

Welkom bij de eerste nieuwsbrief 'nieuw stijl' als opvolger van de bekende Specifaktueel. Deze in 1987 gelanceerde nieuwsbrief heeft maar liefst 24 jaargangen en 111 uitgaves beleefd. Aangezien Specifak voor de DBC-plichtige specialismen in 2009 is opgevolgd door MP-basis wordt het hoog tijd voor een nieuwsbrief nieuwe stijl. Een nieuwsbrief met korte en bondige informatie zonder onnodige opsmuk. En wat ons betreft ook minimaal goed voor 24 jaargangen!

Nieuwe tarieven.

Deze nieuwsbrief bevat belangrijke informatie voor alle Zelfstandige Behandelcentra en extramuraal werkend specialisten met betrekking tot de nieuwe tarieven. Zoals bekend wordt er door VWS flink bezuinigd waarbij een groot deel van de rekening bij de medisch specialisten wordt neergelegd. Er wordt door VWS maar liefst 512 miljoen euro vermeende overschrijding teruggehaald. In dit bedrag is de korting van 375 miljoen begrepen die per 1 januari jl is doorgevoerd. De reden? Forse overschrijding van het beschikbare budget. Maar dat was toch afgeschaft? Alle partijen waren het er namelijk over eens dat het oude budgetsysteem niet meer houdbaar was en er "marktwerking" in de zorg moest komen. De markt bepaalt dan de prijs op basis van vraag en aanbod. Dit principe werkte in noodtempo de wachtlijsten weg. Maar de combinatie van een vergrijzende bevolking, nieuwe medische technieken en het uitvoeren van meer medische handelingen is fors meer gaan kosten. Logisch. Behalve bij VWS dan, mede de bedenkers van het DBC-systeem. Daar luiden nu de alarmbellen over breed in de pers uitgemeten overschrijdingen van de kosten door: jawel, de medisch specialist! Onderzoek in opdracht van de Orde leerde al snel dat de grootste overschrijding van de kosten is veroorzaakt door de ondersteunende specialismen. Een DBC is financieel een gemiddelde behandeling voor een bepaalde aandoening. In het declarabele honorariumdeel zitten per DBC naast het honorarium van het poortspecialisme ook de honoraria van bijvoorbeeld anesthesie, pathologie, medische microbiologie et cetera. En daar zit het grootste deel van de overschrijding. Na veel gegoochel met cijfers acht VWS het verantwoord dat er meer dan 500 miljoen bij de specialisten moet worden teruggehaald en dat vindt zijn weerslag in de nieuwe tarieven. De NZA heeft alvast, in opdracht van VWS, nieuwe tarieven per 1 september 2010 vastgesteld. De nu doorgevoerde korting komt dus bovenop de in januari jl al

doorgevoerde korting. Deze korting betreft overigens uitsluitend het honorariumdeel van de DBC. Het kostencomponent blijft buiten beschouwing. De Orde is op dit moment (half augustus 2010) volop bezig om via de rechter het cijfermateriaal boven water te krijgen waarop deze kortingen zijn gebaseerd zodat zij deze maatregel alsnog kunnen aanvechten. De specialisten zijn terecht woedend, te meer daar de verleende en te verlenen zorg voor 2010 door verzekeraars is gecontracteerd en dus is ingekocht. En één van de karakteristieken van marktwerking is vraag en aanbod en dat de prijs dus ook "door de markt" wordt bepaald. Als het aan VWS ligt gaan we weer terug naar af en wordt er weer een budgetsysteem ingevoerd. Dus een zak met geld en als die leeg is zijn we weer terug in de tijd met wachtlijsten. Het plan is zelfs door VWS gelanceerd om dit budget aan het ziekenhuis te verstrekken die dan vervolgens voor de verdeling mag zorgen. Wat dat betekent voor het zelfstandig ondernemerschap van de specialist? Volkomen terecht zijn de specialisten hier fel tegen, ook omdat ziekenhuismanagers dan zouden kunnen bepalen of die CVA-patiënt nog wel een tweede neurologische scan moet krijgen en of die lens voor een 80-jarige oogpatiënt niet van een wat mindere kwaliteit kan. In plaats van de zo nodige extra handen aan het bed zitten we al vast aan te veel (en veel te dure ad-interim) benen onder het bureau. En wat te denken van de vele honderden miljoenen (!! die alleen al het opzetten van het huidige DBC-systeem inmiddels heeft gekost? En heeft u recent nog iets van de vele verhalen van ontslagen zorgmanagers met gouden handdrukken meegekregen? Of zorgcentra die met publiek geld een voetbalclub sponsoren?

Prijsafspraken.

Uiteraard heeft deze tariefsaanpassing ook consequenties voor de prijsafspraken die u met verzekeraars heeft gemaakt. Zo simpel als het principe "afpraak is afspraak" blijkt het echter niet te zijn. De reeds overeengekomen kortingen van zowel A als ook B-segment zullen worden doorgevoerd op basis van de nieuwe tarieven. Aangezien de afspraken in het B-segment "vaste" prijsafspraken zijn met een vast onderdeel kosten en een vast onderdeel honorarium hebben wij verzekeraars gevraagd hoe zij hier mee omgaan richting ZBC. Blijft de totaalprijs van de gemaakte prijsafpraak staan met een verschuiving in de componenten of wordt het lagere honorarium aangehouden? Tendens lijkt te zijn dat de nieuwe honoraria van 1-9-2010 één-

op-één worden doorgevoerd in alle prijsafspraken. Dus zowel in de procentuele afspraak van het A-segment als ook in de vaste prijzen in het B-segment. Aangezien wij geen consistentie in de berichtgeving van verzekeraars hebben kunnen ontdekken is het **van het allergrootste belang dat u zelf met de zorginkoper per verzekeraar contact opneemt en zwart op wit laat vastleggen onder welke condities er voor vanaf 1-9-2010 geopende DBC's kan worden gedeclareerd.** IHC-de Zorgmakelaar heeft inmiddels ook haar handen vol aan deze situatie en volgt dezelfde lijn. Zij adviseren nieuwe prijsjablonen per verzekeraar per 1-9-2010. Op zich is dit een heldere en niet voor dubbele uitleg vatbare oplossing, maar wij vrezen voor de lange tijd die verzekeraars nodig hebben om a. deze nieuwe sjablonen op te stellen en te laten tekenen en b. deze nieuwe sjablonen in hun declaratiesystemen in te voeren. Het betreft dan wel uitsluitend ná 31-8-2010 geopende DBC's maar het is wel zinvol dat u op zo'n kort mogelijke termijn actie gaat of laat ondernemen. Wij adviseren u met klem goede afspraken over verwerkings- en indieningstermijnen met verzekeraars vast te leggen. Zo nodig kunt u overwegen om tijdelijk restitutedeclaraties aan de patiënt te zenden.

Uitbreiding MP-basis.

MP-basis kent inmiddels versie 2.0 en is daarbij voorzien van een snellere runtime waardoor veel processen aanmerkelijk zijn versneld. Nog niet alle gebruikers zijn door ons omgezet naar de nieuwe versie, maar dit wordt op korte termijn door ons opgepakt en zonodig bij u uitgevoerd.

In de nieuwe versie zijn onder meer de volgende uitbreidingen verwerkt:

- u kunt bij zorgactiviteiten aangeven of deze als statistisch moeten worden gekenmerkt. Hierbij kunt u zowel bij lopende als bij reeds afgesloten DBC's nog activiteiten behorende bij die DBC vastleggen. Activiteiten die u aan een reeds afgesloten DBC toevoegt zijn altijd statistisch. Statistische activiteiten worden niet meegenomen in de aanlevering naar de DIS.
- u kunt bij de relatiegegevens van een zorgverzekeraar aangeven of DBC's voor die relatie aan de DIS moeten worden aangeleverd. U kunt op die manier declareren aan instanties anders dan verzekeraars die niet aan de DIS kunnen of hoeven te worden aangeleverd.
- met versie 2.0 worden declaratieafspraken met verzekeraars (waar gaat de nota naar toe) bij de prijsafspraken zelf vastgelegd en niet meer bij de relatiegegevens van de verzekeraar. Wijzigingen per contractperiode kunnen op deze manier correct worden gevolgd.
- in voorbereiding: een per ZBC vrij de definiëren

elektronische patiëntenstatus. U definieert zelf de te gebruiken velden en items op basis waarvan u een (aantal) sjablonen kunt opstellen om uw zorginhoudelijke registratie vast te leggen.

- in voorbereiding: de huidige agendamodule wordt uitgebreid met een planningsmodule waarbij beschikbaarheid van mensen en middelen kan worden bijgehouden.

MP-extra.

MP-extra is, zoals de naam al aangeeft, een extra programmaschil met aanvullende mogelijkheden rondom MP-basis. De nu beschikbare extra module is de geïntegreerde correspondentie MP-tekst. Hiermee werkt u met in Word door u samengestelde sjablonen die u vervolgens kunt laten invullen met de gekozen patiëntgegevens.

Als aanvulling hierop lanceren wij op korte termijn de uitbreiding met Zorgmail. Hiermee kunt u de correspondentie als elektronisch bericht rechtstreeks naar de elektronische postbus van de huisarts zenden. Een tweede reeds bestaande optie is de MP-VM2, de validatiemodule-2 waarmee u de door zorgverzekeraars gebruikte Cope-controle al voor het declaratiemoment kunt leggen. Over de kosten van deze module is momenteel overleg met verzekeraars gaande.

De nieuwste uitbreiding van MP-extra is de module MP-reports. MP-basis beschikt al over een mogelijkheid om (een deel van) de data in een in Excel leesbaar formaat te exporteren waarna u er bewerkingen op kunt loslaten. Voor meer eenvoudige overzichten is dit niet altijd een handige oplossing gebleken, reden om hier specifieke en voorgedefiniëerde overzichten aan toe te voegen. De nieuwe module MP-reports zal op korte termijn door ons worden uitgeleverd.

Uitlevering nieuwe tarieven.

Zoals aangegeven gaan de nieuwe tarieven op 1 september 2010 in en gelden voor alle na 31 augustus geopende DBC's. Wij verwachten de nieuwe tarieven eind augustus a.s. te kunnen opleveren en zullen daar tevens een extra instructie bij meeleveren.

Reden van deze nieuwsbrief is om u alvast te informeren en u er op attent te maken zo spoedig mogelijk contact met uw zorginkoper van de gecontracteerde verzekeraars op te nemen.

Voor vragen en/of opmerkingen kunt u uiteraard altijd contact met ons opnemen.

Hilversum, 16 augustus 2010