

Vergaderjaar 2013–2014

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 53

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2013

In deze brief informeer ik u over de voortgang van het onderwerp «kostenbewustzijn», zoals toegezegd in het debat over fraude op 23 mei 2013 (Handelingen II 2012/13, nr. 86, item 8, blz. 26–61). Dit onderwerp bestaat uit het inzichtelijk maken van de zorgkosten, het verbeteren van de afhandeling van klachten van patiënten en het terugdringen van de no-show in ziekenhuizen. Ik heb u in mijn brief van 14 mei 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 441) toegelicht welke acties op deze punten worden ondernomen. Ik zal in deze brief de stand van zaken geven ten aanzien van de voortgang en de acties.

Een betere zorgnota voor de patiënt

Een inzichtelijke zorgnota stelt verzekerden/patiënten in staat declaraties te controleren op mogelijke onjuistheden en hen inzicht te bieden in de gemaakte zorgkosten. Het is één van de maatregelen die ingezet wordt om fraude en oneigenlijk gebruik van zorg aan te pakken (eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding, 16 september 2013, Kamerstuk 28 828, nr. 50). Ik heb in het debat over fraude van 23 mei 2013 toegezegd maximale druk te zetten op verzekeraars om begin 2014 de zorgnota voor de patiënt herkenbaar en begrijpelijk te maken.

Medisch specialistische zorg

In het onderhandelaarsakkoord medisch specialistische zorg 2014 tot en met 2017 heb ik hierover met partijen afgesproken dat in de eerste helft van 2014 de zorgverzekeraars de zorgnota zullen verbeteren op basis van de informatie die zij nu al via de declaratie ontvangen. U moet hierbij denken aan het op de nota vermelden van het specialisme waar de patiënt is geweest, de diagnose, de start en eind datum van het DBC-zorgproduct en een consumentenomschrijving van het DBC-zorgproduct. Daarnaast wordt de zorgnota van DBC-zorgproducten geopend vanaf 1 juni 2014 uitgebreid met de uitgevoerde zorgactiviteiten. Dit zijn belangrijke

elementen voor het verbeteren van de zorgnota, omdat patiënten dan precies kunnen zien welke zorg zij wanneer hebben ontvangen. Patiënten zien dan niet meer alleen dat zij bijvoorbeeld een «operatie aan de neus- of keelamandelen» hebben ondergaan, maar ook wanneer zij een consult hadden met de arts en wanneer een bepaald onderzoek heeft plaatsgevonden. Om dit mogelijk te maken zal de NZa zorgaanbieders verplichten om per 1 juni 2014 de uitgevoerde zorgactiviteiten mee te sturen met de declaratie naar de zorgverzekeraar. Deze uitbreiding van het declaratieverkeer vraagt om flinke aanpassingen in de ICT van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Ik heb daarom een projectleider aangesteld om dit traject te begeleiden.

Gezien het feit dat het hier gaat om extra informatie-uitwisseling heb ik de NZa gevraagd om een privacytoets uit te voeren, voordat zij de genoemde verplichting in de regelgeving opnemen. In deze toets is geconcludeerd dat er afdoende juridische grondslag is voor het vermelden van zorgactiviteiten op de zorgnota. Wel zal er worden gekeken of er nog specifieke zorgactiviteiten zijn waar de privacy meer in het geding is.

GGZ

Ook zijn er maatregelen genomen om de terugkoppeling van de kosten van GGZ-zorg te verbeteren. Met veldpartijen is overeengekomen dat de diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Het gaat dan ondermeer om de kortdurende dbc's in de gespecialiseerde GGZ, en om de producten in de generalistische basis GGZ. Dit onder voorbehoud van een privacytoets. Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en de controleerbaarheid te verbeteren, wordt ook gewerkt aan het toevoegen van een zorgvraagzwaarte indicator op de declaratie. Dit wordt gedaan in nauwe afstemming met het CBP. Daarnaast worden ook andere gegevens inzichtelijk gemaakt op de GGZ-factuur, waaronder gegevens over het hoofdbehandelaarschap en de verwijzer. De NZa heeft aangegeven dat in verband met de noodzakelijke privacytoetsing het uitbreiden van de diagnose-informatie op de factuur pas in 2015 kan plaatsvinden. Alle inspanningen zijn erop gericht om alle overige genoemde elementen in 2014 aan de factuur toe te voegen. In al deze trajecten zal expliciet aandacht worden besteed aan het «vertalen» van deze gegevens, voor zover dat nodig en zinvol is, naar voor de patiënt begrijpelijke taal. De patiënt en de zorgverzekeraar gaan er per 2014 dus op het gebied van de informatie op de factuur erg op vooruit.

Inzicht in de kosten vooraf

In het Algemeen Overleg Zvw van 20 juni 2013 (Kamerstuk 30 597, nr. 130) heb ik aangegeven dat ik de Kamer zou informeren over de vraag of het mogelijk is patiënten vooraf inzicht te geven in de kosten van de zorg die zij nog moeten consumeren. Dit blijkt een complexe vraag; in de bijlage van de Kamerbrief over het plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg (16 september 2013, Kamerstuk 28 828, nr. 50) heb ik hier over aangegeven dat het bij veel zorgvragen vooraf niet mogelijk is om een prijsopgave te geven. Ook het bieden van een prijs-bandbreedte is vaak lastig, omdat de ernst van een klacht en de behandeling dikwijls gedurende het zorgtraject pas duidelijk worden. Vage buikkachten kunnen bijvoorbeeld gedurende het zorgtraject onschuldig blijken, terwijl bij sommige patiënten sprake kan zijn van een tumor en dit kan tot hele andere prijsuitkomsten leiden.

Alleen voor behandelingen waar vooraf duidelijk is wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren kan wel een prijsopgave worden gegeven. Met

name in het geval van meerdere behandelingen met dezelfde uitkomst is dit waardevol. Ik ben daarom in gesprek met zorgaanbieders om deze behandelingen in beeld te brengen. De Orde van Medisch Specialisten heeft aangegeven dit mee te willen nemen in zijn campagne «verstandig kiezen». Deze campagne is gericht op het ondersteunen van de arts en de patiënt bij het maken van een keuze voor een behandeling.

Ook als het vooraf niet duidelijk is wat een behandeling gaat kosten, is het van belang om patiënten goed te informeren. Bijvoorbeeld over de gevolgen voor het eigen risico, of er een machtiging nodig is en welke afspraken er zijn gemaakt met een specifieke zorgaanbieder. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben hier eigen verantwoordelijkheden in. Dat neemt niet weg dat door samen te werken op het punt van de communicatie richting de patiënt / verzekerde nog winst te behalen valt. Ik neem daarom het initiatief om hier gezamenlijk met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maar ook andere partijen, zoals de NPCF, in op te trekken. Het gaat hierbij niet alleen over begrijpelijke en eenduidige informatie over kosten van de zorg, maar ook bijvoorbeeld over wat de mogelijkheden zijn voor patiënten die een klacht hebben. Dit traject wordt in de eerste helft van 2014 uitgewerkt.

Afhandeling van klachten

Over de afhandeling van meldingen over mogelijk onjuiste declaraties heb ik in het Algemeen Overleg ZVW van 20 juni 2013 aangegeven dat de afhandeling van klachten over de declaratie van de zorgaanbieder mee wordt genomen in het actieplan verbetering zorgnota. Bij deze uitwerking is ook gekeken naar de mogelijkheid om bij patiënten die een terechte melding doen van onjuiste declaraties een financiële tegemoetkoming toe te kennen of het eigen risico (gedeeltelijk) kwijt te schelden (motie Van der Staaij, Kamerstuk 29 689, nr. 457). Op dit laatste kom ik later in deze brief terug.

Bij de afhandeling van klachten en vragen over een declaratie van een zorgaanbieder zijn verschillende aandachtspunten te onderscheiden. Het begint met een goede toelichting bij de zorgnota. Ook een goede toelichting bij het systeem als zodanig, de hoogte van vergoedingen en het te betalen eigen risico is van belang. Ik heb hierover al aangegeven dat ik samen met partijen bekijk waar gezamenlijk gezorgd kan worden voor betere informatie.

Vervolgens dient duidelijk te zijn voor patiënten / verzekerden waar zij terecht kunnen met een klacht of vraag. Ik heb geconstateerd dat zorgverzekeraars duidelijke procedures hebben voor het indienen van klachten of vragen over de polisvoorwaarden of dienstverlening. De NZa houdt toezicht op de transparantie van de klachtenprocedures. Als de verzekerde het niet eens is met de afhandeling van een klacht, kan de verzekerde (onder voorwaarden) op basis van art 114 Zvw terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Commissie Zorgverzekeringen. Ook staat overigens de weg naar de burgerlijk rechter open. Voor klachten en vragen over declaraties, is het voor de patiënt / verzekerde niet altijd duidelijk of hij bij de zorgaanbieder of zorgverzekeraar moet aankloppen. Voorkomen moet worden dat hij van «het kastje naar de muur» wordt gestuurd. Het moet helder zijn welke rollen en verantwoordelijkheden zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen hebben en op welke wijze zij samenwerken. Met zorgverzekeraars is afgesproken dat zij nagaan in hoeverre de bestaande procedures rondom de melding van onjuiste declaraties duidelijk zijn voor de verzekerde. Waar dit nodig is zullen zorgverzekeraars de procedures verbeteren. De zorgverzekeraar is het eerste aanspreekpunt voor de verzekerde. Dat wil zeggen dat de

zorgverzekeraar de regie neemt in het beantwoorden van de vraag danwel het afhandelen van de klacht omtrent een onjuiste declaratie en zonodig hierover namens de verzekerde contact opneemt met de zorgaanbieder.

Motie Van der Staaij

Tijdens het VAO Zvw op 3 juli 2013 (Handelingen II 2012/13, nr. 103) heeft kamerlid Van der Staaij een motie ingediend over het mogelijk maken van het belonen van verzekerden bij het melden van onjuiste declaraties, bijvoorbeeld via het toekennen van een financiële tegemoetkoming of via het kwijtschelden van het eigen risico. Ook is verzocht met verzekeraars hierover in overleg te treden om te bevorderen dat zij actief van deze mogelijkheid gebruik maken.

Ik kan u melden dat op privaatrechtelijke gronden verzekeraars in algemene zin ruimte hebben voor het positief stimuleren van verzekerden om fouten te melden. Zorgverzekeraars zullen binnen deze ruimte de baten en de lasten van een beloningssysteem afwegen. Het is aan individuele zorgverzekeraars om te beoordelen of het belonen de juiste manier is om onjuiste declaraties op het spoor te komen en af te wegen van de kosten van een dergelijk beloningssysteem opwegen tegen de baten. Ik zie bij het toekennen van een financiële beloning overigens wel het risico van hoge uitvoeringskosten voor verzekeraars gezien het risico op vals-positieve meldingen van verzekerden. Het vooruitzicht op een mogelijke financiële beloning kan verzekerden er toe zetten om elke declaratie aan de orde te stellen. De vraag is of de financiële baten van dit extra instrument bij het opsporen van onjuiste declaraties voor de verzekeraar opwegen tegen de uitvoeringskosten. Ik ga hierover nader met de verzekeraars in overleg. Dit laat onverlet dat iedere verzekerde een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft om onjuiste declaraties te melden bij de zorgverzekeraar, ook zonder hen te «belonen». Iedereen is gebaat bij een juiste weergave van de zorgkosten.

Terugdringen no-show

In het Algemeen Overleg Zvw van 20 juni 2013 heb ik toegezegd om de Kamer opnieuw te informeren over de stand van zaken rond het terugdringen van de no-shows. Daarnaast heb ik toegezegd om de Kamer te informeren over de oorzaken van de no-show. Tot slot is de motie Dijkstra aangenomen waarin de regering verzocht wordt samen met de ziekenhuizen een actieplan aanpak no-show op te stellen en de Kamer daarover voor de begrotingsbehandeling 2014 te informeren (motie Dijkstra, Kamerstuk 31 016, nr. 47.)

Op mijn verzoek hebben de branchevereniging Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie UMC's (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) het afgelopen kwartaal haar leden opnieuw bevraagd op hun no-show percentage, alsmede de oorzaken van no-show. Op deze enquête hebben meer ziekenhuizen gereageerd (59 ziekenhuizen) dan in maart van dit jaar (54 ziekenhuizen) en augustus 2012 (33 ziekenhuizen). Op basis van de laatste enquête constateert de NVZ een no-show percentage van gemiddeld 3,2%. Bij de UMC's is dit gemiddeld 3,9% (op basis van reacties van 8 UMC's). ZKN geeft aan dat bij klinieken no-show maar beperkt speelt. In de bijlage van deze brief treft u een overzicht van oorzaken van no-show (tabel 2).

Ik constateer dat de representativiteit van de uitkomsten van de enquêtes is verbeterd. Dit bevordert de vergelijkbaarheid van de cijfers. Ik zal ziekenhuizen en UMC's verzoeken om nogmaals een enquête te houden onder hun leden en mij hierover in het voorjaar van 2014 te informeren.

Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de verbeteringen die individuele instellingen hebben doorgemaakt gecorrigeerd voor seizoensinvloeden.

Het terugdringen van no-show heeft volop de aandacht van instellingen en verdere verbeteringen zijn zeker nog mogelijk. Ook vanuit brancheorganisaties wordt er veel gedaan om instellingen hierbij te helpen. Zo heeft de NVZ op hun website een pagina ingericht met informatie over te nemen maatregelen en best-practises. Daarnaast wordt regelmatig het no-show-percentage binnen instellingen gemonitord.

Ten aanzien van het actieplan concludeer ik dat er vooral behoefte is aan het uitwisselen van best-practices voorzien van duidelijke werkinstructies. In de bijlage van deze brief treft u ter illustratie een lijst aan met maatregelen die eventueel ingezet kunnen worden (tabel 3). Ik ben met branche-partijen in gesprek over het opstellen van een complete lijst met mogelijke maatregelen en werkinstructies. Deze zullen vervolgens worden gepromoot door de brancheorganisaties richting de ziekenhuizen.

Tot slot

Ik constateer dat op alle onderdelen van het onderwerp «kostenbewustzijn» stappen in de goede richting zijn gezet en dat er systematisch en planmatig gewerkt wordt aan het verbeteren van inzicht voor alle partijen (zie tabel 1 in de bijlage). Naast de genoemde acties in deze brief hebben partijen vaak ook eigen trajecten lopen. Zo heeft Zorgverzekeraars Nederland onlangs het plan «Zinnige zorg, Zuivere rekening» gepresenteerd. Het programma is gestart om ongepast en oneigenlijk gebruik van zorg tegen te gaan en te zorgen dat er correct gedeclareerd wordt. Het beter informeren van verzekerden over het gedeclareerde zorggebruik is een van de onderdelen van het programma.

De komende periode zullen de genoemde acties en trajecten in deze brief verder worden uitgewerkt. Ik zal de Kamer opnieuw informeren over de voortgang in het voorjaar van 2014. Ook ben ik voornemens de NPCF vragen om eind 2014 / begin 2015 een nieuwe meldactie «Inzicht in Zorgkosten» te organiseren, zodat we kunnen evalueren of de ingezette verbeteringen ook daadwerkelijk een begrijpelijker zorgnota heeft opgeleverd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Bijlage

Tabel 1: actielijst «kostenbewustzijn»

	Actie	Gereed
	Zorgnota patiënt	
1	Verbeteren algemene toelichting over kosten zorg, eigen risico, mogelijkheden om declaraties in te zien, et cetera	1 ^e helft 2014
2	Uitbreiden terugkoppeling naar verzekerde inzake zorggebruik medisch specialistische zorg op basis van informatie die zorgverzekeraars reeds in bezit hebben	1 ^e helft 2014
3	Uitbreiden terugkoppeling naar verzekerde inzake zorggebruik ggz met de zorgvraagzwaarte indicator, de verwijzer, en de tijd per behandeling en per behandelaar ¹	DBC's geopend vanaf 1-1-2014
4	Verbeterde consumentenvertaling DBC-zorgproducten medisch specialistische zorg.	1 ^e helft 2014
5	Uitbreiden zorgnota met de uitgevoerde zorgactiviteiten ¹	DBC's geopend vanaf 1-6-2014
	Inzichtelijkheid kosten vooraf aan behandeling msz	
6	In beeld brengen bij welke behandeling een prijsopgave vooraf mogelijk is.	1 ^e helft 2014
7	Communicatietraject «kostenbewustzijn»	1 ^e helft 2014
	Verbetering afhandeling klachten en vragen	
8	Zo nodig verbeteren procedure afhandeling klachten en vragen; duidelijke rollen en verantwoordelijkheden betrokken partijen	1-6-2014
	Terugdringen no-show	
9	Opstellen lijst met maatregelen voorzien van werkinstructies	1-4-2014
10	Communicatie branchepartijen over maatregelen	1-5-2014
11	Nieuwe enquête stand van zaken no-show	1-7-2014

¹ Declaraties van DBC's ggz en medisch specialistische zorg volgen na het sluiten van het DBC-traject (max. 1 jaar).

Tabel 2: oorzaken no-show (bron: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)

	Oorzaken no-show
1	Patiënt vergeet afspraak wegens drukte of omdat deze lang van tevoren is gepland
2	Patiënt is ziek en belt niet af
3	Klachten van de patiënt zijn niet meer aanwezig
4	Patiënt is overleden
5	Patiënt is op eigen initiatief naar ander ziekenhuis overgestapt.
6	Patiënt komt niet in verband met eigen risico
7	Weersomstandigheden waardoor de patiënt niet kan of wil komen
8	Patiënt heeft geen vervoer
9	Patiënt is weggelopen van spreekuur in verband met wachttijd
10	Patiënt is reeds opgenomen of elders opgenomen
11	Tijdstip komt de patiënt niet uit in verband met geen kinderopvang
12	Patiënt herkent het belang van afzeggen niet
13	Patiënt durft niet meer
14	Administratieve fout omdat mutaties niet of niet altijd juist worden verwerkt

Tabel 3: mogelijke maatregelen no-show (bron: Erasmus MC)

Mogelijke maatregelen voor het terugdringen van no-show	
1	Mogelijkheid tot digitaal afspraak plannen
2	Langer dan 3 maanden van tevoren een afspraak plannen
3	Bij telefonische afspraak: patiënt datum herhalen
4	Bij elke afspraak controleren of gegevens patiënt juist zijn
5	Informatie verstrekken over risico's mbt OV of files
6	Verstrekken informatiefolder bij inschrijven over no-show/afzeggen afspraak
7	Herinnering 1 dag voor afspraak dmv telefonsich/sms bericht
8	Medewerkers bellen patiënt om te herinneren aan afspraak
9	Versturen van postbericht 1 week voor afspraak
10	Vervolgafspraken op «geprint» meegeven aan patiënt
11	Mogelijkheid tot digitaal afspraak annuleren
12	Structureel bedanken als patiënt afspraak tijdig afzegt
13	Plannen van nieuwe afspraak bij no-show patiënt
14	Versturen van no-show bericht «sorry we hebben u gemist»
15	Versturen van factuur voor no-show
16	WachtlIJst met beschikbare patiënten in geval van no-show
17	Overboeken» van spreekuren om «leegloop» op te vangen
18	Versturen van «bedankkaartjes» als patiënten op tijd op afspraak zijn'
