onderhanden werk positie voor de jaarrekening.

Om als ziekenhuis gebruik te maken van de DBC-speurder levert het ziekenhuis/UMC een gespecificeerde dataset aan bij CaseMix. CaseMix verwerkt de ziekenhuisdata tot een DBC-Speurder. Ziekenhuisdata en Speurderuitkomsten blijven eigendom van het ziekenhuis. CaseMix zal geen gegevens van ziekenhuizen/UMC's aan derden uitleveren zonder expliciete toestemming. Ziekenhuis/UMC en CaseMix tekenen hiertoe een datacontract/bewerkerovereenkomst.

Meer informatie over de aanleveringspecificaties, contactgegevens en een voorbeeld van de output is opgenomen in bijlage 5. Naast het onderhanden werk overzicht ontvangt het ziekenhuis/UMC als onderdeel van de DBC-speurder relevante managementinformatie in de vorm van een groot aantal cijfermatige en vooral grafische DBC-overzichten per

ziekenhuis, specialisme en specialist. Ook is in de DBC-speurder een separaat overzicht met betrekking tot de nog te verwachten schade 2005 voor zorgverzekeraars opgenomen (zie hiervoor ook paragraaf 9.2).

4.4. Aanlevering datasets uiterlijk 1 februari 2006

Ziekenhuizen/UMC's worden verzocht de dataset, conform de bijgevoegde specificaties, uiterlijk 1 februari 2006 ter beschikking te stellen van CaseMix (voor aanleveringswijze en –adres, zie bijlage 5). De datum is op 1 februari gesteld omdat op basis van deze datasets per ziekenhuis/UMC per zorgverzekeraar ook ramingen worden gemaakt van de (nog te verwachten) schadelast 2005 ten behoeve van de opgave van de zorgverzekeraars aan de toezichthouders.

4.5. Toestemming voor doorlevering informatie t.b.v. zorgverzekeraars

Instellingen worden daarom verzocht om tegelijkertijd met de aanlevering van de datasets, aan CaseMix ook de toestemming te verlenen voor doorlevering van informatie aan de zorgverzekeraars (voor procedure zie 9.4). Het betreft alleen de noodzakelijke informatie ten behoeve van de totale raming 'nog te verwachten schade 2005'.

5. Nacalculatie ziekenhuisbudget 2005

5.1 verwerkingswijze per DBC categorie

In 2005 is sprake van een A- en B-segment. Voor de nacalculatie van het budget aanvaardbare kosten 2005 tellen alleen de FB-parameters behorend bij de zogenaamde A-segment DBC's mee. De uitvoeringsdatum van de FB-verrichting is bepalend voor het jaar waarin de FB-parameter wordt meegenomen in de nacalculatie. Hieronder is per 'soort' DBC uiteen gezet welke werkwijze dient te worden gehanteerd:

DBC is geopend in 2004 en gesloten voor 1-2-2005

De productieparameters FB 2004 worden verantwoord in de nacalculatie over 2004. De productieparameters FB gescoord in 2005 worden als productieparameters FB in 2005 meegenomen en in de nacalculatie 2005 verantwoord. Facturering over 2004 vindt plaats op verrichtingenniveau. Facturering over 2005 gebeurt op basis van vastgestelde DBC-tarieven verminderd met het tarief in DBC-termen dat betrekking heeft op de periode tot 1 januari 2005. De gedeclareerde opbrengsten dienen ter dekking van het budget.

DBC is geopend in 2004 en gesloten tussen 1-2-2005 en 31-12-2005

De productieparameters FB 2004 worden in 2004 verantwoord in de nacalculatie. De productieparameters FB gescoord in 2005 worden als productieparameters FB in 2005 meegenomen en in de nacalculatie 2005 verantwoord. Facturering over 2004 vindt plaats op verrichtingenniveau. Facturering over 2005 gebeurt op basis van vastgestelde DBC-tarieven verminderd met het tarief in DBC-termen dat betrekking heeft op de periode tot 1 januari 2005. De gedeclareerde opbrengsten dienen ter dekking van het budget.

DBC is geopend tussen 1-1-2005 en 1-2-2005 en gesloten vóór 1-1-2006.

De productieparameters FB 2005 worden in 2005 als productieparameters FB in 2005 meegenomen en in de nacalculatie 2005 verantwoord. Facturering over 2005 gebeurt op basis van vastgestelde DBC-tarieven. De gedeclareerde opbrengsten dienen ter dekking van het budget.

DBC is geopend tussen 1-1-2005 en 1-2-2005 en gesloten tussen 1-1-2006 en 1-2-2006.

De productieparameters FB 2005 worden in 2005 als productieparameters FB in 2005 meegenomen en in de nacalculatie 2005 verantwoord. De gedeclareerde opbrengsten dienen ter dekking van het budget. De productieparameters FB 2006 worden in 2006 als productieparameters FB in 2006 meegenomen en in de nacalculatie 2006 verantwoord. Facturering over 2006 gebeurt op basis van vastgestelde DBC-tarieven. De gedeclareerde opbrengsten dienen ter dekking van het budget.

DBC is geopend ná 1-2-2005 en gesloten vóór 1-1-2006.

Indien A-segment: De gerealiseerde productieparameters FB 2005 worden in de nacalculatie 2005 verantwoord. De financiering dient ter dekking van het budget.
Indien B-segment: De gerealiseerde productieparameters FB 2005 worden **niet** meegenomen in de nacalculatie 2005. Facturering over 2005 gebeurt tegen de met de zorgverzekeraar overeengekomen gecontracteerde prijs bij aanvang van de DBC. De gedeclareerde opbrengsten worden als omzet verantwoord.

DBC is geopend ná 1-2-2005 en gesloten ná 1-1-2006.

Indien A-segment: De gerealiseerde productieparameters FB 2005 worden in de nacalculatie 2005 verantwoord. Er vindt een waardebepaling OHW plaats per 31-12-2005 die dient ter dekking van het budget.
Indien B-segment: De gerealiseerde productieparameters FB 2005 worden **niet** meegenomen in de nacalculatie 2005. Er vindt een waardebepaling OHW plaats per 31-12-2005. De mutatie van het OHW wordt meegenomen bij de resultaatbepaling.

B-DBC is geopend ná 1-2-2005 en gesloten ná 1-1-2006, maar in de loop van 2006 wordt vastgesteld dat het géén B-DBC is.

Indien, na vaststelling van de jaarrekening en de nacalculatie 2005, wordt geconstateerd dat ten onrechte een B-DBC is geregistreerd en eventueel in rekening is gebracht, en dat het een A-DBC moet zijn, heeft dit consequenties voor de verantwoording en bekostiging. In de (vastgestelde) jaarrekening en nacalculatie over 2005 zijn onjuiste aantallen en waarden opgenomen die in de verantwoording over 2006 gecorrigeerd dienen te worden. Het betreft in dit geval een (achteraf) verschuiving van productie van B-segment (OHW) naar A-segment (FB-productie).

Correcties worden in 2006 gemaakt en daar verantwoord. De in 2005 en 2006 gerealiseerde productieparameters FB worden als productieparameters FB in 2006 meegenomen en verantwoord in de nacalculatie 2006. De eventuele correctienota B-segment komt in mindering van de omzet B-segment in 2006.

A-DBC is geopend ná 1-2-2005 en eindigt ná 1-1-2006, maar in de loop van 2006 wordt vastgesteld dat het toch een B-DBC is.

Er is ten onrechte een A-DBC geregistreerd in 2005. Dit had een B-DBC moeten zijn. Ook hier worden correcties in 2006 gemaakt en daar verantwoord. In 2005 zijn productieparameters FB geregistreerd en in de nacalculatie 2005 verantwoord. Feitelijk hadden deze productieparameters 2005 in mindering gebracht moeten worden en had er een hogere OHW-positie B-segment vastgesteld moeten worden. De in 2005 en 2006 gerealiseerde productieparameters FB worden in 2006 in mindering gebracht op de totaal gerealiseerde productieparameters FB 2006. De B-DBC wordt tegen de met de zorgverzekeraar overeengekomen gecontracteerde prijs bij aanvang van het zorgtraject in rekening gebracht en als omzet in 2006 verantwoord. Er vindt géén mutatie OHW plaats. De eventueel in rekening gebrachte A-DBC wordt gecorrigeerd.

5.2 Bepaling omzet ziekenhuis/UMC 2005

De totale omzet 2005 voor het ziekenhuis/UMC bestaat uit:

Budget A-segment
Gedeclareerde omzet B-segment
Mutatie onderhanden werk B-segment
Overige bedrijfsopbrengsten / aanvullende inkomsten
Totaal omzet

Het budget A-segment wordt gevormd door:

- Gerealiseerde budgetparameters in 2005 behorend bij alle DBC's die zijn geopend vóór 1 februari 2005.
- Gerealiseerde budgetparameters in 2005 voor A-segment DBC's geopend na 1 februari 2005 (Voor zogenaamde derde compartiment DBC's wordt verwezen naar 'overige bedrijfsinkomsten/aanvullende inkomsten' (zie onder).

Gedeclareerde omzet B-segment

De gedeclareerde omzet behaald in het B-segment bestaat uit gedeclareerde opbrengsten voor B-segment DBC's die zijn geopend na 31 januari 2005 en zijn gesloten vóór 1 januari 2006. Volledigheidshalve wordt hierbij opgemerkt dat het gaat om de opbrengsten van het kostendeel van de DBC's en het honorariumdeel van de specialismen in loondienst. De gedeclareerde opbrengsten voor het honorariumdeel van de vrijgevestigde specialismen vallen niet onder de verantwoorde omzet. Ten aanzien van de gedeclareerde omzet B-segment wordt tevens opgemerkt dat 12,5% van de gerealiseerde omzet voor het kostendeel (dus omzet exclusief honorariumdeel) ter dekking van de kapitaallasten in het budget dient te worden aangewend.

Mutatie onderhanden werk B-segment

De mutatie in het onderhanden werk in het B-segment ten opzichte van het voorgaande jaar, dient te worden meegenomen in de omzetbepaling. Voor 2005 betekent dit dat de totale stand van het onderhanden werk in het B-segment ultimo 2005 dient te worden meegenomen, omdat het onderhanden werk in het B-segment ultimo 2004 nihil was. Het betreft hier de B-segment DBC's die zijn geopend na 31 januari 2005 en die nog openstaan op 31 december 2005. De waardering van deze openstaande DBC's gebeurt tegen de lokale kostprijzen (kosten en honorarium van loondiensters). Voor de post OHW is de regeling van 12,5% ter dekking van de kapitaallasten niet van toepassing.

Overige bedrijfsopbrengsten / aanvullende inkomsten

De overige bedrijfsopbrengsten / aanvullende inkomsten bestaan uit:

- zorgprestaties tussen instellingen (onderlinge dienstverlening)
- zorgprestaties derde compartiment (DBC's)
- overige zorgprestaties
- overige dienstverlening
- overige subsidies

Ten aanzien van de opbrengsten samenhangend met onderlinge dienstverlening en derde compartiment DBC's wordt opgemerkt dat deze niet ter dekking van het budget dienen mits de bijbehorende gerealiseerde FB-parameters ook niet mee tellen voor de bepaling van het budget.

Derde compartiment DBC's kunnen op twee manieren worden verwerkt:

Methode 1: Het budget is niet geschoond voor derde compartiment DBC's. De DBC-opbrengsten worden ter dekking gebracht van het budget van de instelling. De

gerealiseerde FB-parameters behorend bij de betreffende DBC mogen in de nacalculatie meegenomen worden.

Methode 2: Het lokaal overleg kiest ervoor om het instellingsbudget te verlagen voor de FB-parameters en semivaste parameters die samenhangen met de betreffende derde compartiment DBC's. In dat geval mogen de betreffende DBC-opbrengsten als aanvullende inkomsten beschouwd worden. Indien voor deze methode wordt gekozen zal in de accountantsverklaring bij de nacalculatie ook opgenomen dienen te worden dat de met deze prestaties samenhangende budgetcomponenten buiten de budgetverantwoording zijn gehouden.

5.3 Opbrengsten ter dekking van het instellingsbudget (A-segment)

De volgende opbrengsten dienen ter dekking van het A-segment te worden aangewend:

- de gedeclareerde opbrengsten voor DBC's behorend tot het A-segment (kostendeel);
- gedeclareerde opbrengsten voor trajecten en overige en ondersteunende producten;
- de gedeclareerde honorariumopbrengsten voor A-segment DBC's (specialismen in loondienst);
- nog te factureren DBC's (kostendeel inclusief verrekenpercentage);
- nog te factureren DBC's (honorariumdeel specialisten in loondienst);
- 12,5% van de gerealiseerde DBC omzet in het B-segment (kostendeel);
- OHW DBC's behorend tot A-segment (kostendeel inclusief verrekenpercentage);
- OHW DBC's behorend tot A-segment (honorariumdeel specialisten in loondienst);
- minus: verstrekte voorschotten voor verrekening lumpsum (dit is het honorariumdeel vrijgevestigde specialisten in het verrekentarief).

De waardering van het onderhanden werk van de DBC's behorend tot het A-segment dient bij voorkeur te worden afgeleid uit de validatiemodule. Dit zal in de praktijk nu veelal nog niet mogelijk zijn. Daarom wordt voor 2005 voorgesteld om de waarde van het onderhanden werk vast te stellen door cumulatie van de lokale kostprijzen van de gerealiseerde verrichtingen in 2005. Het verrekenpercentage dient ook mee te worden genomen in de waardering.

6. Waardering onderhanden werk vrijgevestigde medisch specialisten

De waardering van het onderhanden werk van vrijgevestigde medisch specialisten is een nieuw fenomeen. Deze waardering is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de lumpsum 2005 reeds gefinancierd is op basis van reeds gedeclareerde DBC's dan wel nog gefinancierd zal worden op basis van de in 2005 geopende maar nog niet gesloten DBC's die in 2006 gefactureerd zullen worden. De opgave van het onderhanden werk zal dan ook leiden tot een tussentijdse bijstelling van dat deel van het verrekenpercentage dat betrekking heeft op de financiering van de lumpsum 2005.

Voor het bepalen van het onderhanden werk dat in de verrekening van de lumpsum (en op het desbetreffende formulier t.b.v. CTG/ZAio) moet worden meegenomen, zou moeten worden aangesloten bij de waarderingssystematiek van het ziekenhuis. Dat wil zeggen dat de uitgevoerde verrichtingen (werkzaamheden in het kader van DBC's) zouden moeten worden vermenigvuldigd met de lokale kostprijzen (honorariumdeel) van de medisch specialisten.

Omdat er geen kostprijzen per verrichting (werkzaamheden in het kader van DBC's) voor specialisten bekend zijn, heeft de werkgroep een pragmatische oplossing vastgesteld. Het onderhanden werk van vrijgevestigde medisch specialisten wordt ten behoeve van de opgave aan CTG/ZAio als volgt vastgesteld:

Stap 1:

Bereken de ratio tussen het FB budget van het ziekenhuis en de lumpsum van de medisch specialisten:

$$\text{lumpsum} / \text{FB budget} * 100\% = x\%$$

Stap 2:

Pas deze ratio toe op het onderhanden werk segment A van het ziekenhuis:

$$x\% * \text{OHW segment A ziekenhuis} = \text{OHW lumpsum voor verrekening CTG/ZAio.}$$

Door deze pragmatische insteek, kan het zijn dat er sprake is van over- dan wel onderwaardering van het onderhanden werk 2005. Dit leidt hooguit tot een verschuiving in de tijd voor wat betreft de dekking van de lumpsum en heeft geen invloed op de hoogte van de lumpsum.

Bovenstaande waarderingsmethodiek staat overigens niet in de weg dat de maatschap in de fiscale respectievelijk de commerciële waardering van het onderhanden werk in de eigen jaarrekening kan afwijken van de opgave aan CTG/ZAio.

Onderstaand zijn 2 rekenvoorbeelden opgenomen met betrekking tot de invloed van het bepaalde onderhanden werk op de verrekening met de lumpsum.

Voorbeeld 1: gesteld dat

ratio lumpsum : ziekenhuis = 10%

lumpsum 2005	1.000
onderhanden werk ziekenhuis	3.000
honorariumdeel in 2005 gedeclareerde DBC's	500

Berekend onderhandenwerk medisch specialisten: $10\% * 3.000 = 300$

Het te verrekenen bedrag m.b.t. lumpsum 2005 is dan nog $1.000 - 500 - 300 = 200$.

Deze 200 wordt in het verrekentariaf 2006 verwerkt

Wanneer voor 2006 geldt

Onderhanden werk ziekenhuis ultimo 2006	2.500
Lumpsum 2006	1.000
Honorariumdeel in 2006 gedeclareerde DBC's (inclusief onderhanden werk ultimo 2005)	700
onderhanden werk specialisten ultimo 2006	250 (10% v 2.500)

Het te verrekenen bedrag m.b.t. 2006 is dan nog:

lumpsum 2006	1.000
onderhanden werk ultimo 2005	300
honorariumdeel gedeclareerde DBC's	700 -
onderhanden werk ultimo 2006	250 -
	=====
Resteert te verrekenen over 2006	350

Voorbeeld 2: gesteld dat

Lumpsum 2005	1.000
honorariumdeel in 2005 gedeclareerde DBC's	500
onderhanden werk specialisten ultimo 2005	100

Het te verrekenen bedrag mbt 2005 is dan $1.000-500-100 = 400$
Deze 400 wordt in het verrekentarief 2006 verwerkt

Lumpsum 2006	1.000
honorariumdeel in 2006 gedeclareerde DBC's	700
onderhandenwerk specialisten ultimo 2006	250

Het te verrekenen bedrag mbt 2006 is dan nog $1.000+100-700-250=150$

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat uiteindelijk hetzelfde bedrag wordt verrekend:

Voorbeeld 1: $500 + 200 + 700 + 350 =$	1.750
Voorbeeld 2: $500 + 400 + 700 + 150 =$	1.750

Het verschil met de som van de lumpsum 2005 en 2006 (2000) betreft het onderhanden werk ultimo 2006 (250).

Het effect van het geschatte onderhanden werk heeft in dit rekenvoorbeeld dus alleen gevolgen voor de verdeling in de tijd. De lumpsumhoogte blijft in het rekenvoorbeeld ongewijzigd. Deze situatie zal zich in de praktijk niet voordoen vanwege het effect van de nacalculatie (o.b.v. FB-parameters/ boter-bij-de-vis). Deze effecten worden meegenomen bij de definitieve afrekening.

7. Voorschotbetalingen

De betaalde voorschotten tellen niet mee bij de vaststelling van opbrengsten ter dekking van het budget.

De voorschotten die op basis van de beleidsregel "Heffingsrente" zijn ontvangen moeten zichtbaar in de toelichting in mindering worden gebracht op de onderhanden werk positie.

Voorschotten die zijn ontvangen op basis van aanvullende afspraken in verband met liquiditeitsproblemen vanwege achterwege blijven van facturatie of verwerking door zorgverzekeraar moeten in mindering worden gebracht op de posten "nog te factureren" respectievelijk "debiteuren".

8. Voorlopige opbrengstverrekening en nacalculatie 2005

Jaarlijks ontvangen de instellingen een enquête ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening en nacalculatie van het voorgaande jaar. Dat zal ook dit jaar geschieden. De inhoud van deze handleiding is met het bureau van CTG/ZAio afgestemd. De enquête zal daarom (v.w.b. de relevante elementen) aansluiten bij de methodiek zoals in deze handleiding is beschreven.

9. Raming schade 2005 voor zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars dienen in hun verantwoording aan de toezichthouders een raming op te nemen van de te verwachten schade 2005. Tot 2005 betrof het een raming van de na te komen declaraties op basis van verrichtingen en verpleegdagen. Met de invoering van de DBC's is er sprake van een trendbreuk in de schadelast en moet nieuwe ervaring opgedaan worden in de ramingsmethodiek. Ten behoeve van deze raming is het noodzakelijk te kunnen beschikken over voldoende informatie. Zorgverzekeraars beschikken echter alleen over schadelastgegevens van reeds gedeclareerde DBC's en niet

over informatie met betrekking tot niet afgesloten en dus nog te declareren DBC's. De werkgroep heeft geconstateerd dat niet kan worden aangesloten op de waardering van het onderhandenwerk van het ziekenhuis ten behoeve van de eigen jaarrekening. Voor zorgverzekeraars gaat het om het vaststellen van de schadelast.

9.1 Raming schade voor zorgverzekeraars

Hiervoor is het noodzakelijk dat per ziekenhuis per verzekeraar (AGB code/UZOVI nummer zorgverzekeraar, dus ook opsplitsing voor bv CZ particulier en CZ ziekenfonds) inzicht verkregen wordt in de:

- A - DBC's geopend in 2005 en gesloten in 2005, maar nog niet gedeclareerd gewaardeerd tegen facturatie-waarde incl. verrekentariaf;
- DBC's met declaratiecode geopend in 2005 en nog **niet** gesloten in 2005 gewaardeerd tegen facturatie-waarde inclusief en exclusief verrekentariaf;
- B - DBC's geopend in 2005 en gesloten in 2005, maar nog niet gedeclareerd gewaardeerd tegen facturatie-waarde;
- B- DBC's met declaratiecode geopend in 2005 en nog **niet** gesloten in 2005 gewaardeerd tegen facturatie-waarde;
- Overige Verrichtingen en Trajecten die zijn afgesloten maar nog niet gedeclareerd (o.a.tbv diagnostiek eerste lijn);
- Openstaande DBC's zonder declaratiecode 1);
- Gesloten DBC's zonder declaratiecode 1).

1) Het betreft hier activiteiten in 2005 (en de vervolgactiviteiten daarbij in 2006) die nooit tot een declaratie leiden, op basis van de kostprijzen van de verrichtingen.

9.2. Aanpak Casemix

Ter ondersteuning van de raming van de schade door zorgverzekeraars is door CaseMix in nauwe afstemming met Zorgverzekeraars Nederland in de DBC-speurder (zie ook paragraaf 4.3) een overzicht opgenomen over de nog te verwachten schade 2005 voor zorgverzekeraars. CaseMix volgt in dit overzicht de uitgangspunten zoals hiervoor benoemd in paragraaf 9.1.

Het overzicht 'overloopschade 2005' volgt de opzet van de onderhanden werk bepaling. Echter, in tegenstelling tot het kostengeoriënteerde onderhanden werk overzicht, gaat het overzicht 'nog te verwachten schade 2005' uit van de uiteindelijke schadelast voor zorgverzekeraars van in 2005 geopende DBC's. Concreet betekent dit dat daar waar mogelijk de tariefwaarde van de DBC wordt gebruikt (voor B-segment DBC's worden de schoningsprijzen gehanteerd, verhoogd met 12,5% kapitaallasten). Ook wordt bij het A-segment rekening gehouden met het verrekentpercentage dat per ziekenhuis geldt ten tijde van het openen van de DBC. Ten behoeve van het maken van een inschatting door zorgverzekeraars van de schadelast die volgt uit geopende DBC's waarvan nog niet kan worden bepaald of deze in het A- of B-segment vallen (de zogenaamde segmentloze DBC's) en de niet gekoppelde verrichtingen, is in de DBC-speurder een aanvullend overzicht opgenomen met betrekking tot de looptijd van de 'overloopschade 2005'. Een voorbeeld van het overzicht 'overloopschade 2005' treft u aan in bijlage 5.

9.3. Specificatie aan te leveren dataset

De overzichten van CaseMix worden vervaardigd op basis van datasets die door de ziekenhuizen moeten worden aangeleverd. De raming van de nog te verwachten schade door CaseMix, geschiedt op basis van dezelfde dataset die ziekenhuizen/UMC's aanleveren ten behoeve van de waardering van het onderhanden werk voor de jaarrekening. Zoals in paragraaf 4.3 reeds vermeld is, zijn de specificaties van deze datasets opgenomen in bijlage 5.

9.4. Toestemming aan CaseMix voor doorlevering uitkomsten aan zorgverzekeraars

Instellingen wordt verzocht met de aanlevering van de datasets, aan CaseMix tevens toestemming te verlenen om de uitkomsten ter beschikking te stellen van de individuele zorgverzekeraars. De doorlevering geschiedt aan ZN. ZN plaatst op het besloten deel van de site (alleen benaderbaar door de leden) een lijst waarop de stand van instellingen die hebben aangeleverd geactualiseerd wordt bijgehouden. ZN levert aan de (DBC-coördinatoren van de) individuele zorgverzekeraars slechts de op die zorgverzekeraar betrekking hebbende overzichten. Dat wil zeggen dat elke zorgverzekeraar per instelling slechts inzicht wordt geboden in zijn aandeel van de totale (bij die instelling nog te verwachten) schadelast 2005.

10. Bestuurs- en accountantsverklaring

10.1. Maximale transparantie t.b.v. totale controleketen

De Bestuursverklaring wordt afgegeven ten behoeve van CTG/ZAio en de zorgverzekeraars. In de Bestuursverklaring met bijbehorende bijlagen wordt verantwoording afgelegd over de mate waarin en/of per wanneer voldaan is/wordt aan de eisen, die kunnen worden gesteld aan een betrouwbare DBC-bedrijfsvoering, zoals opgenomen in de nadere regel Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering. Tevens wordt op grond van de bevindingen in een verbeterplan aangegeven of en zo ja per wanneer maatregelen zijn en/of worden genomen ter waarborging van rechtmatige facturering. Tenslotte wordt verslag gedaan van de aanvullende activiteiten en de daarop gebaseerde bevindingen in het kader van het coullancebeleid.

De werkgroep is van mening dat het noodzakelijk is dat de instelling zich hierover op een transparant en uitgebreide wijze verantwoord. Dit met het doel om de controleketen en de verantwoording alsmede het coullancebeleid op de gewenste wijze te laten functioneren.

10.2 Review op bestuurs- en accountantsverklaringen

De zorgverzekeraar past in 2005 een samenstel van controlemiddelen toe. Hij voert formele controles uit op alle ontvangen declaraties. Daarnaast voert de zorgverzekeraar materiële controle uit. De eerste stap hierbij is gebruik te maken van de van het ziekenhuis/UMC ontvangen bestuursverklaringen, bijlagen (w.o. een verbeterplan) en accountantsverklaring. De zorgverzekeraar beoordeelt deze verklaringen en stelt vast of op grond hiervan aanvullende werkzaamheden noodzakelijk zijn. Daarnaast worden statistische analyses uitgevoerd. Al deze acties maken onderdeel uit van de interne controle van de zorgverzekeraar. Op basis van het totaal van deze maatregelen komt de zorgverzekeraar tot een oordeel over de juistheid van de declaraties en worden eventueel aanvullende acties ondernomen. De zorgverzekeraar is door het CTZ geïnformeerd over de controlevoorschriften zoals vastgelegd in het controleprotocol Maatschappelijk verslag ziekenfondsen 2005 en de Pre-auditbrief 'Rechtmatigheidsonderzoek ZFW en AWBZ 2005'. De accountant van de zorgverzekeraar beoordeelt vervolgens de opzet en werking van dit totaal van maatregelen en baseert daar zijn oordeel op.

De werkgroep heeft geconcludeerd dat een review op de bestuursverklaring en bijbehorende accountantsverklaring niet standaard noodzakelijk is om tot een oordeel te komen. Het is wel mogelijk dat de zorgverzekeraar op basis van de eigen beoordeling van de bestuursverklaring, in combinatie met de eigen werkzaamheden, vragen heeft

over de bestuursverklaring en/of accountantsverklaring. De zorgverzekeraar zal hiervoor contact opnemen met het ziekenhuis waarbij het ziekenhuis indien nodig zijn accountant zal inschakelen voor het beantwoorden van de vragen.

Voor komende jaren zal dit en een eventuele periodieke beperkte deelwaarneming nader worden uitgewerkt. Tevens zal er periodiek overleg tussen zorgverzekeraars en COZIEK plaats moeten vinden om interpretatieverschillen te voorkomen.

10.3 Efficiënte organisatie verspreiding bestuursverklaringen

ZN creëert, op het besloten deel van de site en dus alleen toegankelijk voor de leden, een centraal register van bestuursverklaringen met bijlagen, verbeterplannen en accountantsverklaringen. Hiervoor moeten de ziekenhuizen niet alleen aan de lokale marktleider en de regiovertegenwoordiger de bestuursverklaring met bijlagen, verbeterplannen en accountantsverklaringen verstrekken maar ook aan ZN.

De verstrekking aan ZN moet in pdf-formaat plaatsvinden zodat niet meer te wijzigen bestanden in het register op de ledensite kunnen worden opgenomen. De individuele zorgverzekeraars kunnen de documenten van de site downloaden.

De bestuursverklaringen, bijlagen en accountantsverklaringen moeten per mail verzonden worden aan:

bestuursverklaring.zkh@zn.nl

Bij de totstandkoming van de "Handleiding ketencontrole en verantwoording DBC's" zijn (op persoonlijke titel) betrokken:

de heer E. Douma (SUO)
de heer R.C. de Gier RA (NFU, LUMC)
de heer W. Bastiaansen (NVZ)
mevrouw B. Schouten (NVZ)
mevrouw drs. B.J.G.M. Meulenbroek (NFU)
de heer drs. J. van Manen (CTG/ZAio)
mevrouw drs. C.A.H. ten Damme RA (CTG/ZAio)
de heer drs. A. Hakbijn RA (PwC)
de heer drs. D.W. Voetelink RA (KPMG)
de heer drs. I.W. Komrij RA (CTZ)
de heer drs. J.J.G.M. van den Hoek (CVZ)
de heer drs. R.H.P. Vosjan (CVZ)
de heer M.C. Verheul (KPMG)
mevrouw H. Toornstra (OMS)
de heer drs. L.A. van Helden (ZN)
mevrouw M.Y. Redel RA (ZN)
de heer drs. H. Wijngaard (ZN)
de heer A. Daan RA (Agis)
mevrouw M. Vermeij (CZ)
de heer F.I.M. van Zoelen RA (Achmea audit & risk)
de heer G.W. Hilverda RA (Ernst & Young)
mevrouw L.M. Stam RA (Ernst & Young)
de heer M.A.M. Bekkers RA (Deloitte)