



# Rapport

Rapport over een klacht over het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) uit Groningen

**Datum: 11 oktober 2011**

**Rapportnummer: 2011/305**

## Klacht

Verzoekster klaagt erover dat het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG):

1. haar vooraf geen informatie verstrekte over tarieven van een poliklinische behandeling;
2. weigerde haar een specificatie van de factuur te verstrekken.

## Bevindingen en beoordeling

### Algemeen

#### I Bevindingen

1. Verzoekster ontving in het najaar van 2010 een afrekening van haar ziektekostenverzekeraar waarin stond aangegeven dat zij deze nog een bedrag van € 330 moest betalen in verband met een ingediende nota van het UMCG ten bedrage van € 2.113. De nota alsmede de hoogte van het bedrag verraste verzoekster enorm, te meer omdat haar van tevoren niet was verteld wat de behandeling - bestaande uit poliklinische gesprekken - zou gaan kosten. Dit had volgens verzoekster wel moeten. Omdat verzoekster verzekerd was met een hoog vrijwillig eigen risico draaide zij nu tot haar ongenoegen voor een groot deel van de kosten op. Dit had naar het oordeel van verzoekster voorkomen kunnen worden als zij van tevoren door het UMCG geïnformeerd was over de kosten van de behandeling. Zij had dan, naar eigen zeggen, alleen in uiterste noodzaak gebruik gemaakt van de consulten. Volgens verzoekster waren de consulten in het ziekenhuis absoluut niet noodzakelijk geweest en dienden deze slechts 'als vinger aan de pols' ter voorkoming in plaats van genezing. Nu werd zij opgezadeld met een hoog bedrag aan eigen risico dat zij aan haar ziektekostenverzekeraar verschuldigd was.

2. Op 12 november 2010 diende verzoekster een klacht in bij het UMCG. Op 15 november 2010 bracht verzoekster de Nationale ombudsman op de hoogte van haar klacht. In haar brief aan de Nationale ombudsman schreef verzoekster dat het UMCG haar voorafgaande aan de behandeling geen enkele informatie had verstrekt over de gehanteerde tarieven en daarmee nalatig jegens haar had gehandeld. Ook klaagde zij erover dat het UMCG weigerde haar een specificatie van de gemaakte kosten te geven. Zij had naar eigen zeggen het UMCG om een schriftelijke specificatie gevraagd met onder meer de vermelding van het aantal uren en behandelingsdata. Verzoekster vroeg de Nationale ombudsman onder meer haar klacht af te handelen. Omdat het UMCG de klacht echter nog niet had behandeld, stelde de Nationale ombudsman nog geen onderzoek in naar de klacht. Wel stuurde de Nationale ombudsman verzoeksters klacht door naar de bevoegde klachteninstantie van het UMCG met het verzoek deze in behandeling te nemen. Dit omdat verzoekster eerder had aangegeven dat haar oorspronkelijk klacht niet door de juiste instantie in behandeling was genomen.

3. Bij brief van 5 januari 2011 handelde het UMCG verzoeksters klacht af. Het UMCG liet verzoekster onder meer weten dat bekend moest worden verondersteld dat de declaraties voor geleverde zorg naar de ziektekostenverzekeraar worden verzonden. Volgens het UMCG had de nota immers betrekking op de verleende zorg welke werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het UMCG stelde voorts dat het gedeclareerde tarief wettelijk was voorgeschreven en dat wanneer een patiënt hierover nadere informatie wenste, deze zich tot de ziektekostenverzekeraar moest wenden. Omdat verzoekster volgens het UMCG bij aanvang van de behandeling niet kenbaar had gemaakt dat zij graag vooraf geïnformeerd wilde worden over de tarieven, had zij niet van de behandelaar het advies gekregen hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Het UMCG meende dat de declaratie van de betreffende Diagnosebehandelingscombinatie (DBC) geheel correct was. De behandelend arts had hieromtrent aangegeven dat "de DBC-registratie naar eer en geweten" correct had plaatsgevonden met betrekking tot "de directe behandelings- en de indirecte tijd". Het UMCG concludeerde vervolgens dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling, geen informatie had gevraagd met betrekking tot de tarieven en dat in onze maatschappij toch duidelijk was dat dergelijke zaken gedeclareerd moesten worden bij de zorgverzekeraar. Daar zouden de behandelaars ook van uit gaan, aldus het UMCG. Tenslotte gaf het UMCG aan dat terugvorderen van het eigen risico door de zorgverzekeraar iets was wat behandelaars niet in de hand hadden en dat het UMCG dit ook niet kon veranderen. Verzoekster werd in overweging gegeven contact op te nemen met de zorgverzekeraar teneinde het bedrag eventueel in termijnen terug te betalen.

4. Omdat verzoekster het niet eens was met het antwoord van het UMCG op haar klacht wendde zij zich op 6 januari 2011 (opnieuw) tot de Nationale ombudsman. Op 3 februari 2011 legde de Nationale ombudsman verzoeksters klacht met een aantal vragen aan het UMCG voor. Tevens werd de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tweetal, met betrekking tot dit onderwerp, specifieke vragen gesteld. In reactie op de brief van de Nationale ombudsman meldde het UMCG op 2 maart 2011 dat verzoeksters klacht eerst had moeten worden voorgelegd aan de Klachtencommissie van het UMCG voordat de zaak door de Nationale ombudsman in onderzoek werd genomen. Nadat de Nationale ombudsman het UMCG erop had gewezen dat het verzoekschrift eerder (zie hiervoor onder 2.) naar de Klachtencommissie was gezonden met het verzoek de klacht af te handelen, liet het UMCG op 11 maart 2011 telefonisch weten dat het inhoudelijk zou reageren op de door de Nationale ombudsman voorgelegde klacht, maar dat de daarvoor gestelde termijn niet zou worden gehaald. Inmiddels had ook de NZa uitstel gevraagd met betrekking tot de reactietermijn.

5. Op 25 maart 2011 reageerde het UMCG op verzoeksters klacht en de gestelde vragen. Het UMCG liet met betrekking tot verzoeksters tweede klacht, te weten dat het UMCG geweigerd had een specificatie van de gemaakte kosten aan haar te verzenden, weten dat verzoekster zelf in haar brief van 12 november 2010 had aangegeven dat zij telefonisch

contact heeft gehad met de Zorgadministratie over het in rekening gebrachte tarief en dat in dit telefonisch contact ingegaan is op de opbouw van het in rekening gebrachte tarief en de bestede tijd. Het was, aldus het UMCG, de Zorgadministratie op dat moment niet duidelijk dat verzoekster nog een nadere specificatie verlangde. Het UMCG meldde uiteraard bereid te zijn gespecificeerde informatie te verstrekken, maar omdat dergelijke informatie onder het beroepsgeheim viel kon het UMCG de gevraagde informatie alleen toezenden na schriftelijke toestemming van verzoekster. Het UMCG meldde voorts dat het primair de taak is van het UMCG om haar patiënten te informeren over de tarieven maar dat dit niet wegnam dat een verzekerde zich ook tot anderen kon wenden voor informatie over tarieven. Met betrekking tot de klacht van verzoekster reageerde het UMCG onder meer als volgt:

“De zorg die aan (verzoekster; N.o) is geleverd valt onder de verplichte zorgverzekering. Tarieven voor zorg die behoren tot de (verplichte) basis ziektekostenverzekering worden landelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De tarieven zijn voor alle zorgaanbieders gelijk. De tarieven behoren tot het zg. A-segment. Het door de NZa vastgestelde tarief is gebaseerd op gemiddelde kostprijzen van een aantal instellingen. Voor de behandeling die (verzoekster; N.o.) ontving is geen zg ‘eigen bijdrage’ verschuldigd. De behandeling wordt volledig gedekt door de verplichte basisverzekering. (...)

Wellicht ten overvloede willen wij opmerken dat de hoogte en het innen van het ‘eigen risico’ een aangelegenheid is van de verzekerde en zijn/haar zorgverzekeraar. Het UMCG staat hier buiten.

Bij de DBC die ten behoeve van (verzoekster; N.o.) is gedeclareerd, is de vanwege het UMCG bestede tijd de aanmerkelijke factor. Dit betreft zowel de directe tijd (de tijd die een behandelaar besteedt aan direct contact met de consument) als indirecte tijd (voorbereidingstijd, schrijven van verslag en brieven e.d.). Op de einddatum van een DBC wordt de bestede tijd in het daaraan voorafgaande jaar bezien en wordt op grond daarvan de prestatie- en declaratiecode bepaald.

Het tarief voor zorg dat onderdeel is van de verplichte zorgverzekering wordt door het UMCG direct bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Declaratie geschiedt elektronisch. Dit gebeurt gecodeerd door o.a. aanvangs- en einddatum van de DBC, de zg. Prestatie en de zg. Declaratiecode bij de zorgverzekeraar in te dienen. Declaraties van DBC's bij zorgverzekeraars geschiedt gezamenlijk met andere declaraties. Een elektronische declaratie is niet reproduceerbaar in een kopienota op papier. Een zg. ‘printscreen’ van een declaratie op individueel niveau is wel mogelijk, doch om deze te kunnen interpreteren is specifieke kennis van de elektronische standaard nodig. (...)

De gang van zaken van declareren van zorginstellingen bij zorgverzekeraars is conform landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen.

Naar wij hebben begrepen is bij aanvang van de behandeling met (verzoekster; N.o.) het doel en de (globale) inhoud van de voorgestelde behandeling besproken en vastgelegd in een behandelingsplan. (Verzoekster; N.o.) heeft hiermee ingestemd, waarna de behandeling is aangevangen. Naar wij hebben begrepen heeft (verzoekster; N.o.) voor aanvang van de behandeling en ook later, niet geïnformeerd naar de omvang en duur van de behandeling of het tarief. (...)

Zoals door (verzoekster; N.o.) in haar brief d.d. 12 november 2010 verwoord is, kent de ten behoeve van haar gedeclareerde DBC een grens van 800 minuten bestede tijd. Dit is de ondergrens van deze DBC. De bovengrens is gelegen op 1.800 minuten. (Verzoekster; N.o.) stelt als oplossing voor om minder dan 800 minuten te declareren. Afgezien van het feit dat de bestede tijd in werkelijkheid boven de 800 minuten ligt, zou dan een DBC gedeclareerd moeten worden met die een bovengrens van 799 minuten kent en een ondergrens van 250 minuten. Het bedrag dat bij deze DBC behoort ligt rond € 1.000. Los van het feit dat wij dan een DBC zouden declareren die afwijkt van de geboden zorg, zal de zorgverzekeraar van (verzoekster; N.o.) naar wij aannemen, ook dan bij haar € 330 'eigen risico' in rekening brengen.

U vraagt in hoeverre het UMCG voldoet aan de normen die art. 38 Wmg stelt aan informatieverstrekking door zorgaanbieders.

In september 2010 heeft de NZa het Richtsnoer Informatieverstrekking Zorgaanbieders gepubliceerd (*zie Achtergrond onder 2; N.o.*). In dit richtsnoer geeft de NZa aan op welke wijze zorgaanbieders, naar de mening van de NZa, invulling dienen te geven aan hun informatieverplichtingen op grond van o.a. de artt. 38 en 39 Wet marktordening gezondheidszorg. Hoewel het genoemde richtsnoer is gepubliceerd nadat de behandeling van (verzoekster; N.o.) was afgerond, voldoet de bij de behandeling van (verzoekster; N.o.) gevolgde gang van zaken, naar onze mening, aan hetgeen in dit richtsnoer is vermeld. Met betrekking tot de klacht van (verzoekster; N.o.) zijn o.i. twee aspecten uit het genoemde NZa-richtsnoer van belang, te weten: de aard van het product en de prijs.

Met betrekking tot de aard van het product staat in het NZa-richtsnoer aangegeven dat de 'zorgaanbieder moet voorafgaand aan de zorglevering actief aangeven welke prestaties geleverd gaan worden en wat de geleverde zorg inhoudt'. Met (verzoekster; N.o.) is voorafgaand aan de aanvang van behandeling het doel en de (globale) inhoud van de behandeling besproken en vastgelegd in een behandelingsplan.

Met betrekking tot de prijs staat in het NZa-richtsnoer vermeld dat, voorzover de zorg rechtstreeks met de consument wordt verrekend, de zorgaanbieder vooraf en actief aan de consument moet aangeven wat de prijs is. Zoals aangegeven is het tarief van de zorg die (verzoekster; N.o.) ontving rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Dit omdat de geleverde zorg onder de verplichte basisverzekering valt. Het NZa-richtsnoer geeft ook aan dat, wanneer de consument erom vraagt, de zorgaanbieder het tarief kenbaar moet

maken aan de consument, ongeacht of het tarief rechtstreeks verrekend wordt met de consument of niet. Zoals aangegeven heeft (verzoekster; N.o.) niet gevraagd naar het tarief van de behandeling.”

Het UMCG stelde voorts dat het in het UMCG niet gebruikelijk was voor aanvang van een behandeling die volledig onder de verplichte basisverzekering viel, het tarief actief ter sprake te brengen. Dit werd wel gedaan als sprake was van een ‘eigen bijdrage’ of wanneer een consument hierom vroeg. Ook wanneer een behandeling niet onder de verplichte basisverzekering viel of sprake was van een zogenaamde ‘passantentarief’ werd het tarief besproken. Verder verwees het UMCG naar de eigen website waarin informatie over tarieven stond vermeld waarbij het UMCG aangaf dat het op voorhand niet altijd mogelijk was om het in rekening te brengen of te declareren tarief vooraf exact aan te geven omdat de prestatiecode gebaseerd was op verschillende factoren die op voorhand mogelijk niet allemaal bekend waren.

Tenslotte meldde het UMCG onder meer dat het, mede naar aanleiding van verzoeksters klacht, de informatie die het op de website had staan over tarieven tegen het licht zou houden teneinde te bezien of de informatie die het verstrekke, wel volledig was. Ook werd aangegeven dat het UMCG zich, naar aanleiding van het verschijnen van de NZa-richtsnoer in september 2010, ging beraden over nadere invulling van haar verplichtingen op grond van de artikelen 38 en 39 Wmg.

6. In reactie op hetgeen het UMCG op de voorgelegde klacht had laten weten, meldde verzoekster onder meer dat het niet ging over de wijze waarop zij als klant verzekerd was, maar over een rekening waarvan de oorsprong van de in rekening gebrachte kosten volstrekt onduidelijk was. Zij stelde voorts dat zij na een half jaar nog steeds geen specificatie van de rekening had ontvangen en gaf het UMCG toestemming alle informatie over de totstandkoming naar de Nationale ombudsman te verstrekken. Over de stelling van het UMCG dat een printscreen van een declaratie wel mogelijk was, maar dat hiervoor specifieke kennis benodigd was om deze te kunnen begrijpen, schreef verzoekster dat dit nu de kern was van het hele probleem omdat het UMCG dus kosten in rekening bracht die niet altijd vooraf duidelijk - en die voor klanten nagenoeg niet te begrijpen - waren.

Verzoekster gaf verder aan dat het UMCG geheel ten onrechte had gesteld dat er een behandelplan was gemaakt. Volgens verzoekster was er geen behandelplan gemaakt; ook was er geen schriftelijke instemming met een dergelijk plan. Verzoekster schreef hierover: “was dit namelijk wel het geval geweest dan was de omvang en duur van de behandeling immers vooraf duidelijk”. Verdere informatieverstrekking aan haar was dan overbodig geweest. Het ging verzoekster, zo meldde zij in haar reactie, om kosten van een behandeling die naar haar mening onduidelijk en onnodig hoog waren. Wanneer zij van tevoren op de hoogte was geweest van het door het UMCG aangegeven tarief van € 1000 voor een behandeling van 800 minuten, dan was zij heel anders met de frequentie van de afspraken omgegaan, teneinde kosten te besparen. Dit argument werd volgens

verzoekster steeds door het UMCG genegeerd. Het scheelde naar de mening van verzoekster namelijk nog al of er € 1000 of € 2000 werd gedeclareerd bij een verzekeraar. Zij stelde dat wanneer elk ziekenhuis op deze wijze zou handelen de zorgkosten (en daarmee ook de premies) onnodig hoog werden.

Verzoekster sprak ten slotte de hoop uit dat het UMCG haar klanten in het vervolg op de hoogte zou stellen van duur en omvang van een behandeling en de daarbij behorende kosten en dat het UMCG desgevraagd voor ieder begrijpelijke specificaties van de kosten zou overleggen.

Verzoekster gaf de Nationale ombudsman schriftelijke toestemming de (DBC)declaratie bij het UMCG op te vragen alsmede het behandelplan.

7. Op 27 april 2011 antwoordde de NZa op de door de Nationale ombudsman op 3 februari 2011 voorgelegde vraagstelling. De NZa legde uit dat het niet correct was, wat het UMCG aanvankelijk suggereerde, dat wanneer een consument informatie wilde over de gehanteerde tarieven, hij deze informatie (uitsluitend) via de zorgverzekeraar zou kunnen krijgen. De artikelen 38 en 39 Wmg, alsmede de inhoud van het richtsnoer Informatie zorgaanbieders (september 2010) verplichtte de zorgaanbieder immers informatie over tarieven aan de zorgvrager (consument) te verstrekken. Daarbij golden - aldus de NZa - wel twee restricties, te weten: dit was slechts verplicht indien de consument vooraf zelf om informatie over tarieven verzocht of wanneer het gehanteerde tarief rechtstreeks met de consument werd verrekend. Met betrekking tot de voorgelegde casus stelde de NZa dat, nu verzoekster voorafgaand aan de behandeling niet om informatie over de tarieven van de behandeling had verzocht en geen sprake was van een situatie waarbij sprake was van rechtstreekse verrekening, het UMCG niet op voorhand onjuist of onzorgvuldig had gehandeld. Verder meldde de NZa dat van rechtstreekse verrekening tussen een zorgaanbieder en een zorgaanvrager sprake was wanneer het ging om zogenaamde 'zelfbetalers'. De redenen van deze zelfbetaling waren volgens de NZa van uiteenlopende aard (zie verder Achtergrond onder 3.)

8. In reactie op de door de Nationale ombudsman op 20 mei 2011 voorgelegde aanvullende vragen, reageerde het UMCG op 14 juni 2011 als volgt:

*"... Het behandelplan voor (verzoekster; N.o.)*

Naar aanleiding van de intake door prof. A op 15 oktober 2009 is door (hem N.o.) op 20 oktober 2009 een brief verzonden aan de huisarts van (verzoekster; N.o.). Deze brief is in afschrift aan (verzoekster; N.o.) gezonden.

Een uitdraai uit PoliPlus (het elektronisch patiëntendossier van het UMCG) van de tekst van de brief treft u bijgaand aan (bijlage 01). Gezien de toestemming van (verzoekster; N.o.) hebben wij delen van de tekst onleesbaar gemaakt. *(Het UMCG had dit echter*

*verzuimd waardoor de gehele tekst leesbaar was; dit werd later hersteld; N.o.).*

Daarnaast is op 22 oktober 2009 een behandelingsplan opgesteld. Een uitdraai uit PoliPlus hiervan treft u bijgaand aan (bijlage 02). Gezien de toestemming van (verzoekster; N.o.) hebben wij ook hier delen van de tekst onleesbaar gemaakt.

Met betrekking tot het behandelplan wordt opgemerkt dat de duur van de behandeling hierin niet kan worden opgenomen, omdat deze (mede) afhankelijk is van het verloop van de behandeling. U geeft aan dat (verzoekster; N.o.) heeft aangegeven dat zij niet schriftelijk heeft ingestemd met het behandelingsplan. Zoals in het behandelingsplan (bijlage 02) staat aangegeven is het behandelingsplan tussen behandelaar en patiënt besproken en overeengekomen. Instemming/toestemming van de zijde van de patiënt met een behandelingsplan is uiteraard noodzakelijk. *Schriftelijke instemming/ toestemming daarentegen echter niet.*

Toelichting op elektronische declaratie bij zorgverzekeraars

Zoals gemeld in vorige brief, vindt declaratie van prestaties, die voor vergoeding vanuit de verplichte basisverzekering in aanmerking komen, rechtstreeks en op elektronische wijze plaats. (...) Het UMCG declareert één keer per maand alle afgesloten en gevalideerde GGZ-DBC's. Dit houdt in dat in één elektronisch facturatiebericht DBC's van meerdere patiënten worden gedeclareerd. Het facturatiebericht bevat meerdere records, te weten:

01: voorlooprecord

02: verzekerdenrecord

03: debiteurenrecord

04: prestatie record

98: commentaarrecord

99: sluitrecord

Per patiënt wordt per record de vereiste informatie op de voorgeschreven wijze aangeleverd.

*Gespecificeerde informatie over de ten behoeve van (verzoekster; N.o.) gedeclareerde DBC:*

Van de declaratie voor (verzoekster; N.o.) is een 'printscreen' van de elektronisch gedeclareerde DBC bijgevoegd (bijlage 03). Een verwijzing naar de legenda om een dergelijk bericht te kunnen lezen is daaraan toegevoegd. (...)



De DBC is op 23/09/2010 bij de zorgverzekeraar van (verzoekster; N.o.) gedeclareerd.

Interpretatie van nota's door 'zelfbetalers'

Een elektronisch bericht is door de individuele zorgconsument niet te interpreteren. Hiervoor is het elektronisch declaratiebericht ook niet bedoeld. Indien er sprake is van een zelfbetalende patiënt ontvangt de patiënt een papieren nota. Aan een papieren nota zijn met betrekking tot de informatievoorziening andere voorwaarden verbonden.

Een papieren nota is alleen van toepassing indien er sprake is van onverzekerde zorg, een onverzekerde patiënt, of een verzekerde in een land waarmee Nederland geen verdrag heeft afgesloten.

Dergelijke papieren nota's worden opgesteld in overeenstemming met Regeling CI/NR-100.073 van de Nederlandse Zorgautoriteit. ...”

9. Op 29 juni 2011 reageerde verzoekster als volgt op de brief met bijbehorende bijlagen van het UMCG:

“Naar aanleiding van het verzenden van vertrouwelijke patiënteninformatie, alsmede het niet kunnen geven van een specificatie van een nota, heb ik het vertrouwen in het UMCG opgezegd en per brief aan de heer B., hoofd patiëntenzorg, verzocht om vernietiging van mijn medische dossier aldaar.

Mijn wens is dan ook nooit meer gebruik te maken van dergelijke ziekenhuizen.

Het zogenaamde behandelplan, waarover geschreven wordt, is nooit aan mij overlegd. Ik heb ook niets getekend. Dat het noodplan een onderdeel van dit behandelplan uitmaakt is wel besproken met de verpleegkundige. Na het inzien van een voorbeeld noodplan naar aanleiding van een casus van een patiënt met zogenaamd dezelfde klachten, is mij gebleken dat een dergelijke aanpak voor mij niet van toepassing is en daarom afgezien van het verdere noodplan.

Vervolgens bestond de behandeling uit gesprekken waarin o.a. een leidraad werd gegeven om beter om te gaan met ziekteklachten. Er is een boek geadviseerd (...). Het medicijn wat voorgeschreven werd heb ik na 2 weken niet meer ingenomen wegens ernstige bijwerkingen, ook hier was het middel weer erger dan de kwaal. Daarna is er nooit meer gerept over een alternatief.

Omdat ik het niet nodig achtte om in dit ziekenhuis verder te gaan met dergelijke gesprekken, heb ik in overleg met de verpleegkundige besloten om de gesprekken niet meer voort te zetten. Hij stemde daarmee in. In totaal heb ik enkele gesprekken met de heer A gehad en ongeveer 10 gesprekken met de verpleegkundige. Ook was hij het met me eens dat het dossier zeer slordig was bijgehouden (...)

Er is nooit gesproken over de frequentie van gesprekken of over de kosten daarvan. Ik heb in het begin zelfs enkele gesprekken afgezegd omdat ik zelf niet meer dan 1x per maand naar dat ziekenhuis wilde.

Ik ga ervan uit voldoende te hebben gereageerd op de 'acties' van het UMCG en hoop dat u de gegevens in uw rapport kunt verwerken."

**In reactie op het verslag van bevindingen vroeg het UMCG de Nationale ombudsman bij brief van 29 augustus 2011 tevens in het rapport op te nemen dat verzoekster in haar brief van 12 november 2011 (bedoeld wordt 2010; N.o) gericht aan de Klachtenfunctionaris UMCG, een specificatie van de bestede tijd had opgenomen, te weten 13 gesprekken van een uur, 2 uur voor de afhandeling van het dossier en een half uur voor het opstellen van een brief, totaal 15.5 uur (= 930 minuten).**

## **II Beoordeling**

### *10. Met betrekking tot het voorafgaand aan de behandeling informeren over tarieven*

Het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking houdt in dat een overheidsinstantie burgers met het oog op de behartiging van hun belangen actief en desgevraagd van adequate informatie voorziet. Dit houdt in dit geval in dat het UMCG bij de toepassing van de DBC's de patiënten actief en adequaat informeert over met name de hoogte van de tarieven van een behandeling.

Verzoekster klaagt erover dat het UMCG haar voorafgaand aan de (poliklinische) behandeling niet geïnformeerd heeft over de (naar haar mening extreem hoge) tarieven van die behandeling, te meer omdat de behandeling volgens haar niet noodzakelijk was. Volgens haar had het UMCG dit wel moeten doen. Het UMCG daarentegen stelt onder meer dat het niet gewoon is om voor aanvang van een behandeling die volledig onder de verplichte basisverzekering valt - en waarvan het tarief rechtstreeks bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd - de kosten van deze behandeling actief ter sprake te brengen. Volgens het UMCG wordt slechts in een specifiek aantal gevallen het tarief voorafgaand aan de behandeling besproken. Bovendien is het, ondanks dat informatie over tarieven op de website worden vermeld, op voorhand niet altijd mogelijk om het in rekening te brengen tarief (vooraf) exact aan te geven, aldus het UMCG.

De artikelen 38 en 39 Wmg alsmede de NZa-richtsnoer Informatieverstrekking zorgaanbieders verplichten de zorgaanbieder om consumenten tijdig en zorgvuldig te informeren over het voor de prestatie in rekening te brengen tarief wanneer dat rechtstreeks met de consument wordt verrekend of wanneer de consument daarom vraagt. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de kosten van verzoeksters behandeling niet rechtstreeks met haar werden verrekend; noch heeft zij bij aanvang van de behandeling gevraagd wat de tarieven van de behandeling waren.

Gezien het feit dat de Nationale ombudsman niet slechts de rechtmatigheid van een gedraging toetst, maar met name de behoorlijkheid, is de vraag aan de orde of van het UMCG verwacht had mogen worden dat het verzoekster actief had geïnformeerd over de hoogte van de tarieven van haar behandeling.

In verband hiermee overweegt de Nationale ombudsman het volgende. Een zorgaanbieder als het UMCG zou patiënten niet alleen in het geval van een rechtstreekse verrekening of bij een expliciete vraag naar de tarieven, proactief moeten informeren. Het afsluiten van een basis zorgverzekering (basisverzekering) is in Nederland verplicht. Bij iedere basisverzekering geldt een verplicht eigen risico van (toen) € 150. Daarnaast kan voor een vrijwillig eigen risico worden gekozen zoals verzoekster had gedaan. Wetende hoe hoog de DBC (meer dan € 2.000) in dit geval was, zou naar het oordeel van de Nationale ombudsman de patiënt ook actief informatie moeten krijgen over het tarief in verband met het eigen risico, ongeacht of dit een verplicht of vrijwillig eigen risico is. Zeker als het gaat om een relatief dure behandeling en deze niet (of niet in deze vorm) noodzakelijk is. Het UMCG heeft dat niet gedaan.

De onderzochte gedraging is niet behoorlijk.

#### 11. Met betrekking tot het niet verstrekken van een gespecificeerde factuur

Ook met betrekking tot dit klachtonderdeel werd getoetst aan het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking. Dit betekent onder meer dat bij betalingen een specificatie moet zijn opgesteld en dat een burger deze kan begrijpen.

Vanaf 2005 is in Nederland de zogenaamde DBC-systematiek ingevoerd. Hiermee is de oude wijze van ziekenhuisfinanciering (waarbij elke verrichting die bij een consument werden uitgevoerd, apart werd gedeclareerd) vervangen. Een DBC is een code in de gezondheidszorg die het geheel van een geleverd zorgproduct omschrijft. Ongeacht het aantal consulten of de duur van de behandeling wordt een bedrag dat behoort bij een DBC, gedeclareerd. De DBC's worden gebaseerd op gemiddeld ontvangen zorg en gemiddelde kosten.

Omdat de zorgaanbieder ook de privacy van burgers moet beschermen (het gaat immers om medische gegevens waaraan de wetgever bijzondere bescherming heeft gegeven) staat er geen nauwkeurige omschrijving van de behandeling op de rekening (zoals dit voorheen wel het geval was). In dat opzicht is het dan ook niet zo maar mogelijk om op een factuur zonder meer nadere specifieke informatie over een behandeling op te nemen. Alle medische specialismen, diagnoses en behandelingen hebben nu een eigen DBC-code. Op de factuur staat naast de zogenaamde DBC-code ook nog een code van zes cijfers, de declaratiecode. Met de code van zes cijfers kan bij NZa, het tarief van de behandeling en de bijbehorende DBC's worden opgevraagd. Daarom is voor de controle op de juistheid van de declaratie alleen de toegekende DBC-code van belang. Het

merendeel van de consumenten ontvangt echter geen rekening van het ziekenhuis, omdat deze rechtstreeks (en op elektronische wijze) naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd. Het UMCG veronderstelde dat dit ook bekend was bij verzoekster. De nota had betrekking op verleende zorg die volledig vergoed werd vanuit de basisverzekering. Voor meer informatie over de tarieven werd verzoekster naar haar zorgverzekeraar verwezen.

Verzoekster stelt daarentegen dat het haar niet ging om de wijze waarop zij was verzekerd maar om een rekening waarvan de oorsprong van de in rekening gebrachte kosten onduidelijk en nagenoeg onbegrijpelijk is.

In reactie op de door de Nationale ombudsman voorgelegde klacht met vragen, gaf het UMCG aan dat het primair de taak van het UMCG was om haar patiënten te informeren over de in rekening gebrachte tarieven, maar dat dit niet wegnam dat een verzekerde zich ook tot anderen kon wenden voor nadere informatie. Het UMCG liet verder weten dat het zeker bereid was om gespecificeerde informatie aan verzoekster te verstrekken, maar waarschuwde er wel bij dat het elektronisch facturatiebericht door de individuele consument niet was te interpreteren. Volgens het UMCG was het elektronisch declaratiebericht hier dan ook niet voor bedoeld.

De vraag is in hoeverre van de zorgaanbieder verlangd mag worden een consument desgevraagd een begrijpelijke en controleerbare factuur van de behandeling te verstrekken; dit mede gezien in het licht van de hiervoor beschreven DBC-systematiek. Zoals uit het onderzoek naar voren is gekomen, is voor controle op de juistheid van een declaratie eigenlijk alleen de toegekende DBC-code van belang. Op grond van deze code kan door een consument (via de NZa website) gecontroleerd worden of de juiste DBC-code is gebruikt. In een eerder rapport (2006/290, zie Achtergrond onder 4.) oordeelde de Nationale ombudsman in een vergelijkbare situatie dat daarmee ook is na te gaan welke behandeling achter welke code schuilgaat. Hij stelde dat op het moment waarop een burger de betekenis van de DBC-code zowel via internet als telefonisch kan navragen en (in dat specifieke geval) tevens de mogelijkheid wordt geboden om telefonisch contact op te nemen indien er vragen zijn, er voldoende mogelijkheden zijn om te controleren of de rekening overeenstemt met de ondergane behandeling. In deze eerdere casus oordeelde de Nationale ombudsman dan ook dat de onderzochte gedraging in overeenstemming was met het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking.

Ook in de onderhavige casus is, zo is uit het onderzoek gebleken, telefonisch contact geweest tussen verzoekster en de Zorgadministratie van de desbetreffende afdeling van het UMCG. In dit telefoongesprek is de opbouw van het in rekening gebrachte tarief en de bestede tijd besproken. In zoverre heeft het UMCG gehandeld conform het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking.

Dit neemt echter niet weg dat het UMCG zich, op het moment dat duidelijk was dat verzoekster alsnog graag een specificatie van de factuur wenste, naar het oordeel van de

Nationale ombudsman meer had mogen inspannen deze aan verzoekster te verstrekken. Pas nadat de Nationale ombudsman hierom (in tweede instantie) had verzocht, werd aan verzoekster de specificatie verstrekt. Door op deze wijze te handelen heeft het UMCG onvoldoende oog voor de belangen van verzoekster gehad. In dit opzicht kan dan ook naar het oordeel van de Nationale ombudsman worden gesteld dat het UMCG heeft gehandeld in strijd met het vereiste van actieve en adequate informatievoorziening.

De onderzochte gedraging is op dit punt niet behoorlijk.

## **Conclusie**

De klacht over de onderzochte gedraging van UMCG uit Groningen, is ten aanzien van:

het voorafgaand informeren over de tarieven van een poliklinische behandeling: gegrond;

het weigeren een gespecificeerde factuur te verstrekken: gedeeltelijk gegrond wegens strijd met het vereiste van actieve en adequate informatievoorziening.

De Nationale ombudsman,

dr. A.F.M. Brenninkmeijer

## **Onderzoek**

Op 6 januari 2011 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift met een klacht over een gedraging van het UMCG uit Groningen.

Naar deze gedraging, die wordt aangemerkt als een gedraging van de Raad van Bestuur, werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werd de Raad van Bestuur van het UMCG verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben. Tijdens het onderzoek kregen het UMCG en verzoekster de gelegenheid op de door ieder van hen verstrekte inlichtingen te reageren.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), toezichthouder op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars, werd over de klacht geïnformeerd en werd een aantal vragen voorgelegd. De NZa heeft hierop gereageerd.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

De NZa deelde mee zich met de inhoud van het verslag te kunnen verenigen.

De reacties van verzoeker en het UMCG gaven aanleiding het verslag op een enkel punt aan te vullen.

## Informatieoverzicht

De bevindingen van het onderzoek zijn gebaseerd op de volgende informatie.

Klachtbrief van verzoekster aan het UMCG van 12 november 2010.

Brief van verzoekster aan de Nationale ombudsman van 15 november 2010.

Klachtafhandelingsbrief van het UMCG, gedateerd op 5 januari 2011.

Reactie UMCG op de door de Nationale ombudsman voorgelegde vragen, gedateerd 2 maart 2011.

Reactie verzoekster op de brief van het UMCG op 1 april 2011.

Reactie NZa via e-mailbericht van 27 april 2011.

Reactie UMCG op aanvullende vragen van de Nationale ombudsman van 14 juni 2011.

Reactie verzoekster op de brief van het UMCG van 29 juni 2011.

## Achtergrond

### 1. Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

#### "Artikel 38

Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving

De zorgautoriteit kan nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders:

bekendmaken van tarieven;

specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.

Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van aangeboden prestaties en diensten.

De zorgautoriteit kan, onverminderd de informatieverplichting die op grond van het vierde lid rust op zorgaanbieders, ten behoeve van de inzichtelijkheid van de markt periodiek informatie als bedoeld in het vierde lid openbaar maken.

Het vijfde lid geldt niet indien anderen reeds in voldoende mate in openbaarmaking van de daar bedoelde informatie voorzien.

De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het vierde lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

#### Artikel 39 Wmg

Zorgaanbieders dragen er zorg voor dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie ter zake van een product of dienst waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en niet misleidend is.

De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het eerste lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

De in het tweede lid bedoelde regels worden gesteld in overeenstemming met het Staatstoezicht op de volksgezondheid."

## 2. Richtsnoer Informatieverstrekking Zorgaanbieders

Informatieverstrekking door zorgaanbieders aan consumenten, uitgebracht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in september 2010.

### Inleiding

"... De NZa benadrukt dat dit richtsnoer alleen ingaat op informatievereisten die volgen uit de artikelen 38 en 39 Wmg. (...)

### Nadere concretisering van informatievereisten

In dit hoofdstuk geeft de NZa een uitleg van de wettelijke voorschriften in de artikelen 38 en 39 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit doet zij door een aantal begrippen die in deze artikelen worden gebruikt nader in te vullen en door aan te geven

welke informatie in ieder geval moet worden verstrekt (...).

Dit richtsnoer geldt voor alle zorgaanbieder en voor alle communicatie uitingen (...) Ook gelden de voorwaarden voor informatie die namens de zorgaanbieder door een andere partij worden verstrekt ... ."

### **3. Reactie NZa van 27 april 2011**

"...Antwoord op vraag 1.

Het klopt niet, zoals door het UMCG werd gesuggereerd, dat wanneer een consument informatie over de gehanteerde tarieven wil hebben, hij/zij deze informatie (uitsluitend) via de zorgverzekeraar kan verkrijgen. De zorgaanbieder is op grond van de artikelen 38 en 39 van de Wmg, alsmede in de inhoud van het richtsnoer Informatieverstrekking zorgaanbieders (september 2010), verplicht informatie over tarieven aan de zorgaanvrager (consument) te verstrekken. Daarbij gelden wel twee restricties. Deze verplichting geldt slechts indien:

de consument vooraf zelf om informatie over de tarieven heeft gevraagd, of:

wanneer het gehanteerde tarief rechtstreeks met de consument wordt verrekend.

In de voorliggende casus is – voorafgaand aan de behandeling – door de consument niet om informatie gevraagd over de tarieven die met deze behandeling verband houden. Evenmin is in deze casus sprake van een situatie waarbij rechtstreekse verrekening met de consument plaatsvindt. Op grond hiervan is de wijze waarop het UMCG zich, wat dit onderdeel betreft, in de richting van (verzoekster; N.o.) heeft gedragen naar de mening van de NZa niet op voorhand onjuist of onzorgvuldig te noemen.

Antwoord op vraag 2.

Van rechtstreekse verrekening tussen een zorgaanbieder en een zorgaanvrager (consument) kan sprake zijn, wanneer het gaat om zogenaamde 'zelfbetalers'. Zelfbetalers betalen, zoals de naam al zegt, hun zorgnota's zelf. De redenen van deze zelfbetaling kunnen van uiteenlopende aard zijn.

Het kan in de eerste plaats gaan om een uitdrukkelijk verzoek van de zorgconsument zelf – om wat voor reden dan ook – om zijn/haar nota zelf te willen betalen. De consument kan dan achteraf zelf nog beslissen in hoeverre hij/zij die nota doorstuurt naar zijn/haar zorgverzekeraar.

Het kan bijvoorbeeld ook gaan om zelfbetaling bij de afname/verrijging van niet-verzekerde zorg. Van niet-verzekerde zorg is enerzijds sprake bij zorg die noch in het basispakket, noch in het aanvullende pakket van de zorgverzekeraar voorkomt, en



anderzijds bij zorg die weliswaar is opgenomen in het aanvullende pakket van de zorgverzekeraar, maar waarvoor de consument zich niet aanvullend heeft verzekerd. Indien de consument weet dat hij van een zorgaanbieder zorg gaat afnemen waarvoor hij niet (aanvullend) is verzekerd, dan wel het zorg betreft die noch in het basispakket, noch in het aanvullende pakket van de zorgverzekeraar voorkomt, en deze consument dat tevoren bij de zorgaanbieder aangeeft, dan wel de zorgaanbieder de consument hier van tevoren op wijst, kan dat aanleiding vormen om de zorgnota rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de zorgverzekeraar) te betalen. Met nadruk wordt gesteld 'kan', omdat een consument of zorgaanbieder vaak niet precies weet of hij/zij wel of niet (aanvullend) is verzekerd voor een bepaald type zorg. Uit voorzorg wordt de zorgnota in die gevallen vaak dan toch naar de zorgverzekeraar gestuurd en vindt achteraf al dan niet verrekening van de nota plaats tussen zorgverzekeraar en consument.

Een ander voorbeeld betreft zelfbetalers die zich vanuit een bepaalde (levensbeschouwelijke) overtuiging weigeren te verzekeren tegen de risico's van ziektes of andere lichamelijke aandoeningen.

Een laatste voorbeeld betreft consumenten die een zorgnota zelf wensen te betalen vanwege het feit dat zij een keuze hebben gemaakt voor een restitutiepolis i.p.v. een naturapolis. Anders dan een naturapolis, die de consument een recht geeft op (gecontracteerde) zorg, geeft een restitutiepolis de consument namelijk het recht op betaling van een geldsom (m.b.t. de genoten zorgbehandeling). Toch wordt ook een zorgnota van consumenten die een restitutiepolis hebben, door de zorgaanbieder met grote regelmaat rechtstreeks naar de betreffende zorgverzekeraar gestuurd en is dus geen sprake van rechtstreekse betaling c.q. zelfbetaling. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen een natura- en een restitutiepolis dus behoorlijk vervaagd. ..."

#### **4. Rapport 2006/290 op 21 augustus 2006 uitgebracht door de Nationale ombudsman:**

##### **"...Ten aanzien van de informatieverstrekking over de nota's (...)**

12. Nu verzoeker de betekenis van de DBC-code zowel via internet kan opzoeken als telefonisch kan navragen en nu de verzoeker daarnaast de mogelijkheid is geboden om telefonisch contact met IZA op te nemen indien hij vragen heeft over zijn Uitkeringsbesluit, heeft verzoeker naar het oordeel van de Nationale ombudsman voldoende mogelijkheden om na te gaan of de rekening overeenstemt met de ondergane behandeling.

13. Nu verzoeker in voldoende mate de mogelijkheid heeft de aspecten van de nota die voor hem redelijkerwijs relevant zijn te controleren, acht de Nationale ombudsman de gedraging van IZA in overeenstemming met het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking.

De Nationale ombudsman acht de gedraging op dit punt behoorlijk."