

Toelichting Rekenmethodiek uitnutting van de budgetindicatie



Met deze toelichting streeft I&M UW naar een verduidelijking van de gehanteerde rekenmethodiek, zodat helder is/wordt op welke wijze I&M UW aangeleverde data interpreteert. Dit om inzichtelijk te maken hoe I&M UW tot conclusies komt over de uitnutting van de budgetindicaties. Deze toelichting geldt voor zowel 2016 als 2017 (en verder).

Algemeen

Om te kunnen toelichten hoe de uitnutting van de budgetindicatie wordt berekend zijn onderstaande begrippen en afbeeldingen van belang.

- **Boekjaar**

Om te beginnen een is het belangrijk om het juiste uitgangspunt te nemen. I&M UW rekent met boekjaren en dus niet met schadelastjaren. Dit houdt in dat in de berekeningen wordt gewerkt met de parameter 1-1-xxxx t/m 31-12-xxxx. In eerste instantie is het boekjaar leidend voor de uitnutting van de budgetindicatie (dus kosten geleverde zorg van 1-1-xxxx t/m 31-12-xxxx)

- **Unieke Cliënten**

I&M UW rekent op basis van Unieke cliënten. Dit houdt in dat er wordt gekeken naar de unieke cliënt ID (o.b.v. de versleuteling van persoonsgegevens, lees BSN). Op één Unieke Cliënt kunnen meerdere producten worden geschreven, al naar gelang de zorgbehoefte. Uiteraard gebonden aan de hiervoor geldende spelregels, bijvoorbeeld vanuit de DBC-systematiek. Alle producten vormen een totale trajectprijs voor de betreffende Unieke Client.

- **Gemiddelde prijs**

Op basis van de geleverde producten komt er een totaal som aan gemaakte kosten uit, deze is inclusief niet gefactureerde zorg, zolang de einddatum van de zorg in hetzelfde boekjaar ligt. Deze totale kosten worden gedeeld door het aantal Unieke Cliënten. Dit vormt de gemiddelde prijs van de geleverde zorg. Deze wordt vervolgens vergeleken met de in de budgetindicaties (contractueel) afgesproken gemiddelde prijs om te bepalen of wordt voldaan aan de gemaakte afspraken.

- **Nagekomen zorg**

Het kan voorkomen dat een cliënt die gestart is in het vorig contractjaar ook een einddatum krijgt in het startjaar terwijl het volgend contractjaar lopend is. Dit kan bijvoorbeeld door nog openstaande zorg waar het laatste contactmoment in het voorgaande contractjaar is. Als er in dit geval gekozen wordt om het laatste contactmoment als einddatum zorg te nemen is de einddatum van de zorg leidend voor het bepalen van het contractjaar.

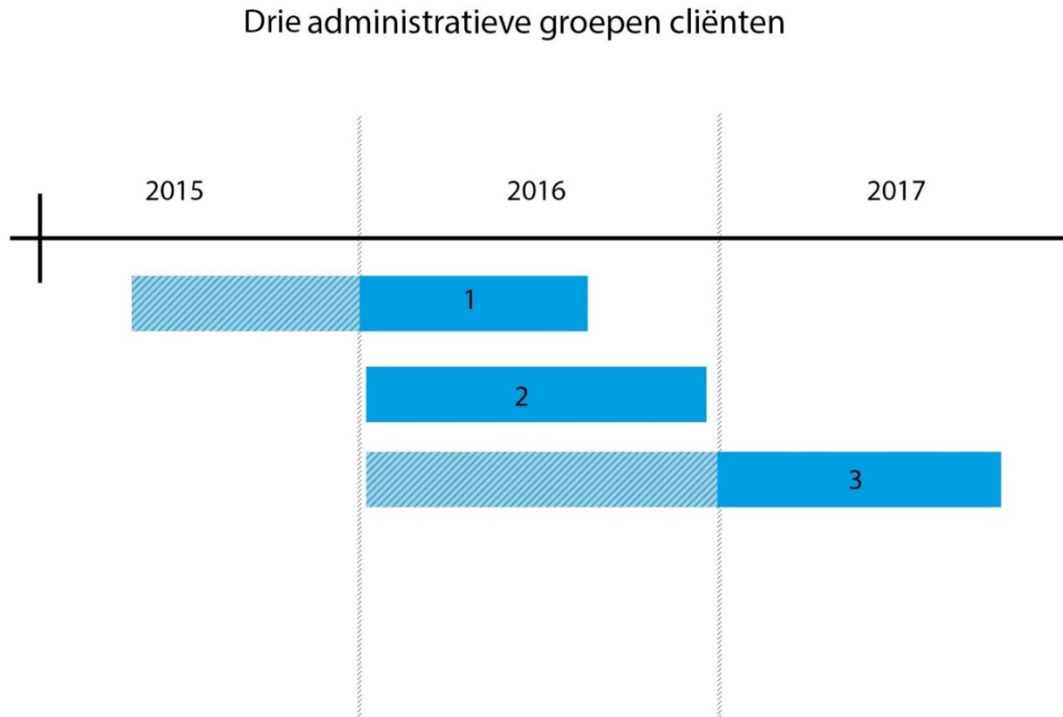
- **Groepen cliënten (van toepassing voor J-GGZ)**

Grofweg onderscheiden drie administratieve groepen cliënten:

1. *Gestart in vorig boekjaar, doorlopend en eindigend in huidige boekjaar.*
2. *Geopend in huidig boekjaar en eindiging in huidig boekjaar of gestart in vorig boekjaar en geëindigd in vorig boekjaar, maar opnieuw geopend in huidig boekjaar.*

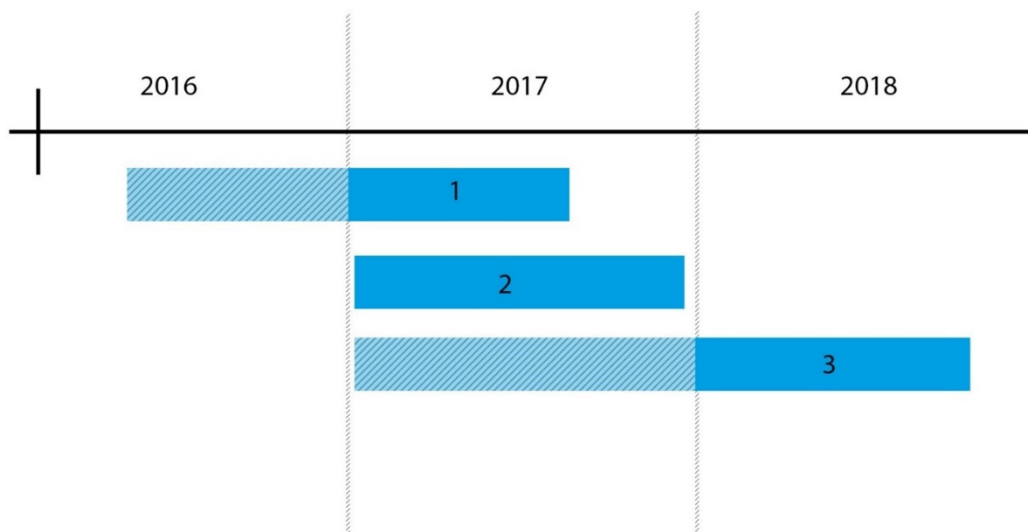
3. *Geopend in huidig boekjaar en doorlopend naar volgend boekjaar.*

Hieronder zijn twee verschillende afbeeldingen te vinden. Voor het berekenen van de uitputting van het contractjaar 2016 wordt figuur 1 gebruikt. Voor het contractjaar 2017 wordt figuur 2 gebruikt. Als de lijn wordt doorgetrokken zie je dat groep 3 van 2016, groep 1 van 2017 wordt (gestart in vorig boekjaar en eindigend in huidig boekjaar).



Figuur 1 Contractjaar 2016

Drie administratieve groepen cliënten



Figuur 2 contractjaar 2017

- **Onderhanden werk**

Zorgaanbieders geven ook op of zij Onderhanden Werk hebben. Zorg die geleverd is, of gaat worden, maar waar nog geen kosten voor in rekening zijn gebracht. Onderhanden werk wordt niet in een boekjaar afgerekend. Of het onderhanden werk wordt meegenomen in de uitnutting hangt af van de einddatum van de zorg. Voor groep 1 en groep 2 geldt dat deze voor rekening komen van het huidige boekjaar. Bij groep twee komt alleen het in het huidige boekjaar gestarte deel terug in de uitnutting. Groep 3 komt voor rekening van het volgende boekjaar, tenzij deze wordt geknipt.

Verschil GGZ (DBC zorg) en WMO, J&O en KMB.

Voor de J-GGZ geldt dat &M UW de NZA beleidsregels hanteert rondom de geleverde DBC's. Hiermee ook de maximale looptijd van een jaar. Het jaar waarin afgesloten wordt is het jaar waar de zorg ten laste komt van het plafond. Voor de overige zorgvormen geldt de factuurdatum. De gefactureerde zorg is ten laste van de budgetindicatie van het huidige jaar.

Berekenen van de uitnutting van de budgetindicatie

Voor het berekenen van de uitnutting wordt een door de zorgaanbieder aangeleverd bestand gehanteerd. Deze data bevat op regelniveau het geleverde product voor de betreffende gemeente per unieke cliënt-ID. Een cliënt-ID kan meerdere malen voorkomen, al gelang er meerdere producten zijn ingezet.

Berekening op basis van kosten geleverde zorg

I&M UW berekent de uitnutting van de budgetindicatie op basis van de door de zorgaanbieder geleverde data (halfjaarlijkse uitvraag).

1. Op basis van het aantal unieke cliënt-ID's wordt bepaald hoeveel Unieke Cliënten er in zorg zijn (geweest).
2. Vervolgens worden de opgegeven kosten opgeteld (al dan niet gefactureerd)). Dit vormt de totale kostenpost (verwacht) voor het huidige boekjaar, op basis van de geleverde gegevens.
3. De totale kosten worden gedeeld door het aantal Unieke Cliënten. Dit levert een gemiddelde prijs op voor de geleverde zorg.
4. De totale kosten en de hieruit voortkomende gemiddelde prijs worden afgezet tegen de gemaakte afspraken in de budgetindicatie.
5. Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd: of en zo ja, hoeveel budgetruimte er nog over is bij de zorgaanbieder.

Berekening op basis van groepen cliënten (J-GGZ (DBC))

1. Op basis van het aantal unieke cliënt-ID's wordt bepaald hoeveel Unieke Cliënten er in zorg zijn en hoeveel cliënten er een einddatum hebben in het betreffende boekjaar.
2. Vervolgens worden de opgegeven kosten opgeteld (al dan niet gefactureerd) voor de cliënten waarvan de einddatum van zorg in het huidige boekjaar ligt (Groep 1 en groep 2). Dit vormt de totale kostenpost (verwacht) voor het huidige boekjaar, op basis van de geleverde gegevens.
3. De totale kosten worden gedeeld door het aantal Unieke Cliënten. Dit levert een gemiddelde prijs op voor de geleverde zorg.
4. De totale kosten en de hieruit voortkomende gemiddelde prijs worden afgezet tegen de gemaakte afspraken in de budgetindicatie.
5. Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd: of en zo ja, hoeveel budgetruimte er nog over is bij de zorgaanbieder.