

Vergaderjaar 2011–2012

33 000 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012

Nr. 173

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 april 2012

Met uw Kamer en in de Tweede Kamer heb ik de afgelopen periode gesproken over een aantal zaken die raken aan het onderwerp kostenbewustzijn. Het gaat hierbij om de volgende onderwerpen:

- Tijdens de begrotingsbehandeling 2012 op 10 november 2011 (Tweede Kamer 2010–2011, 33 000 XVI, nr. 22) heb ik aangegeven de mogelijkheden tot het verstrekken van inzicht in de kosten voor patiënten te willen verbeteren, maar dit wel te willen beperken tot de zorgverzekeraar die achteraf een overzicht stuurt naar de patiënt waarin staat hoe duur de behandeling is geweest. De uitgangspunten die ik daarbij hanteer zijn: zo effectief mogelijk, maar zo weinig mogelijk belastend.
- Tijdens de begrotingsbehandeling 2012 heeft de Kamer mij middels een motie van de heer Mulder (VVD) (Tweede Kamer 2010–2011, 33 000 XVI, nr. 38) verzocht onderzoek te doen naar de omvang van de onnodige kosten van de no-shows in ziekenhuizen en de mogelijkheden om een no-show tarief in te stellen.
- Tijdens de behandeling van de AIBWMG in de Eerste Kamer heb ik toegezegd het idee te willen verkennen om het kostenbewustzijn van medisch specialisten te verhogen door hen ter informatie de factuur te sturen voor de behandeling die zij hebben uitgevoerd.
- Tijdens het algemeen overleg met uw Kamer over het zorglandschap op 15 februari 2012 heb ik mevrouw Wiegman (CU) toegezegd te bezien wat de mogelijkheden zijn om het DIS toegankelijk te maken voor patiënten.

Middels deze brief breng ik u op de hoogte van de stand van zaken rondom de verschillende onderwerpen en welke afspraken er, in nauwe samenwerking met veldpartijen (o.a. NFU, NPCF, NVZ en ZN), in dit kader zijn gemaakt.

Inzicht in de kosten voor patiënten

Ik ben van mening dat zowel patiënt als zorgverzekeraar gebaat zijn bij meer inzicht in de (hoge) kosten van zorggebruik. Een beter inzicht in de kosten draagt mijns inziens bij aan zinnig en zuinig gebruik van zorg, stelt patiënten in staat bij te dragen aan de controle van zorgnota's. Zorgverzekeraars vervullen hier een belangrijke rol, aangezien zij hun klanten meer inzicht kunnen geven in de door hen gemaakte zorgkosten. Zij geven ook aan dat het inzichtelijk maken van de kosten voor de patiënt een belangrijke prioriteit is. Veel verzekerden kunnen al op elk moment van de dag gedeclareerde nota's inzien via de webportal van hun zorgverzekeraar. Daarnaast sturen veel zorgverzekeraars met wisselende frequenties papieren specificaties van de gemaakte zorgkosten, mede in relatie tot het eigen risico. Hoewel ik dit goede ontwikkelingen vind, kan en moet dit mijns inziens beter. Zo zijn de gegevens die nu worden verstrekt niet altijd even begrijpelijk voor patiënten, wat ervoor zorgt dat deze informatie vaak meer vragen oproept dan antwoorden geeft. Het is vervolgens in veel gevallen onduidelijk waar de patiënt met deze vragen terecht kan.

Ik ben met veldpartijen (NVZ, NFU, ZN, NPCF) in gesprek over oplossen hiervoor. Met ZN en de NPCF is afgesproken dat zij, met behulp van een patiëntenpanel, zullen onderzoeken welke informatiebehoefte patiënten hebben. Bij dit onderzoek worden voorbeelden betrokken van mogelijke vormen van kostenoverzichten. Vervolgens zal met de NVZ en de NFU worden bekeken welke aanvullende (profiel)informatie in de declaratie voor de verzekeraars nodig is om de gewenste kostenoverzichten te kunnen maken. Hierbij zal rekening gehouden worden met zowel privacyaspecten als met mogelijke extra administratieve lasten.

Een ander belangrijk onderdeel van een begrijpelijke zorgnota is een heldere beschrijving van het gedeclareerde DOT-zorgproduct: de zogenaamde lekenvertaling. Hiertoe is door DBC-Onderhoud reeds een aanzet gedaan. De NPCF zal deze vertaling testen bij hun patiëntenpanel. Als daaruit blijkt dat de lekenvertaling inderdaad voor patiënten beter te begrijpen is, zal deze door zorgverzekeraars worden opgenomen in de verschillende overzichten.

De aanpassingen die hiervoor nodig zijn in de administratieve systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is een majeure operatie. Hieraan gaan de werkzaamheden die hierboven staan beschreven nog vooraf. Zorgverzekeraars en -aanbieders hebben aangegeven dat het daarom niet mogelijk is eerder dan 2014 grote wijzigingen in de inzichtelijkheid van kosten te verwezenlijken. Dit wil niet zeggen dat er helemaal geen mogelijkheden zijn. Zo kunnen de genoemde onderzoeken naar de informatiebehoefte van patiënten en het testen van de lekenvertaling op korte termijn, zo mogelijk voor de zomer van 2012, plaatsvinden. Tevens hebben zorgverzekeraars aangegeven op korte termijn, maar in ieder geval in 2013, activiteiten zullen ondernemen om de digitale omgeving uit te breiden en indien mogelijk de lekenvertaling op te nemen. ZN stelt verder een plan van aanpak op voor te realiseren verbeteringen, ik zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen.

Inzicht in kosten voor medisch specialisten

In de Eerste Kamer der Staten-Generaal heb ik tijdens de behandeling van het AIBWMG toegezegd te bezien om, ten behoeve van het verhogen van het kostenbewustzijn, ook de bij behandeling betrokken medisch specialisten een (afschrift van een) rekening te sturen. In overleg met de betrokken partijen is geconcludeerd dat het sturen van rekeningen weinig meerwaarde heeft. Het is zinvoller om als zorgverzekeraar in gesprek te

gaan met maatschappen/specialisten en benchmarkinformatie te presenteren, waarmee prestaties/doorverwijsgedrag/voorschrijfgedrag tussen medisch specialisten onderling vergelijkbaar worden. Door toenemende transparantie en vergelijkbaarheid van informatie, door het opbouwen van historische data en door verbeterde analyses neemt de kwaliteit van deze gesprekken toe. Dergelijke gesprekken vinden reeds plaats, maar nog niet op structurele basis en niet door elke verzekeraar. Ik heb verzekeraars gevraagd deze handschoen in 2013 op te pakken en hiermee ook het kostenbewustzijn van medisch specialisten te verbeteren.

Aanpak no-shows in ziekenhuizen

Tijdens de begrotingsbehandeling 2012 heeft de Tweede Kamer een motie van de heer Mulder (VVD) aangenomen over het voorkomen en de aanpak van patiënten die niet op hun afspraak in het ziekenhuis verschijnen; de zogenaamde no-shows. Ik ben het met de heer Mulder eens dat no-shows in ziekenhuizen voor onnodige kosten zorgen en dat dit zoveel mogelijk moet worden beperkt. Naar aanleiding van de motie van de heer Mulder hebben de NVZ en de NFU op mijn verzoek gevraagd welke problemen ziekenhuizen met no-shows ervaren en hoe zij deze problemen aanpakken.

Uit dit onderzoek blijkt dat driekwart van de ondervraagde ziekenhuizen¹ no-shows als probleem ervaart. Het gemiddelde no-show percentage is 4% (laagste 2%, hoogste 7%). Er is mijns inziens op basis van deze cijfers voldoende aanleiding om maatregelen te nemen die het aantal no-shows terug kan dringen.

Uit het onderzoek blijkt verder dat ziekenhuizen ook al werken aan het terugdringen van no-shows. De gekozen oplossingen zijn veelal onder te verdelen in drie categorieën: 1) het rekening houden met no-shows in de planning van de afspraken op de polikliniek, 2) het sturen van een herinnering aan de patiënt voorafgaand aan de afspraak zodat de afspraak niet vergeten wordt en 3) het hanteren van een boete voor no-show. Met alle drie de oplossingen wordt door vele (onderdelen van) ziekenhuizen geëxperimenteerd, vaak ook in combinatie met elkaar.

Rekening houden met no-shows in de planning

Een vanuit de luchtvaart bekende methode die wordt toegepast om de financiële gevolgen van no-shows te reduceren, is het bewust overboeken van het spreekuur. Het Oogziekenhuis in Rotterdam gebruikt deze methode om hun planning mee te maken. Er wordt voorkomen dat de medisch specialist «niets zit te doen», maar verhoogt tevens de kans dat een patiënt lang in de wachtkamer moet zitten. Een ongewenst effect. Het langer laten wachten van patiënten als gevolg van medepatiënten die niet komen opdagen, is een onwenselijke situatie. Ongeveer 20% van de ziekenhuizen geeft aan op enigerlei wijze rekening te houden in de planning van de polikliniek met no-shows.

Sturen van herinnering

Meer dan de helft van de ondervraagde ziekenhuizen stuurt een herinnering. Van deze ziekenhuizen geven bijna alle ziekenhuizen aan een herinneringsbrief te sturen; 20% belt aanvullend patiënten na en 33% stuurt een sms. Daarnaast geeft een kwart van de ondervraagde ziekenhuizen aan na te denken over nieuwe en betere manieren om patiënten aan hun afspraak te herinneren. Internationaal onderzoek toont aan dat het herinneren van patiënten aan hun afspraak werkt. Ik ga ervan uit dat veel ziekenhuizen het nut van een dergelijk aanpak in zullen zien.

¹ De enquête is naar alle ziekenhuizen verstuurd. Cijfers zijn gebaseerd op een respons van 25% van de ziekenhuizen (w.o. 75% van de UMC's).

De derde methode die wordt gebruikt om het aantal no-shows terug te dringen is het opleggen van een boete voor no-show. Uit het onderzoek blijkt dat 25% van de ondervraagde ziekenhuizen een no-show tarief vastgesteld heeft. De gemiddelde hoogte van het no-show tarief is € 43,30 (laagste € 40,-; hoogste € 45,-). Een voorbeeld van een ziekenhuis waar het invoeren van een boete voor no-show effectief is geweest, is het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) in Den Haag. Het MCH combineert het versturen van een herinnering met het aankondigen van een boete voor no-show, als niet binnen een bepaalde tijd voor de afspraak wordt afgezegd. In 2010 was het percentage no-shows in het MCH met 7,5% erg hoog. Na de invoering van de boete is dit percentage teruggelopen naar 4%. Hierbinnen kan 1% (een kwart) toegeschreven worden aan het niet verwerken van een afmelding in de geplande spreekuur lijsten. Daarmee zit het MCH onder het gemiddelde; een stap in de goede richting.

Hoewel voor zowel het versturen van een herinnering als het opleggen van een boete voor no-show goede voorbeelden te benoemen zijn, wil ik voorzichtig zijn met het verplicht opleggen van deze maatregelen bij alle ziekenhuizen. De hoogte van het percentage no-shows verschilt sterk per ziekenhuis (en zelfs tussen specialismen binnen ziekenhuizen) en is afhankelijk van verschillende factoren, waaronder bijvoorbeeld het profiel van het ziekenhuis en de gemiddelde leeftijd en de sociaal-economische status van de populatie in het adherentiegebied van het ziekenhuis. Daarnaast is ook de werkzaamheid van het instellen van een no-show tarief per ziekenhuis verschillend, net als de kosten die gemoeid zijn met het aanpassen van de ziekenhuisadministratie om het registreren van no-shows mogelijk te maken. Er is daarom per individueel ziekenhuis vaak per individueel specialisme binnen een ziekenhuis) een maatwerkoplossing nodig die ik niet kan én wil voorschrijven, omdat ik de kosten die een individueel ziekenhuis moet maken niet kan opwegen tegen de baten van het verminderen van de no-show.

Ik heb ziekenhuizen daarom gevraagd om hun best-practices met elkaar te delen (met name ook de kosten-baten analyses) en om voor het eigen ziekenhuis te kiezen voor een oplossing waarmee de meeste doelmatigheidswinst te behalen valt. Niets doen met als reden: «het is bij ons zo ingewikkeld» vind ik daarbij onvoldoende. Veel ziekenhuizen geven aan niet te weten hoe hoog de kostenpost voor no-shows in hun ziekenhuis is, terwijl het niet kunnen declareren wel degelijk inkomstenderving betekent. Zonder dergelijke gegevens is het maken van een businesscase onmogelijk. Ziekenhuizen zullen hierin zo snel mogelijk inzicht moeten verkrijgen, eventueel door middel van een onderzoek in NVZ en NFU verband.

Ik vertrouw erop dat ziekenhuizen op korte termijn in staat zullen zijn inzichtelijk te maken welke maatregelen voor hen het meest (kosten)effectief zijn en hierop actie te ondernemen. Ik zal de komende tijd monitoren wat er op dit vlak gebeurt. Als blijkt dat ziekenhuizen dit zelf onvoldoende oppakken, zal ik overwegen maatregelen te treffen, indien nodig middels wetgeving, om no-show terug te dringen.

Beter benutten van informatie in DIS

Mevrouw Wiegman (CU) heeft mij gevraagd te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om patiënten toegang te geven tot DIS. Het DIS ontvangt, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars, informatie over de uitgevoerde zorgactiviteiten bij een DOT-zorgproduct. Zorgverzekeraars ontvangen uitsluitend de code van een DOT-zorgproduct en weten

daardoor alleen welke zorgactiviteiten «gemiddeld» worden uitgevoerd bij een DOT-zorgproduct. De data die in DIS zit is echter dubbel gepseudonimiseerd en is niet terug te herleiden naar kosten die voor de individuele patiënt gemaakt zijn. Daarbij zie ik het meer als rol van de verzekeraar om patiënten inzicht te bieden in de gedeclareerde zorgnota's en eventuele vragen hierover te beantwoorden. Hiervoor verwijs ik naar de eerdere genoemde inspanningen van de NVZ, NFU, ZN en de NPFC om de kostenoverzichten voor patiënten te verbeteren.

DIS is op dit moment vooral van belang voor het monitoren van marktontwikkelingen en de ontwikkeling en het onderhoud van het DBC-systeem, maar er zijn meer mogelijkheden. Zorgverzekeraars, -aanbieders en beleidsmakers kunnen op termijn meer gebruik gaan maken van de informatie die in DIS zit. Op geaggregeerd niveau kan dit via zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook tot waardevolle informatie voor patiënten leiden. Ik heb stichting DIS daarom gevraagd de mogelijkheden hiervan te onderzoeken en daarnaast te bezien wat de meerwaarde kan zijn van openstelling van inzage voor patiënten. Ik zal u hierover te zijner tijd nader informeren.

Conclusie

In deze brief heeft u kunnen lezen dat er reeds goede ontwikkelingen gaande zijn rondom kostenbewustzijn bij patiënten en medisch specialisten en het terugdringen van de no-shows in ziekenhuizen. Dat neemt niet weg dat er nog veel verbeteringen mogelijk zijn. Ik ben dan ook verheugd dat de betrokken partijen de gemaakte afspraken voortvarend willen oppakken. Ik zal de betrokken partijen blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheden in deze en de Kamer informeren over de voortgang. Als voortgang uitblijft zal ik mij beraden op passende maatregelen.

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