

## **RAPPORT**

# Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?

**EEN ONDERZOEK NAAR INZICHT IN  
KOSTEN VAN MEDISCHE BEHANDELINGEN**

# Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?

## EEN ONDERZOEK NAAR INZICHT IN KOSTEN VAN MEDISCHE BEHANDELINGEN

### **Hoofdwond plakken kost bijna €600,-<sup>1</sup>**

*De zoon van mevrouw Jansen<sup>2</sup> heeft op het werk zijn hoofd gestoten. De wond bloedt enorm. Daarom brengt zijn baas de zoon van mevrouw Jansen naar de eerste hulp van het ziekenhuis. Op de spoedeisende hulp wordt de hoofdwond geplakt en hij hoeft niet meer terug te komen. De wond geneest verder vanzelf. Mevrouw Jansen ontvangt hiervoor een nota van bijna € 600,-. Een deel van dat bedrag moet ze zelf betalen van haar eigen risico. Mevrouw Jansen had niet verwacht dat het ziekenhuis voor het plakken van een hoofdwond bijna € 600,- in rekening brengt en zij vindt dit bespottelijk. Volgens haar staat het bedrag dat in die nota staat vermeld niet in verhouding tot de behandeling die is verricht.*

#### **Onderzoeksteam**

Mevrouw mr. A. Tuzgöl-Broekhoven, projectleider

Mevrouw drs. S. Akbar, onderzoeker

De heer mr. D. Hanse, onderzoeker

Mevrouw mr. L. Oomen, senior-onderzoeker

Mevrouw mr. B. Vegter, onderzoeker

#### **Substituut-ombudsman**

Mevrouw mr. A. Stehouwer

23 januari 2015

Rapportnummer: 2015/009

<sup>1</sup> De cases en citaten in dit rapport zijn van burgers op het meldpunt van de Nationale ombudsman, tenzij anders staat aangegeven.

<sup>2</sup> Dit is een gefingeerde naam.



## BESCHOUWING

Het Diagnose Behandel Combinatie-declaratiesysteem (DBC)<sup>3</sup> is in 2005 ingevoerd en had twee doelen. Ten eerste maakte dit systeem marktwerking in de zorg mogelijk en ten tweede regelde het de financiële relatie tussen zorgverlener en verzekeraar. Er ontstond een complex bekostigings- en declaratiesysteem over de hoofden van de burgers heen: de zorgverlener stuurde de nota naar de zorgverzekeraar en in de meeste gevallen werd de nota (volledig) vergoed. Maar nu, 10 jaar later, is de situatie voor de burger nogal veranderd in die zin dat het verplichte eigen risico de laatste jaren fors is gestegen én de zorgverzekeraar minder behandelingen vergoedt. Hierdoor raken de kosten van medische behandelingen de burger in toenemende mate in zijn portemonnee. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) schreef in februari 2013 aan de Tweede Kamer “een omslag” te willen maken

van het denken in systemen, naar het denken in mensen<sup>4</sup>. In deze gezamenlijke agenda heeft het ministerie uiteengezet welke maatregelen het op het gebied van (curatieve of langdurige) zorg en jeugdzorg de komende tijd neemt. In dit ‘omslag’-denken staat “de vrijheid die mensen hebben om hun eigen leven in te richten” centraal. Hiermee wordt mijns inziens gedoeld op de spanning tussen de systeemwereld van een organisatie enerzijds en anderzijds de leefwereld van mensen, waarbij gestreefd wordt naar een meer mensgerichte benadering. Ondertussen staat het DBC-systeem als zodanig voor het ministerie van VWS en de andere partijen in het veld niet ter discussie. Ik betwijfel dan ook of het ‘denken in mensen en in hun vrijheden’ in de praktijk voldoende tot zijn recht komt.<sup>5</sup>

Zeker als ik kijk naar de complexiteit van de tien jaar oude bekostigingssystematiek. Als Nationale

ombudsman vraag ik met dit rapport aandacht voor de nog steeds aanwezige eenzijdige benadering vanuit ‘het systeem’ waarbij te weinig oog lijkt te zijn voor de problemen waar burgers in de dagelijkse praktijk tegenaan lopen. Burgers hebben onvoldoende mogelijkheden om met dit declaratiesysteem zicht te krijgen op hun zorgkosten en de overheid is zich hier onvoldoende bewust van.

In dit rapport vertellen burgers over hun ervaringen met een complex declaratiesysteem in de zorg dat niet voldoet aan hun verwachtingen. De overheid daarentegen schetst een beeld van haar inspanningen om de burger, binnen het bestaande declaratiesysteem, beter te bedienen. Ik heb mijzelf dan ook de vraag gesteld ‘wat mag een burger in redelijkheid van de overheid verwachten als het gaat om het verkrijgen van inzicht in de kosten van medische zorg?’

In het onderzoek concludeer ik dat burgers mogen verwachten dat zij voorafgaand aan een medische behandeling, inzicht krijgen in de kosten daarvan, zodat zij een verantwoorde keuze kunnen maken. Voor een kostenbewuste houding van burgers is inzicht in zorgkosten vooraf essentieel, omdat marktwerking in de zorg erop is gebaseerd dat zij zelf rationele keuzes maken. Maar, de hiervoor benodigde informatie is in de praktijk niet voldoende beschikbaar of inzichtelijk. Een tweede conclusie is dat burgers mogen verwachten dat zij na een medische behandeling een begrijpelijke nota ontvangen en dat zij met vragen hierover ergens terecht kunnen. Mijn laatste conclusie is dat burgers verwachten dat zij ziekenhuisrekeningen ontvangen waarvan zij het bedrag kunnen relateren aan de door hen ondergane specialistische behandeling. Burgers moeten deze immers zelf (deels) betalen.

Aan deze verwachtingen lijkt de overheid niet tegemoet te kunnen komen. Dat dit de overheid onvoldoende lukt, heeft mede te maken met het feit dat het ‘DBC-systeem’ zo complex is. Voor de burger is het niet te begrijpen en door de professional is het niet goed uit te leggen. Zolang burgers het gevoel hebben dat het systeem niet in hun belang werkt en zelfs het gevoel hebben dat zij ‘belazerd’ worden, dan is dat van invloed op het vertrouwen van burgers in het zorgstelsel en daarmee in de overheid. In dat opzicht heeft de minister wat mij betreft nog een weg te gaan.

Ik heb de minister van VWS gevraagd te reageren op het concept van mijn rapport en op mijn aanbevelingen. De reactie van de minister staat beschreven in bijlage 4 van dit rapport. De minister neemt maatregelen om het inzicht in zorgkosten te verbeteren en heeft 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Maar omdat mij uit de reactie van de minister niet blijkt dat de klachten van burgers die ik heb ontvangen in hun volle omvang door VWS erkend en herkend worden, blijf ik de ontwikkelingen op het gebied van inzicht in kosten van specialistische zorg kritisch volgen.

Ik doe een beroep op de minister van VWS om bij het traject kostenbewustzijn te (blijven) kijken vanuit de positie van de burger; die wil ook transparantie. Dus ga in gesprek over de behoeften in de praktijk en over de wijze waarop de overheid (en het veld) aan de (gerechtvaardigde) verwachtingen van de burger kan voldoen.

De Nationale ombudsman,

  
mr. F.J.W.M. van Dooren,  
waarnemend ombudsman

<sup>3</sup> Sinds 2012 DBC Op weg naar Transparantie (DOT)

<sup>4</sup> Gezamenlijke agenda VWS, “Van systeem naar mensen”, 8 februari 2013 (kenmerk MEVA/AEB-3155166)

<sup>5</sup> Zie ook Mr. R. ten Hoopen, universitair docent Gezondheidsrecht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht, Nederlands Juristenblad, 21 november 2014



# Inhoud

## INHOUDSOPGAVE

<b>I. INLEIDING</b>	8
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstelling en vraagstelling	10
1.3 Aanpak	10
1.4 Leeswijzer	10
<b>2. DE BEKOSTIGING IN DE ZORG</b>	11
2.1 De financieringssystematiek in vogelvlucht	12
2.2 De gevolgen voor de burger	13
2.3 Professionals over bekostigingssystematiek	14
<b>3. DE BURGER AAN HET WOORD</b>	15
3.1 Algemeen	16
3.2 Vooraf geen inzicht in kosten	17
3.3 Onduidelijke zorgnota	17
3.4 Disproportionele hoge kosten	18
<b>4. DE OVERHEID EN HET VELD AAN HET WOORD</b>	20
4.1 Visie van de minister van VWS op inzicht in zorgkosten	21
4.2 Eerste knelpunt: vooraf geen inzicht in kosten	22
4.3 Tweede knelpunt: onduidelijke zorgnota	22
4.4 Derde knelpunt: disproportionele hoge kosten	23
<b>5. REFLECTIE NATIONALE OMBUDSMAN</b>	24
5.1 Algemeen	25
5.2 Vooraf geen inzicht in kosten	25
5.3 Onduidelijke zorgnota	26
5.4 Disproportionele hoge kosten	27
5.5 Conclusie	27
5.6 Aanbevelingen	28
<b>BIJLAGEN</b>	29
1. Brief van de Nationale ombudsman aan de minister van VWS, 18 juli 2013	30
2. Brief van de minister van VWS aan de Nationale ombudsman, 6 september 2013	34
3. Verslag van het rondetafelgesprek van 3 oktober 2014	37
4. Reactie van de minister van VWS van 16 december 2014 op het conceptrapport	42



# 1

## Inleiding

### I.1 AANLEIDING

Transparantie in zorgkosten heeft al langer de aandacht van de Nationale ombudsman. Al in 2011 heeft de Nationale ombudsman een onderzoek gedaan naar het voorafgaand inzicht geven in kosten van medische behandelingen<sup>6</sup>. In dit rapport oordeelde de Nationale ombudsman dat een academisch ziekenhuis niet behoorlijk had gehandeld, omdat het een patiënte niet vooraf had geïnformeerd over de hoogte van de tarieven van haar medische behandeling; hij achtte dit in strijd met het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek, nodigde de Nationale ombudsman een aantal deskundigen uit om over dit onderwerp door te praten. De deskundigen legden de Nationale ombudsman uit dat het - gezien de systematiek van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) - niet of nauwelijks mogelijk is om burgers<sup>7</sup> voorafgaand aan een medische behandeling inzicht te geven in de kosten daarvan.

Toen de minister in mei 2013 vervolgens de Tweede Kamer informeerde<sup>8</sup> over het verbeteren van inzicht in de zorgkosten vroeg de Nationale ombudsman zich af in hoeverre dit nu wel mogelijk zou zijn. En wat het voor de burger betekent. Is het belang van de burger wel in beeld bij de plannen van de minister? Daarom schreef hij in de zomer van 2013 een zorgenbrief aan de minister van VWS met vragen over inzicht in zorgkosten voor patiënten.

---

**Uit brief Nationale ombudsman aan de minister van VWS**  
*'... De realiteit is echter dat het declaratiesysteem steeds complexer wordt en dat voor de patiënt leesbare facturen ontbreken. De systeemwereld sluit niet aan bij de belevingswereld van de patiënt. Het is de patiënt die geconfronteerd wordt met verhogingen in de eigen bijdrage in de ziektekostenpremie, met versmalling van wat vergoed wordt in het basispakket en met (noodgedwongen) keuzes voor een hoger eigen risico. [...] Ik constateer dat het belang van de patiënt volledig uit het oog is verloren. En juist dat baart mij zorgen...'*

---

De minister liet in antwoord op deze brief weten<sup>10</sup> samen met het veld te werken aan een plan Kostenbewustzijn, waarbij de transparantie in de zorgkosten zou worden verbeterd. De Nationale ombudsman besloot - in aansluiting op de plannen van de minister - te onderzoeken waar burgers tegenaan lopen als zij (vooraf) inzicht willen krijgen in de kosten van specialistische zorg.<sup>11</sup>

<sup>6</sup> Rapport Nationale ombudsman 2011/305.

<sup>7</sup> In dit rapport wordt de term burger; patiënt en verzekerde door elkaar gebruikt.

<sup>8</sup> Brief d.d. 14 mei 2013 van de minister VWS aan de TK (zaaknummer:102636).

<sup>9</sup> Open brief van de Nationale ombudsman aan de minister van VWS d.d. 18 juli 2013, zie bijlage 1.

<sup>10</sup> Brief d.d. 6 september 2013, zie bijlage 2.

<sup>11</sup> <http://www.nationaleombudsman-nieuws.nl/nieuws/2013/ombudsman-onderzoekt-inzicht-in-kosten-van>

## 1.2 DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING

De Nationale ombudsman wil met zijn onderzoek de ervaringen en het perspectief van de burger belichten en onder de aandacht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) brengen. De kernvraag in dit onderzoek is: **Wat mag een burger in redelijkheid van de overheid verwachten als het gaat om het verkrijgen van inzicht in kosten van medische zorg?**

## 1.3 AANPAK

Om een goed beeld te krijgen van wat er bij burgers leeft, opende de Nationale ombudsman in samenwerking met de Consumentenbond een meldpunt. Ook organiseerde de Nationale ombudsman op 3 oktober 2014 een rondetafelgesprek met betrokken instanties en deskundigen op het Bureau van de Nationale ombudsman. De Nationale ombudsman wilde tijdens deze bijeenkomst toetsen of de genodigde partijen het beeld herkenden dat uit het meldpunt naar voren kwam. Ook was de bedoeling van de bijeenkomst te verkennen welke oplossingen er mogelijk zijn voor problemen die burgers in de praktijk ervaren om (inzicht in) kosten van specialistische zorg te krijgen. Tijdens de bijeenkomst brachten de

aanwezigen hun verschillende standpunten naar voren. Het verslag van deze bijeenkomst is in bijlage 3 bij dit rapport opgenomen. Veel instanties spelen een rol om de burger inzicht te geven in zorgkosten. Het gaat hierbij om instanties als ziekenhuizen, zorgverzekeraars, zorgverleners, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De Nationale ombudsman spreekt met dit onderzoek de minister van VWS aan, omdat zij verantwoordelijk is voor het zorgstelsel. De Nationale ombudsman heeft de minister van VWS het conceptrapport voorgelegd. In bijlage 4 is de reactie van de minister van VWS integraal opgenomen.

## 1.4 LEESWIJZER

Het rapport is als volgt opgebouwd. Na dit inleidende hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk een uiteenzetting gegeven over de financieringsystematiek in de zorg, de DBC-declaratiesystematiek. In hoofdstuk 3 komt aan bod welke problemen de burger ervaart bij het verkrij-

gen van inzicht in zorgkosten. In hoofdstuk 4 staat beschreven wat de overheid en het veld doen om de burger inzicht in kosten van medische zorg te verschaffen. Hoofdstuk 5 bevat de reflectie van de Nationale ombudsman alsmede de aanbevelingen aan de minister van VWS.



# 2

## De bekostiging in de zorg

De financieringsystematiek speelt een belangrijke rol bij het geven van inzicht in de kosten. In dit hoofdstuk wordt deze systematiek in grote lijnen toegelicht alsmede de problemen die de gebruikers ervan ervaren.



## 2.1 DE FINANCIERINGSSYSTEMATIEK IN VOGELVLUCHT

De overheid wilde met de huidige financieringssysteem de bekostigingsrelatie tussen zorgverzekeraar en zorgverlener vormgeven en marktwerking mogelijk maken. Sinds de introductie van marktwerking in de zorg werken ziekenhuizen met een declaratiesysteem waarbij zij voor een bepaalde medische behandeling slechts één 'standaardbedrag' (ofwel zorgproduct) opmaken: de zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie (DBC)<sup>12</sup>. Met dit DBC-zorgproduct brengt het ziekenhuis alle ziekenhuiskosten vanaf de diagnose tot en met een eventuele medisch specialistische behandeling in rekening<sup>13</sup>. Het ziekenhuis declareert een vast gemiddeld bedrag per behandeling, waarvan het, naast de behandelkosten, ook het honorarium van de specialist moet betalen. De kosten van een DBC-product zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten van alle verrichtingen die onder dat ene product vallen. Daaronder vallen ook de kosten die nodig zijn om het ziekenhuis draaiend te houden (denk bijvoorbeeld aan onderhoud en schoonmaak). Dit betekent dat de burger gemiddelde kosten voor een medische behandeling in rekening krijgt gebracht. Er zijn ongeveer 4.400 'zorgproducten' (codes), die in twee categorieën te verdelen zijn: een gereguleerd segment en een vrij segment. Ongeveer 30% van de behandelingen in een ziekenhuis vallen onder het gereguleerde segment (A-segment) en hiervoor gelden maximumtarieven voor behandelingskosten. De resterende 70% van de behandelingen valt

onder het vrije segment (B-segment). Zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen vrij onderhandelen over de tarieven van deze behandelingen. Het B-segment bevat niet-spoedeisende ziekenhuisbehandelingen die veel voorkomen, zoals een knieoperatie. De overheid bepaalt hier niet de tarieven; deze komen tot stand via afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Deze prijsafspraken zijn - uit concurrentieoogpunt - niet openbaar.

De NZa heeft over de invoering van de DBC-systematiek in een visiedocument het volgende opgenomen: "De invoering van de DBC-systematiek heeft tot doel meer marktwerking in de zorgsector mogelijk te maken door duidelijke producten te introduceren waarover verzekeraars en aanbieders kunnen onderhandelen. (...) De invoering van marktwerking is echter geen doel op zich, maar een middel om de publieke doelen (...) te helpen verwezenlijken. Het uiteindelijke doel van het nieuwe zorgstelsel is dat de consument waar voor zijn geld krijgt".<sup>14</sup>

De Wet marktordening gezondheidszorg veronderstelt dat burgers kiezen voor zorg vanuit kostenbewustzijn. Om dit mogelijk te maken is dan wel noodzakelijk dat de burger 'goede informatie' krijgt teneinde verantwoorde keuzes te kunnen maken.

In de Memorie van Toelichting bij de Wet marktordening gezondheidszorg<sup>15</sup> wordt on-

der meer aangegeven dat de regering partijen in het veld meer handelingsvrijheid wil geven en waar mogelijk de 'centrale aanbodsturing' wil vervangen "door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Patiënten en verzekerden moeten meer te kiezen krijgen, terwijl tegelijkertijd de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg overeind blijven."

Voorts staat in de Memorie van Toelichting dat consumenten (hieronder worden patiënten en verzekerden verstaan) en andere marktpartijen goede informatie nodig hebben om

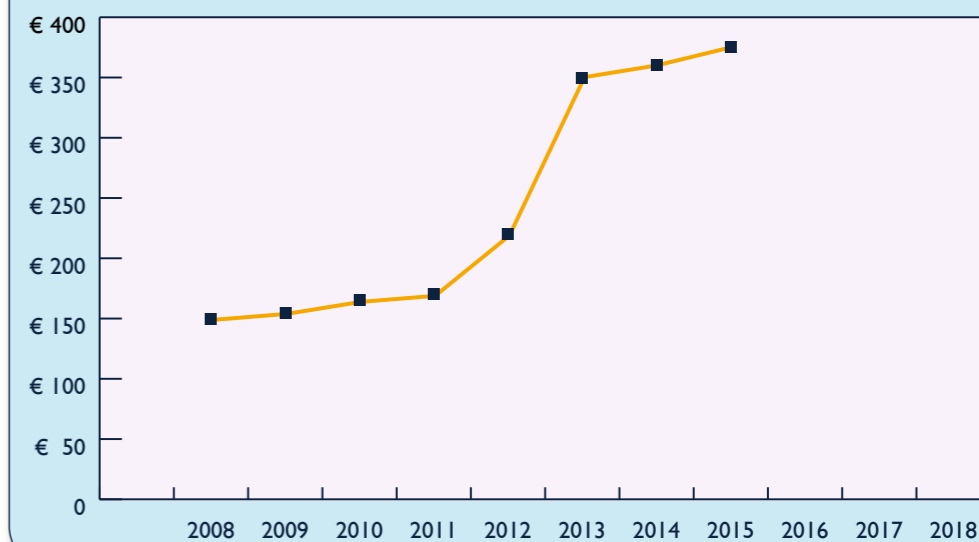
te kunnen kiezen met wie zij in zee gaan. Zo staat er: "Transparantie is daarom essentieel in een systeem van gereguleerde marktwerking. In de zorg heeft de patiënt of verzekerde vaak nog onvoldoende of te weinig begrijpelijke informatie over wat een zorgaanbieder of verzekeraar te bieden heeft. Hij weet van te voren vaak niet goed welke waar hij voor zijn geld zal krijgen. (...) Aanbieders en verzekeraars zijn daarom verplicht om patiënten en verzekerden te informeren over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten en diensten. Dat moeten ze op zo'n manier doen dat de informatie begrijpelijk is en gemakkelijk vergelijkbaar."

## 2.2 DE GEVOLGEN VOOR DE BURGER

De burger ervaart steeds meer de gevolgen van de wijze waarop het DBC-declaratiesysteem is ingericht, omdat hij meer zelf moet betalen. Aanvankelijk had de burger weinig 'last' van de wijze waarop het declaratiesysteem sinds 2005 werkte. Zorgnota's gingen rechtstreeks van zorgverlener naar zorgverzekeraar en de meeste behandelingen werden 'gewoon' vergoed. Een burger had nauwelijks een idee wat een medische behandeling kostte en hij voelde het feitelijk ook niet in zijn portemonnee omdat in die tijd het verplichte eigen risico vrij laag was. Inmiddels is dat beeld behoorlijk veranderd: het verplicht eigen risico is fors gestegen (zie onderstaand schema) en mede door de huidige economische omstandigheden kiezen patiënten soms voor een

hogere vrijwillig eigen risico om de zorgpremie zo laag mogelijk te houden. De burger wordt financieel nog meer belast, omdat de zorgverzekeraars minder medische behandelingen (volledig) vergoeden. Voor een burger is het daarom steeds belangrijker om (vooraf) te weten wat een medische behandeling kost.

DE STIJGING VAN HET VERPLICHTE EIGEN RISICO



<sup>12</sup> Voor 2005 kenden wij het zogenoemde 'verrichtingsstelsel' (de verrichtingen werden apart gedeclareerd)

<sup>13</sup> Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit is een animatiefilm te zien "Van röntgenfoto tot rekening" waarin de DBC-systematiek stapsgewijs wordt uitgelegd (<http://vimeo.com/65734279>)

<sup>14</sup> Uit: Nza, visiedocument Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem, managementsamenvatting, pag. 7, 2006.

<sup>15</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30 186, nr. 3, pag. 1 resp. pag. 24.

De overheid wil de zorgkosten beheersen en de burger hierin een rol geven. Naast het eigen financiële belang van de burger speelt het maatschappelijk belang om de kosten in de specialistische zorg te beheersen. Een beter inzicht voor de burger in de

kosten van medische zorg moet volgens de minister van VWS bijdragen aan de beheersing van die kosten. De minister wil namelijk dat de burger de nota van de zorgverlener controleert en aan de beltrekt bij de zorgverzekeraar als de nota niet lijkt te kloppen.

### 2.3 PROFESSIONALS OVER DE BEKOSTIGINGSSYSTEMATIEK

Deskundigen en de professionals die ermee moeten werken - en de burger inzicht moeten geven in de kosten -, vinden de DBC-declaratiesystematiek complex. De Algemene Rekenkamer<sup>16</sup> constateerde vorig jaar dat de financiering van de zorg wordt gekenmerkt door een grote complexiteit. Dit zou de laatste jaren nog verder zijn toegenomen door een groot aantal wijzigingen en maatregelen. Volgens de Algemene Rekenkamer hebben zorgverzekeraars, ziekenhuizen, accountants en toezichthouders geen goed zicht op de ontwikkeling van zorguitgaven.

Het is daarom van belang dat de zorgpremies die burgers betalen doelmatig worden besteed. En dit publieke belang komt in het geding als de financiering van ziekenhuiszorg niet eenvoudiger wordt, aldus de Algemene Rekenkamer.

Daarnaast waren de medisch specialisten van meet af aan kritisch geweest over de declaratiesystematiek. In december 2013 werd op de website van de Orde van Medisch Specialisten (OMS)<sup>17</sup> aangegeven dat medisch specialisten af willen van onduidelijke declaratieregels. De OMS gaf aan bezorgd te zijn over de huidige complexiteit van het declaratiesysteem; het systeem moet 'dienstbaar zijn' en 'geen onnodige zorgkosten in de hand werken'. Ook ziekenhuizen geven aan dat ze moeite hebben met de declaratiesystematiek. Zij roepen steeds vaker de hulp in van gespecialiseerde bureaus om hen

te ondersteunen bij het declareren. Accountants kunnen de jaarrekeningen van ziekenhuizen niet goedkeuren, omdat de jaarcijfers van ziekenhuizen grote onzekerheden bevatten<sup>18</sup>.

Ook zorgverzekeraars zijn niet onverdeeld positief over de DBC-declaratiesystematiek. Volgens Klink, bestuurder van VGZ, schiet de huidige wijze van declareren in de zorg tekort. Hij pleitte daarom voor een nieuw systeem dat meer rekening houdt met preventie en kwaliteit.<sup>19</sup> Rouvoet, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), meldde op een congres dat de systematiek nog steeds te ingewikkeld is<sup>20</sup>. En Menzis-topman Van Boxtel leverde kritiek op het systeem, omdat 'de geleverde zorg en de kostprijs volledig los van elkaar zijn komen te staan'.<sup>21</sup> Hierdoor is volgens hem vooraf niet duidelijk wat een behandeling gaat kosten en achteraf is niet na te gaan wat een behandeling heeft gekost. Volgens Van Boxtel is het 'te gek voor woorden' dat niet aan patiënten kan worden uitgelegd 'welke kosten voor welke behandeling' worden gemaakt.

Als het DBC-declaratiesysteem voor ziekenhuispecialisten, accountants en zorgverzekeraars die er dagelijks mee werken al zo complex is, hoe is het dan uit te leggen aan een burger? In het volgende hoofdstuk wordt beschreven waar burgers in de praktijk tegen aanlopen als het gaat over inzicht in kosten van medische behandelingen.

## 3 De burger aan het woord

Dit hoofdstuk geeft weer waar burgers in de praktijk tegen aanlopen als het gaat om het verkrijgen van inzicht in kosten van medische behandelingen.

<sup>16</sup> Transparantie ziekenhuisopgaven, 'uitgavenbeheersing in de zorg deel 2', okt. 2013

<sup>17</sup> <http://www.orde.nl/over-oms/nieuws/medisch-specialisten-willen-af-van-onduidelijke-declaratieregels.html>

<sup>18</sup> Financieel Dagblad, 23 januari 2014, "accountant keurt jaarcijfers ziekenhuis niet goed"

<sup>19</sup> NRC Weekend, E-2-3, 3 & 4 mei 2014

<sup>20</sup> Zorgvisie, 11 juni 2014

<sup>21</sup> Skipr, 17 mei 2013



**“Ik heb een rekening ontvangen van het ziekenhuis van € 295,-. Ik snap er niets van want volgens de NZa zijn de kosten voor deze behandeling maar € 98,-.”**

**“Hoe kan ik nou kiezen voor een hoger eigen risico als niemand mij kan vertellen wat een behandeling kost en welk eigen risico daar voor in rekening wordt gebracht?”**

**“De zorgverzekeraar controleert alleen of de codes kloppen met het bedrag en het ziekenhuis declareert wat het wil.”**

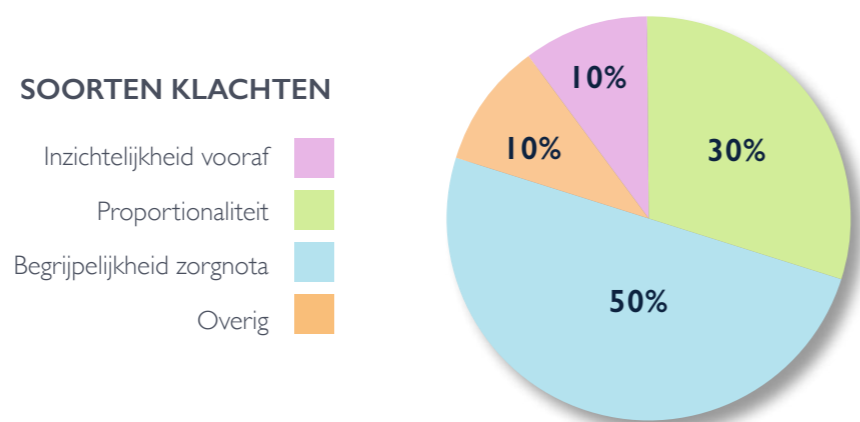
### 3.1 ALGEMEEN

Van medio november 2013 tot en met eind april 2014 heeft de Nationale ombudsman een meldpunt geopend samen met de Consumentenbond. In totaal zijn meer dan 330 signalen binnengekomen. De meldingen die binnenkwamen, hebben veelal betrekking op zorgnota's die onduidelijk waren of vragen oproepen. Een analyse van de meldingen door de Nationale ombudsman leverde een beeld op van 3 knelpunten waar burgers in de praktijk tegen

aanlopen als het gaat om zorgkosten, te weten:

1. Zij krijgen vooraf geen inzicht in kosten van medische behandelingen;
2. Zij vinden hun zorgnota onduidelijk en krijgen bij vragen hierover geen adequaat antwoord;
3. Zij begrijpen niet waarom bij een relatief kleine ingreep een hoog bedrag in rekening wordt gebracht. Zij vinden dit disproportioneel.

**MELDINGEN VANUIT HET MELDPUNT:  
de percentages onderverdeeld in 'soorten' klachten (totaal ca 330)**



### 3.2 VOORAF GEEN INZICHT IN KOSTEN

#### Hoeveel kost een sterilisatie?

Mevrouw Van den Berg<sup>22</sup> is bij een gynaecoloog geweest met de vraag hoe duur een sterilisatie zou zijn. Hierop liet de arts weten geen echte indicatie te kunnen geven behalve dat het bedrag ligt tussen de € 1.000,- en € 2.000,-. Bij de zorgverzekeraar had zij ook navraag

gedaan, maar die kon geen prijsindicatie geven. Hij gaf wel aan dat de prijs mede afhangt van de vraag of er nadien complicaties zijn. Drie weken na het gesprek vond de ingreep plaats en deze verliep zonder complicaties. Daarom verwachtte mevrouw een rekening met het laagste tarief. Maar zij ontving uiteindelijk een rekening van bijna € 2.200,-.

Bijna 10% van de melders geeft aan dit als een probleem te ervaren. Zij weten vooraf niet wat specialistische zorg in een ziekenhuis kost, terwijl zij dat wel graag hadden willen weten. Deze kostenbewuste patiënten geven aan dat het bijna ondoenlijk is om de juiste informatie te krijgen over tarieven van medische behandeling. Dit blijkt ook uit een onderzoek dat vorig jaar door de Consumentenbond werd uitgevoerd: er werden 95 ziekenhuizen benaderd met de vraag naar de tarieven van drie (redelijk) vaak voorkomende behandelingen. De conclusie was dat er nauwelijks een adequaat antwoord op vragen of een duidelijke prijsopgave werd gegeven. Volgens

de Consumentenbond beroepen ziekenhuizen zich in het algemeen op het vaststellen van de DBC-code door de specialist, waarvoor eerst een consult nodig is. Uit een artikel in het blad van de Consumentenbond komt het volgende citaat: “de eerste € 200 is dan al uitgegeven, ook als je afziet van de behandeling.”

Op het meldpunt geven burgers aan dat als zij vooraf hadden geweten welk tarief voor een medische behandeling in rekening werd gebracht, zij hier zeker niet voor hadden gekozen. Burgers worden naar eigen zeggen niet in staat gesteld verantwoorde keuzes te maken omdat zij niet beschikken over de juiste informatie.



### 3.3 ONDUIDELIJKE ZORGNOTA

#### Geen uitleg van de nota

Mevrouw Visser<sup>23</sup> krijgt een ‘vergoedingsoverzicht’ toegestuurd van haar ziektekostenverzekeraar. Zij vraagt schriftelijk om een nadere specificatie van de zorgkosten van een ziekenhuis. Het overzicht dateert van bijna een jaar geleden. De zorgverzekeraar weigert haar schriftelijk nader te informeren. Deze wil het wel telefonisch afdoen en mevrouw Visser moet dan maar bellen. Zij wil dat echter bewust niet telefonisch afdoen, omdat zij graag schriftelijk een bewijs wil zien van de gedeclareerde zorgkosten van het ziekenhuis richting de verzekeraar.

#### Van het kastje naar de muur

Jakob<sup>24</sup> ontving een afrekening van zijn zorgverzekeraar over een consult bij een internist van ruim 17 maanden geleden. Hij was destijds 10 minuten binnen geweest, er vond geen onderzoek plaats, alleen een kort gesprek, maar de rekening is € 555,60.

Toen hij zijn zorgverzekeraar daar over benaderde, ook omdat hij vanwege zijn eigen risico zelf moest bijbetalen, kreeg hij als antwoord dat zij hem hierover geen uitleg konden geven. Hij kreeg het advies het ziekenhuis om een specificatie te vragen. Het ziekenhuis vertelde hem echter dat ze niet verplicht waren hem daar uitleg over te verstrekken. Daarom betaalde hij maar, zonder duidelijke uitleg waarvoor hij eigenlijk betaalde.

<sup>23</sup> Dit is een gefingeerde naam.  
<sup>24</sup> Dit is een gefingeerde naam.

#### DE AMBULANCE



De burger verwacht een zorgnota te ontvangen die begrijpelijk is. Dat wil zeggen dat te begrijpen valt welke kosten bij welke behandeling horen en ook of dit te herleiden is naar de behandeling die hij heeft gekregen. Dat is vaak niet het geval. Als hij om opheldering vraagt, dan verwacht de burger een adequate reactie van zijn zorgverzekeraar of zorgverlener. Maar hij wordt van het kastje naar de muur gestuurd zonder dat hij behoorlijk antwoord krijgt op zijn vraag. Burgers geven aan dat er onjuiste behandelingen op de zorgnota's staan vermeld, of dat er geen overzicht wordt gegeven van de kosten. Zorgnota's zijn vaak erg ingewikkeld en de individuele patiënt heeft geen inzicht in welke kosten er door het ziekenhuis in

rekening zijn gebracht, zeker als hij een zorgnota pas na anderhalf jaar ontvangt. De zorgverlener verwijst naar de zorgverzekeraar en andersom. De ervaring van patiënten is dat de zorgverzekeraar maar ook de zorgverlener vaak niet kan uitlegen welke kosten voor welke behandeling in rekening zijn gebracht. Burgers geven aan dat zij nergens terecht kunnen met hun vraag of klacht over de zorgnota en dat er geen oplossing wordt geboden voor een probleem waar zij tegenaan lopen. De moeizame zoektocht naar informatie bij zorgverlener en zorgverzekeraar leidt dan ook tot frustratie bij de burger. Gevolg: de burger voelt zich niet serieus genomen en wordt argwanend.

#### HET UITSTRIJKJE



### 3.4 DISPROPORTIONELE HOGE KOSTEN

#### **Hoogte van bedrag niet uit te leggen, toch betalen**

*Fatima<sup>25</sup> is bij een gynaecoloog geweest. Ze heeft een intakegesprek, een lichamelijk onderzoek en een labonderzoek gehad. De kosten zijn € 1.990,- Fatima belt naar het ziekenhuis en naar haar zorgverzekeraar voor verduidelijking van de rekening. Ze komt erachter dat het consult van de gynaecoloog maximaal € 180,- mag kosten. Waar de rest van de kosten vandaan komt kan men haar niet uitleggen. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar geven het gebruik van ruimten en middelen de oorzaak van deze prijs. Iets wat Fatima zich nauwelijks kan voorstellen want de bedragen staan naar haar mening niet in verhouding tot de behandeling. Helaas moet Fatima toch betalen, althans het eigen risico. Zij vindt de hoogte van de rekening belachelijk voor een bezoekje van 10 minuten.*

#### DE ADERLATING



Een burger verwacht dat de kosten voor medische zorg proportioneel zijn, maar hij ervaart deze als disproportioneel hoog (de zorgnota weerspiegelt in zijn ogen niet de werkelijk geleverde diensten en gemaakte kosten). Burgers vinden het onbegrijpelijk dat ziekenhuizen voor relatief kleine ingrepen (allergie, wond of pleister, spiraaltje) zulke hoge bedragen rekenen. Ook nadat zij uitleg hebben gekregen over het decla-

ratiesysteem (gemiddelde kosten per zorgproduct) en de zorgnota blijven zij van mening dat het niet terecht is dat de zorgnota zo hoog is. De burger krijgt het idee dat hij wordt 'belazerd' met gevolg dat hij twijfelt aan de betrouwbaarheid van het zorgstelsel en/of de overheid. Een burger op het meldpunt stelde: "Ik ben erg teleurgesteld in de huidige gezondheidszorg. Het vertrouwen is compleet weg."

#### Concluderend

De burger zal een meer kritische en kostenbewuste houding aannemen naarmate zijn (financiële) betrokkenheid groter wordt. Betrouwbaarheid en begrijpelijkheid van de zorgkosten zijn daarbij voor alle betrokkenen belangrijk. Vanuit het perspectief van de burger bekeken ziet de Nationale ombudsman dat de burger vooraf geen inzicht krijgt in wat de kosten zijn van een medische behandeling en dat als hij - soms pas na anderhalf jaar - een onbegrijpelijke nota ontvangt van de zorgverzekeraar, hij met vragen blijft zitten waar hij geen adequaat antwoord op krijgt. Dit is met name het geval als het gaat om hoge rekeningen voor relatief kleine ingrepen waarvoor het (verplichte of vrijwillige) risico wordt aangesproken. De burger begrijpt niet waarom een eenvoudige ingreep zoveel geld moet kosten. Het gevolg is dat hij zijn vertrouwen in het zorgstelsel verliest.

<sup>25</sup> Dit is een gefingeerde naam.

# 4 De overheid en het veld aan het woord

Burgers hebben aangegeven dat zij verschillende knelpunten ervaren bij het krijgen van inzicht in hun zorgkosten. De Nationale ombudsman heeft de standpunten en initiatieven van de minister en betrokken instanties ten aanzien van deze drie knelpunten nader bekeken. De Nationale ombudsman heeft in dit kader tevens een rondetafelgesprek georganiseerd met betrokken instanties en deskundigen. Informatie uit deze bijeenkomst is verwerkt in dit hoofdstuk. Het verslag van de bijeenkomst is in de bijlagen opgenomen.

## 4.1 VISIE VAN DE MINISTER VAN VWS OP INZICHT IN ZORGCOSTEN

De minister van VWS stelt dat zij met prioriteit de transparantie van de zorgkosten wil verbeteren. Zij liet de Nationale ombudsman weten dat zij inmiddels een aantal acties heeft ondernomen om dit te realiseren<sup>26</sup>.

In een brief aan de Tweede Kamer van 2 juli 2014<sup>27</sup> schreef de minister: *“De zorg is kostbaar. Daarom moeten we met de beschikbare financiële middelen de juiste keuzes maken, zodat elke euro optimaal ingezet kan worden. Alle betrokkenen, verzekerden, artsen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de overheid, zijn ervoor verantwoordelijk de zorg goed en betaalbaar te houden. Meer inzicht in en begrip van de kosten van de zorg bij verzekerden/patiënten leidt ertoe dat ook zij een steentje kunnen bijdragen aan zinnig en zuinig gebruik van zorg.”*

De minister werkt samen met verschillende instanties in het veld (waaronder de NFU, ZN, NVZ, NPCF en NZa<sup>28</sup>) aan een traject ‘kostenbewustzijn’. In dit traject wordt onder meer gekeken naar:

- in hoeverre het mogelijk is om de burger vooraf inzicht in de kosten van een medische behandeling te geven;
- de communicatie met de burger: Burgers moeten begrijpelijke zorgnota's ontvangen en hun vragen en klachten hierover moeten worden afgehandeld.

De minister doet een oproep aan de burger om de zorgnota kritisch te bekijken. De nieuwe begrijpelijke zorgnota moet ervoor zorgen dat de burger een afgewogen (financiële) keuze maakt. Als burgers beter inzicht hebben in de kosten van de zorg, zal dit volgens de minister bijdragen aan een zinnig en zuinig gebruik van zorg. Daarnaast wil de minister dat de zorgverzekeraars en zorgverleners vragen en klachten van burgers beter afhandelen. Zij moeten hiertoe afspraken met elkaar maken over verantwoordelijkheden en samenwerking. Waar dat mogelijk is komt er één loket, zodat burgers snel worden geholpen en niet van het kastje naar de muur worden gestuurd. Uitgangspunt is dat burgers met vragen over de zorgnota bij de zorgverzekeraar terecht kunnen. Ook kan de burger op een nieuwe website: [“www.dezorgnota.nl”](http://www.dezorgnota.nl), antwoorden vinden op de meest gestelde vragen over de zorgnota en zorgkosten, zoals informatie over de keuze tussen spoedeisende hulp van het ziekenhuis en de huisarts. De minister is van mening dat er met een gezamenlijke aanpak op verschillende onderwerpen al veel is verbeterd.

In de paragrafen hieronder wordt aangegeven wat de overheid, instanties uit het veld en deskundigen zeggen over de knelpunten waar burgers in de praktijk tegen aanlopen.

<sup>26</sup> Bij brief van 25 oktober 2013 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer nader geïnformeerd (voortgangsbrief kostenbewustzijn, kenmerk 157862-111424-CZ)

<sup>27</sup> Brief van 2 juli 2014 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, kenmerk 370041-120732-CZ

<sup>28</sup> Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Zorgverzekeraars onderzoeken de mogelijkheid van een portal voor verzekerden

## 4.2 EERSTE KNELPUNT: VOORAF GEEN INZICHT IN KOSTEN

Het is volgens de minister bij veel zorgvragen bijna onmogelijk om patiënten *vooraf* inzicht te geven in de kosten van een medische behandeling. Als niet duidelijk is wat de patiënt mankeert, is ook niet bekend welke behandeling nodig is, en is het niet mogelijk om van te voren een prijsopgave te geven. Alleen als het gaat om niet-complexe behandelingen die vaak voorkomen en het voorspelbare behandelingen zijn die te plannen zijn, is *vooraf* inzicht mogelijk. Tijdens het rondetafelgesprek werd een voorbeeld gegeven: bij buikpijn kan het gaan om alles tussen een buikgriep en een tumor. Dat is vooraf niet bekend en daarmee is de behandeling van tevoren niet eenduidig en kan vooraf dus geen inzicht worden gegeven in de te verwachten kosten. Ook al is het niet mogelijk om een exacte prijs vooraf te geven, het streven van de minister is wel om de burger een *indicatie*

te geven. De minister denkt erover om de informatie op de website "www.opendisdata.nl" voor burgers toegankelijk te maken. Deze website richt zich vooralsnog op professionele gebruikers zoals zorgverzekeraars en zorgverleners. Tot slot onderzoeken zorgverzekeraars de mogelijkheid een portal voor verzekerden te ontwikkelen, zodat deze zelf kunnen achterhalen welke prijs de zorgverlener met de zorgverzekeraar heeft afgesproken voor een bepaalde medische behandeling. Tijdens het rondetafelgesprek bracht het ministerie van VWS naar voren dat ook artsen aandacht moeten besteden aan hun kostenbewustzijn. VWS vindt dat de zorgverlener een rol heeft en in de behandelkamer niet alleen de behandeling maar ook de bijbehorende kosten met de patiënt moet doorspreken. Dit mag natuurlijk nooit ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

## 4.3 TWEEDE KNELPUNT: ONDUIDELIJKE ZORGNOTA

De minister ziet als belangrijke stap in het creëren van meer kostenbewustzijn dat de burger een begrijpelijke zorgnota krijgt. Hierdoor is de burger beter in staat om inzicht te krijgen in zijn zorgkosten en kan hij ook eventuele onjuistheden beter signaleren. Voor DBC's die voor 1 juni 2014 zijn gesloten, krijgen burgers nog zorgnota's 'oude stijl'. Patiënten voor wie de behandeling na die datum is gestart, ontvangen inzichtelijkere zorgnota's. Op de zorgnota komt onder meer te staan: een consumentenomschrijving van de diagnose (dat wil zeggen de administratieve diagnose, niet de feitelijke

medische diagnose), het specialisme van de arts en de uitgevoerde zorgactiviteiten (de verrichtingen) alsmede informatie over de DBC-systematiek en de eigen betalingen. De patiënt kan vanaf oktober 2014 informatie over zijn rekening zien op 'mijnomgeving' van de website van zijn zorgverzekeraar. Volgens een aantal aanwezigen bij het rondetafelgesprek zal de nieuwe zorgnota ertoe leiden dat burgers minder vragen hebben. Burgers hebben nu immers beter inzicht in hun zorgkosten en zij kunnen met de resterende vragen bij hun zorgverzekeraar terecht. Als een burger meent dat een nota niet

klopt, zal de zorgverzekeraar in het vervolg sneller controleren of de zorgnota correct is.

In uitzonderlijke situaties moet de burger *zelf* contact opnemen met zijn zorgverlener als hij vragen heeft over de nota. Op het moment dat de burger vragen heeft waarbij het medisch beroepsgeheim een rol speelt, moet de verzekerde zelf nadere

vragen stellen aan zijn zorgverlener. Ook voor zorg die niet is verzekerd, moet de burger rechtstreeks contact opnemen met de zorgverlener. VWS geeft aan dat een patiënt (indien hij bijvoorbeeld omwille van privacy niet terecht kan bij de zorgverzekeraar) met al zijn vragen over het zorgproces en de zorgnota terecht moet kunnen bij een 'hoofdbehandelaar' van het ziekenhuis.

## 4.4 DERDE KNELPUNT: DISPROPORTIONELE HOGE KOSTEN

De deelnemers aan het rondetafelgesprek geven aan dat zij het moeilijk vinden om aan de burger uit te leggen waarom de bedragen op de zorgnota niet de feitelijk gemaakte kosten zijn. Het gebruik van gemiddelde prijzen (die ten grondslag liggen aan de DBC-financieringssysteem, zie hoofdstuk 2.1) maakt de kosten voor een burger ondoorzichtig en niet te begrijpen. Hij herkent niet wat de kosten te maken hebben met zijn realiteit. Het ministerie van VWS en de deskundigen geven tijdens de bijeenkomst aan dit probleem te herkennen. Een van de deelnemers aan de bijeenkomst verzuchtte: "dit systeem valt nu eenmaal niet uit te leggen aan de burger." Het ministerie van VWS heeft tijdens het rondetafelgesprek aangegeven dat het bekijkt of er in de toekomst oplossingen mogelijk zijn voor dit probleem. Zo denkt VWS er over met name aandacht te besteden aan verrichtingen die vallen in een DBC-product met een grote (financiële) bandbreedte én die tegelijkertijd de burgers treffen in hun (verplicht) eigen risico. Als die bandbreedte te groot is dan zou meer differentiatie aangebracht kunnen worden door een DBC-product op te knippen in kleinere eenheden. Hierdoor wordt de gemiddelde prijs van het product reëler en is deze voor de burger meer herkenbaar. De minister heeft de zorgverze-

keraars en de ziekenhuizen verzocht om hiernaar te kijken. Enkele aanwezigen uitten hun zorgen over dit idee van de minister van VWS. Want het goedkoper worden van een product leidt automatisch tot het duurder worden van een ander product. En dat betekent wéér een verandering voor de burger die moeilijk is om uit te leggen en onrust veroorzaakt. Er is op dit moment namelijk al veel onrust en beweging in de financieringssysteem. Het is volgens meerdere aanwezigen bij het rondetafelgesprek dan ook nodig dat de ingezette ontwikkelingen rondom betere informatieverstrekking tijd krijgen om de financieringssysteem goed te laten functioneren. Alle betrokken instanties waren het erover eens dat het de bedoeling is dat burgers voor kleine ambulante verrichtingen naar de huisartsenpost gaan en niet naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. In de praktijk is het zo dat de hoge ziekenhuiskosten ertoe leiden dat als een burger "het ziekenhuis inloopt, hij vaak al zijn eigen risico kwijt is". De overheid informeert de burger hierover in een publiekscampagne. Ook op de website 'zorgnota.nl' staat deze informatie vermeld. Maar, zo werd tijdens het rondetafelgesprek aangegeven, meer uitleg over de DBC-systematiek leidt niet per se tot meer helderheid bij de burger.

"Dit systeem valt niet uit te leggen aan de burger"



# 5 Reflectie Nationale ombudsman

## 5.1 ALGEMEEN

Burgers hebben op het meldpunt van de ombudsman en de Consumentenbond aangegeven dat zij problemen ondervinden met de zorgnota die zij hadden ontvangen. Zij konden nauwelijks zien of de gedeclareerde prestatie daadwerkelijk bij de geleverde zorg hoorde. Daarnaast werd het burgers bij vragen over zorgnota's niet duidelijk tot wie (ziekenhuis of zorgverzekeraar) zij zich konden wenden. Tevens vonden burgers dat vragen over zorgnota's niet adequaat werden beantwoord. Zij voelden zich niet gehoord en

wisten niet of ze de nota konden vertrouwen en of de opstellers ervan betrouwbaar waren. Deze knelpunten hebben betrekking op de dienstverlening aan de burger.

De overheid verwacht van de burger dat hij een rol speelt, maar wat mag de burger op dit terrein van de overheid verwachten? Kan de overheid überhaupt aan de verwachtingen voldoen gelet op de complexiteit van de huidige financierings-systematiek? De burger lijkt uit het oog te zijn verloren door de betrokken (overheids)instanties.

### INZICHT IN ZORGKOSTEN vanuit het perspectief van burgers

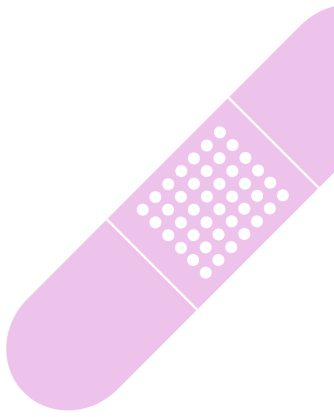


## 5.2 VOORAF GEEN INZICHT IN KOSTEN

De Nationale ombudsman constateert dat de overheid tot nu toe nauwelijks inspanningen heeft verricht om de burger vooraf inzicht te geven in de zorgkosten. De inspanningen van de overheid tot nu toe zijn met name gericht op het verhelderen van de zorgnota na de verrichting of behandeling. Dit geeft de burger echter vooraf geen inzicht in wat een medische behandeling precies kost. Er zijn momenteel wel wat mogelijkheden voor de burger om vooraf enig inzicht te verkrijgen, maar die leveren slechts een globaal beeld op en vragen een onredelijke

inspanning van de burger. Zo kan hij bijvoorbeeld de website "www.opendisdata.nl" raadplegen, hoewel deze site vooralsnog weinig toegankelijk is voor burgers<sup>29</sup>. Of hij kan op de website van het ziekenhuis de zogenoemde passantentarieven erop naslaan. Als de zorgverzekeraar en zorgverlener hun prijsafspraken openbaar zouden maken dan zou de burger ook via deze weg meer inzicht kunnen krijgen. Maar dit blijkt in de praktijk niet eenvoudig. De Nationale ombudsman constateert dan ook dat er voor de burger vooraf eigenlijk geen duidelijke informatie beschikbaar is over wat een medische behan-

<sup>29</sup> Zie pagina 22 onder 4.2.



deling gaat kosten. De beschikbare gegevens voldoen niet aan het vereiste van transparantie. Het vergt een buitenproportionele - en dan nog vaak vruchteloze - inspanning van de burger de benodigde informatie te achterhalen. De burger kan niet de bewuste keuze maken waar hij recht op heeft en die hem beloofd is. Het spreekt voor zich dat als vooraf niet duidelijk is wat de benodigde verrichtingen zullen zijn, de kosten vooraf ook niet duidelijk te maken zijn. Het is echter alles behalve

vanzelfsprekend dat de marktwerking in de zorg leidt tot prijsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder die inzichtelijk zijn voor de burger. Maar hierdoor kan de burger geen bewuste keuze voor zorg maken. En dat is niet in lijn met wat in de Memorie van Toelichting bij de Wet marktordening gezondheidzorg<sup>30</sup> staat beschreven over begrijpelijke informatie voor burgers en de noodzaak van transparantie en 'waar voor je geld'<sup>31</sup> krijgen.

### 5.3 ONDUIDELIJKE ZORGNOTA

Ook met de nieuwe heldere zorgnota moet de overheid rekening houden met kritische vragen van de burger. De overheid heeft in samenwerking met partijen uit het veld veel inspanningen verricht om de nota beter aan te laten sluiten bij het taalgebruik van de patiënt. De ombudsman merkt op dat zorgverzekeraars vanaf 1 juni 2014 met een heldere consumentenomschrijving op de nota werken. Voor burgers zal dit zeker een hoop verduidelijken. Ook verwacht hij dat burgers zich nu eerder tot de zorgverzekeraar zullen wenden met vragen over die nota, omdat die nu meer inzichtelijk maakt wat de zorgverlener in rekening brengt. Zeker wanneer het gaat om relatief kleine ingrepen waarvoor - in de ogen van burgers - de zorgverlener (te) hoge kosten in rekening brengt. De burger zal dit niet altijd redelijk vinden en mogelijk hierdoor de zorgverlener of de verzekeraar gaan wantrouwen (transparantieparadox). Met duidelijkere en inzichtelijke nota's is men er dus nog niet. Er zal nog iets meer moeten gebeuren. Bijvoorbeeld door (persoonlijk) contact met de burger mogelijk te maken voor zijn probleem of vraag. Het is belangrijk dat patiënten makkelijk ergens terecht

kunnen met hun vragen en een luisterend oor treffen. Het ministerie stelt dat de zorgverzekeraar dit oppakt. Dat is een stap in de goede richting. Maar tijdens het rondetafelgesprek merkte de Nationale ombudsman ook dat zorgverzekeraars niet alle vragen van burgers kunnen beantwoorden. Want wat gaat de zorgverzekeraar doen als de burger zegt dat de gedeclareerde behandeling niet heeft plaatsgevonden, of dat de code niet juist is, of dat hij op die dag niet in het ziekenhuis is geweest? Vanuit het ministerie van VWS werd tijdens het rondetafelgesprek aangegeven hierin ook een rol bij de behandelaar te zien. Dat is volgens de Nationale ombudsman wel veel gevraagd van de behandelaar die zich richt op het leveren van kwalitatief goede zorg en die niet zit te wachten op een discussie over kosten met zijn patiënt. De Nationale ombudsman is van oordeel dat de minister, de beroepsgroep en zorgverzekeraars een oplossing moeten vinden voor gevallen van gebrekkige dienstverlening aan de burger. Geborgd moet worden dat (alle) vragen over zorgnota's adequaat beantwoord worden. Wanneer een burger heeft vastgesteld dat de nota niet klopt en hiervan een

melding doet bij de zorgverzekeraar dan wordt hij - zo komt althans uit de meldingen naar voren - naar zijn idee niet altijd geholpen of serieus genomen. Tegelijkertijd vraagt de overheid de burger om zich in te zetten voor het algemeen belang, kostenbesparing in de zorg. De Nationale ombudsman vindt dat de overheid het probleem van de burger, die vragen heeft of het niet eens is met de zorg-

nota, moet oplossen, voordat zij dit van de burger vraagt. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wijst op dit fenomeen in zijn advies 'Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf'.<sup>32</sup> De overheid moet er dus eerst voor zorgen dat de burger de financiering van de zorg vertrouwt. Pas dan kan zij de burger vragen om zich in te zetten de zorgkosten in bedwang te houden.

### 5.4 DISPROPORTIONELE HOGE KOSTEN

Burgers maken onnodige kosten, omdat zij voor kleine ingrepen naar het ziekenhuis gaan in plaats van naar de huisartsenpost. Een bezoek aan de huisartsenpost valt onder de basisverzekering en de burger hoeft dit niet van zijn eigen risico te betalen. Uit de meldingen op het meldpunt maar ook uit het rondetafelgesprek is gebleken dat een aantal klachten van burgers over hoge kosten te maken had met een bezoek aan de spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Het ging daarbij om relatief kleine ingrepen waarbij een bezoek aan de huisartsenpost ook had volstaan. Kennelijk weten burgers niet dat een bezoek aan de spoedeisende hulp relatief duur is en grote gevolgen heeft voor het eigen risico. Ook na deze uitleg blijft een burger verbaasd of is zelfs verontwaardigd over de hoogte van de rekening

die in zijn beleving niet in verhouding staat tot de verrichting. Burgers willen betalen voor de kosten die zij hebben gemaakt. Hun vraag over *waarom* zij zoveel moet betalen voor een kleine verrichting vraagt meer dan een toelichting op of een uitleg van die zorgnota; het is ook een vraag over de redelijkheid en eerlijkheid van de rekening. Zij betalen immers een verplicht eigen risico, een financiële ruimte waarin zij denken een afweging te kunnen maken, maar wat in feite niet zo is. De Nationale ombudsman geeft de minister van VWS dan ook in overweging om het systeem zodanig aan te passen dat in elk geval tot een maximumbedrag (gerelateerd aan het eigen risico) de kosten van een behandeling in verhouding staan tot de daadwerkelijk verrichte inspanningen.

### 5.5 CONCLUSIE

Een deel van het probleem van de burger houdt verband met gebrekkige dienstverlening. De burger heeft vragen over zijn zorgnota en weet niet tot wie hij zich moet richten. De Nationale ombudsman constateert dat overheid en het veld reeds inspanningen hebben verricht om

dit knelpunt aan te pakken. Sinds deze zomer krijgt de burger een duidelijkere zorgnota en kan de burger met vragen bij de verzekeraar terecht. Dit lost echter niet de andere knelpunten van de burger op zoals het vooraf geen inzicht krijgen in de kosten van medische behandelingen

Vragen van burgers vragen om meer toelichting en uitleg

Het is belangrijk dat patiënten makkelijk ergens terecht kunnen met vragen

<sup>30</sup> Zie noot 12.  
<sup>31</sup> Zie noot 11.

<sup>32</sup> "Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf", advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2013

en disproportionele rekeningen. Vanuit de behoorlijkheid bezien heeft de burger recht op het vooraf inzicht krijgen in de kosten van een medische behandeling en op rekeningen die in verhouding staan tot de geleverde dienst, maar hij krijgt deze niet. Deze knelpunten blijven dus bestaan ook als de dienstverlening aan de burger verbetert. Sterker nog, de verwachting is dat transparantere zorgnota's de geconstateerde knelpunten nog meer zullen blootleggen. De overheid lijkt zich meer bezig te houden met de vraag wat zij van burgers mag verwachten in plaats van andersom. De overheid zou meer aandacht moeten besteden aan de verwachtingen die de burger van haar heeft. Dat is ook in overeenstemming met wat de overheid zelf uitdraagt, te weten: de burger mag verwachten dat de informatie over prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten en diensten in de zorg begrijpelijk is. De Nationale ombudsman vindt dat de overheid de burger de ruimte zou moeten geven om mee te bepalen, om keuzes te maken en om invloed uit te oefenen. Zo-

lang dit niet of onvoldoende is gerealiseerd, zal de burger de eerlijkheid en betrouwbaarheid van de kosten van de medische zorgverlening ter discussie stellen. Daarmee komt het zorgstelsel en de solidariteit - waarop het zorgstelsel is gebaseerd - onder druk te staan.

De minister is voorbarig in haar poging om burgers in te zetten in haar traject naar kostenbewustzijn. Eerst moet zij bovenstaande knelpunten zien op te lossen. Zij verwacht van burgers dat zij verantwoorde (kostenbewuste) keuzes maken voor een medische behandeling door zich vooraf te laten informeren over wat de kosten zijn. En ze verwacht dat de burger checkt of de zorgverlener bij de zorgverzekeraar de juiste verrichtingen in rekening heeft gebracht. Dit is op dit moment geen realistische verwachting. Naast het feit dat de systematiek hiervoor te complex is, heeft de burger (nu nog) niet de juiste middelen in handen om aan deze verwachtingen te voldoen. Wie burgers wil betrekken bij kostenbeperking in de gezondheidszorg moet denken vanuit hun perspectief maar dat gebeurt nu niet.

## 5.6 AANBEVELINGEN

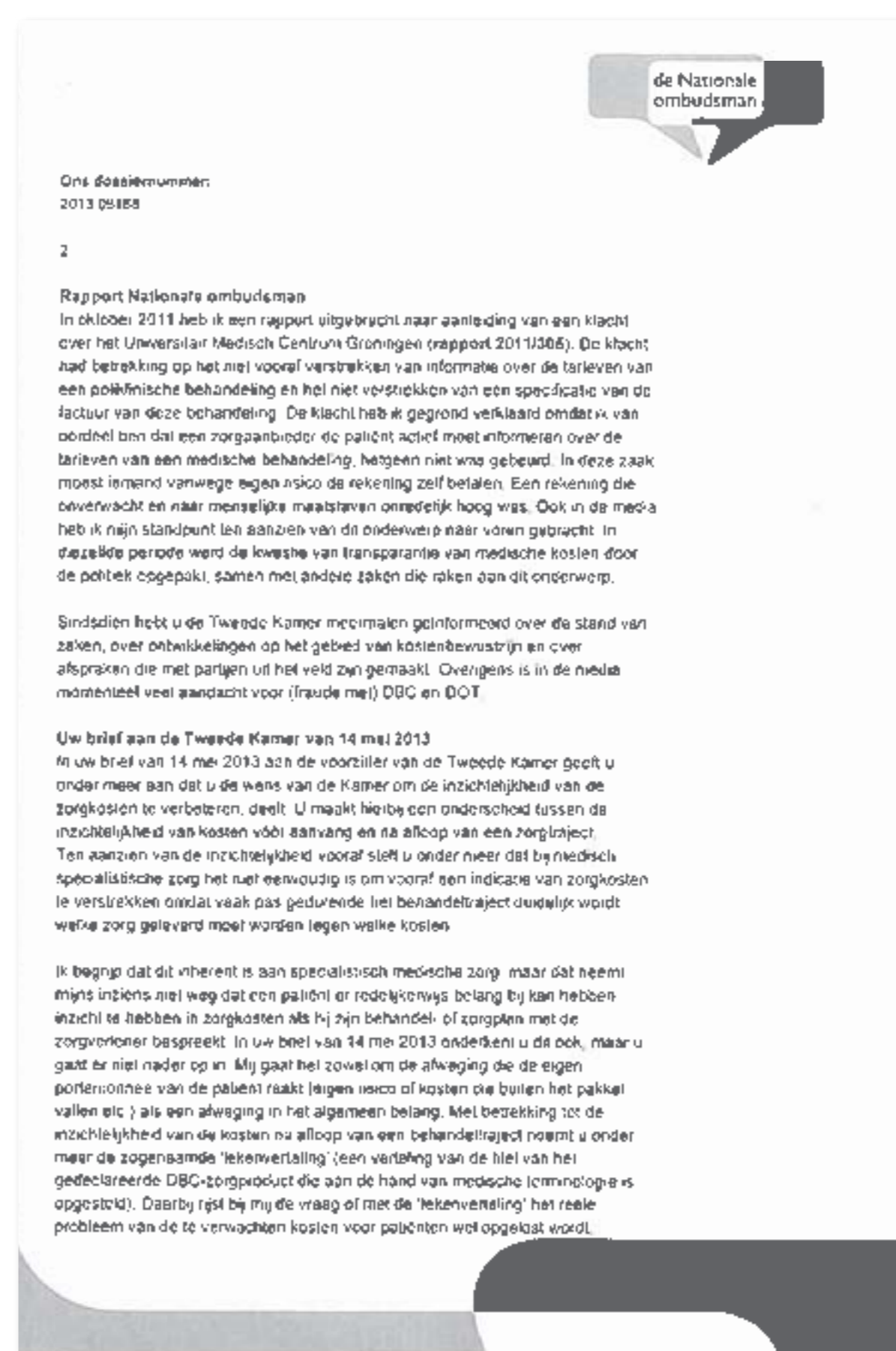
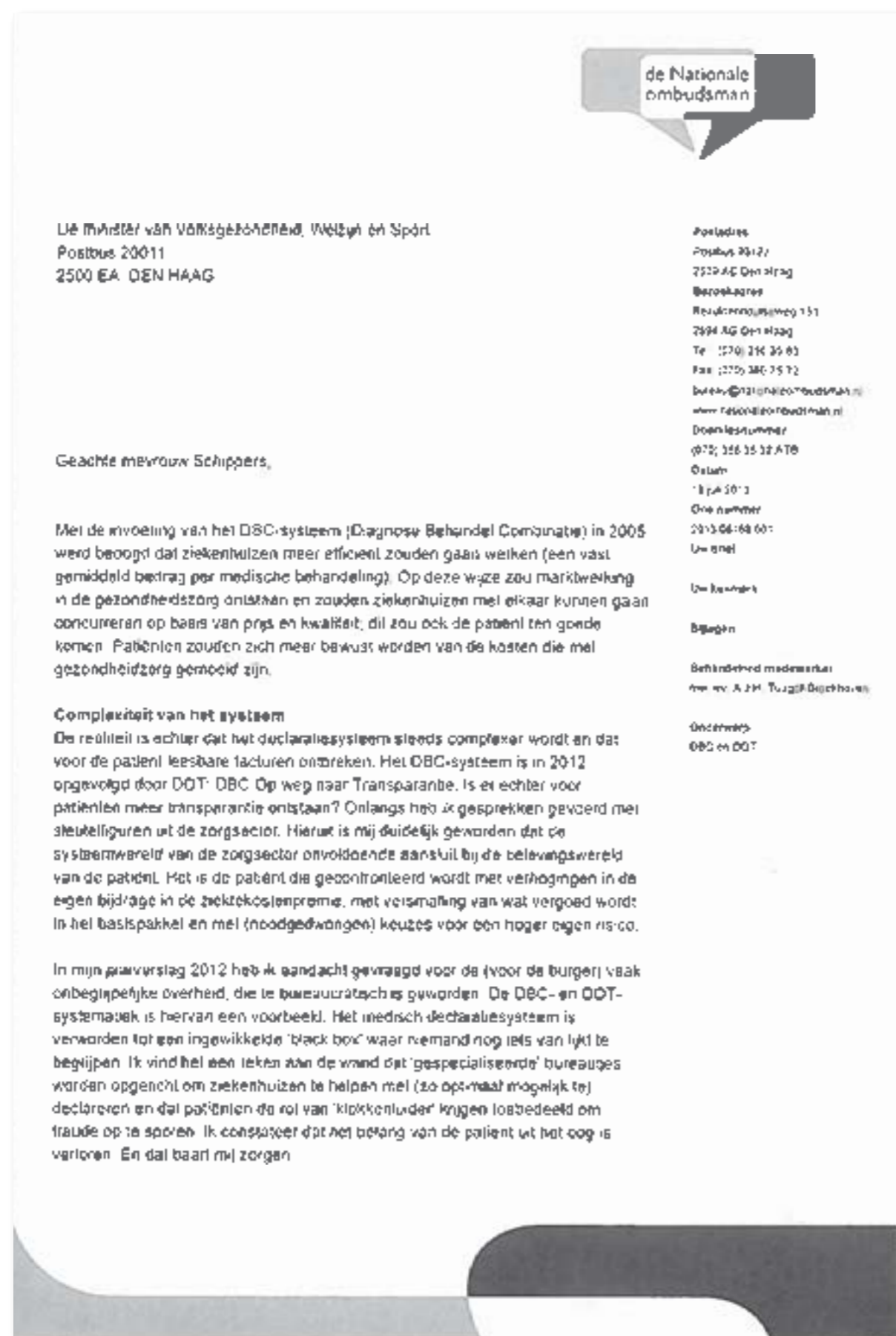
De Nationale ombudsman beveelt de minister van VWS aan om in het kader van het kostenbewustzijnstraject het volgende mee te nemen:

1. Zorg ervoor dat burgers bij vragen over wat een medische behandeling gaat kosten voorafgaand aan de behandeling terecht kunnen bij de zorgverzekeraar voor het juiste antwoord. Zo nodig heeft de zorgverzekeraar ruggenspraak met de zorgverlener. Stuur burgers niet van het kastje naar de muur;
2. Stel aan zorgverzekeraars de voorwaarde dat ze bij beantwoording van vragen zoveel mogelijk persoonlijk contact met de burger opnemen;
3. Pas het declaratiesysteem zo aan dat - in elk geval tot een maximum bedrag gerelateerd aan het eigen risico - de kosten van behandelingen in verhouding staan tot de verrichte inspanningen;
4. Zorg er eerst voor dat burgers voldoende inzicht krijgen in de kosten van medische zorg. Pas als zij dit inzicht hebben kan burgers gevraagd worden om de nota te controleren.



**Bijlagen**

## BIJLAGE I - Brief van de Nationale ombudsman aan de minister van VWS, 18 juli 2013





Ons dossiernummer:  
2013.08168

3

#### Vragen

Naar aanleiding van het voorgaande wil ik u de volgende vragen voorleggen.

1. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) schrijft op de website met betrekking tot het op te richten Kwaliteitsinstituut "Wat is kwaliteit? Iemand die ziek, oud of gehandicapt is, wil de zorg die voor hem of haar het beste is. In de eerste plaats zal dat de zorg zijn die geneest of achteruitgang voorkomt. Maar goede zorg is meer. Goede zorg gaat ook over hoe de patiënt wordt geïnformeerd en hoe hij wordt betrokken bij de beslissing over de keuze van de behandeling." Bij keuzes voor een behandeling speelt het kostenaspect steeds meer een rol. In hoeverre wordt de patiënt bij deze afweging betrokken? Hoe kan bij de keuze mede bepaald als er geen inzicht mogelijk is in wat de kosten zijn van een medische behandeling?
2. In hoeverre heeft de DDT (DBC op weg naar Transparantie) voor patiënt, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar de transparantie opgeleverd waarvoor het is bedoeld? Is er sprake van meer transparantie ten aanzien van zorgkosten? Geef uw reactie.
3. In de discussie over transparantie van zorgkosten komt naar voren dat het niet of nauwelijks mogelijk is om vooraf in te schatten wat een behandeltraject gaat kosten. Toch is dit voor een aantal groepen patiënten kennelijk wel mogelijk (patiënten waarvoor het passantenrijet van toepassing is, gewetensbezwaarden en onverzekerden bijvoorbeeld). Waarom is het voor deze groepen wel mogelijk een kostenberaming te maken en voor de overige patiënten niet?
4. In uw brief van 14 mei 2013 geeft u aan dat voor verzekerden de zogenoemde 'lekenvertaling' niet duidelijk genoeg is en dat de 'gezamenlijke partijen' hier nogmaals naar gaan kijken. Hierbij gaat het om een verklaring van de declaratie achteraf waarbij, dat kan niet anders, -essentiële informatie 'verloren' gaat. Het is een vertaling van een vertaling. Ik vraag mij echter af of hiermee het probleem van de patiënt is verholpen en of de kern van het probleem raakt. Mijs uziens gaat deze kwestie niet zózeer om het meer informeren van de patiënt maar om de vraag "Betaal ik een reële prijs voor een bepaalde medische handeling?"

Ons dossiernummer:  
2013.08168

4

In hoeverre lost een 'lekenvertaling' het gevoel van ongenoegen over de (naar zijn mening te hoge) kosten van een medische behandeling bij de patiënt op? Wilt mag een patiënt naar uw mening in redelijkheid van de overheid verwachten in dit opzicht? Ik verneemt graag uw visie.

5. In de inleiding van mijn brief heb ik aangegeven dat ik van oordeel ben dat bij de invoering van de DBC- en DDT-systematiek het belang van de patiënt, om wie het uiteindelijk gaat, uit het oog is verloren. Wat is uw visie op het belang van de patiënt in het kader van het krijgen van inzicht in zorgkosten?

#### ATSCHRIJF

Een afschrift van deze brief sturen wij ter informatie aan de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), daarna zullen wij de NPCF verzodigen voor een gesprek. Tevens wordt deze brief met een persbericht op onze website ([www.nationaleombudsman.nl](http://www.nationaleombudsman.nl)) geplaatst.

#### Verzoek om reactie

Graag ontvang ik binnen vier weken een reactie van u op de gestelde vragen. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met de projectleider van het onderzoek, mevrouw A.J.H. Tuzgol-Broekhoven. Zij is te bereiken via telefoonnummer (070) 3563632 en e-mailadres [bureau@nationaleombudsman.nl](mailto:bureau@nationaleombudsman.nl). Tot 7 augustus 2013 wordt zij vervangen door mevrouw mr. B.J. Vegter (070) 356 35 57) van 7 augustus 2013 tot 19 augustus 2013 door mevrouw D.A. Oomen, (070) 356 3 663.

Met vriendelijke groet  
de Nationale ombudsman,

dr. A.F.M. Branninkmeijer

## BIJLAGE 2 - Brief van de minister van VWS aan de Nationale ombudsman, 6 september 2013

**Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport**

> Retouradres Postbus 20250 2500 EZ DEN HAAG

De Nationale Ombudsman  
de heer Brenninkmeijer  
Postbus 9312  
2509AC Den Haag

**DE NATIONALE OMBUDSMAN**  
datum/konink: - 9 SEP. 2013

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:  
Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

Datum **6 SEP 2013**  
Betreft **Invoering DBC-systeem**

Kenmerk  
137580-107868-CZ

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.

Geachte heer Brenninkmeijer,

Op 19 juli 2013 heb ik uw brief ontvangen waarin u mij een aantal vragen stelt over het bekostigingssysteem voor de medisch specialistische zorg. U maakt zich zorgen over de complexiteit van het systeem en vraagt zich af of het belang van de patiënt nog wel voldoende in beeld is. In deze brief zal ik in gaan op uw vragen, de visie achter het huidige bekostigingssysteem toelichten en uitleg geven bij een aantal relevante beleidstrajecten dat ik in gang heb gezet.

Ik wil eerst een algemene toelichting geven bij het (ontstaan van) het huidige bekostigingssysteem voor de medisch specialistische zorg en de voorziene doorontwikkeling hiervan. We komen vanuit een situatie waarin aanbieders van medisch specialistische zorg bekostigd werden op basis van parameters zoals het aantal bedden en verpleegdagen. Deze grove wijze van bekostiging had weinig van doen met de daadwerkelijk geleverde zorg en kende (mede daardoor) een aantal onwenselijke prikkels. Met de invoering van het DBC-systeem (Diagnose Behandel Combinatie) in 2005 is de eerste stap gezet naar een transparanter bekostigingssysteem, waarbij de zorgvraag centraal staat en zorgaanbieders worden beloond op basis van de door hen geleverde prestaties.

Sinds 2005 zijn er meer stappen genomen naar een betere, meer transparante bekostiging van de medisch specialistische zorg. De budgetsystematiek is stapsgewijs afgebouwd en in 2012 volledig vervangen door prestatiebekostiging op basis van de (eveneens in 2012 ingevoerde) DOT-zorgproducten. U constateert in uw brief dat bij de invoering van de DBC- en DOT-systematiek het belang van de patiënt, om wie het uiteindelijk gaat, uit het oog is verloren. Ik deel deze constatering niet. Juist door het DBC-systeem, en haar opvolger, het DOT-systeem, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars het zorgaanbod veel beter laten aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. De kosten van individueel zorgtrajecten zijn zichtbaar geworden, waar ze dat vroeger niet waren.

Pagina 1 van 4



Ik constateer ook dat het vermogen van het eigen risico en de toenemende kosten in de zorg mensen bewuster hebben gemaakt van de gemaakte zorgkosten. Burgers willen meer dan vroeger weten waar premiegelden aan worden besteed en willen meer betrokken worden bij de keuze voor een behandeling. Dat is een positieve ontwikkeling en ik ondersteun die op diverse manieren. Ik heb bijvoorbeeld afspraken gemaakt met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie UMC's (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) over inzichtelijke zorgnota's en bekijk op welke wijze financiële ruimte gegeven kan worden voor een goed gesprek tussen arts en patiënt over de behandeling. Met bijvoorbeeld het traject 'De zorg: hoeveel extra is het ons waard?'. Informeer ik burgers over de oorzaken van de stijgende zorgkosten en betrek ik hen in het maatschappelijke debat hierover.

Met de invoering van prestatiebekostiging en het DOT-systeem zijn we er nog niet. Zoals aangegeven in mijn brief over uitkomstbekostiging van 4 juli 2013 aan de Tweede Kamer zie ik als uindperspectief dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om (gezamenlijk) optimale zorgresultaten te behalen en dus worden beloond voor resultaten van de behandeling in plaats van de behandeling zelf. Samen met het veld werk ik daarom aan mogelijkheden om het huidige stelsel door te ontwikkelen naar een stelsel waarin de uitkomsten van zorgverlening meer centraal komen te staan bij de financiële beloning van zorgaanbieders. Belangrijk hiervoor is dat de transparantie van de zorg verder wordt verbeterd. Dit betreft zowel de kosten als de kwaliteit van zorg.

Ik zal nu in gaan op de in uw brief gestelde specifieke vragen.

U vraagt ten eerste in hoeverre de patiënt wordt betrokken bij de keuze voor een behandeling en hoe die keuze mogelijk is als er geen inzicht is in de kosten van een medische behandeling. Over het vooraf inzichtelijk maken van de kosten vraagt u zich voorts af waarom dit voor een aantal groepen patiënten wel mogelijk is en voor andere niet.

Laat ik voorop stellen dat ik vind dat de patiënt op dit moment nog onvoldoende wordt betrokken bij de keuze voor een behandeling. Ik vind het daarom verheugend dat de sector hier zelf de handschoen heeft opgepakt. Zo is de Orde van Medisch Specialisten gestart met de campagne 'verstandig kiezen' en betreft hierbij ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Deze campagne is gericht op rechtlijnconform handelen en keuze-ondersteunende informatie voor patiënten. De campagne heeft vooral een kwaliteitsinvulshock. Er wordt op dit moment bezien op welke wijze het kostenaspect een plek kan krijgen in de campagne.

Naast het ontwikkelen van ondersteunende informatie ben ik met de Nederlandse Zorgautoriteit in gesprek of het nodig is financiële ruimte te maken voor 'een goed gesprek' tussen patiënt en arts over de keuze voor een behandeling.

Voor wat betreft het inzichtelijk maken van de kosten vooraf aan een behandeling wil ik het volgende zeggen. Alleen voor behandelingen waar vooraf duidelijk is wat er aan de hand is (zoals een operatie van de meniscus) kan een prijsopgave

<sup>1</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>

Pagina 2 van 4



worden gegeven. Bij veel zorgvragen is het vooral niet mogelijk om een prijsopgave te geven. Zelfs het bieden van een prijsrange is vaak lastig, omdat de ernst van een klacht en de behandeling dikwijls gedurende het zorgtraject pas duidelijk worden. Vage bulkklachten kunnen bijvoorbeeld gedurende het zorgtraject onschuldig blijken, terwijl bij sommige patiënten sprake kan zijn van een tumor.

Ik wil er wel voor waken dat de beperkte tijd in de spreekkamer teveel een financieel gesprek wordt. Dat neemt niet weg dat in sommige gevallen het kostenaspect nuttig is in de afweging voor een behandeling. Ik zal in het najaar van 2013 de Tweede Kamer informeren over de voortgang van het traject 'kostenbewustzijn'. Hierbij zal ik ook het vooraf inzicht bieden in de kosten betrekken.

U vraagt in uw brief in hoeverre DOT voor patiënt, zorgaanbieder en verzekeraar de transparantie oplevert waarvoor het is bedoeld en of er sprake is van meer transparantie ten aanzien van de zorgkosten.

DOT is de projectnaam voor een verbetering op de oude DBC's. Met project DOT (DBC's op weg naar transparantie) zijn de nieuwe DBC's medisch herkenbaarder geworden en geven de DBC's een betere weerslag van de gemaakte kosten, ondanks de inoefening van het aantal DBC's. Door deze verbetering kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieder betere afspraken maken over de prijs, het aantal en de kwaliteit van de zorg behorende bij een bepaalde diagnose. Het bekostigingssysteem op basis van prestaties is een stuk transparanter ten aanzien van de zorgkosten dan de oude grofinanziële budgetstelsels. Met project DOT draagt daar in positieve zin aan bij. Van groot belang is dat ook wordt gekeken naar de mogelijkheden voor het 'upcorden' of anderszins oplossen van de financiële vergoeding voor de behandeling. DBC's schoten daarbij evident tekort.

Ik ben wel van mening dat we nog stappen hebben te maken richting de patiënt. Het verduidelijken van de terugkoppeling van kosten van zorggebruik richting patiënt is voor mij een belangrijk doel zoals ik ook in de Tweede Kamer heb aangegeven. Ik heb daarom met zorgverzekeraars gesproken<sup>1</sup> dat zij in de eerste helft van 2014 de zorgnota voor hun verzekerden verbeteren op basis van de informatie die zij nu al via de zorgdeclaratie ontvangen (waaronder in ieder geval de diagnose). Medio 2014 wordt de zorgnota voor de patiënt uitgebreid met de relevante uitgevoerde zorgactiviteiten die hebben geleid tot de gedeclareerde DBC. Belangrijke onderdelen hiervan zijn de consumentenvertalingen (lekenvertalingen) van de DBC's en de zorgactiviteiten, en de toelichting op het bekostigingssysteem.

U vraagt in hoeverre een 'lekenvertaling' het gevoel van ongenoegen over de (naar zijn mening te hoge) kosten van een medische behandeling bij de patiënt oplost en wat een patiënt naar mijn mening in redelijkheid van de overheid mag verwachten in dit opzicht.

De consumentenvertalingen zijn niet met name bedoeld om de zorgnota herkenbaarder te maken. Ik verwacht dat dit bijdraagt aan het wegnemen van het eventuele onduidelijkheden. Deze actie is onderdeel van een breder pakket aan maatregelen, waaronder ook het realiseren van een goede toelichting bij de

<sup>1</sup> Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Kennmerk  
137500-107868-C2



Zorgnota over hoe het systeem werkt én welke kosten over het algemeen worden toegerekend aan een DBC. Veel kosten van een zorgaanbieder zijn immers niet direct zichtbaar voor een patiënt, maar zijn wel noodzakelijk voor goede zorgverlening. Het gaat hier bijvoorbeeld om door de zorgaanbieder gemaakte kosten voor apparatuur, gebouwen, schoonmaak, beveiliging, et cetera.

Tot slot vraagt u naar mijn visie op het belang van de patiënt in het kader van het krijgen van inzicht in zorgkosten. Ik ben van mening dat een beter inzicht in de kosten bijdraagt aan zinnig en zuinig gebruik van zorg, en patiënten beter in staat stelt de declaraties te controleren op mogelijke onjuistheden, maar ook helpt de gevolgen voor het eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te overzien. Ik werk daarom samen met het veld aan een plan van aanpak 'kostenbewustzijn' om dit inzicht te verbeteren. Gezien het complexe karakter van de medisch specialistische zorg is dit een flinke uitdaging. Ik zal u in het najaar een kopie sturen van de voortgangsbrief aan de Tweede Kamer op dit onderwerp.

Ik vertrouw erop dat ik met deze brief voldoende reactie heb gegeven op uw vragen.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. Mrs. E.J. Schippers

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Kennmerk  
137500-107868-C2

## BIJLAGE 3 - Verslag van de rondetafelbijeenkomst over transparantie kosten medische zorg

gehouden op vrijdag 3 oktober 2014 op het Bureau van de Nationale ombudsman

### AANWEZIG:

XXX, senior- onderzoeker Erasmus Universiteit

Namens VWS: XXX - directeur Curatieve Zorg, XXX - senior beleidsmedewerker

Namens NFU: XXX - beleidsmedewerker, XXX - financieel directeur AMC

Namens NVZ: XXX - Manager Besturing en Bekostiging, XXX - senior beleidsadviseur

Namens ZN: XXX - beleidsadviseur, XXX - Manager Verzekering en Uitvoering

Namens NZa: XXX - beleidsmedewerker

Namens Algemene Rekenkamer: XXX - senior auditor

Namens de Consumentenbond: XXX - directeur

Namens de Nationale ombudsman: Mr. F. van Dooren - waarnemend ombudsman, mevr. mr. A. Stehouwer - substituut-ombudsman, mevr. mr. A. Tuzgöl-Broekhoven - projectleider, Mr. D. Hanse - onderzoeker, mevr. mr. B. Vegter - onderzoeker, Drs. S.H. Akbar - onderzoeker

### VERHINDERD: NPCF

### AANLEIDING VOOR DE RONDETAFLBIJENKOMST

De Nationale ombudsman heeft in november 2013 een onderzoek uit eigen beweging geopend naar transparantie in kosten van specialistische zorg (<http://www.nationaleombudsman-nieuws.nl/nieuws/2013/ombudsman-onderzoekt-inzicht-in-kosten-van>). De centrale vraag van het onderzoek luidt: 'waar lopen burgers in de praktijk tegen aan als het gaat om transparantie in de kosten van de specialistische zorg en wat mogen zij in redelijkheid van de overheid verwachten?'

Om een goed beeld te krijgen van wat er op dit punt bij burgers leeft, heeft de Nationale ombudsman in samenwerking met de Consumentenbond een meldpunt geopend waarop burgers hun ervaringen konden delen. Dit meldpunt is van medio november 2013 tot en met eind april 2014 geopend geweest. In totaal zijn er 333 klachten binnengekomen. Na bestudering bleek dat met name de volgende drie onderwerpen steeds terugkwamen:

- De burger verwacht vooraf inzicht te krijgen in kosten van een medische behandeling, maar dat gebeurt niet. Daarnaast gaat de burger ervan uit dat tarieven van eenzelfde medische behandeling bij elke specialist hetzelfde zijn; dat de tarieven per ziekenhuis (zo veel) kunnen verschillen vinden zij onbehoorlijk.
- De burger verwacht een zorgnota te ontvangen die begrijpelijk is. Dat is vaak niet het geval. Als hij dan vervolgens om opheldering vraagt dan verwacht de burger een adequate reactie van zorgverzekeraar of zorgverlener. Maar: hij wordt van het kastje naar de muur gestuurd zonder dat zijn probleem wordt opgelost.
- De burger verwacht dat kosten medische zorg proportioneel zijn, maar ervaart deze als disproportioneel hoog als het gaat om relatief kleine ingrepen (met andere woorden: de zorgnota weerspiegelt niet de werkelijk geleverde diensten en gemaakte kosten).

Onder meer om te toetsen of het beeld wat uit het meldpunt naar voren is gekomen herkend wordt, maar ook om te verkennen of en zo ja welke oplossingen er voor de geschetste problematiek mogelijk zijn, heeft de Nationale ombudsman een rondetafelbijeenkomst georganiseerd. Hierbij zijn onder meer VWS en een aantal

andere partijen uit het veld zoals NZa, NFU, ZN, NVZ, NPCF uitgenodigd. Deze partijen werken met elkaar aan het verhogen van het kostenbewustzijn in de zorg. Ook de Consumentenbond, de Algemene Rekenkamer en de Erasmus Universiteit zijn uitgenodigd. De ervaring leert dat bijeenkomsten als deze meer opleveren indien vanuit verschillende invalshoeken over een bepaald onderwerp wordt gesproken. Voorafgaand aan de rondetafelbijeenkomst is een discussienota naar de genodigden gezonden.

### WELKOM

De waarnemend Nationale ombudsman heet de aanwezigen welkom.

### VIER FILMPJES OVER BURGERS MET PROBLEMEN OVER HUN ZORGNOTA

De Nationale ombudsman toont vier filmpjes van burgers die hun verhaal doen over hun ervaringen met de zorgnota. Deze burgers hebben een melding gedaan op het gezamenlijke meldpunt van de Consumentenbond en Nationale ombudsman.

1. **“De aderlating”**. Dit filmpje laat zien hoe een burger, die om gezondheidsredenen regelmatig bloed moet laten afnemen, de plotselinge verviervoudiging van zijn kosten niet begrijpt. Op de nota staan kosten die hij niet kan herleiden en herkennen ondanks of dankzij de specificatie.
2. **“De ambulance”**. Dit filmpje laat zien hoe een burger niet snapt waarom de kosten van de ambulance heel verschillen van de kosten van de ambulance terug. Hij krijgt geen antwoord op zijn vraag, niet van het ziekenhuis en niet van de zorgverzekeraar maar er wordt wel gedreigd met een deurwaarder als hij niet betaalt.
3. **“Het bionisch oor”**. Dit filmpje laat zien hoe een burger probeert van te voren inzicht te krijgen in de kosten van een gehoorimplantaat, zodat ze een kostenbewuste keuze kan maken. Uiteindelijk vindt zij in België een helder overzicht van de kosten voor de medische verrichting en voor het daaropvolgende onderhoud. Een dergelijk overzicht kan zij in Nederland niet vinden en krijgen.
4. **“Het uitstrijkje”**. Dit filmpje laat zien hoe een vrouw die vragen heeft over de - in haar ogen - hoge kosten van een uitstrijkje, van het kastje naar de muur gestuurd wordt. Uiteindelijk krijgt zij - na veel heen en weer bellen - van het ziekenhuis een nieuwe nota met een andere code dan voorheen voor de verrichting. De kosten zijn nu lager.

De deelnemers van het rondetafelgesprek vinden de verhalen in de filmpjes herkenbaar met hier en daar een kanttekening op de inhoud van het verhaal. Deze zijn in dit verslag omwille van de leesbaarheid verwerkt in de discussiepunten hieronder.

### PRESENTATIE DOOR HET MINISTERIE VAN VWS

Vervolgens geeft het ministerie van VWS een presentatie van de meest recente ontwikkelingen rondom het traject kostenbewustzijn, zowel de inmiddels gerealiseerde als de geplande ontwikkelingen. De presentatie is in samenwerking met NZa, NVZ, ZN, NPCF en NFU opgesteld. VWS wil met deze acties het kostenbewustzijn van de burger vergroten en daarmee de burger (beter en meer) inzetten als instrument om zinnige en zuinige zorg te realiseren. De volgende punten worden door VWS gepresenteerd:

- Vanaf 1 juni 2014 is de presentatie van de zorgnota duidelijker. Op de persoonlijke webpagina bij de zorgverzekeraars worden voor de medisch specialistische zorg naast de DBC ook de uitgevoerde zorgactiviteiten in duidelijke taal (consumentenomschrijvingen) uitgeschreven op de zorgnota, waar-

door deze voor de burger inzichtelijker wordt. In het convenant tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn afspraken vastgelegd over het afhandelen van vragen van burgers over de nota. In principe moet de zorgverzekeraar voor door hem vergoede zorg de vragen van de verzekerde beantwoorden en - indien nodig - namens de verzekerde navraag doen bij de zorgverlener. Daarmee kan de burger naar één loket, namelijk de zorgverzekeraar, met zijn vragen. Er is door alle betrokken instanties veel aandacht besteed aan een communicatietraject voor burgers over de zorgnota. Er is een website ontwikkeld, 'www.dezorgnota.nl', waarop mensen antwoorden kunnen vinden op de meest gestelde vragen over de zorgnota en zorgkosten. Deze is sinds 1 augustus 2014 van start gegaan en trekt veel bezoekers. Er zijn ook 80.000 brochures gedrukt om mensen op de website te wijzen en er zijn posters in ziekenhuizen om mensen op de website te attenderen. Ook op websites van ziekenhuizen staat een link. De informatie is met alle partijen afgestemd en geüniformeerd.

- Ondanks de toelichting op de zorgnota kan het zijn dat de kosten voor de burger/patiënt niet herkenbaar zijn. Om die reden doet NZa onderzoek naar de DBC/DOT producten op de SEH. Onderzocht wordt welke producten een voor de burger grote (financiële) bandbreedte hebben en die de burgers treffen in hun eigen risico-ruimte. Dit zal waarschijnlijk voor met name de licht-ambulante verrichtingen het geval zijn. De prijs van een DBC/DOT-product gaat uit van de gemiddelde kosten van alle zorgactiviteiten (verrichtingen) die onder dat product vallen. Als die bandbreedte te groot wordt voor de burger zou meer differentiatie aangebracht kunnen worden door een DBC/DOT-product op te knippen in goedkopere en duurdere producten. Hierdoor wordt de gemiddelde prijs van het product wat reëler en voor de burger meer herkenbaar. De uitkomsten van dit onderzoek worden verwerkt voor de contracteringsronde van 2016 (die van 2015 loopt al). Voor de contractering 2015 is bij verzekeraars en aanbieders onder de aandacht gebracht dat zij reële prijzen rekenen voor genoemde licht ambulante producten.
- In mei 2015 richt de NPCF een meldpunt in om na te gaan of de acties die door VWS zijn ingezet een positieve bijdrage leveren.

De reactie van de deelnemers naar aanleiding van de presentatie zijn omwille van de leesbaarheid verwerkt in de onderliggende discussiepunten.

In de - voorafgaand aan de rondetafelbijeenkomst gestuurde - discussienota is een aantal discussiepunten opgenomen. Hierover wordt vervolgens gesproken.

#### **DISCUSSIEPUNT 1: VOORAF INZICHT IN KOSTEN**

De Consumentenbond geeft aan dat de burgers in de filmpjes van de Nationale ombudsman redelijk en goed geïnformeerd zijn. Niet iedere melder is zo rustig en heeft zoveel begrip. De melders hebben het idee dat hen een keuze wordt ontnomen, zoals dat in normaal economisch verkeer gangbaar is.

Verschillende deelnemers aan de bijeenkomst brengen naar voren dat vooraf inzicht alleen mogelijk is onder voorwaarden. Het moet gaan om niet-complexe behandelingen die vaak voorkomen. De behandeling moet voorspelbaar en te plannen zijn. Bij buikpijn bijvoorbeeld kan het gaan om alles tussen een buikgriep en een tumor. Dat is vooraf niet bekend en daarmee is de behandeling van tevoren niet eenduidig. Ongeveer 30% van de behandelingen in een ziekenhuis zit in het 'gereguleerde segment' (A-segment). Voor zorgproducten in

dit segment gelden maximumtarieven. In het 'vrije-segment' (ook wel B-segment) zit 70% van de behandelingen. Deze tarieven komen tot stand via afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder. De prijzen voor deze gecontracteerde zorg kunnen per ziekenhuis verschillen. Ziekenhuizen zijn uit concurrentieoverwegingen terughoudend in het openbaar maken van deze prijzen. Daarnaast kunnen de passantentarieven, tarieven die de ziekenhuizen hanteren voor zorg voor verzekerden wier zorgverzekeraar geen contract met het betreffende ziekenhuis heeft, houvast bieden voor burgers die graag willen weten wat de kosten zijn. De Vereniging van Ziekenhuizen vindt dat men voorzichtig moet zijn met het creëren van te hoge verwachtingen op dit punt. Kortom: het is voor ziekenhuizen ingewikkeld om vooraf inzicht in de kosten van een medische behandeling te geven. Daarnaast is het voor burgers niet makkelijk om de informatie die er wel is over de kosten van behandelingen, te achterhalen. Maar er worden wel activiteiten uitgevoerd om meer inzicht vooraf te geven. VWS geeft aan dat er vanuit DBC-onderhoud een website is met gemiddelde prijzen: 'www.opendisdata.nl'. Deze site is voornamelijk gericht op professionals en niet op burgers; althans de informatie is voor een burger onvoldoende begrijpelijk. Er wordt door zorgverzekeraars gekeken naar de mogelijkheid om een portal te ontwikkelen voor verzekerden, zodat verzekerden zelf de prijs van een aandoening/DBC kunnen achterhalen bij instellingen die door hun zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Bijvoorbeeld voor veelvuldig voorkomende behandelingen. Het is wellicht niet mogelijk een exacte prijs vooraf te geven, omdat vooraf niet altijd duidelijk is in welke exacte DBC de behandeling valt, maar het geven van een goede indicatie is wel het streven. VWS vindt dat hier wel tempo in gemaakt moet worden. Ook vindt VWS dat het kostenbewustzijn van de artsen beter moet worden. VWS ziet dan ook een rol weggelegd voor de zorgverlener om in de behandelkamer niet alleen de behandeling maar ook de bijbehorende kosten met de patiënt door te spreken, hoewel dit natuurlijk nooit ten koste mag gaan van de kwaliteit van zorg. Vervolgens wordt erop gewezen dat de kosten slechts een van de discussiepunten zijn en in samenhang moeten worden gezien met onder meer effectiviteit, veiligheid en ethische overwegingen.

#### **DISCUSSIEPUNT 2: ONDUIDELIJKE ZORGNOTA**

VWS geeft aan dat de getoonde filmpjes van de Nationale ombudsman op dit punt een inmiddels gedateerde problematiek aankaarten omdat door de komst van de nieuwe zorgnota en het realiseren van één loket, burgers immers nu wel beter inzicht krijgen in de kosten en ergens terecht kunnen met hun vragen. Zij kunnen de zorgnota vinden op 'mijnomgeving.nl' van de betrokken verzekeraars. Op de vraag van de ombudsman of privacyaspecten het opnemen van de diagnose op de nota in de weg staan wordt aangegeven dat de diagnose op de nota mag worden vermeld. De DBC diagnose is namelijk van belang voor het vaststellen van de uiteindelijke DBC en derhalve noodzakelijk voor de declaratie en de controle daarvan. De (administratieve) diagnose op de declaratie, die nu in een heldere klantenomschrijving is verwoord, is niet de feitelijke medische diagnose. Op de vraag of de nieuwe nota voor de burger voldoende herkenbaar is, antwoordt Zorgverzekeraars Nederland dat in de toekomst wat dat betreft zeker een actievere rol van de zorgverzekeraars mag worden verwacht. Ook zal er door de verzekeraar sneller gecontroleerd worden of de zorgnota correct is (indien een burger vindt dat deze niet klopt). Op het moment dat er vragen komen waarbij het medisch beroepsgeheim een rol gaat spelen, is het aan de verzekerde om nadere vragen te stellen aan de zorgverlener. Bij onverzekerde zorg moet de burger rechtstreeks contact opnemen met de zorgverlener. VWS geeft aan dat een patiënt (indien hij bijvoorbeeld omwille van privacy niet terecht kan bij de zorgverzekeraar) eigenlijk met al zijn vragen over het zorgproces en de zorgnota terecht moet kunnen bij een 'hoofdbehandelaar' van het ziekenhuis.

### DISCUSSIEPUNT 3: DISPROPORTIONALITEIT KOSTEN

NFU brengt naar voren dat zij het moeilijk, zo niet onmogelijk, vindt om de (hoge) kosten uit te leggen aan de burger. De gemiddelde prijzen die ten grondslag liggen aan de DBC-DOT financierings-systematiek, maken de kosten voor een burger soms ondoorzichtig en niet te begrijpen (niet herkenbaar in relatie tot zijn realiteit). Het is echter de vraag of het altijd wenselijk is om de prijs van een relatief kleine ingreep op de SEH te verlagen. De bedoeling is dat burgers voor kleine ambulante verrichtingen naar de huisartsenpost gaan en dus is het goed dat hiervoor een financiële prikkel bestaat. Door een hoge prijs van een behandeling in het ziekenhuis wordt de burger ertoe gestimuleerd zich niet te snel tot het ziekenhuis te wenden. VWS meldt dat de belangrijke informatie aan de burger over welke keuze hij moet maken (Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis of de huisarts) in de publiekscampagne van VWS zal worden meegenomen. Op de website zorgnota.nl staat deze informatie ook al vermeld. In feite komt het erop neer dat als een burger het 'ziekenhuis inloopt, hij dan vaak al zijn eigen risico kwijt is'. Er wordt aangegeven dat met name goede informatieverstrekking nodig is over behandelingen met bedragen tot het bedrag van het eigen risico (tot aan € 800). Daar hebben de mensen belang bij. Het is daarbij belangrijk om te weten dat in de DBC/DOT-producten allerlei kosten zijn verdisconteerd, naast de behandeling zelf, zoals kosten voor het gebouw, de verlichting van het ziekenhuis en dergelijke. De vraag is op welke wijze de burger zo volledig mogelijk kan worden geïnformeerd. In feite is de financierings-systematiek erop gericht dat professionals elkaar kunnen informeren, niet de burger. Meer uitleg over de DBC-DOT-systematiek leidt niet per se tot meer helderheid bij de burger. NFU uit haar zorgen over het 'opknippen' van DBC/DOT-producten met een brede band (zie eerder genoemd onderzoek van de NZa naar zorgproducten op de SEH). Het goedkoper worden van een product leidt automatisch tot het duurder worden van een ander product. Dat zou weer een verandering betekenen, die moeilijk valt uit te leggen aan de burger. Er is op dit moment al teveel onrust en beweging in de financierings-systematiek. Volgens de Vereniging van Ziekenhuizen kost het tijd om de ingezette ontwikkelingen rondom betere informatieverstrekking goed te laten functioneren. De Erasmus Universiteit wijst op een aantal witte vlekken in de financierings-systematiek en wil daar op een ander moment op terugkomen. VWS nodigt iedereen nadrukkelijk uit om hier melding van te maken, zodat deze meegenomen kunnen worden in het ingezette traject. VWS brengt naar voren dat dit gesprek bevestigt dat men op de goede weg is.

### SLUITING

De waarnemend ombudsman bedankt alle deelnemers voor hun aanwezigheid en inbreng in de discussie. Het rapport dat de Nationale ombudsman, mede naar aanleiding van deze bijeenkomst, zal opstellen wordt in concept aan het Ministerie van VWS voorgelegd. Naar verwachting zal het rapport in december 2014 worden gepubliceerd.

### BIJLAGE 4 - Brief van de minister van VWS aan de Nationale ombudsman, 16 december 2014

The image shows a scanned document, a letter from the Minister of Health, Welfare and Sport to the National Ombudsman. The letter is dated 16 December 2014 and concerns a reaction to a concept report on insight into care costs. The document includes contact information for the National Ombudsman and the Directorate General for Curative Care, as well as a list of stakeholders involved in the cost awareness trajectory. The letter text discusses the importance of providing insight into care costs to patients and insurers, and mentions a meeting with various organizations in November 2013. It also lists key points from the concept report, such as the lack of insight into costs for citizens.

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Nationale Ombudsman  
Mr. F.J.W.M. van Dooren  
Postbus 93122  
2509 AC Den Haag

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:  
Rijnstraat 56  
2515 XP Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

T 070-3407218  
M +31(0)6-21160135

Kenmerk  
701554-131197-CZ

Uw brief  
201306188003

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 16 DEC. 2014

Betreft Reactie op conceptrapport Nationale Ombudsman over inzicht in zorgkosten

Geachte heer Van Dooren,

In uw brief van 27 november vraagt u mij een reactie te sturen op uw conceptrapport over inzicht in de zorgkosten. Ik zal onderstaand ingaan op de knelpunten die uit uw meldpunt naar voren zijn gekomen en de aanbevelingen uit uw conceptrapport.

**Meldpunt in relatie tot het traject kostenbewustzijn**

Ik vind het van groot belang dat verzekerden en patiënten meer inzicht krijgen in de zorgkosten en dat zij zich meer bewust worden van de kosten van de zorg. Om die reden werk ik samen met betrokken koepelorganisaties, te weten Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Orde van Medisch Specialisten de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan het traject kostenbewustzijn<sup>1</sup>. Om te weten of we in dit traject de juiste stappen zetten is het belangrijk om regelmatig te toetsen wat de ervaringen zijn van verzekerden en patiënten. Daaraan dragen bij de 330 meldingen uit het meldpunt, dat u in de periode november 2013 tot april 2014 samen met de consumentenbond heeft opengesteld, aan mij. Hierbij is van belang dat het traject kostenbewustzijn een lopend traject is, waarbij een belangrijk deel van de resultaten na april 2014 zijn opgeleverd en een deel van de activiteiten nog loopt. Ik vind het daarbij erg belangrijk om te blijven toetsen of we in dit traject de juiste stappen zetten. Onder andere op basis van het vervolg op de NPCF-meldactie 'inzicht in zorgkosten', die zij begin 2015 uitvoert, zal dit opnieuw worden bezien.

**Knelpunten**

In het conceptrapport is een drietal knelpunten geformuleerd:

1. **Vooraf geen inzicht in de kosten**  
Een deel van de meldingen heeft betrekking op het gebrekkige inzicht dat burgers

<sup>1</sup> Zie voor meer informatie over het traject kostenbewustzijn mijn brief aan de Tweede Kamer van 2 juli 2014 inzake stand van zaken kostenbewustzijn (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 29 689, nr. 534).

Pagina 1 van 5



financieringssysteem, die uitgaat van gemiddelde prijzen per DBC. Indien bij een patiënt verhoudingsgewijs weinig zorgactiviteiten zijn uitgevoerd, dan worden de kosten voor een DBC hoog ervaren. Er is bewust gekozen om met gemiddelde prijzen per DBC te werken, omdat dit een doelmatigheidsprikkel voor aanbieders geeft. Wanneer betaald zou worden voor verrichtingen, dan zal het aantal uitgevoerde verrichtingen naar verwachting toenemen en dat zou een negatief effect op de betaalbaarheid van zorg hebben. Dat neemt niet weg dat ik binnen de huidige financieringssysteem een aantal stappen heb gezet om ervoor te zorgen dat de hoogte van de prijzen zo reëel mogelijk is. Zo heb ik bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder de aandacht gebracht dat zij, met name voor kleine behandelingen die het eigen risico raken, reële prijzen afspreken. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om, waar nodig, aanpassingen in de productstructuur door te voeren, zodat de herkenbaarheid en homogeniteit van de (ambulante) zorgproducten wordt vergroot. Voor aanbieders en verzekeraars wordt het immers makkelijker om een reële prijs voor een product af te spreken indien de producten herkenbaarder en homogener zijn. De NZa zal deze wijzigingen in de eerstvolgende DBC-release doorvoeren.

#### Aanbevelingen

1. Zorg ervoor dat burgers bij vragen over wat een medische behandeling gaat kosten voorafgaand aan de behandeling terecht kunnen bij de zorgverzekeraar voor het juiste antwoord. Zo nodig heeft de zorgverzekeraar ruggespraak met de zorgverlener. Stuur de burger niet van het kastje naar de muur;  
*Reactie:* Zoals ik bovenstaand beschrijf is de nieuw ontwikkelde procedure voor vragen en klachten precies volgens deze lijn ingericht. Ten aanzien van inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling worden door ZN, NVZ en NFU de mogelijkheden onderzocht van de ontwikkeling van een portal die inzicht geeft in de prijzen van behandelingen. Daarnaast zal ik partijen verzoeken om hierop vooruitlopend, waar mogelijk inzicht te geven in de kosten van een behandeling. Zorgverzekeraars zijn overigens nu al verplicht conform de beleidsregel informatieverstrekking van de NZa de verzekerde te informeren over de gevolgen voor het eigen risico vooraf aan een behandeling.
2. Stel aan zorgverzekeraars de voorwaarde dat ze bij beantwoording van vragen zoveel mogelijk persoonlijk contact met de burger opnemen;  
*Reactie:* ik vind het onderdeel van goede dienstverlening dat zorgverzekeraars snel en gedegen antwoord geven op vragen van hun verzekerden. Over wie welke vragen en klachten beantwoord, zodat een patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd, zijn in het traject kostenbewustzijn afspraken gemaakt tussen aanbieders en verzekeraars. Via welke kanalen verzekeraars de vragen vervolgens afhandelen is aan de verzekeraars zelf. Verzekerden kunnen dik vervoegens meewegen in de keuze voor zijn/haar zorgverzekeraar.
3. Pas het declaratiesysteem zo aan dat - in elk geval tot een maximum bedrag gerelateerd aan het eigen risico - de kosten van behandelingen in verhouding staan tot de verrichte inspanningen;  
*Reactie:* ik ben van mening dat niemand gebaat is bij een wijziging van de bekostiging- en declaratiesysteem. Dit leidt tot nieuwe onduidelijkheid bij de burger en heeft averechts effecten op de betaalbaarheid van de zorg. Dit neemt niet weg dat ik me er binnen de huidige bekostigingssystematiek voor inzet om te bevorderen dat er reële prijzen worden gerekend voor behandelingen.

Directoraat Generaal  
 Curatieve Zorg  
 Directie Curatieve Zorg

Samenvatting  
 761554-131107-CE



Ik zal me er, samen met de betrokken koepelorganisaties, voor blijven inzetten om het kostenbewustzijn van patiënten en verzekerden te vergroten. Ik heb 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie en het verder vergroten van kostenbewustzijn is hier een belangrijk onderdeel van. De knelpunten en aanbevelingen uit uw rapport neem ik, voor zover deze nog geen onderdeel zijn van mijn beleid, hier in mee.

Hoogachtend,  
 de minister van Volksgezondheid,  
 Welzijn en Sport,  
 namens de  
 de directeur Curatieve Zorg,

drs. Veronique M.M.C. Esman-Peeters

Directoraat Generaal  
 Curatieve Zorg  
 Directie Curatieve Zorg

Samenvatting  
 761554-131107-CE