

Vergaderjaar 2013–2014

**33 654**

**Kostenbeheersing in de zorg**

**Nr. 5**

**LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 23 december 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 27 september 2013 inzake de Analyse meldingen over verspilling in de zorg (Kamerstuk 33 654, nr. 4).

De Minister en de Staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 20 december 2013. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

1

*Is er na analyse van de meldingen nog overwogen om de opzet van het meldpunt te wijzigen?*

Er heeft in november een wijziging plaatsgevonden waardoor op het Meldpunt nu beter informatie vindbaar is over het vervolgtraject van het Programma Aanpak verspilling. Verder wordt er momenteel onderzocht in samenwerking met het NIVEL of vragen en antwoordcategorieën mogelijk beter op een andere wijze geformuleerd kunnen worden zodat de verwerking en categorisering van de meldingen geoptimaliseerd kan worden. Hierover wordt u in de reeds aangekondigde brief van begin volgend jaar verder geïnformeerd. De opzet van het Meldpunt zal in de kern niet worden gewijzigd.

2

*Komt uit de meldingen ook praktijkvariatie naar voren?*

Praktijkvariatie komt in de analyse die wij tot nu toe hebben gedaan nog niet heel specifiek naar voren.

3

*Wanneer bestaat er inzicht in de kostenbesparing die door de aanpak van de verspilling behaald kan worden?*

Er zijn veel veranderingen gaande in de zorg. Behaalde besparingen in de zorg kunnen daardoor niet specifiek aan de aanpak van verspilling worden toegeschreven. De aanpak van verspilling zal hier een aandeel in hebben. Zo zal het aanpakken van verspilling partijen in staat stellen efficiënter te werken en doelmatiger zorg te verlenen, opdat de groei binnen de afgesproken percentages blijft zonder dat het de zorg raakt of wachtlijsten veroorzaakt.

We zullen steeds beoordelen of het mogelijk is de kosten en baten van individuele acties van de themaprojecten te waarderen.

4

*Is uit de meldingen op te maken hoeveel geld er door verspilling verloren gaat? Wanneer kunnen hierover cijfers worden verwacht?*

Uit de meldingen is niet op te maken hoeveel geld er door verspilling verloren gaat. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen, worden er geen bedragen genoemd en biedt de inhoud van de melding geen aanknopingspunt voor een financiële schatting.

5

*Hebben de meldingen tot nieuwe inzichten geleid? Zo ja, welke? Zo nee, waarom is het meldpunt dan nog nodig?*

Uit de meldingen is naar voren gekomen dat verspilling over de gehele breedte van de zorg voorkomt. Wij constateren dat er een grote diversiteit aan gemelde oorzaken is van verspilling, de een meer bekend dan de ander. Via het landelijk Meldpunt Verspilling willen wij ons graag een totaal beeld vormen, zorgbreed, van waar «men» verspilling ervaart. Wij hebben niet de wijsheid in pacht door te veronderstellen dat «alles al bekend is». Wij worden graag bekend met goede nieuwe ideeën die verspilling in de zorg tegengaan.

6

*Hoeveel geld gaat er (naar schatting) verloren aan verspilling in de langdurige zorg?*

Hiervan zijn geen goede schattingen beschikbaar. Ook internationaal is er geen goed vergelijkingsmateriaal. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen, worden er geen bedragen genoemd en biedt de inhoud van de melding geen aanknopingspunt voor een financiële schatting.

7

*Hoeveel geld gaat de aanpak van verspilling in de langdurige zorg opleveren? Hebt u targets gesteld? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid alsnog targets te stellen?*

We pakken verspilling in de langdurige zorg aan door de stelselhervorming, door lopend beleid (bijvoorbeeld de aanpassingen in het persoonsgebonden budget) en door gezamenlijke nieuwe acties met het veld in het Programma Aanpak verspilling. Het overkoepelende doel is om de stijging van de langdurige zorgkosten te minderen. Behaalde besparingen in de langdurige zorg kunnen niet specifiek aan de aanpak van verspilling worden toegeschreven. De aanpak van verspilling in de langdurige zorg zal hier een aandeel in hebben. Het is echter niet mogelijk om een concreet bedrag te noemen. Waar mogelijk wordt bezien of de kosten en baten van individuele acties van het themaproject Aanpak verspilling in de langdurige zorg is in te schatten.

8

*Welke concrete voorstellen om verspilling in de langdurige zorg aan te pakken zijn er bij u binnen gekomen? Wat heeft u daarmee gedaan?*

Er zijn ruim 2000 meldingen over langdurige zorg binnengekomen, waarvan de helft over genees- en hulpmiddelen. Alle meldingen zijn gelezen. Voor de ruim 1000 meldingen die over langdurige zorg gaan zonder genees- en hulpmiddelen hebben veel melders oplossingen aangedragen (bijvoorbeeld: betere regels, betere communicatie, vaste hulpverleners, minder managers). We gebruiken dit als basis voor het actieplan en denken vervolgens met veldpartijen over de haalbaarheid en uitwerking van deze oplossingen.

9

*Komt verspilling in de langdurige zorg bij bepaalde organisaties vaker voor dan bij andere organisaties? Zo ja, kunt u dit verschil verklaren?*

We hebben vooral kunnen kijken naar het verschil tussen de zorg thuis en zorg in instellingen (met name verpleeg- en verzorgingshuizen). Hieruit blijkt dat 53% van de meldingen de zorg thuis en 30% de zorg in een instelling betreft. Het is niet mogelijk om dit verder uit te splitsen naar soort instelling en een nadere duiding is dan ook niet mogelijk. We hebben verder een beperkt aantal meldingen gehad over uitvoeringsorganisaties in de langdurige zorg. Er is geen uitvoeringsorganisatie die eruit springt.

10

*Komt «onnodige zorg/verstrekking» bij bepaalde organisaties in de langdurige zorg vaker voor dan bij andere organisaties? Zo ja, kunt u dit verschil verklaren?*

Zie ook vraag 9. We kunnen op basis van de meldingen geen nadere uitsplitsing naar type organisatie geven. We zien wel dat onnodige zorg/verstrekkingen bijna 3 keer vaker is gemeld als zorg thuis geboden wordt dan bij de zorg in een instelling. Een deel van de oorzaak ligt erin dat er meer mensen zorg thuis ontvangen dan in een instelling.

11

*Hoe verhoudt de inkoop door zorgkantoren zich tot «onnodige zorg/verstrekking» in de langdurige zorg?*

Er wordt door de melders geen direct verband gelegd tussen inkoop door zorgkantoren en «onnodige zorg/verstrekking». De inkoop door zorgkantoren onttrekt zich meestal aan de waarneming van zorggebruikers.

12

*Worden de melders op de hoogte gehouden van de voortgang van het Programma Verspilling in de Zorg?*

Iedereen (cliënten, patiënten, mantelzorgers en zorgverleners) die een melding doet bij het Meldpunt Verspilling in de zorg, doet dit anoniem. Daarom volgt er geen individuele terugkoppeling naar de melder. Wel kan de melder zich inschrijven voor een nieuwsbrief om zo op de hoogte te blijven van hoe (met behulp van de meldingen) de verspilling in de zorg wordt teruggedrongen. Tot op heden zijn er twee nieuwsbrieven verzonden. Daarnaast is er via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) informatie beschikbaar over het Programma en de voortgang.

13

*Welke organisaties zijn betrokken bij het themaproject «Verspilling in de langdurige zorg»?*

Bij het themaproject zijn de volgende organisaties betrokken (op alfabetische volgorde): AbvaKabo FNV, Actiz, CAK, CG-raad, CIZ, CNV Publieke Z zaak, CSO, GGZ NL, IGZ, Mezzo, MOgroep, NPCF, NU'91, NZA, PlatformGGZ, V&VN, Verenso, VGN, Vilans, VNG en ZN. Daarnaast zijn enkele individuele zorgaanbieders betrokken om mee te denken vanuit de praktijk (en meerdere zorgverleners via de bovengenoemde organisaties).

14

*Kunt u uit de ontvangen oplossingen om verspilling tegen te gaan een top 10 maken van meest kansrijke oplossingen? Kunt u per oplossing aangeven hoe u die verder gaat uitwerken?*

In deze fase van de themaprojecten is het nog te vroeg om een top 10 te maken van meest kansrijke oplossingen. De oplossingen die in het Meldpunt worden genoemd, hebben in veruit de meeste gevallen nog een vertaalslag nodig om in concrete acties te kunnen worden omgezet. De stand van zaken nu is dat de meldingen zijn geanalyseerd en op basis daarvan een aantal hoofdonderwerpen zijn benoemd voor elk van de themaprojecten, waar de concrete acties zich op kunnen richten.

Voor genees- en hulpmiddelen zijn deze hoofdonderwerpen (in willekeurige volgorde): hergebruik van ongebruikte geneesmiddelen, voorschrijven geneesmiddelen, verpakkingseenheden geneesmiddelen, verantwoordelijkheid en regie patiënt, ontbreken samenwerking zorgverleners genees- en hulpmiddelen, onnodig (opnieuw) verstrekken van hulpmiddelen, geen terugname en hergebruik hulpmiddelen en te grote verpakkingen hulpmiddelen. Voor de langdurige zorg betreffen kansrijke oplossingen onder andere het verbeteren van de bedrijfsvoering in zorginstellingen, beter samenspel formele en informele zorg, voorkomen dat mensen zorg nodig hebben, het beter gebruik maken van technologie/innovatie, het versterken van de professional/verder terugdringen papierwerk en het verbeteren van de overgang van zorg thuis naar een instelling. Door de gefaseerde aanpak van het Programma is het themaproject curatieve zorg nog niet zover dat hoofdonderwerpen benoemd kunnen worden. Er wordt nu samen met veldpartijen op basis van de

meldingen bekeken op welke hoofdonderwerpen concrete acties kunnen worden ingezet. In de brief die u is toegezegd begin 2014 is daar meer duidelijkheid over.

15

*Gaat u onderzoeken of e-health kan bijdragen aan verminderen van verspilling?*

Om te stimuleren dat patiënten zelf actiever betrokken worden bij hun zorg of om te zorgen dat ouderen langer thuis wonen zijn veel ontwikkelingen gaande rondom ICT. Bijvoorbeeld betere alarmering, zorg-opafstand-toepassingen, woonhuis-aanpassingen door ICT en het zelf monitoren van de gezondheid via nieuwe technologieën en apps. Het is verspilling als het niet toepassen van deze beschikbare technologie leidt tot een lagere kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het is dus aannemelijk om te veronderstellen dat de inzet van e-health in algemene zin een bijdrage kan leveren bij het tegengaan van de verspilling in de zorg. Het is daarbij van belang dat e-health geen doel op zich is, maar een middel om bijvoorbeeld zelfzorg en zelfredzaamheid te stimuleren. Bij de acties die we binnen de verschillende themaprojecten opstellen, kijken we ook naar de mogelijkheden van e-health.

16

*Zijn er ook meldingen die betrekking hebben op no-show patiënten? Zo ja, om hoeveel meldingen gaat het?*

Ongeveer 1% van de meldingen die over curatieve zorg gaan, gaat over verspilling door de patiënt/cliënt. Onderdeel hiervan is no show. Het gaat dus om een beperkt deel van het aantal meldingen over verspilling in de curatieve zorg.

17

*Hoeveel oplossingen die voortkomen uit het meldpunt zijn praktisch uitvoerbaar op korte termijn?*

De oplossingen die in het Meldpunt worden genoemd, hebben in veruit de meeste gevallen nog een vertaalslag nodig om in concrete acties te kunnen worden omgezet. In veel gevallen is er in meldingen sprake van het door elkaar heen lopen van probleem en oplossing. Omwille van de praktische uitvoerbaarheid van de themaprojecten is er daarom voor gekozen om een aantal hoofdonderwerpen te definiëren, waarin elke bruikbare melding een plaats krijgt. Binnen deze hoofdonderwerpen worden concrete acties geformuleerd. Absolute aantallen praktisch uitvoerbare oplossingen die voortkomen uit het Meldpunt zijn derhalve niet te geven.

18

*Wat is de reactie van de themagroepen op de resultaten van het meldpunt Verspilling in de Zorg?*

De uitkomsten van het Meldpunt zijn uitgebreid besproken in de themaprojecten. De meldingen zijn in lijn met eerdere initiatieven en meldacties van bijvoorbeeld de NPCF, Consumentenbond en NZa. De meldingen zijn afkomstig van patiënten/ cliënten, zorgverleners, mantelzorgers en andere betrokkenen bij de zorg. De meldingen bevatten volgens diverse leden van de themaprojecten naast werkelijke verspilling en concrete oplossingen ook de nodige meldingen over ervaren verspilling. Hiervoor is niet altijd een concrete actie mogelijk om dit op te lossen of moet primair gekeken worden naar betere communicatie. Elke melding is in ieder geval een belangrijk signaal voor de themaprojecten of het nu echt al dan niet

om verspilling gaat. Samen met de eerdere meldacties en de expertise van de themaprojectleden vormen de meldingen een bruikbare basis voor de aanpak van verspilling.

19

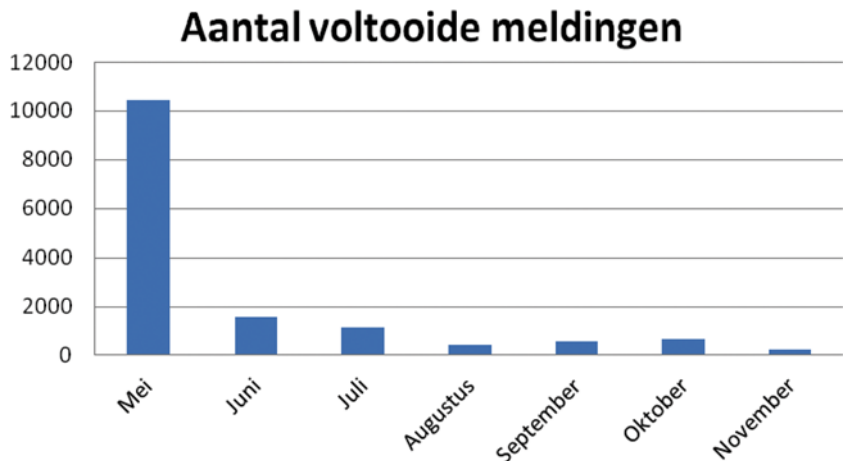
*Is er zicht op, en kan er aangegeven worden, hoeveel meldingen door dezelfde persoon zijn gedaan?*

Iedereen (cliënten, patiënten, mantelzorgers en zorgverleners) die een melding doet bij het Meldpunt Verspilling in de zorg, doet dit anoniem. Uit de meldingen is niet af te leiden of de melder eerder een melding heeft gedaan en daardoor ook niet hoeveel unieke melders er zijn.

20

*Zijn er in oktober 2013 nog nieuwe meldingen binnen gekomen, of lijkt het aantal meldingen zich richting een verzadigingspunt te bewegen? Kan het verloop van het aantal meldingen over tijd geschetst worden? Is het aantal meldingen constant gebleven? Wordt de mogelijkheid tot het melden van verspilling in de zorg via de website [www.verspillingindezorg.nl](http://www.verspillingindezorg.nl) vanaf nu structureel ingezet? Blijft de inzet van de themagroepen betreffende nieuwe meldingen daarmee gewaarborgd?*

Via het Meldpunt blijven meldingen binnenkomen, de weergave per maand is zichtbaar in figuur 1. Hierin ziet u dat in de eerste week na de opening van het Meldpunt, in mei 2013, zeer veel meldingen zijn binnengekomen. Het lag niet in de lijn der verwachting dat deze lijn zich zou voortzetten gedurende de periode dat het Meldpunt open blijft. Het Meldpunt blijft gedurende het gehele Programma open. Nieuwe meldingen zullen uiteraard worden meegenomen door de themaprojecten.



**Figuur 1. Aantal voltooide meldingen per maand. Mei is vanaf 25 mei het moment van opening van het landelijk Meldpunt Verspilling.**

21

*Circa welk deel van de meldingen betreft een vorm van verspilling waarin te interveniëren is? Met andere woorden; hoe staat het met de haalbaarheid van het aanpakken van gemelde vormen van verspilling?*

In de rapportage is aangegeven dat 17% van de meldingen niet bruikbaar of niet te verwerken is.

Een deel van de meldingen is erg specifiek of betreft een lokale situatie waardoor een doorvertaling naar acties niet altijd direct mogelijk blijkt. Er dient de stap te worden gezet van een specifieke casus naar een mogelijke

interventie. Indien meldingen aansluiting vinden bij bestaand beleid zullen nieuwe interventies vanuit het Programma Aanpak verspilling niet nodig zijn. Om slagvaardig te zijn zullen de stuurgroepen een keuze maken met welke acties zij verspilling gaan aanpakken op hun terrein. Bij deze keuze maken zij een beoordeling op haalbaarheid en effectiviteit.

22

*Hoe worden de themagroepen waarin veldpartijen het voortouw hebben gefaciliteerd? Is er voldoende «sense of urgency» bij de veldpartijen? Hoe worden de oplossingen voor verspilling in de praktijk verankerd en op effectiviteit gemonitord?*

De themaprojecten worden gefaciliteerd bij het organiseren van hun bijeenkomsten en het opstellen van een actieplan. Er is voldoende sense of urgency, maar partijen geven ook wel aan dat er veel andere trajecten lopen die hun inzet vragen. Door de gekozen structuur van het Programma, komen stuurgroepen en themaprojecten regelmatig bijeen om de voortgang met elkaar te bespreken en mogelijke belemmeringen weg te nemen.

23

*Wanneer komt er inzicht in de mogelijk te behalen besparingen in monetaire termen?*

Er zijn veel veranderingen gaande in de zorg. Behaalde besparingen in de zorg kunnen daardoor niet specifiek aan de aanpak van verspilling worden toegeschreven. De aanpak van verspilling zal hier een aandeel in hebben. Zo zal het aanpakken van verspilling partijen in staat stellen efficiënter te werken en doelmatiger zorg te verlenen, opdat de groei binnen de afgesproken percentages blijft zonder dat het de zorg raakt of wachtlijsten veroorzaakt.

We zullen steeds beoordelen of het mogelijk is de kosten en baten van individuele acties van de themaprojecten te waarderen.

24

*Hoe wordt omgegaan met eventuele valide aanbevelingen vanuit de drie stuurgroepen die conflicteren met het huidige zorgstelsel?*

Verspilling in de zorg moet worden tegen gegaan. In elke stuurgroep zijn zowel veldpartijen als VWS vertegenwoordigd. Of er sprake is van conflicterende aanbevelingen is nu niet in te schatten aangezien de stuurgroepen momenteel werken aan de actieplannen. De stuurgroepen genees- en hulpmiddelen en langdurige zorg zijn in de fase van de totstandkoming van actieplannen. De stuurgroep curatieve zorg zal gezien de gekozen fasering, en latere start dan de andere twee projecten, in een later stadium tot besluitvorming over acties kunnen overgaan. Begin volgend jaar informeren wij u over de voortgang van het Programma en waar mogelijk met acties over de individuele projecten.

25

*Hoe wendt de overheid haar doorzettingsmacht aan om de verschillende aanbevelingen die door de drie stuurgroepen worden geformuleerd te implementeren?*

Het Programma is gestart op initiatief van VWS. Allerlei partijen participeren in het Programma: organisaties van zorgverleners, zorginstellingen, patiënten, mantelzorgers, verzekeraars, fabrikanten. De keuze voor de acties komt vanuit deze partijen en VWS. Daarbij worden de verantwoordelijkheden belegd waar ze horen. De wijze waarop acties worden uitgevoerd is afhankelijk van de betrokken en benodigde partijen, de

kosten en besparingen en het draagvlak. Aanpak van verspilling is belangrijk om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven betalen. Dit uitgangspunt wordt gedeeld door de deelnemende partijen. Want verspilling draagt bij aan onnodige zorg(kosten) die we met zijn allen betalen. Onze zorg is te kostbaar om te verspillen.

26

*Zijn er voor elk themaproject meetbare doelen geformuleerd? Hoe wordt het al dan niet behalen van deze doelen geëvalueerd en gedeeld met de Kamer?*

De drie themaprojecten stellen een actieplan op. Hierover wordt u in begin 2014 geïnformeerd. De Kamer zal op reguliere wijze via de jaarlijkse rapportage en tussentijdse correspondentie worden geïnformeerd over het Programma Aanpak verspilling in de zorg.

27

*Kan de Kamer een volledige lijst krijgen van de deelnemers aan de stuurgroep verspilling van genees- en hulpmiddelen? Hoe vaak komt deze stuurgroep bij elkaar? Is het lidmaatschap van deze stuurgroep bezoldigd? Zo ja, hoe hoog is deze bezoldiging?*

Stuurgroepleden van de stuurgroep verspilling van genees- en hulpmiddelen zijn, onder leiding van onafhankelijk voorzitter Chiel Bos, vertegenwoordigers van (op alfabetische volgorde) Bogin, KNMG, KNMP, Nefarma, NPCF, SOMT, V&VN, VWS en ZN. Conform het plan van aanpak (Kamerstuk 33 654, nr. 1) komt de stuurgroep ongeveer vijf keer per jaar bijeen afhankelijk van de fase waarin het project zich bevindt. De deelnemers ontvangen geen bezoldiging. De onafhankelijk voorzitters van de stuurgroepen ontvangen een vergoeding.

28

*Welke barrières verwacht de stuurgroep Verspilling van genees- en hulpmiddelen op voorhand te moeten slechten? Wordt door deze stuurgroep bijgehouden en teruggekoppeld welke barrières het meest weerbaar zijn? Welke doorzettingsmacht heeft deze stuurgroep?*

Er is niet zozeer een verwachting van het moeten slechten van barrières, als wel dat de stuurgroep kansen ziet om met elkaar als ketenpartners de benodigde samenwerking en cultuuromslag in de genees- en hulpmiddelenketen vorm te geven. De partijen zijn ervan doordrongen dat dit geen effen pad is, maar de wil is aanwezig om de aanwezige kansen te benutten.

Welke oneffenheden het meest weerbaar zullen zijn, zal blijken bij de prioritering en uitvoering van de acties. Bij de implementatie van de acties zullen de partijen in de stuurgroep uiteraard de voortgang nauwgezet volgen en waar nodig belemmeringen wegnemen.

De doorzettingsmacht van de stuurgroep ligt vooral in het feit dat bestuurders met beslissingsbevoegdheid deelnemen in de stuurgroep, dat er steun van de leden is voor de aanpak en dat de stuurgroep beslist over het actieplan.

29

*Is er expertise van buiten het veld betrokken in de stuurgroep verspilling van genees- en hulpmiddelen? Is er overwogen om ook expertise, bijvoorbeeld op het gebied van verandermanagement, van buiten het veld aan te trekken?*



Er is nog geen expertise van buiten het veld betrokken. Het is aan de stuurgroepleden en voorzitter om te beoordelen of andere expertise van nut kan zijn.

30

*Zijn er vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie betrokken bij deze stuurgroep? Zo ja, welke fabrikanten of organisaties vertegenwoordigen zij? Hoe wordt er gewaakt voor eventuele on gepast beïnvloeding door vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie wanneer zij eventueel bij deze stuurgroep zijn betrokken?*

BOGIN en Nefarma maken deel uit van de stuurgroep Aanpak verspilling genees- en hulpmiddelen. Zij vertegenwoordigen zowel de «generieke» farmaceutische industrie als de «innovatieve» farmaceutische industrie. Naar onze mening zijn de vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie van grote waarde in de stuurgroep – net als alle andere partijen overigens. Bij de aanpak van verspilling van genees- en hulpmiddelen hebben we alle partijen nodig. Al deze partijen zullen kritisch naar elkaar en naar zichzelf moeten kijken om verbeteringen in de keten aan te brengen om verspilling tegen te gaan.

31

*Welke criteria liggen ten grondslag aan de indeling van deze themaprojecten? Is er overleg tussen deze themaprojecten teneinde opgedane kennis te delen? Is er een overkoepeld toezicht op de werkzaamheden en voortgang van deze themaprojecten? Zo ja, waar is dat toezicht belegd? Zo nee, waarom niet?*

In het u gestuurde plan van aanpak (Kamerstuk 33 654, nr. 1) is de structuur van het Programma weergegeven. De rollen en verantwoordelijkheden per onderdeel zijn hierin beschreven. Het themaproject stelt het actieplan op. Het themaproject werkt acties uit, na goedkeuring door de stuurgroep. De stuurgroep monitort de voortgang van het themaproject en adresseert de probleemeigenaar/eigenaren indien het themaproject hierover niet tot besluit komt. De voortgang van de stuurgroepen wordt op haar beurt weer gecontroleerd in het Platform. Het Platform bewaakt de realisatie van het doel van het Programma Aanpak verspilling in de zorg, inclusief de totstandkoming en accordering van de jaarlijkse rapportage aan de Tweede Kamer. Het Platform bewaakt tevens de integrale benadering van de thematiek rond verspilling.

32

*Wat gebeurt er met de meldingen die niet passen binnen het Programma Verspilling? Gaan deze meldingen verloren, of worden zij via andere wegen omgezet in concrete, effectieve acties om verspilling in de zorgpraktijk tegen te gaan?*

Als een melding verwant is aan al bestaande activiteiten (bij VWS of bij de veldpartijen) of niet past binnen een themaproject, dan wordt deze niet (direct) opgepakt door een themaproject. Het Programmateam draagt er in die situaties zorg voor dat deze meldingen worden doorgeleid naar andere initiatieven die daarvoor binnen of buiten VWS bestaan (of waarbij VWS is betrokken).

33

*Hoe wordt de Kamer inzicht geboden in meldingen van verspilling die worden verholpen door de al ingezette transitie/veranderingen in de zorg, zodat ook goed inzichtelijk kan worden gemaakt in welke mate het nieuwe zorgbeleid effectief bijdraagt aan terugdringen van verspilling?*

We zijn ons bewust van de vele verschillende overlegverbanden en transities waar wordt gewerkt aan verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het is aan ons om de veldpartijen die worden betrokken niet onevenredig te belasten en tegelijkertijd het overzicht te bewaren om dubbel werk te voorkomen. Meldingen die gaan over verspilling die verwant is aan ingezette veranderingen/ transities in de zorg – te denken is aan de herziening van de langdurige zorg – worden als beleidsinput meegenomen door verantwoordelijke partijen. In de brief die u is toegezegd begin 2014 informeren wij u over acties die in het kader van het Programma Aanpak verspilling in de zorg worden opgepakt en over lopende initiatieven.

34

*In hoeverre is de verwachting dat veranderingen zoals opgenomen in de actieplannen onvoldoende van de grond komen omdat ze een cultuuromslag nodig maken bij de veldpartijen? Welke instrumenten kunnen worden ingezet om deze cultuuromslag te bevorderen indien nodig? Door wie kunnen deze instrumenten worden ingezet en met welke legitimatie?*

Wij zijn ons ervan bewust dat een cultuuromslag niet van de een op andere dag wordt bereikt. Op vele terreinen in de zorg vinden er noodzakelijke veranderingen plaats om de zorg betaalbaar te houden. De hele zorgsector is zich hiervan bewust. Het inzetten van acties om verspilling tegen te gaan zal er toe bijdragen dat een cultuuromslag kan worden gemaakt of wordt vergroot. Door het aanpakken van verspilling met gerichte acties zal het verspillingsbewustzijn onder betrokkenen worden gecreëerd of vergroot. Bewuster handelen tegen verspilling zal bij alle betrokkenen van de zorg nodig zijn, van patiënt, zorgverlener, fabrikant tot en met bestuurders. Aanpak van verspilling is belangrijk om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven betalen. Dit uitgangspunt wordt gedeeld door de deelnemende partijen. Want verspilling geeft onnodige zorg(kosten) die we met zijn allen betalen. Onze zorg is te kostbaar om te verspillen.

35

*Waarom zijn er geen «praktijkwerkers» opgenomen in de stuurgroepen maar zijn op dit moment alleen bestuurders en directeuren vertegenwoordigd? Zou het opnemen van praktijkwerkers niet leiden tot nog beter uitvoerbare en haalbare acties om verspilling tegen te gaan? Waarom niet/wel?*

Er is gekozen om met koepelverenigingen en brancheorganisaties samen te werken. Deze staan in direct contact met hun achterban en via deze route kunnen zoveel mogelijk individuele zorgpartijen en patiënten worden betrokken. Dit sluit niet uit dat er rechtstreeks met individuele partijen wordt samengewerkt indien dit relevant is voor de betreffende acties van een themaproject.

36

*In hoeverre wordt er in de opgestelde actieplannen bij de bestrijding van verspilling in de zorg rekening gehouden met de lopende transities?*

Daarvan is zeker sprake. We zijn ons bewust van de verschillende overlegverbanden waar wordt gewerkt aan verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het is aan ons om de veldpartijen die worden betrokken niet onevenredig te belasten en tegelijkertijd het overzicht te bewaren om dubbel werk te voorkomen. Zo is er op gebied van genees- en hulpmiddelen onder andere een relatie met het Bestuurlijk Overleg Farmacie en vindt er binnen de sector langdurige zorg een aanzienlijke stelselherziening plaats. Het is onze inzet

dat deze herziening ertoe zal bijdragen dat de kosten van de langdurige zorg beter in de hand kunnen worden gehouden en dat op bepaalde terreinen minder verspilling op zal treden. Dat is echter geen reden om bestaande verspilling niet nu al aan te pakken. Hetzelfde geldt voor de zorgakkoorden in de curatieve sector die afgelopen zomer zijn gesloten.

37

*Welke meldingen komen niet in aanmerking voor het programma Verspilling? Kunt u aangeven waarom niet?*

In de rapportage is aangegeven dat 17% van de meldingen niet bruikbaar of niet te verwerken is.

83% bevatte voldoende informatie om te analyseren. Echter niet al deze meldingen geven aanknopingspunten om door te vertalen naar acties. Indien meldingen aansluiting vinden bij andere initiatieven die daarvoor binnen of buiten VWS bestaan (of waarbij VWS is betrokken) zullen nieuwe interventies vanuit het Programma Aanpak verspilling niet nodig zijn.

38

*Lopen de stuurgroepen, door hun kennis en betrokkenheid van het veld, niet het risico dat zij blinde vlekken hebben? Institutionaliseren, «group think» en het bestaan van een bias bij de deelnemers aan deze stuurgroepen zijn reële risico's die doorbraken en het gewenste out-of-the box denken kunnen verhinderen. Hoe is bij de samenstelling van de stuurgroepen rekening hiermee gehouden, en hoe is dit ondervangen?*

De stuurgroepen zijn samengesteld met partijen die een bijdrage kunnen leveren in de aanpak van verspilling. Deze partijen hebben hun steun voor het Programma en aanpak gegeven. De meldingen uit de samenleving geven de partijen inzicht en input voor mogelijke acties. Het is mede daarom belangrijk dat meldingen over verspilling gedaan blijven worden via dit meldpunt. Het is aan de stuurgroepen om tijdelijk of permanent experts te vragen om input te leveren. Dit kunnen ook experts op andere gebieden zijn dan de zorg, bijvoorbeeld verandermanagement. Het is goed mogelijk dat de stuurgroepen ervoor gaan kiezen om dergelijke experts te betrekken.

39

*Bent u bereid bij een eventueel succesvol verlopen pilot Hergebruik geneesmiddelen te onderzoeken of dit ook kan worden toegepast bij hulpmiddelen?*

Ja, daar ben ik toe bereid. Belangrijk is wel dat een dergelijke toepassing past bij de aard van hulpmiddelen en rekening houdt met het verschil tussen gebruik, verbruik en revalidatie- en mobiliteitshulpmiddelen. Dat betekent overigens niet dat we wachten tot de uitkomst van de pilot Hergebruik geneesmiddelen met inzetten van acties om hergebruik van hulpmiddelen te stimuleren.

40

*Wat gaan de stuurgroepen daadwerkelijk doen? Kan er een overzicht gegeven worden van hun concrete werkzaamheden, de tijd die hiermee gemoeid is en wat hun daadwerkelijke uitkomst zal zijn?*

Zoals in het plan van aanpak (Kamerstuk 33 654, nr. 1) beschreven is de stuurgroep opdrachtgever van het betreffende themaproject. De stuurgroep heeft daarbij verschillende taken, zoals het agenderen en prioriteren van actiepunten, het adresseren van probleemeigenaar/eigenaren indien

het themaproject niet tot besluit komt en het monitoren van de voortgang. De stuurgroep komt conform plan van aanpak ongeveer vijf keer per jaar bijeen afhankelijk van de fase waarin het project zich bevindt.

41

*Hoe gaan de stuurgroepen bestaande «best practices» landelijk implementeren?*

De wijze waarop acties worden uitgevoerd is nog niet bekend, aangezien actieplannen nog geformuleerd worden. Indien een best practice zich leent voor landelijke implementatie en als zodanig is opgenomen in het actieplan, zal de benodigde actie duidelijk maken wat er staat te gebeuren.

42

*Wanneer krijgt de Kamer een overzicht van de wet- en regelgeving die aangepast moet worden, teneinde «best practices» te implementeren?*

De wijze waarop acties worden uitgevoerd zijn nog niet bekend aangezien actieplannen nog geformuleerd worden. Zodra die bekend zijn, zal er ook meer bekend zijn over de wijze van uitvoeren. Op dit moment is er daardoor geen inzicht in benodigde aanpassingen in wet- en regelgeving. Naar mate de projecten verder vorderen in het uitvoeren van acties zal hier inzicht in ontstaan.

43

*Tot waar kunnen de aanbevelingen van de stuurgroepen worden verwerkt? Zijn er terreinen waarop aanbevelingen kunnen worden gedaan, maar die bij voorbaat zijn uitgesloten van implementatie? Zo ja, welke terreinen of aanbevelingen betreft dit?*

Er zijn geen terreinen waar de stuurgroepen geen aanbevelingen van acties op kunnen doen. Dit zal niet betekenen dat op elk terrein acties zullen worden geaccordeerd door de stuurgroepen. Dit hangt af van de door de themaprojecten en stuurgroepen ingeschatte impact van een actie.

44

*Welke culturele, procesmatige en overige belemmeringen zijn er op voorhand aan te wijzen rondom het hergebruik van eerder afgegeven geneesmiddelen? Hoe worden deze belemmeringen weggenomen?*

Het hergebruik van geneesmiddelen grijpt potentieel in in de gehele geneesmiddelenketen. Het gaat hierbij om een scala van factoren, zoals verpakkingsgrootte, wijze van voorschrijven, kwaliteitsbepalingen. In het actieplan genees- en hulpmiddelen worden deze factoren nader bekeken. De meest kansrijke die verspilling in de keten daadwerkelijk tegengaan worden nader uitgewerkt. In die nadere uitwerking zullen dan uiteraard de belemmeringen worden geanalyseerd en waar mogelijk aangepakt. De pilot Hergebruik geneesmiddelen verkent vragen zoals: is het mogelijk om de kwaliteit van uitgegeven geneesmiddelen te garanderen, zijn patiënten bereid om ongebruikte geneesmiddelen te retourneren, wat betekent dit voor apothekhoudenden?

45

*Welke soort kosten zijn gemoeid met de heruitgifte van geneesmiddelen? Hoe hoog worden deze kosten op voorhand geschat?*

Daar hebben we nu geen zicht op. Met de pilot Hergebruik geneesmiddelen zal hier binnen afzienbare tijd meer informatie over beschikbaar zijn.

46

*Kan de Kamer een volledige lijst krijgen van de deelnemers aan de Stuurgroep langdurige zorg? Hoe vaak komt deze stuurgroep bij elkaar? Is het lidmaatschap van deze stuurgroep bezoldigd? Zo ja, hoe hoog is deze bezoldiging?*

Stuurgroepleden van de stuurgroep Aanpak verspilling van langdurige zorg zijn, onder leiding van onafhankelijk voorzitter Edith Snoey, vertegenwoordigers van (op alfabetische volgorde) Abvakabo FNV, Actiz, Mezzo, MOgroep, NPCF, V&VN, Verenso, VGN, VNG, VWS en ZN. Conform het plan van aanpak (Kamerstuk 33 654, nr. 1) komt de stuurgroep ongeveer vijf keer per jaar bijeen afhankelijk van de fase waarin het project zich bevindt. De partijen die het Programma dragen zijn vertegenwoordigd in de stuurgroepen, themaprojecten en communicatie adviesgroep. De deelnemers ontvangen geen bezoldiging. De onafhankelijk voorzitters van de stuurgroepen ontvangen een vergoeding.

47

*Welke barrières verwacht de stuurgroep langdurige zorg op voorhand te moeten slechten? Wordt er door deze stuurgroep bijgehouden en teruggekoppeld welke barrières het meest weerbarstig zijn? Welke doorzettingsmacht heeft deze stuurgroep?*

Er zijn geen barrières op voorhand geïdentificeerd. Het is de taak van de stuurgroep om dit goed te blijven volgen. De stuurgroep is zich er van bewust dat in de aanpak rekening moet worden gehouden met de hervormingen van de langdurige zorg en de daarmee gepaard gaande cultuurveranderingen. Bij de implementatie van de acties zullen de partijen in de stuurgroep uiteraard de voortgang nauwgezet volgen en waar nodig oneffenheden actief glad strijken.

De doorzettingsmacht van de stuurgroep ligt vooral in het feit dat bestuurders met beslissingsbevoegdheid deelnemen in de stuurgroep, dat er steun van de leden is voor de aanpak en dat de stuurgroep beslist over het actieplan.

48

*Is er al meer duidelijk over het uitvoeren van de break-even analyse voor hergebruik van geneesmiddelen? Als er een break-even punt wordt vastgesteld, wat heeft dit voor beleidsmatige consequenties?*

We kunnen wat betreft beleidsmatige consequenties niet vooruitlopen op de resultaten van de pilot Hergebruik geneesmiddelen. Deze pilot moet inzicht bieden bij welke prijs van een geneesmiddel de kosten van de chip opwegen tegen het weggooien van het geneesmiddel. Pas wanneer daarover meer bekend is, kunnen we bekijken welke beleidsmatige consequenties deze informatie met zich meebrengt.

49

*Vindt u het opmerkelijk dat er relatief weinig meldingen over verspilling in de GGZ zijn binnengekomen? Bent u van mening dat de toenemende kwantiteit en intensiviteit van GGZ-inzet deels kan worden opgevangen door zorg lager in de zorgketen? Met andere woorden: worden substitutiemogelijkheden naar bijvoorbeeld eerstelijnszorg, e-health en zelfhulp binnen de GGZ optimaal benut? Zo niet, is hier dan niet meer sprake van verspilling dan het aantal binnengekomen meldingen doet vermoeden?*

Op basis van de omvang van de sector lag de verwachting van het aantal GGZ-meldingen hoger. Waarom er uiteindelijk relatief weinig meldingen over verspilling in de GGZ zijn binnengekomen is niet bekend.

Net als in de ziekenhuiszorg en de eerstelijnszorg wordt in de GGZ bekeken welk deel van de zorg zo laag mogelijk in de zorgketen kan worden opgevangen en hoe zaken als e-health en zelfhulp zo goed mogelijk kunnen worden benut. Het is niet mogelijk op basis van de binnengekomen meldingen antwoord te geven op de vraag of substitutiemogelijkheden voldoende worden benut.

50

*In hoeverre is het logisch dat eerstelijnszorg valt binnen het themaproject Verspilling in de curatieve zorg, waar ook ziekenhuiszorg onder valt? In hoeverre valt dit te rijmen met de steeds grotere wordende nadruk op en noodzaak van substitutie van zorg naar lager in de zorgketen, bijvoorbeeld substitutie van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg?*

Het is van belang dat verspilling in de eerste- en tweede lijn in samenhang wordt bekeken. Verspilling die gaat over bijvoorbeeld doorverwijzingen of diagnostiek heeft betrekking op de eerste- en tweede lijn. Het heeft geen zin om de verspilling hier apart per sector te bekijken. De oplossing zal immers van invloed zijn op de eerste- en tweede lijn. Bij het tegengaan van verspilling wordt ook bekeken of de zorg nu wel op de gepaste manier wordt verleend. Hier speelt ook het vraagstuk of de zorg nu in de juiste sector (eerste- of tweede lijn) wordt aangeboden.

51

*In de brief staat dat de lijst met mogelijke activiteiten op het gebied van de langdurige zorg voorgelegd zal worden aan de stuurgroep. Deze stuurgroep is begin oktober bijeen gekomen. Welke besluiten heeft de stuurgroep genomen? Welke zaken hebben prioriteit gekregen? Hoe gaat dit de komende periode tot uiting komen?*

De stuurgroep heeft begin oktober de eerste versie van het actieplan besproken. De conclusie was dat de structuur van het actieplan aangepast moest worden en dat beter de relatie moest worden gelegd met de oplossingen en de hervorming van de langdurige zorg. Als eerste voorzet voor prioritering gaf de stuurgroep de volgende onderwerpen aan: preventie, eigen regie, administratieve lasten, taakdifferentiatie beperken en technologie. Het actieplan is al aangepast en wordt in de komende periode nog verder uitgewerkt om aan de opmerkingen over structuur en inhoud tegemoet te komen. De verwachting is dat de stuurgroep een eerste actieplan heeft geaccordeerd in de eerder toegezegde brief begin volgend jaar.

52

*Wat is de verklaring voor het lage aantal meldingen uit de GGZ?*

Waarom er relatief weinig meldingen over verspilling in de GGZ zijn binnengekomen is niet bekend. Zie hiervoor het antwoord op vraag 49.

53

*Moet verspilling in de GGZ op andere wijze zichtbaar gemaakt worden, of is de Minister van mening dat verspilling daar minder plaatsvindt?*

De GGZ-sector is vertegenwoordigd in de themaprojecten Aanpak verspilling in de curatieve en langdurige zorg. Samen met de andere veldpartijen wordt hier bekeken welke verspilling er plaatsvindt (ook in de GGZ) en welke vormen van verspilling zich lenen om er actie op te ondernemen. Naast de meldingen die over verspilling in de GGZ gaan, wordt in de themaprojecten breder bekeken welke verspilling we in de GGZ zien.

54

*Is de reden bekend waarom er zo weinig tot niet is gemeld over de verspilling in de GGZ? Gaat het ministerie nog huiskamergesprekken aan met GGZ-patiënten over welke verspilling van zorg(geld) zij zien?*

Waarom er relatief weinig meldingen over verspilling in de GGZ zijn binnengekomen is niet bekend. De GGZ-sector is vertegenwoordigd in de projecten Aanpak verspilling in de curatieve en langdurige zorg. Samen met de andere veldpartijen wordt hier bekeken welke verspilling er plaatsvindt (ook in de GGZ) en welke verspilling zich er voor leent om actie op te ondernemen. Naast de meldingen die over verspilling in de GGZ gaan wordt in de projecten breder bekeken welke verspilling we in de GGZ zien.

55

*Wat wordt bedoeld met de opmerking «verspilling die veroorzaakt wordt door beleidsvorming»?*

Verspilling kan door verschillende oorzaken ontstaan. Verspilling vindt zorgbreed plaats en kan daardoor op verschillende manieren in de hand worden gewerkt. Meldingen die gedaan zijn over beleidsvorming liggen op het terrein van de wet- en regelgeving, handleidingen, protocollen, richtlijnen en dergelijke.

56

*Zijn er binnen de verschillende stuurgroepen vertegenwoordigers van zorgverzekeraars betrokken? Zo ja, welke zorgverzekeraars betreft dit?*

Zorgverzekeraars Nederland is als vertegenwoordiger van zorgverzekeraars lid van de drie stuurgroepen en themaprojecten.

57

*Zijn er binnen de verschillende stuurgroepen vertegenwoordigers van uitvoeringsorganisaties betrokken? Zo ja, welke uitvoeringsorganisaties betreft dit?*

In het themaproject genees- en hulpmiddelen zijn IGZ en CBG vertegenwoordigd. In het themaproject langdurige zorg nemen CIZ, NZa en CAK deel. Voor curatieve zorg geldt dat de NZa en het kwaliteitsinstituut in het themaproject vertegenwoordigd zijn. Hiervan zit de NZa in de stuurgroep. In de stuurgroep nemen verder geen vertegenwoordigers van uitvoeringsorganisaties plaats.

58

*Een gepercipieerde onnodige opname kan ook veroorzaakt worden door legitieme medische overwegingen zoals observatie. Hoe wordt er gekomen tot een eerlijke beoordeling van dit soort, eventueel medisch te verdedigen, meldingen?*

Meldingen over gepercipieerde onnodige opname komen veelvuldig voor. Uit de meldingen is nagenoeg niet op te maken of het daarbij gaat om legitieme medische overwegingen. Samen met de veldpartijen en VWS wordt bekeken welke vorm van verspilling zich leent voor aanpak. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat sommige ervaren vormen van verspilling noodzakelijk en medisch goed te verdedigen zijn en ten aanzien waarvan derhalve de conclusie moet worden getrokken dat geen sprake is van daadwerkelijke verspilling. Helaas kunnen we ons hier geen gefundeerd oordeel op basis van de melding over vormen. Om een gefundeerd oordeel te kunnen vormen zou je de betreffende casus



specifieker moeten onderzoeken en ook vanuit het oogpunt van de professional moeten bekijken.

59

*Hoe gaan de themagroepen, daar het niet ondenkbaar is dat vormen van verspilling geworteld zitten in verschillende zorgsectoren, om met conflicterende belangen en werkwijzen tussen veldpartijen?*

We hebben vertrouwen dat de deelnemende partijen verder kijken dan het directe eigen belang en verantwoord willen omgaan met geld van de premiebetaler en gemeenschapsgeld om zo gezamenlijk de stijgende zorgkosten het hoofd te kunnen bieden. In het geval dat er toch conflicterende belangen de voortgang in de weg staat is er een rol voor de onafhankelijke voorzitter om met de partijen tot een oplossing te komen.

60

*In hoeverre hebben zorgverzekeraars verspilling van zorg gemeld? Zouden zij, als zij goed zorgverzekeraarschap nastreven, inzicht moeten hebben in verspilling in de zorg? Hoe valt dit te rijmen met het aantal meldingen dat van zorgverzekeraars is ontvangen?*

Iedereen (cliënten, patiënten, mantelzorgers en zorgverleners) die een melding doet bij het Meldpunt Verspilling in de zorg, doet dit anoniem. Het is dan ook niet vast te stellen of en hoeveel (mensen werkzaam bij) zorgverzekeraars een melding hebben gedaan.

Zorgverzekeraars zijn een belangrijke speler, net als andere deelnemende partijen, om acties te ondernemen om verspilling in de zorg tegen te gaan. Sommige zorgverzekeraars hebben hun eigen meldpunt waar hun verzekerden verspilling kunnen melden. Dit kan een van de manieren zijn voor zorgverzekeraars om te bezien wat er onder hun verzekerden leeft en om vervolgens gerichte actie te ondernemen. Tevens neemt ZN deel in alle drie de projecten en verkrijgen zij via het Programma eveneens inzicht in verspilling door de meldingen die worden gedaan via het Meldpunt.

61

*Hoeveel meldingen waren lastig te categoriseren binnen het vastgestelde ordeningskader? Hoe wordt ervoor gezorgd dat deze meldingen niet verloren gaan?*

Meldingen die niet automatisch in te delen waren zijn handmatig ingedeeld waardoor deze meldingen meegenomen kunnen worden door de themaprojecten. Het gaat hierbij om ongeveer 15% van de bruikbare meldingen. Verder wordt er momenteel onderzocht in samenwerking met het NIVEL of vragen en antwoordcategorieën mogelijk beter op een andere wijze geformuleerd kunnen worden, zodat de verwerking en categorisering van de meldingen geoptimaliseerd kan worden.

62

*In hoeverre is DBC onderhoud betrokken en ontvankelijk voor aanbevelingen van de verschillende stuurgroepen? Meldingen over de «betaling zorg» zouden zeer wel kunnen raken aan de formulering van bestaande of het opstellen van nieuwe DBC codes. Kunnen deze aanbevelingen überhaupt verwerkt worden?*

Als blijkt dat aanpassing van DBC's nodig is om verspilling te kunnen tegengaan, wordt dit met partijen zoals DBC-onderhoud en de NZa overlegd.



63

*Kan er aangegeven worden hoeveel meldingen, of welke percentage van de meldingen, expliciet ingaan op gebrekkige ICT in de zorg, dan wel communicatieproblemen tussen verschillende ICT-systemen in de zorg?*

Zoals uit de rapportage op te maken valt gaan veel meldingen over communicatie en samenwerking tussen zorgverleners. Hierbij wordt in een klein deel van de meldingen impliciet of expliciet vermeld dat de oorzaak hiervan ligt in ICT(-systemen). Vaker wordt het gebruik van ICT als oplossing voor een betere informatie-uitwisseling genoemd.

64

*Kan aangegeven worden hoeveel fte er betrokken is bij het meldpunt fraude en het meldpunt verspilling? Hoeveel wordt er jaarlijks uitgegeven aan deze twee meldpunten? Hebben deze meldpunten meetbare doelen opgesteld voor de hoeveelheid te achterhalen fraude, respectievelijk verspilling?*

Voor de opzet van het verzamelpunt zorgfraude, het invoeren van de signalen en het maken van rapportages is bij de NZa één fte betrokken. VWS en de NZa dragen hieraan gezamenlijk € 100.000 per jaar bij. De NZa heeft dit verzamelpunt zorgfraude op verzoek van VWS ingericht. Aangesloten organisaties brengen hier hun signalen over mogelijke zorgfraude in. Het verzamelpunt heeft twee doelen, behalve om te waarborgen dat elk signaal bij die organisatie terecht komt die bevoegd is het in behandeling te nemen, gaat het om het inzichtelijk maken van het aantal en de aard van de verzamelde signalen. Het verzamelpunt doet zelf dus geen onderzoek naar de signalen, daarvoor blijven de aangesloten partijen verantwoordelijk. Om het toezicht en de opsporing te versterken, is het komende jaar € 5 miljoen en de daaropvolgende jaren € 10 miljoen extra ter beschikking. Hoe deze middelen zullen worden ingezet, zet ik uiteen in de tweede voortgangsrapportage over de aanpak van zorgfraude, die binnenkort naar de Kamer gaat.

VWS voorziet in de bekostiging van het Meldpunt Verspilling voor de duur van de huidige kabinetsperiode. Voor het onderhoud, hosting en abonnement betaalt VWS jaarlijks € 10.500 inclusief BTW. Meldingen gedaan via het Meldpunt worden periodiek geanalyseerd (tenminste 2x per jaar). Op deze momenten is voor het beheer van het meldpunt één fte benodigd om tijdelijk intensief de meldingen te categoriseren. Naast deze fte zijn er nog 4 fte betrokken bij het gehele Programma Aanpak verspilling in de zorg.

De meldingen zijn een indicator voor het feit dat er verspilling plaatsvindt en wordt ervaren. Het Meldpunt heeft niet ten doel om verspilling te kwantificeren.

65

*Hoe wordt er vervolgd gegeven aan meldingen die betrekking lijken te hebben op fraude als na doorgeleiding naar het fraudeteam van VWS blijkt dat het lastig is om de casus te traceren naar de betreffende actoren? Hoeveel gevallen van fraude zijn er via het meldpunt Verspilling aan het licht gekomen waar adequate acties uit zijn voortgekomen? Worden er wel leerpunten gedestilleerd uit fraudemeldingen die niet naar de betreffende actoren zijn te herleiden?*

Het overgrote deel van de meldingen bij het Meldpunt Verspilling dat betrekking lijkt te hebben op fraude, is niet toe te schrijven aan een bepaalde actor. De aard van dit soort meldingen speelt een rol bij het in beeld brengen, dan wel bevestigd krijgen, van waar sprake is van risicogebieden als het gaat om mogelijke zorgfraude en aldus wordt er

inderdaad lering getrokken uit deze meldingen. Een voorbeeld is dat meer dan de helft van deze signalen gaat over het meer declareren dan wordt geleverd door diverse beroepsbeoefenaren. Veel van de melders hebben aangegeven dat een oplossing kan zijn het meer betrekken van de patiënt bij de controle van de rekening. Zoals ik u in mijn brief van 25 oktober jl. over kostenbewustzijn (Kamerstuk 28 828, nr. 53) heb laten weten, neem ik hiervoor een breed scala aan maatregelen.

De meldingen waarin wel gerefereerd is aan een mogelijke actor, en dan gaat het om circa 2% van de als fraude gecategoriseerde meldingen, zijn als signaal opgenomen in het fraude verzamelpunt van de NZa en doorgeleid naar de organisaties die ze het best kunnen behandelen.

66

*Veel meldingen gaan over management en bedrijfsvoering, waaronder administratieve rompslomp. Zijn er inmiddels concrete voorstellen om deze vorm van verspilling tegen te gaan? Zo ja, hoe zien deze voorstellen eruit? Zo nee, wanneer kunnen we deze voorstellen verwachten?*

Administratieve lasten zijn de afgelopen jaren, als onderdeel van de diverse kabinetsdoelstellingen, al op verschillende manieren verminderd. Van aanpassingen van wet- en regelgeving is de aanpak steeds meer verschoven naar slim gebruik en inzet van ICT, gebruik maken van diverse bronregistraties bij informatieuitvraag en het wegnemen van (ervaren) regeldruk die niet primair door overheidsregulering worden veroorzaakt. Het Programma [www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl) en de experimenten regelarm hebben eveneens het tegengaan van administratieve lasten als doel.

Binnen het Programma Aanpak verspilling kijken we of in aanvulling hierop extra activiteiten meerwaarde hebben. Wij zullen u begin volgend jaar informeren over de voortgang en of en hoe verspilling rond administratieve lasten vorm krijgt in de actieplannen van de themaprojecten.

67

*Hoeveel meldingen van verspilling heeft u binnengekregen over management en bedrijfsvoering, uitgesplitst per zorgsector? Welke bedrag is hiermee gemoeid?*

11% van de meldingen over de curatieve zorg gaat over management en bedrijfsvoering. 30% van de meldingen over de langdurige zorg gaat over management en bedrijfsvoering. 4% van de meldingen over geneesmiddelen gaat over management en bedrijfsvoering. 5% van de meldingen over hulpmiddelen gaat over management en bedrijfsvoering. 28% van de meldingen over andere partijen gaat over management en bedrijfsvoering. Uit de meldingen is niet op te maken hoeveel geld er door verspilling in management en bedrijfsvoering verloren gaat. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen, worden er geen bedragen genoemd en biedt de inhoud van de melding geen aanknopingspunt voor een financiële schatting.

68

*Hoeveel meldingen heeft u binnengekregen over verspilling door overbodige bureaucratie? Welk bedrag is hiermee gemoeid?*

5% van de meldingen gaat over verspilling door, door ons gecategoriseerd als, administratieve rompslomp. Dit kan geduid worden als bureaucratie. Of deze overbodig is, is niet altijd af te leiden uit de melding. Uit de meldingen is niet op te maken hoeveel geld er door administratieve rompslomp verloren gaat. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen, worden er geen bedragen

genoemd en biedt de inhoud van de melding geen aanknopingspunt voor een financiële schatting.

69

*Het ordeningskader onderscheidt zes vormen van verspilling in de zorg. Nummer 4 gaat over de manier waarop de zorg wordt verleend als oorzaak van verspilling wordt genoemd, niet passende zorg, geen optimale informatie-uitwisseling en slechte samenwerking en zorgcoördinatie. Kan er een toelichting worden gegeven op het volgende: Een doorverwijzing voor een scan verloopt via drie artsen. Een sportarts, de huisarts en de orthopeed. Dit kost tijd en wordt door burgers als tijdrovend en verspilling van zorggeld ervaren.*

Uit deze beschrijving is niet op te maken wat de reden is waarom 3 artsen een scan aanvragen: is deze patiënt voor eenzelfde klacht of voor verschillende klachten bij 3 specialisten? De oorzaak van de verspilling is niet met precisie uit deze beschrijving af te leiden. Vaak wordt bij dit soort meldingen betere samenwerking en informatie-uitwisseling als oplossing gezien.

70

*Hoe worden zorgverzekeraars momenteel gedwongen, dan wel hoe zouden zij gedwongen kunnen worden om klachten over onjuiste declaraties serieus te nemen en daarop actie te ondernemen?*

Waar verzekerden vragen of klachten hebben over hun declaraties, is het zaak deze vragen en klachten adequaat te behandelen. Zorgverzekeraars zijn momenteel hard bezig om hun klachtenafhandeling verder te ontwikkelen. In mijn «voortgangsbrief kostenbewustzijn<sup>1</sup>» heb ik u hierover het volgende bericht: «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.»

In het kader van het project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declareren (IKCD), werken NVZ, NFU, ZKN, OMS, ZN, NZa, CVZ en VWS samen aan de kwaliteit van de declaraties. Doel van dit gezamenlijk kwaliteitstraject is onjuiste declaraties zo vroeg mogelijk in de keten te elimineren. Worden er door patiënt of zorgverzekeraar toch onjuistheden in declaraties ontdekt dan heeft de verzekeraar er een direct financieel belang bij om op deze de signalen in te gaan.

71

*Zijn er suggesties binnengekomen bij het Meldpunt Verspilling die pleiten voor uitbreiding van het pakket, teneinde verspilling tegen te gaan?*

Er zijn diverse meldingen binnengekomen van mensen die verspilling ervaren bij zaken die al dan niet zijn opgenomen in het verzekerde pakket.

<sup>1</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 53.

De meldingen laten veelal eenzelfde beeld zijn als de suggesties die zijn binnengekomen in het kader van de Buitenhofoproep over alternatieven voor de in het Regeerakkoord afgesproken pakketmaatregelen.<sup>2</sup> De meldingen zijn doorgeleid naar het Meldpunt van de Buitenhofoproep en worden daarin meegenomen.

De meldingen zijn zeer divers, zowel wat betreft de inhoud van de suggestie voor een eventuele pakketmaatregel, als voor de vorm daarvan. Zo worden over verschillende onderwerpen zowel voorstellen gedaan om de aanspraak in te perken of uit te sluiten, als om de aanspraak juist uit te breiden. Een voorbeeld hiervan is de aanspraak op IVF. Veel melders geven aan dat deze aanspraak wat hen betreft uit het pakket kan, bijvoorbeeld omdat zij er zelf geen gebruik (meer) van maken en er om die reden niet meer aan willen meebetalen. Daar tegenover staan melders die vinden dat de zorg wel in het pakket moet blijven of zelfs uitgebreid moet worden.

72

*Zijn alle meldingen met betrekking tot het pakket doorgeleid naar de Buitenhofoproep voor «alternatieven voor pakketmaatregelen», of is ook een deel behandeld binnen de themagroepen van verspilling in de zorg?*

Alle meldingen met betrekking tot het pakket zijn primair doorgeleid in het kader van de Buitenhofoproep.

73

*Hoeveel meldingen over fraude zijn er doorgeleid naar het fraudeteam van VWS?*

*Is er aan de hand van deze fraudemeldingen al een inschatting te maken van de omvang en de kosten die met fraude zijn gemoeid?*

Er zijn 500 meldingen van vermoedens van fraude/oneigenlijk gebruik en upcoding doorgeleid naar het fraudeteam van VWS. Het is aan de hand van deze vermoedens niet mogelijk om een inschatting te maken van de omvang en de kosten die met fraude zijn gemoeid.

74

*Hoe wordt voorkomen dat betrokken partijen sommige verspilling niet zullen tegengaan, maar laten bestaan, teneinde hun onderhandelingsruimte op dit punt in stand te laten voor eventuele onderhandelingen rondom een volgend zorgakkoord?*

Wij vertrouwen erop dat deelnemende partijen verder kijken dan het directe eigen belang. De deelnemende partijen steunen de aanpak van verspilling. In het geval er toch belangen van bepaalde partijen de voortgang in de weg staan, ligt hier een rol voor de onafhankelijke voorzitter om met alle partijen tot een oplossing te komen.

75

*Hoe kunnen partijen gedwongen worden om aanbevelingen gericht op het tegengaan van verspilling te implementeren?*

Door de opzet van het Programma met stuurgroepen en themaprojecten worden de actieplannen in gezamenlijkheid vormgegeven. De keuze voor de acties komt daardoor vanuit deze partijen zelf. Dit geeft ons vertrouwen dat partijen de in te zetten acties om verspilling in de zorg tegen te gaan gezamenlijk oppakken. De aanpak van verspilling biedt partijen de kans

<sup>2</sup> Ik heb u met mijn brief van 30 september jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 476) over de uitkomst daarvan geïnformeerd.

eigen organisaties, hun zorgverleningsproces en het gebruik van de zorg te optimaliseren. Daarnaast hebben wij er ook vertrouwen in dat de deelnemende partijen verder kijken dan het directe eigen belang en in het algemeen belang handelen om met geld van de premiebetaler en gemeenschapsgeld verantwoord om te gaan om zo de stijgende zorgkosten het hoofd te kunnen bieden.

76

*Kan precies uiteengezet worden hoe de harde bezuinigingen op de langdurige zorg zullen bijdragen tot minder verspilling? Waarom wordt er in de plaats van snijden in de zorg niet specifiek beleid gevoerd op het verminderen van overhead en bureaucratie?*

De hervorming van de langdurige zorg is gericht op het beter laten aansluiten van de zorg en ondersteuning bij de behoefte van de burger, met als doel zijn of haar welbevinden positief te beïnvloeden.

Het minder laten stijgen of verlagen van budgetten kan er toe leiden dat organisaties en zorgverleners kritisch naar hun eigen bedrijfsvoering en kosten kijken. Specifiek beleid gericht op het verminderen van overhead en bureaucratie kan ertoe leiden dat meer middelen overblijven om te investeren in de zorg of andere belangrijke zaken. Het mes snijdt wat dat betreft aan twee kanten. Samen met de betrokken partijen zetten we in op de aanpak van verspilling als één van de middelen om de zorg betaalbaar te houden.

77

*Hoe komt de aanpak van verspilling in de zorg terug in de hervorming van de langdurige zorg?*

Binnen de langdurige zorg vindt een aanzienlijke stelselherziening plaats. Het is onze inzet dat deze herziening ertoe zal bijdragen dat de kosten van de langdurige zorg beter in de hand kunnen worden gehouden en dat op bepaalde terreinen minder verspilling op zal treden. Het is omgekeerd ook de bedoeling dat we door het aanpakken van verspilling een bijdrage leveren aan de stelselherziening. We willen met de actieplannen aansluiten op de hervormingsplannen en een bijdrage leveren waar dat mogelijk is.

78

*Wordt de aanpak van verspilling in de zorg wat betreft de langdurige zorg geheel aan de gemeenten gelaten, of neemt de Staatssecretaris daarvoor de verantwoordelijkheid?*

Nee, de aanpak wordt niet geheel aan de gemeenten gelaten, omdat delen van de langdurige zorg onder de Zorgverzekeringswet en de nieuwe Wet langdurige zorg blijven vallen. Het is wel zo dat gemeenten een belangrijke rol spelen om gezamenlijk de verspilling in de langdurige zorg tegen te gaan. Dat is ook de reden dat we de VNG hebben uitgenodigd om actief in het project deel te nemen.

79

*Op welke wijze moeten gemeenten de problemen van verspilling in de zorg aanpakken en verbeteren?*

Gemeenten kunnen op veel manieren bijdragen aan het tegengaan van verspilling. Dat kan onder andere via hun eigen inkoop, het efficiënt organiseren van de Wmo-uitgaven, het meebepalen welke zorg mensen echt nodig hebben, zorgen dat overdracht van hulpmiddelen mogelijk is

(tussen gemeenten en tussen Wmo en Wlz), het bevorderen van zelfredzaamheid en het organiseren van informele zorg.

80

*Wat zegt het u dat 26% van de meldingen over de curatieve zorg verband houdt met de hoeveelheid zorg (onnodige zorg)? Ziet u hier een verband met het verrichtingenstelsel?*

Dat er veel wordt gemeld over hoeveelheid zorg zegt mij dat de melders hier veel ruimte zien voor verbetering en dat we hier dus goed naar moeten kijken. Het sluit aan bij ons streven naar optimale zorg in plaats van maximale zorg. Binnen het themaproject curatieve zorg worden deze meldingen opgepakt en zal worden bezien waar deze meldingen precies betrekking op hebben en op welke meldingen actie kan worden ondernomen.

81

*Zijn er ook meldingen die betrekking hebben op het fenomeen upcoding? Zo ja, om hoeveel meldingen gaat het? Kan een inschatting worden gegeven hoeveel geld hiermee is gemoeid?*

Het merendeel van de 500 meldingen in de categorie fraude/oneigenlijk gebruik en upcoding heeft betrekking op upcoding in de curatieve zorg. Zoals ook in het antwoord op vraag 65 gezegd, gaat meer dan de helft van de 500 signalen die zijn ondergebracht in deze categorie over het meer declareren dan wordt geleverd door diverse beroepsbeoefenaren. Het is niet mogelijk om op basis van deze binnengekomen signalen een inschatting te maken van de hoeveelheid geld die hiermee zou zijn gemoeid. Daarvoor zijn de signalen in de eerste plaats bij lange na niet expliciet genoeg en in de tweede plaats is onduidelijk in hoeverre de signalen berusten op een juiste weergave van de werkelijkheid.

82

*Hoeveel meldingen heeft u in absolute aantallen binnen gekregen die u zou typeren als fraude? Kunt u een inschatting geven hoeveel geld hiermee gemoeid is?*

Van de 500 meldingen in de categorie fraude/oneigenlijk gebruik en upcoding bevatte 2% dusdanig specifieke informatie die zich leende om doorgeleid te worden naar het fraude verzamelpunt van de NZa. Het is niet mogelijk om op basis van deze binnengekomen signalen een inschatting te maken van de hoeveelheid geld die hiermee zou zijn gemoeid. Daarvoor zijn de signalen in de eerste plaats niet expliciet genoeg en in de tweede plaats is onduidelijk in hoeverre de signalen berusten op een juiste weergave van de werkelijkheid. Over het algemeen benoemt men in de melding dat er volgens hen gefraudeerd wordt, maar beschrijft men geen casus of situatie.

83

*Waarom onderscheidt u «fraude» van «upcoden»? Is «upcoden» in uw ogen geen vorm van fraude?*

Onder upcoding wordt verstaan het – al dan niet bewust – registreren en/of in rekening brengen van een hoger gewaardeerde (deel)prestatie dan daadwerkelijk geleverd is. Op het moment dat upcoding bewust plaatsvindt, is dit een vorm van fraude.

84

*Waarom valt de categorie «te dure zorg» in de curatieve zorg (14% van de meldingen) niet onder de categorie «upcoden»? Kunt u het onderscheid uitleggen?*

Over de categorie «te dure zorg» spreken we indien er zorg is verleend die volgens de melder op een goedkopere wijze had kunnen worden verleend. Zoals te lezen in het antwoord op vraag 83 is dit een andere oorzaak van verspilling dan upcoden.

85

*Vindt u de suggestie van één van de respondenten om medisch specialisten in loondienst te nemen een goede? Neemt u deze suggestie over? Zo nee, waarom niet?*

Diverse meldingen gaan over het inkomen van medisch specialisten. Bepleit wordt specialisten verplicht in loondienst te brengen, waarmee een belangrijke besparing op zorgkosten zou kunnen worden bereikt.

Eind 2012 heeft de commissie Meurs op verzoek van de eerste ondergetekende een rapport opgeleverd waarin beleidsopties met betrekking tot de inkomens van medisch specialisten zijn geïnventariseerd (Kamerstuk 29 248, nr. 242). Een verplichte overgang naar loondienst is één van beleidsopties die is onderzocht door de commissie Meurs. Volgens de commissie is een dergelijke expliciete verplichting juridisch niet haalbaar. Ook stelt de commissie dat deze maatregel onvoldoende recht zou doen aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. De commissie stelt daarnaast dat er diverse inhoudelijk legitieme redenen kunnen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging, maar dat het de overheid niet past om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken.

Overigens is het maar de vraag of een verplichte overgang naar loondienst macro-economisch een besparing zal opleveren. Dat zal immers afhangen van de salarisonderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis, de productiviteit van specialisten in loondienst ten opzichte van vrije vestiging en de mate waarin de nieuwe werkgever (het ziekenhuis) extra kosten maakt in de vorm van pensioenlasten, verzekeringen en mogelijk ook overnamekosten van de specialistenpraktijken. Ik ben daarom geen voorstander van een gedwongen overgang naar loondienst, nog afgezien van de door de commissie Meurs vastgestelde juridische belemmeringen.

Ik vind het belangrijk de keuze tussen vrije vestiging en loondienst te laten bestaan, zoals ook afgesproken met de sector in het recente akkoord over beperking van de uitgavengroei. Recentelijk zijn de inkomens van vrijgevestigd specialisten flink teruggebracht, zoals ook vastgesteld door de commissie Meurs. In 2010 en 2011 heb ik kortingen doorgevoerd oplopend tot bijna 20% van de salarissen van vrijgevestigd medisch specialisten. De in het regeerakkoord afgesproken aanvullende korting op de inkomens van medisch specialisten van 100 miljoen euro is inmiddels verwerkt in de macro beschikbare middelen zoals afgesproken in het genoemde sectorakkoord. In 2015 zal worden overgegaan naar integrale tarieven. Een belangrijke stap in de gelijkgerichtheid van de hele ziekenhuisorganisatie. Dan zal het fiscale ondernemersregime ook slechts nog gelden voor specialisten die daadwerkelijk ondernemersrisico lopen.



86

*De analyse van de meldingen laat zien dat verspilling in de langdurige zorg in alle aspecten wordt ervaren. Betekent dit dat de verspilling in de langdurige zorg ook in de volle breedte aangepakt zal worden?*

Ja. Er zijn ook al veel activiteiten gaande om over de volle breedte de (efficiëntie van de) langdurige zorg te verbeteren. Hierover rapporteren we in de reeds toegezegde brief begin volgend jaar. Het is aan de stuurgroep om een prioritering aan te brengen in nieuwe en aanvullende activiteiten, die ook over de volle breedte mogen plaatsvinden.

87

*Ziet u een verband tussen het gebruik van bijvoorbeeld incontinentiemateriaal en de onvoldoende inzet van personeel om ouderen op tijd te helpen bij de toiletgang? Valt dit naar uw mening ook onder verspilling?*

Bij het gepast gebruik van incontinentiemateriaal gaat het met name om de kwaliteit van zorg. Voor de rol van kwaliteit van zorg in relatie tot verspilling is de Kamer geïnformeerd in de beantwoording van de VSO-vragen (Kamerstuk 33 654, nr. 3). De onvoldoende inzet van personeel om ouderen te helpen bij de toiletgang is naar ons weten niet genoemd als oorzaak van verspilling van incontinentiemateriaal.

88

*Ziet u een verband tussen bijvoorbeeld het weggooien van eten en de onvoldoende inzet van personeel om ouderen te helpen met eten? Valt dit naar uw mening ook onder verspilling?*

Het onnodig weggooien van eten is verspilling. Er zijn ook de nodige meldingen over gekomen. De oorzaken voor het weggooien kunnen verschillend zijn. Er wordt teveel ingekocht, het eten wordt na opening niet hergebruikt of het mag niet worden hergebruikt. Onvoldoende inzet van personeel om ouderen te helpen met eten is naar ons weten niet genoemd als oorzaak van het weggooien in de meldingen.

89

*Is het mogelijk dat de ene vorm van verspilling een andere vorm van verspilling in de hand werkt, bijvoorbeeld wanneer personeel teveel tijd achter de computer bezig is, waardoor de samenwerking op de werkvloer slecht is? Hoe gaat u dergelijke zaken aanpakken?*

Ja, dat is goed mogelijk en waarschijnlijk. De aanpak bestaat er uit om op meerdere terreinen en tegelijkertijd verspilling aan te pakken en in samenhang te bezien. We zullen de verschillende individuele acties zoveel mogelijk in samenhang bezien om te komen tot een geïntegreerde aanpak waar mogelijk en relevant. Het is vanzelfsprekend dat wij willen voorkomen dat er met gerichte acties om een vorm van verspilling tegen te gaan, een andere vorm van verspilling wordt veroorzaakt.

90

*Kunt u verklaren waarom het aantal meldingen over verspilling van geneesmiddelen in de GGZ-sector laag is?*

Nee, daar hebben we geen verklaring voor. De GGZ-sector is vertegenwoordigd in de projecten Aanpak verspilling in de curatieve en langdurige zorg. Samen met de andere veldpartijen wordt hier bekeken welke verspilling er plaatsvindt (ook in de GGZ) en welke verspilling zich er voor leent om actie op te ondernemen. Naast de meldingen die over verspilling in de GGZ gaan wordt in de projecten breder bekeken welke verspilling we in de GGZ zien.



91

*Kunt u de verspilling van geneesmiddelen door zorgverzekeraars (gemeld door 7,2% van de respondenten) verklaren? Welke vorm van verspilling betreft dit?*

Van de totale meldingen gaat 31% over geneesmiddelen. Van deze meldingen over geneesmiddelen wordt in 7,2% van de gevallen de zorgverzekeraar als veroorzaker van de verspilling genoemd. De meldingen zijn divers en gaan bijvoorbeeld over het niet controleren door zorgverzekeraars van declaraties waar geneesmiddelen op voorkomen, het preferentiebeleid omdat men wisselt naar een generiek middel wat blijft liggen omdat dit bijvoorbeeld tot bijwerkingen leidt, dat goedkope vitaminepreparaten niet worden vergoed door de zorgverzekeraar maar dure geneesmiddelen wel. Het betreft situaties waarin verspilling wordt gesignaleerd en waarin de zorgverzekeraar een rol heeft, en waarschijnlijk om die reden als (mede-)veroorzaker van de verspilling wordt aange-merkt. Door de diversiteit van de meldingen is er niet één eenduidige verklaring voor de verspilling aan te geven.

92

*Welke stappen worden bij het Themaproject «verspilling van genees- en hulpmiddelen» gezet om de verpakkingen te verkleinen?*

Verpakkingsgrootte is in het themaproject genees- en hulpmiddelen één van de onderwerpen waarvoor concrete acties worden ontwikkeld. Het themaproject genees- en hulpmiddelen zal de verschillende concrete acties tot in detail uitwerken, waarna de stuurgroep daarin een prioritering zal aanbrenge.

In onze brief van begin volgend jaar kunnen we nader ingaan op deze concrete acties.

93

*In hoeverre klopt de berichtgeving dat een toenemend aantal apotheken gebruik maakt van een geneesmiddelverpakking waarbij de kwaliteit van het geneesmiddel, indien dit ongebruikt is, kan worden gegarandeerd? In hoeverre bent u voornemens eventuele belemmeringen voor hergebruik van deze onbenutte geneesmiddelen weg te nemen?*

Een pilot Hergebruik geneesmiddelen is gestart, waarbij wordt gekeken op welke manier en onder welke omstandigheden de kwaliteit van een ongeopend geneesmiddel kan worden gegarandeerd. De eerste resultaten daarvan worden in mei 2014 verwacht. Indien uit de resultaten van de pilot blijkt dat er belemmeringen voor hergebruik zijn waar wij iets aan kunnen doen, zullen we dat zeker oppakken.

94

*Zijn er voldoende instrumenten beschikbaar om de actoren die een rol spelen bij verspilling in de zorg te bewegen om verspilling tegen te gaan? Hoe worden bijvoorbeeld geneesmiddelfabrikanten bewogen tot het verkleinen van hun verpakking als dit voor hen omzetverlagend werkt? Hoe worden radiologen bewogen tot het nemen van alleen noodzakelijke röntgenfoto's als de bekostiging is gebaseerd op het leveren van productie?*

Belangrijk om te constateren is dat er bij alle betrokken partijen bereidheid is om verspilling aan te pakken. Deze bereidheid biedt een goede basis om de meldingen uit het Meldpunt om te zetten in concrete acties van het veld. De aanpak van verspilling biedt partijen de kans eigen organisaties, hun zorgverleningsproces en het gebruik van de zorg te optimaliseren. De

themaprojecten zullen de verschillende concrete acties tot in detail uitwerken, waarna de stuurgroep daarin een prioritering zal aanbrengen.

95

*Het overhouden van geneesmiddelen kan volgens de melders verschillende oorzaken hebben, zoals te grote verpakkingen, een te lange voorschrijfperiode of het niet gebruiken van geneesmiddelen volgens voorschrift. Dit signaal is bekend, ook bij het ministerie. Kan puntsgewijs worden aangegeven welke acties hier de afgelopen jaren op zijn gezet?*

In de zomer van 2012 is een enquête onder zorgverleners ingevuld naar verspilling van genees- en hulpmiddelen. Het signaal dat het overhouden van geneesmiddelen verschillende oorzaken kan hebben is inderdaad bekend en resulteerde ook uit de enquête. Wat er op dit gebied onder andere is gebeurd is:

- Bij de registratie van geneesmiddelen wordt al op verpakkingsgrootte gestuurd in de zin dat die moet zijn afgestemd op de beoogde dosering en behandelduur;
- De gereguleerde voorschrijfperiode is met de invoering van de Zorgverzekeringswet losgelaten. De ratio daarachter is dat zorgverzekeraars dichter op de praktijk van apothekhoudenden zitten en op die manier het best in staat zijn de doelmatige voorschrijfperiode in de polis te bepalen;
- Niet gebruiken van geneesmiddelen door de patiënt/cliënt volgens voorschrift is in het kader van therapietrouw opgepakt. De zogeheten kwartiermaker Therapietrouw heeft in 2008 het rapport «Tijd voor een beter gebruik van medicijnen» opgeleverd. Dit rapport bevat aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw. In 2009 is een massamediale voorlichtingscampagne gevoerd over het belang van therapietrouw. In 2010 is door VWS de opstart van de Monitor therapietrouw gefinancierd.
- De meest recente stand van zaken is dat therapietrouw als onderdeel van de kwaliteitsagenda farmaceutische zorg is opgenomen naar aanleiding van de rapportage van de Verkenners over de extramurale farmaceutische zorg. Dit onderwerp wordt verder uitgewerkt in de stuurgroep Therapietrouw. Het accent zal hier vooral liggen op de implementatie van effectieve therapietrouwprojecten, zodat deze voor meerdere terreinen ingezet kunnen worden. Het werken aan randvoorwaarden hiervoor voor onderzoekers, behandelaren, beleidsmakers, financiers en patiënten zal ertoe leiden dat er meer effectieve projecten voor therapietrouw worden gerealiseerd.

96

*Kunt u aangeven welke mogelijke systemen er bestaan om geneesmiddelen zodanig te verpakken dat deze voor hergebruik in aanmerking komen? Waarom maakt u niet meer haast met het invoeren van een chip in de verpakking zodat kan worden bepaald of een geneesmiddel wel of niet hergebruikt kan worden?*

We kunnen wat betreft beleidsmatige consequenties niet vooruitlopen op de resultaten van de pilot Hergebruik geneesmiddelen. Deze pilot moet onder andere inzicht bieden bij welke prijs van een geneesmiddel de kosten van de chip opwegen tegen het vernietigen van het geneesmiddel, maar ook in de bereidheid van patiënten om eerder uitgegeven geneesmiddelen te gebruiken. Pas wanneer daarover meer bekend is, kunnen we bekijken welke beleidsmatige consequenties deze informatie met zich meebrengt. Overigens is een dergelijke chip nog niet in grote getale beschikbaar. Ook het onderzoek van het RIVM naar een break-even point om te bepalen bij welke geneesmiddelen dit kosteneffectief is, is

essentieel voor een onderbouwde afweging. Dit onderzoek is voor de zomer van 2014 gereed.

97

*Levert het gedoseerd verstrekken van geneesmiddelen zonder dat het de apotheker per verstrekking extra geld in rekening kan brengen in uw ogen een besparing op?*

Dit is een van de onderwerpen waarop acties worden verkend door het themaproject. Indien hier vruchtbare acties op kunnen worden geformuleerd zullen deze samen met de andere acties worden geprioriteerd. In onze brief van begin volgend jaar kunnen we nader ingaan op deze concrete acties.

98

*Biedt het gedoseerd laten verstrekken van hulpmiddelen door wijkverpleegkundigen in plaats van de individuele verstrekking in uw ogen een oplossing om verspilling tegen te gaan? Kunt u uw antwoord toelichten?*

Per situatie dient te worden gezien of kan worden volstaan met de tijdelijke inzet van hulpmiddelen. In die gevallen is gedoseerd laten verstrekken van hulpmiddelen een goede oplossing. In gevallen waar het gaat om een langdurig of permanent gebruik van hulpmiddelen of bij inzet van hulpmiddelen waarvoor het nodig is dat die «op maat» (dat wil zeggen passend bij de desbetreffende persoon) moeten zijn, zou juist een individuele verstrekking beter passend zijn. Kortom, dit betekent per situatie goed screenen wat nodig is, wat wordt gebruikt en voor hoe lang. De daarmee gemoeide kosten en administratieve lasten moeten in die afweging worden meegenomen.

99

*Wat is er volgens u de oorzaak van dat geneesmiddelen in te grote verpakkingen of te grote hoeveelheden worden geleverd zodat een patiënt geneesmiddelen overhoudt? Houdt dit volgens u verband met de wijze van bekostigen van de zorg?*

Uit de meldingen blijkt dat de oorzaken dat een patiënt geneesmiddelen overhoudt, divers zijn. Als mogelijke oorzaken worden onder andere verpakkingsgrootte en hoeveelheden genoemd. In het themaproject worden nu de mogelijkheden verkend om dit aan te pakken. Het grijpt potentieel in in de gehele geneesmiddelenketen. Het gaat hierbij om een scala van factoren, zoals verpakkingsgrootte, wijze van voorschrijven, kwaliteitsbepalingen. Daarbij geldt ook dat grote verpakkingen of grote afleverhoeveelheden niet per se slecht zijn. Voor chronische patiënten bijvoorbeeld is het patiëntvriendelijker – want minder apotheekbezoeken – en kostenreducerend – want minder aflevermomenten – om grotere verpakkingen/afleverhoeveelheden te krijgen.

In het actieplan genees- en hulpmiddelen worden deze factoren nader bekeken; de meest kansrijke die verspilling in de keten daadwerkelijk tegengaan, worden nader uitgewerkt. Of en zo ja, in welke vorm de wijze van bekostigen verband houdt met verspilling, nemen we mee in de aanpak.

100

*Kunt u de verspilling van hulpmiddelen door zorgverzekeraars (gemeld door 16,8% van de respondenten) nader verklaren? Welke vorm van verspilling betreft dit?*

Van de totale meldingen gaat 11% over hulpmiddelen. Van deze meldingen over hulpmiddelen wordt in 16,8% van de gevallen de

zorgverzekeraar als veroorzaker genoemd. De meldingen zijn divers en gaan bijvoorbeeld over situaties waarin mensen, vanwege een verhuizing of een overgang naar een andere instelling, een hulpmiddel moeten inleveren en een nieuwe krijgen omdat zij door de overgang in een ander vergoedingsregime komen; over situaties waarin de cliënt vindt dat er niet een passend hulpmiddel wordt geleverd vanwege sturing door een zorgverzekeraar op de beschikbare hulpmiddelen; of over situaties waarin gevonden wordt dat zorgverzekeraars onvoldoende toezien op het efficiënt gebruik van hulpmiddelen in zorginstellingen. Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Het gaat om situaties waarin verspilling wordt gesignaleerd en waarin de zorgverzekeraar een rol heeft, en waarschijnlijk om die reden als (mede-)veroorzaker van de verspilling wordt aange-merkt. Er is niet één eenduidige verklaring voor de diverse meldingen te geven.

101

*Wat is er volgens u de oorzaak van dat hulpmiddelen in te grote verpakkingen of te grote hoeveelheden worden geleverd, zodat een patiënt hulpmiddelen overhoudt? Houdt dit volgens u verband met de wijze van bekostigen van de zorg?*

Uit de meldingen blijkt dat de oorzaken dat een patiënt hulpmiddelen overhoudt, divers zijn. Als mogelijke oorzaken worden onder andere verpakkingsgrootte en hoeveelheden genoemd. In het themaproject worden nu de mogelijkheden verkend om dit aan te pakken. Het grijpt potentieel in in de gehele hulpmiddelenketen. Het gaat hierbij om een scala van factoren, zoals verpakkingsgrootte, wijze van indiceren, kwaliteitsbepalingen. Daarbij geldt ook dat grote verpakkingen of grote afleverhoeveelheden niet per se slecht zijn. Voor chronische patiënten bijvoorbeeld is het patiëntvriendelijker en kostenreducerend – want minder aflevermomenten – om grotere verpakkingen/afleverhoeveelheden te krijgen.

In het actieplan genees- en hulpmiddelen worden deze factoren nader bekeken; de meest kansrijke die verspilling in de keten daadwerkelijk tegengaan, worden nader uitgewerkt. Of en zo ja, in welke vorm de wijze van bekostigen verband houdt met verspilling, nemen we mee in de aanpak.

102

*Hoe gaat u ervoor zorgen dat hulpmiddelen niet opnieuw worden verstrekt wanneer iemand van een thuissituatie (Wmo) in een verpleeghuis (AWBZ) terecht komt, verhuist naar een andere gemeente of bijvoorbeeld overstapt naar een andere zorgverzekeraar? Kunt u aangeven hoe vaak dit voorkomt?*

Het niet opnieuw verstrekken van hulpmiddelen zal worden aangepakt in samenspraak met de twee themaprojecten over genees- en hulpmiddelen en langdurige zorg. De uitwerking hiervan komt terug in de brief die u is toegezegd voor begin 2014. Het wordt niet geregistreerd hoe vaak dit in de praktijk voorkomt, maar er zijn wel de nodige meldingen over.

103

*Wat vindt u ervan dat 14% van de respondenten het zorgsysteem als verspillend ziet, en dat marktwerking hier specifiek wordt genoemd? Zet dit u aan het denken? Kunt u uw antwoord toelichten?*

9% van de meldingen gaat over andere partijen. Daarvan heeft 14% van de respondenten het zorgsysteem als een oorzaak van verspilling aangeduid. 41% daarvan noemt het begrip «marktwerking» als oorzaak van verspilling. In sommige meldingen geeft men hier uitleg aan zoals «er

is onvoldoende marktwerking in de zorg en daarom komt de concurrentie die bij marktwerking hoort, niet op gang. Hierdoor wordt verspilling veroorzaakt». Sommige meldingen beweren het tegenovergestelde en geven hierbij uitleg dat juist marktwerking in de zorg tot verspilling leidt.

In onze ogen is marktwerking de meest misbruikte term in de gezondheidszorg en is de discussie over al dan geen marktwerking sterk achterhaald. De zorg zal altijd een mix zijn van overheidsingrijpen (ten behoeve van de solidariteit en toegankelijkheid) en concurrentie (ten behoeve van de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid). Binnen het huidige zorgstelsel is aan de verzekeraar een zorginkooprol toebedeeld. Hij moet namens zijn verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders. Voorop staat dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit geborgd zijn. De verzekeraar heeft een zorgplicht. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op deze aspecten. De afgelopen jaren is gebleken dat zorgverzekeraars de wet- en regelgeving goed naleven.