

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 441

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 mei 2013

In het AO van 10 april 2013 over zorgfraude heb ik de Kamer toegezegd een brief te sturen over de stappen die worden gemaakt rond het beter inzichtelijk maken van de zorgkosten richting de patiënt. Deze brief is een vervolg op de brief die ik de Kamer op 11 april 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 173 i) heb gestuurd. Ik zal hierbij tevens ingaan op de toegankelijkheid van websites van zorgverzekeraars. Dit is naar aanleiding van het VAO Zorgverzekeringswet op 9 februari 2012 (Handelingen II 2011/12, nr. 51, item 8, blz. 62–64). Tijdens dit VAO is de motie van de Leden Wiegman-Van Meppelen Scheppink en Smilde (Kamerstuk 29 689, nr. 374) aangenomen waarin de regering verzocht is in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over de toegankelijkheid van hun websites, zodat vanaf 2013 de websites ook toegankelijk zijn voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Ook wil ik in deze brief ingaan op de stand van zaken rondom de aanpak van patiënten die niet op hun afspraak in het ziekenhuis verschijnen; de zogenaamde no shows. Ik heb hierover tijdens de begrotingsbehandeling 2013 toegezegd nogmaals de stand van zaken te peilen.

Ik deel de wens van de Kamer om de inzichtelijkheid van de zorgkosten te verbeteren. Een beter inzicht in de kosten draagt bij aan zinnig en zuinig gebruik van zorg, en stelt patiënten beter in staat mogelijke onjuistheden in de declaraties, eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te signaleren. Ik wil hierbij onderscheid maken tussen de inzichtelijkheid van de zorgkosten vóór aanvang en ná afloop van een zorgtraject. Over beide vormen van inzichtelijkheid heeft de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) aanbevelingen gedaan die zijn gebaseerd op de uitkomsten van hun meldactie «Inzicht in Zorgkosten» van november 2012. Het rapport van de NPCF is bijgevoegd bij deze brief¹. De meldactie geeft inzicht in de kosteninformatie die verzekerden krijgen, de mate waarin die informatie begrijpelijk is en of het past bij de informatiebe-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

hoeft. Mensen hebben ook gemeld wat ze doen met de informatie op kostenoverzichten. De NPCF wijst er op dat de uitkomsten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, vanwege de opbouw van de deelnemersgroep.

De NPCF, zorgverzekeraars en de ziekenhuizen hebben naar aanleiding van het rapport van de NPCF de handschoen opgepakt. Dit heeft geresulteerd in een aantal maatregelen dat de inzichtelijkheid in de zorgkosten vooraf en achteraf moet verbeteren. De NPCF heeft aangegeven voor de zomer te komen tot een plan van aanpak om de implementatie van de maatregelen in deze brief te begeleiden en te monitoren, waarbij de relatie wordt gelegd met andere trajecten, zoals «verspilling», «gepast gebruik» en «verstandig kiezen». Dit is recent bevestigd in het bestuurlijk overleg bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg.

Inzichtelijkheid achteraf

Een duidelijk kostenoverzicht naar de verzekerde kan bijdragen aan de controleerbaarheid van de zorg. Verzekerden kunnen onjuistheden signaleren als zij begrijpen wat er in een kostenoverzicht staat. Uit de meldactie van de NPCF blijkt dat een groot deel van de respondenten (62%) het overzicht van de declaraties al duidelijk vindt, maar dat er nog wel verbeteringen mogelijk zijn. In gesprek met de zorgverzekeraars heeft dit geleid tot verbeteringen die zijn gericht op meer en duidelijkere informatie over de verleende zorg, een betere toelichting hierbij, toegankelijkheid tot de digitale «mijnomgeving» en de mogelijkheid voor een kostenoverzicht op papier indien dit gewenst is. In het AO «bestrijding zorgfraude» van 10 april 2013 heb ik toegezegd dat in 2014 de terugkoppeling van de zorgkosten aan de patiënt is gerealiseerd via de digitale weg en dat een kostenoverzicht op papier mogelijk moet zijn voor mensen die geen toegang hebben tot digitale informatie.

Begrijpelijkheid

Wat betreft uitbreiding en verduidelijking van de informatie over de verleende zorg kunnen met name stappen gezet worden bij de terugkoppeling van de kosten die zijn gemaakt in de medisch specialistische zorgverlening. Ik heb daarom met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afgesproken dat vanaf 2014 de relevante contactmomenten (bijvoorbeeld een consult bij de arts of een operatie) worden meegeleverd bij de declaratie. Dit vereist een uitbreiding van de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en zal ook voor het einde van 2014 moeten zijn gerealiseerd. Daarnaast wordt de terugkoppeling naar de verzekerde uitgebreid met de diagnose en het specialisme. Dit is een verbetering ten opzichte van de huidige situatie, want op dit moment worden alleen de declaratiecode en de bijbehorende prijs getoond. De toevoeging van de diagnose zal nog getoetst worden aan de privacywetgeving. Tevens zal een te raadplegen toelichting worden opgesteld met uitleg over de DBC-systematiek. Ook zullen partijen gezamenlijk nogmaals kijken naar de zogenaamde «lekenvertaling». Dit is de vertaling van de titel van het gedeclareerde DBC-zorgproduct die aan de hand van medische terminologie is opgesteld. Veel verzekerden geven aan dat ook deze vertaling op dit moment niet duidelijk genoeg is. De genoemde verduidelijkingen gelden ook voor de restitutenota's die door zorgaanbieders worden opgesteld.

Ook voor andere vormen van zorg, zoals een bezoek aan de huisarts, moet helder en begrijpelijk worden teruggekoppeld in een kostenoverzicht. Dat betekent dat ook hier de datum van behandeling, de zorgaanbieder, en het soort behandeling vermeld moeten staan.

Toegankelijkheid

Een belangrijk aandachtspunt is de toegankelijkheid van de kostenoverzichten. De laatste jaren hebben zorgverzekeraars goede stappen gezet met de «mijnomgeving». Van belang is dat zorgverzekeraars verzekerden meer stimuleren gebruik te maken van de digitale mogelijkheden en hen hier desgewenst bij helpen. Dit laat onverlet dat voor verzekerden die geen toegang hebben tot digitale informatie een kostenoverzicht op papier moet komen indien de verzekerde hier om vraagt. Bij veel verzekeraars is dit nu al mogelijk. Ik wil benadrukken dat deze mogelijkheid in 2014 bij alle verzekeraars moet bestaan.

De behoefte aan een kostenoverzicht op papier zal vermoedelijk afnemen als de toegankelijkheid van de websites van verzekeraars goed is. Verzekeraars dienen hier rekening te houden met de digitale kunde van alle groepen in de bevolking. Naar aanleiding van het VAO Zorgverzekeringswet op 9 februari 2012 is de motie van de Leden Wiegman- Van Meppelen Scheppink en Smilde (Kamerstuk 29 689, nr. 374) aangenomen waarin de regering verzocht is in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over de toegankelijkheid van hun websites, zodat vanaf 2013 de websites ook toegankelijk zijn voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Naar aanleiding hiervan heb ik ZN gevraagd in kaart te brengen op welke wijze de zorgverzekeraars de toegankelijkheid van hun websites waarborgen dan wel op welke wijze zij, indien nodig, de toegankelijkheid zullen verbeteren. Hierbij heb ik ZN gewezen op de webrichtlijnen die in opdracht van het Ministerie van BZK zijn ontwikkeld (www.webrichtlijnen.nl) met als doel de kwaliteit en toegankelijkheid van overheidswebsites te verbeteren. Deze kunnen ook gebruikt worden door organisaties buiten de overheid. ZN heeft via een enquête zorgverzekeraars bevestigd over de toegankelijkheid van hun websites, de bevestigde criteria zijn gedestilleerd uit www.webrichtlijnen.nl.

Overall uitkomst van de enquête is dat zorgverzekeraars op diverse manieren rekening houden met de toegankelijkheid van hun websites voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Zo houden zorgverzekeraars rekening met een passende vormgeving van de websites: een goed kleurcontrast en de mogelijkheid om lettergrootte aan te passen zit tegenwoordig ingebouwd in de internetbrowser. Vrijwel alle websites hebben een goede zoekfunctie, een heldere navigatiestructuur, menu's en een sitemap. Een deel van de websites heeft een voorleesfunctie. Degenen die dat niet hebben geven aan dat het tegenwoordig eenvoudig voor de consument te downloaden is via een gratis voorleeshulp. De zorgverzekeraars hebben aangegeven erop gericht te zijn om eenvoudige Nederlandse taal te gebruiken (B1-niveau). De meeste zorgverzekeraars waarborgen de gehele toegankelijkheid van hun websites door regelmatig gebruikersonderzoeken (klantenpanels, enquêtes) te doen. Daarnaast hebben ze feedbackmogelijkheden op de website waardoor dagelijkse monitoring plaatsvindt. In veel gevallen zijn toegankelijkheid en gebruikersvriendelijkheid onderdeel van de beleidsplannen, waarbij webdiscipline een belangrijk onderdeel is. Daarbij geeft elke zorgverzekeraar aan dat ze continue kijken naar verbeteringen van de huidige site en meegaan met nieuwe ontwikkelingen.

Daarnaast hanteren alle zorgverzekeraars – naast de website – verschillende andere kanalen om hun klanten te bedienen: telefonisch, schriftelijk, email & vragenformulieren. De meesten hebben een loket (behalve de internetzorgverzekeringen) en een aantal heeft chatmogelijkheden.

Op basis van bovenstaande uitkomsten lijken zorgverzekeraars voldoende rekening te houden met de toegankelijkheid van hun websites voor

ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Ik zal de NPCF vragen de bevindingen van deze enquête te beoordelen.

Afhandeling vragen over declaraties

Zorgverzekeraars en aanbieders moeten meer doen aan de afhandeling van vragen over declaraties. De NPCF doet op dit punt de aanbeveling dat voorkomen moet worden dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Als een declaratie volgens een patiënt/verzekerde niet blijkt te kloppen moet actie worden ondernomen en dient dit te worden teruggekoppeld aan de patiënt/verzekerde. Ik heb met partijen afgesproken dat zij aanvullende maatregelen nemen om de klachtenafhandeling te verbeteren en mij hierover in 2013 terugkoppeling geven.

Wettelijke maatregelen

Ik ga in de eerste plaats uit van de vrijwillige inzet en medewerking van alle partijen om verzekerden goed te informeren. Om die informatieverstrekking waar nodig te bevorderen krijgt de zorgautoriteit de bevoegdheid ziektekostenverzekeraars te verplichten tot het verstrekken aan hun verzekerden van een volledig, juist, inzichtelijk, begrijpelijk en controleerbaar overzicht van door de ziektekostenverzekeraar verrichte betalingen aan zorgaanbieders, verrekend eigen risico en ingehouden eigen bijdragen. De bevoegdheid zal worden opgenomen in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Inzichtelijkheid vooraf

Inzichtelijkheid van de kosten vooraf geeft patiënten de mogelijkheid om een afweging te maken tussen de kosten en de opbrengsten van een behandeling. Uit de enquête van de NPCF blijkt dat bijna drie vijfde van de patiënten beter gaat nadenken of een behandeling wel echt nodig is als de kosten van die behandeling beter inzichtelijk zijn. De belangrijkste redenen daarbij is met name met het oog op de niet-verzekerde zorg en het eigen risico. Tegelijk wil ik dat patiënten noodzakelijk zorg niet wordt onthouden vanuit financiële redenen. Met ingang van 1 januari 2013 worden daarom de laagste inkomens, zoals u weet, via de zorgtoeslag met 115 euro gecompenseerd vanwege de verhoging van het verplicht eigen risico.

Bij sommige zorgvormen, zoals fysiotherapie, is het tarief per behandel-eenheid vooraf bekend en wordt dit vaak besproken met de patiënt. Hoewel niet altijd duidelijk is hoe lang het zorgtraject gaat duren, kan er meestal wel een indicatie worden gegeven. Dit ligt ingewikkelder voor de medisch specialistische zorg. Waar het gaat om vooraf duidelijke zorgvragen ingeval bv een knie- of staaroperatie is vooraf een indicatie te geven van de kosten, maar in veel gevallen wordt pas gedurende het zorgtraject duidelijk welke zorg precies geleverd moet worden en welke kosten daarmee gemoeid zijn. Ook dan is het belangrijk dat naast het schetsen van de alternatieven inzicht in de kosten daarbij wordt meege-nomen. Niet alleen de kosten moeten duidelijk zijn. Patiënten moeten vooraf ook goed weten of een behandeling verzekerd is en of het eigen risico wordt aangesproken. Ik vind het van belang dat op deze punten stappen worden gemaakt. Deze stappen gaan verder dan alleen het financiële gedeelte van de zorg. Artsen zullen veel meer samen met de patiënt moet kijken naar keuzes in het zorgtraject.

In Amerika is in 2011 een campagne «choosing wisely» gestart. Binnen deze campagne zijn de wetenschappelijke verenigingen aan de slag gegaan met het expliciteren van behandelen of testen die in veel gevallen niet effectief zijn. Dit overzicht is bedoeld voor zowel arts als patiënt met

als doel om een gesprek tussen arts en patiënt te laten ontstaan over de vraag of de juiste behandeling op het juiste moment geleverd is.

De Orde van Medisch Specialisten gaat, in samenwerking met ZonMw, deze campagne vertalen naar de Nederlandse campagne «verstandig kiezen». Ook patiëntenorganisaties krijgen een rol krijgen in het programma «verstandig kiezen». Deels in het kader van het ontwikkelen van keuze-ondersteunende informatie voor patiënten. Deels voor het verkrijgen van draagvlak onder patiënten. Dit project is onderdeel van het integrale plan van de NPCF dat in juni 2013 gereed is.

Het ontwikkelen van «tools» om gezamenlijk te komen tot de beste behandeling op het juiste moment staat hierbij centraal. Dit ter ondersteuning aan het gesprek in de spreekkamer en het gezamenlijk beslissen over de juiste behandeling en de effecten op de kwaliteit van leven. In sommige gevallen zijn er meerdere behandel mogelijkheden met hetzelfde resultaat voor de patiënt. In deze gevallen is het van belang om ook inzicht te hebben in de zorgkosten zodat patiënt en medisch specialist gezamenlijk de juiste keuze kunnen maken op het gebied van kwaliteit én zorgkosten.

Stand van zaken no show

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 11 april 2012 heb ik toegelicht welke acties ziekenhuizen ondernemen om het aantal no shows terug te dringen. Voorbeelden hiervan zijn het versturen van een herinnering per sms of email en het in rekening brengen van een no showtarief. Tijdens de begrotingsbehandeling 2013 heb ik aangegeven dat ziekenhuizen bewust bezig zijn met het terugdringen van het no showpercentage. Gemiddeld kwam toen het percentage no show uit op 4%. De Kamer heeft mij gevraagd om in april 2013 opnieuw de stand van zaken te melden.

De branchevereniging Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft in het eerste kwartaal 2013 haar leden opnieuw bevestigd op hun no show percentage. Ook de brancheverenigingen Nederlandse Federatie UMC's (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) hebben bij hun achterban de stand van zaken gepeild. De NVZ constateert dat gemiddeld bij 3,78% van de afspraken een patiënt niet komt opdagen. De NFU meldt vergelijkbare percentages. Bij individuele instellingen kan dit oplopen tot 6%. Diverse ziekenhuizen geven aan dat er nog ruimte is voor verbetering, maar dat terugdringen tot een percentage lager dan 1,5–2% niet haalbaar is. Bij zelfstandige klinieken is het percentage no show lager dan bij ziekenhuizen en UMC's.

Ik constateer een minieme progressie in de korte tijd tussen de twee peilingen. Het terugdringen van de no show is belangrijk, hier is sprake van verspilling. Ziekenhuizen zijn zich dat ook bewust. Ik zal de vinger aan de pols houden en u over een half jaar opnieuw informeren.

Tot slot

We moeten met de beschikbare financiële middelen in de zorg de juiste keuzes maken, zodat elke Euro optimaal ingezet kan worden voor noodzakelijke zorg. Voor de houdbaarheid van het stelsel moet fraude hard worden aangepakt, misstanden met declaraties en verspilling worden tegengegaan. Over mijn inzet op fraudebestrijding in de zorg heb ik uw Kamer middels mijn brief van 26 maart jl. geïnformeerd. Daarnaast zullen de staatssecretaris en ik u zoals toegezegd eind mei het plan van aanpak verspilling toezenden. Het verhogen van het kostenbewustzijn en het verbeteren van de inzichtelijkheid van de zorgnota is daarbij van

belang. Ik zal er nauwgezet op toezien dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de betrokken branchepartijen voortvarend aan de slag gaan met de genoemde acties in deze brief.

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