

Begrijpelijkheid en controleerbaarheid van ziekenhuisrekeningen

P.J.M. Heiligers
O.C. Damman
T. Nuijen



ISBN 978-90-6905-922-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergrond	7
1.2 Doelstelling	9
1.3 Vraagstelling	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Werkwijze en methoden van onderzoek	11
2.1 Opzet van het onderzoek	11
2.2 Werkwijze	11
2.3 Gegevensverzameling en –verwerking	13
2.4 Aantallen patiënten met vragen per ziekenhuis	15
3 Resultaten	17
3.1 Kenmerken van de patiënten	17
3.2 Welke vragen hebben patiënten over de ontvangen rekening?	17
3.3 Specifieke vragen	19
4 Discussie en aandachtspunten	23
4.1 Samenvatting huidig onderzoek	23
4.2 Beperkingen van dit onderzoek	24
4.3 Discussie en aanknopingspunten voor toekomstig beleid	25
Literatuur	27
Bijlage 1: Vragenlijst voor medewerkers financiële afdeling	29

Voorwoord

Bij de invoering van de nieuwe financieringssystematiek in ziekenhuizen, uitgedrukt in de DBC declaratiecode, werd tevens een lekenvertaling ontwikkeld, bedoeld als informatie op de facturen voor patiënten. In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennende evaluatie van rekeningen, gebaseerd op deze lekenvertaling van de DBC declaratiecode. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en DBC-Onderhoud. Het project werd gefinancierd en geïnitieerd vanuit het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Wij willen iedereen bedanken voor zijn/ haar medewerking aan het onderzoek. De NPCF en DBC-Onderhoud voor de informatievoorziening over DBC's en het belang van de lekenvertaling, de bereidheid om mee te denken over de wijze van gegevensverzameling en het benaderen van de juiste contactpersonen bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen (NFU), zodat de debiteurenafdelingen in ziekenhuizen tijdig benaderd konden worden. Daarnaast bedanken wij alle contactpersonen in de ziekenhuizen en de medewerkers van de debiteurenafdelingen, die een maand lang de vragenlijsten invulden bij elke telefonisch gestelde vraag van patiënten over rekeningen. Verder zijn wij de leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek dankbaar voor het geven van advies met betrekking tot velerlei aspecten van het onderzoek.

De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

mw. P.J. Schout, beleidsmedewerker NPCF,

mw. A.M. Walraven, accountmanager Zorginnovatie en Kwaliteit, DBC Onderhoud.

Utrecht, september 2008

1 Inleiding

Patiënten ontvangen ziekenhuisrekeningen van het ziekenhuis waar ze onderzocht of behandeld zijn, of van hun zorgverzekeraar. In het laatste geval stuurt het ziekenhuis de rekening door naar de zorgverzekeraar, die deze verwerkt in een kostenoverzicht of rekening voor de patiënt. Het recent ingevoerde Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) systeem in ziekenhuizen vormt de basis voor het benoemen van verrichtingen op de rekeningen die naar patiënten gaan. Na afloop van een behandeltraject verstuurt het ziekenhuis de rekening met daarop één bedrag voor het hele behandeltraject en de lekenvertaling van de DBC-code wordt daarbij vermeld. Alle mogelijke trajecten, die patiënten in een ziekenhuis kunnen afleggen, zijn in DBC-codes beschreven. Een behandeltraject bestaat uit alle ziekenhuisbezoeken van het eerste polibezoek tot en met de laatste controle. Het ziekenhuis heeft daarbij als taak een duidelijke en overzichtelijke rekening op te stellen.

In beide soorten rekeningen (via het ziekenhuis en via de zorgverzekeraar) wordt sinds enkele jaren gebruik gemaakt van dit nieuwe financieringssysteem op basis van DBC declaratiecodes. Zorgverzekeraars ‘vertalen’ de DBC’s in terminologie overeenkomstig hun eigen polisbeschrijvingen. Patiënten ontvangen de ziekenhuisrekening rechtstreeks vanuit het ziekenhuis als het gaat om zorg uit de aanvullende verzekering, en als het gaat om zorg die niet vergoed wordt. Dit geldt meestal ook voor mensen die een restitutiepolis hebben (vergelijkbaar met de vroegere particuliere verzekering). Navraag bij ziekenhuizen geeft aan dat heel weinig (2%-5%) van het totale aantal rekeningen rechtstreeks naar de patiënt wordt verzonden.

1.1 Aanleiding en achtergrond

De technische uitwerking van de DBC-systematiek is ontwikkeld als prestatie- en declaratiecodering voor artsen en ziekenhuizen. In de DBC-systematiek wordt een groot aantal verrichtingen geclusterd en bij de bepaling van het bedrag dat bij een traject hoort, werkt men in de codering van verrichtingen met gemiddelden die bij een bepaald behandeltraject horen. Voor patiënten is deze globale clustering vaak niet informatief en aanvankelijk heeft de presentatie van nota’s aan patiënten op basis de DBC-systematiek dan ook tot verwarring geleid.

De hieronder vermelde voorbeelden (Bron: Meldpunt NPCF) geven een beeld van de soorten problemen die patiënten met de nota’s hebben:

- De nota heeft betrekking op een kwaal die de patiënt uiteindelijk niet heeft. Dit kan het geval zijn als een patiënt voor een ziekte werd onderzocht, maar deze ziekte niet blijkt te hebben;
- Niet alle klachten zijn één op één te vertalen naar een DBC-diagnose. In dat geval wordt de meest aanverwante diagnose met een vergelijkbare inspanning van de arts op

de nota vermeld. Zo kan de patiënt een rekening krijgen voor een operatie aan de linkerteen terwijl het de linkervinger betrof;

- De patiënt (en omgeving) krijgt op de nota meer informatie dan gewenst is. Bijvoorbeeld in het geval van een moeder die met haar kind naar de arts gaat omdat ze haar man verdenkt van kindermishandeling. Het is ongewenst dat haar man later de rekening ziet waarop staat vermeld 'kindermishandeling ook seksueel geweld';
- De patiënt begrijpt de omschrijving niet.

In maart 2006 is een zogenoemde tijdelijke lekenvertaling toegevoegd aan de rekeningen, met als doel dat patiënten de rekeningen beter begrijpen. Een speciale Werkgroep Lekenvertaling heeft daarmee getracht bovenstaande problemen aan te pakken. De lekenvertaling heeft een verplichtend karakter en is geregeld in een nadere regel van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). In de werkgroep Lekenvertaling zijn alle belangrijke betrokkenen vertegenwoordigd: NVZ (Vereniging van Ziekenhuizen), NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra), DBCO (DBC-Onderhoud), NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie), Orde (van Medisch Specialisten), ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). De tijdelijke lekenvertaling houdt in dat op de nota vermeld wordt: (1) het type zorg dat verleend werd en (2) het daarbij horende specialisme.

Met deze invulling van de lekenvertaling zijn enkele keuzen gemaakt. Er is voor gekozen om geen diagnose te vermelden. Dit voorkomt weliswaar ongewenste details op de nota, maar blijft daardoor een globale weergave. Welke informatie extra nodig is zou aan patiënten gevraagd moeten worden. Een mogelijkheid zou bijvoorbeeld zijn om een diagnose omschrijving op hoofdniveau (van ICD-10: International Classification of Diseases) toe te voegen, of een globale diagnose als ziektebeeld. Verder is het mogelijk om informatie over het zorgtraject (opeenvolgende verschillende diensten van het ziekenhuis horend bij een klacht) te vermelden. Op de nota wordt nu bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt tussen *onderzoek* of *behandeling* in het ziekenhuis.

Inmiddels is sinds de invoering van de lekenvertaling de DBC-systematiek geëvalueerd en wordt een vereenvoudiging van het aanvankelijke systeem ontwikkeld, zoals blijkt uit een voortgangsrapportage van DBC-Onderhoud (juni 2007). De vernieuwde DBC-structuur zal gebaseerd worden op de ICD-10. Deze nieuwe DBC-structuur zal worden ingevoerd vanaf 2009. Om verdere aanknopingspunten voor de nieuwe lekenvertaling te formuleren moet een evaluatie van het gebruik van de huidige tijdelijke lekenvertaling, die reeds op 15 maart 2006 ingevoerd werd, plaatsvinden. Op die manier moet duidelijk worden of patiënten de presentatie duidelijk en voldoende vinden, en waar mogelijkheden voor verbetering liggen.

1.2 Doelstelling

Aanvankelijke doelstelling

De aanvankelijke doelstelling van dit project was om de tijdelijke lekenvertaling te evalueren en op basis daarvan aanbevelingen te doen voor een structurele of definitieve lekenvertaling. Het uiteindelijke doel daarvan moest zijn: een voor patiënten begrijpelijke, herkenbare omschrijving van de DBC-codering, zodat de patiënt kan traceren en controleren waarop de nota betrekking heeft.

Bijstelling oorspronkelijk plan

Bij de oriënterende gesprekken met financiële afdelingen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars werd duidelijk dat het merendeel van de ziekenhuisrekeningen (met lekenvertaling) niet rechtstreeks naar patiënten verstuurd wordt, maar via kostenoverzichten van de zorgverzekeraars bij patiënten terechtkomt. Zorgverzekeraars die het merendeel van de rekeningen naar patiënten sturen, hanteren zoals gezegd hun eigen terminologie conform de polisbeschrijvingen (Hendriks e.a., 2005). De basis voor de terminologie die zorgverzekeraars hanteren is eveneens de door de ziekenhuizen toegestuurde rekening met de DBC declaratiecode. Ook zorgverzekeraars gaan in de toekomst mogelijk gebruik maken van de daadwerkelijke lekenvertaling in hun overzichten van geleverde zorg. Op dit moment is het echter niet mogelijk om een strikte DBC lekenvertaling te evalueren op basis van de kostenoverzichten van de zorgverzekeraars. Wel is het mogelijk om kostenoverzichten met beschrijving van de gedeclareerde zorg te evalueren. Inzicht in hoe patiënten deze kostenoverzichten begrijpen kan bijdragen aan een toekomstige DBC lekenvertaling die door zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar gebruikt wordt. Daarnaast bleek uit de oriënterende gesprekken met financiële afdelingen in de ziekenhuizen dat de rekeningen die wel rechtstreeks naar patiënten gaan een zeer beperkte categorie verrichtingen en behandelingen betreft (de zogenaamde *rode* DBC's). Dit betreft DBC's, die niet vanuit het basispakket vergoed worden. Daarnaast ontvangt een klein aantal onverzekerden de nota rechtstreeks thuis.

Vanwege het geringe aantal patiënten dat rechtstreeks een ziekenhuisrekening krijgt en de beperkte groep DBC's die het betreft, heeft de begeleidingscommissie besloten het onderzoek te verbreden tot een evaluatie van alle vragen die bij ziekenhuizen binnen komen naar aanleiding van ontvangen ziekenhuisrekeningen of kostenoverzichten. In de oorspronkelijke planning van het onderzoek zouden binnen de korte looptijd ervan te weinig gegevens (met een beperkte reikwijdte) verzameld kunnen worden. Op basis van deze constatering is besloten in deze studie patiënten te bevragen over zowel rekeningen die zij ontvangen rechtstreeks verstuurd vanuit ziekenhuizen (2%-5%), als vanuit de zorgverzekeraars.

Uiteindelijke doelstelling

Het uiteindelijk benoemde doel van het onderzoek is om rekeningen en kostenoverzichten die gebaseerd zijn op de tijdelijke DBC lekenvertaling te evalueren door te kijken naar de begrijpelijkheid en controleerbaarheid. In het onderzoek gaat het vooral om het signaleren van typen vragen die patiënten hebben als zij een rekening ontvangen. Die typen vragen

moeten duidelijk maken waar aanknopingspunten voor verbetering te vinden zijn. Het onderzoek heeft daarmee een verkennend karakter gekregen en is niet alleen toegespitst op de DBC-codering.

1.3 Vraagstelling

Het onderzoek geeft antwoord op de volgende algemene vraag:

Is de informatie op nota's die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?

Deze vraag wordt in twee subvragen uitgewerkt:

1. Is de informatie op nota's gebaseerd op de lekenvertaling DBC declaratiecode (ziekenhuisnota's) die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?
2. Is de informatie op kostenoverzichten van de zorgverzekeraars die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de opzet en methoden van het onderzoek beschreven. Het derde hoofdstuk geeft de resultaten weer van het onderzoek, waarbij de resultaten worden opgesplitst voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 4 volgt een discussie met aandachtspunten voor de toekomstige rekeningen gebaseerd op de DBC lekenvertaling.

2 Werkwijze en methoden van onderzoek

2.1 Opzet van het onderzoek

In het onderzoek is gebruik gemaakt van *twee typen gegevens*:

- (1) Ter oriëntatie zijn **gesprekken** gevoerd met drie hoofden van financiële afdelingen en twee klachtencoördinatoren in ziekenhuizen. Daarnaast zijn ook enkele gesprekken gevoerd met medewerkers van financiële afdelingen bij zorgverzekeraars. Deze gesprekken hadden tot doel zicht te krijgen op de aard van vragen die patiënten stellen als zij bellen over een ontvangen rekening. Ook zijn **gesprekken** met patiënten gehouden. Helaas is dit slechts in beperkte mate uitgevoerd, omdat het moeilijk bleek om patiënten via bestaande klachtenbalies (zoals bijvoorbeeld het NPCF meldpunt voor klachten), of via ziekenhuizen te benaderen, omdat immers weinig patiënten nog rechtstreeks hun rekening daarvandaan ontvangen. De gesprekken met patiënten zijn beperkt gebleven tot enkele incidentele contacten met patiënten die vrijwillig aanboden te willen vertellen over hun ervaringen met ziekenhuisrekeningen.

De informatie van de gesprekken met hoofden van financiële afdelingen en klachtencoördinatoren in ziekenhuizen, gesprekken met medewerkers bij zorgverzekeraars en enkele interviews met patiënten is gebruikt om een korte enquête op te stellen met vragen aan patiënten.

- (2) Een *enquête* bedoeld voor patiënten die vragen hebben naar aanleiding van een ziekenhuisrekening of kostenoverzicht van verzekeraars. Via bemiddeling van de NVZ en de NFU werden hoofden van financiële afdelingen in ziekenhuizen benaderd met het verzoek of zij de medewerkers van hun debiteurenafdeling wilden laten participeren in dit onderzoek. De medewerkers op deze afdelingen beantwoordden alle telefonische vragen van patiënten over rekeningen. De beknopte enquête bedoeld voor patiënten werd aan deze medewerkers toegestuurd met de vraag of zij bij elke telefonische vraag van patiënten over rekeningen hen deze enquêtevragen wilden voorleggen. Niet alle ziekenhuizen werden benaderd, maar wel een landelijke spreiding over meerdere locaties en typen ziekenhuis (drie academische en vijf algemene ziekenhuizen).

2.2 Werkwijze

Oriëntatiefase

Ter compensatie van het geringe aantal patiënten (met klachten over rekeningen) dat benaderd kon worden als voorbereiding op de ontwikkeling van een enquête werd met drie hoofden van financiële afdelingen en twee klachtencoördinatoren gesproken. Daarbij was het van belang helder te krijgen waar patiënten vooral moeite mee hebben bij het interpreteren van hun rekeningen. De vragen van patiënten bleken heel divers te zijn. De

vragen betroffen volgens de geïnterviewden zowel de begrijpelijkheid van de termen waarmee behandelingen, onderzoeken en verrichtingen worden aangeduid, maar ook de beperkte informatie die rekeningen geven en tenslotte ook de controleerbaarheid van de bedragen. Patiënten kunnen soms hun ziekenhuisbezoek niet rijmen met het genoemde bedrag, of ze weten niet meer precies welk ziekenhuisbezoek op de gestuurde rekening bedoeld wordt als ze meerdere keren naar het ziekenhuis gingen. In de opgestelde enquête is op basis van de informatie uit de gevoerde gesprekken bij de financiële afdelingen een indeling gemaakt naar typen vragen die patiënten hebben (zie de volgende paragraaf).

Enquête

Aanvankelijk was het de bedoeling om de enquête naar patiënten toe te sturen samen met de rekening van het ziekenhuis of het kostenoverzicht van de zorgverzekeraar. Die aanpak stuitte op problemen in verband met de automatisering van het systeem bij de verzending van rekeningen of kostenoverzichten. Vooral bij zorgverzekeraars is het proces van het versturen van de kostenoverzichten volledig geautomatiseerd: tot en met het vouwen en inpakken in enveloppen. Dit proces zou deels weer handmatig gemaakt moeten worden als onze vragenlijst voor patiënten hierbij gevoegd zou worden. Vanwege dit technische obstakel is gekozen voor een telefonische enquête die door de medewerkers van de debiteurenafdelingen uitgevoerd werd. Dit betekende dat de enquête eenvoudig hanteerbaar moest zijn tijdens het voeren van een telefoongesprek.

Er werd gekozen voor een tweedeling in de enquête (zie bijlage 1):

- a. een deel bestaande uit de basisvragen over de punten in de rekening waar de patiënt problemen mee had; deze vijf vragen zouden tijdens het gesprek aangekruist moeten worden;
- b. een deel bestaande uit meer specifieke opmerkingen die de patiënt benoemde; deze vragen kon de medewerker van de afdeling na het gesprek aankruisen.

Per ziekenhuis werd een gesprek gevoerd met het hoofd van de afdeling financiën en het hoofd of de teamleider van de debiteurenafdeling. Met hen werd de procedure besproken, vooral om duidelijk te krijgen op welke wijze en in welke hoeveelheden de vragenlijsten naar de medewerkers van de afdelingen verspreid konden worden. Op basis van deze gesprekken werd per ziekenhuis een pakket samengesteld per medewerker van de afdeling debiteuren:

- vijftig tot honderd enquêtes (afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis);
 - een uitvoerige toelichting over de wijze waarop de enquête tijdens en na het telefoongesprek ingevuld moest worden;
 - een antwoordenvolpette om de ingevulde enquêtes naar het NIVEL terug te sturen.
- Voor onduidelijkheden in de procedure of de vragenlijst konden de medewerkers de onderzoekers benaderen.

Alle medewerkers vulden gedurende een maand van elk gesprek dat zij met een patiënt voerden (over een rekening) een enquêteformulier in. Na een maand werd de contactpersoon, meestal het hoofd van de afdeling debiteuren, gebeld door de onderzoekers met het verzoek alle ingevulde enquêtes in de bijgeleverde antwoord-enveloppen terug te sturen naar het NIVEL.

2.3 Gegevensverzameling en –verwerking

De vragenlijst

Het eerste deel van de vragenlijst gaat in op de basisvragen waar patiënten meestal mee komen als zij problemen hebben met de ontvangen rekening (zie voor de vragenlijst bijlage 1). De eerste en centrale vraag die tijdens het telefoongesprek door de medewerker van de debiteurenafdeling ingevuld werd, is dan ook of de patiënt vragen heeft geopperd over één van de onderstaande punten:

1. (Hoogte van) het bedrag van de rekening
2. De inhoud van de rekening

De categorie ‘inhoud’ van de rekening is verder opgesplitst naar subcategorieën:

- informatie op de rekening (voldoende en juiste informatie);
- begrijpelijkheid van de informatie op de rekening (moeilijk, onduidelijk);
- controleerbaarheid van de rekening (bedrag en informatie zijn niet te rijmen).

Naderhand is op basis van de vragen van patiënten tijdens de telefoongesprekken nog een derde hoofdcategorie toegevoegd, namelijk vragen over:

3. De betaling (betaalwijze) van de rekening. Vooral bij rekeningen die niet vergoed worden, vragen patiënten vaak om een regeling, zoals spreiding van betaling.

Buiten de hoofd- en subcategorieën waar de vragen van patiënten betrekking op hadden, is gevraagd naar geslacht en leeftijd (<50 jaar of ≥ 50 jaar). Verder werd gevraagd of zij belden naar aanleiding van een ziekenhuisrekening of een kostenoverzicht van de zorgverzekeraar. Dit hebben we de herkomst van de rekening genoemd.

Op de tweede pagina van de vragenlijst werd per bovengenoemde hoofd- en subcategorieën over de hoogte van het bedrag en de inhoud van de rekening (te weten informatie, begrijpelijkheid en controleerbaarheid) verder genuanceerd. Hier konden de medewerkers van de financiële afdelingen direct na afloop van het telefonische gesprek met een patiënt specifiekere opmerkingen noteren die patiënten eventueel noemden.

De steekproeftrekking van ziekenhuizen en representativiteit

Er werd een steekproef van ziekenhuizen benaderd. Daarbij werd gelet op landelijke spreiding en een redelijke vertegenwoordiging van academische en algemene ziekenhuizen. De wijziging van de aanpak als gevolg van een technische barrière om patiënten direct te benaderen, heeft ertoe geleid dat slechts een selecte groep patiënten bereikt werd, namelijk alleen degenen die zelf het initiatief namen om telefonisch contact op te nemen met het ziekenhuis over de rekening. Deze benadering van de populatie heeft bovendien als gevolg dat de verhouding patiënten met een ziekenhuisrekening en patiënten met een rekening van de verzekeraars geen afspiegeling is van de werkelijke verhouding tussen beide groepen. Er zullen waarschijnlijk ook patiënten met vragen over de rekening van de zorgverzekeraar rechtstreeks naar de zorgverzekeraar bellen en niet naar het ziekenhuis, waardoor er bij het ziekenhuis verhoudingsgewijs vooral patiënten bellen die een rekening van het ziekenhuis ontvingen. Beide voorgaande argumenten maken duidelijk dat de aantallen patiënten die zich melden bij het ziekenhuis met een vraag over de

rekening geenszins een afspiegeling zijn van alle patiënten die rekeningen ontvangen. De ontvangen gegevens moeten dan ook slechts geïnterpreteerd worden als indicaties voor wat er bij patiënten speelt op het gebied van informatie over rekeningen.

Zoals vooraf gepland hebben in dit onderzoek vijf algemene ziekenhuizen geparticipeerd en drie academische ziekenhuizen. De spreiding over het land is niet helemaal perfect, omdat niet alle ziekenhuizen die aanvankelijk geselecteerd werden ook mee konden doen. Verhoudingsgewijs zijn ziekenhuizen in de Randstad iets meer vertegenwoordigd in vergelijking met andere delen van het land. Wel is er voldoende differentiatie tussen grote en kleine ziekenhuizen.

Bij de vraag of patiënten bellen naar aanleiding van een rekening van het ziekenhuis of van de zorgverzekeraar is ook gevraagd naar de naam van de zorgverzekeraar. Daar heeft 75% van de patiënten op geantwoord. De spreiding van zorgverzekeraars in de populatie was redelijk groot: er werden twintig verschillende zorgverzekeraars genoemd.

Gegevensverwerking

Zoals reeds uit de voorgaande argumentatie blijkt, gaat het in dit onderzoek vooral om het signaleren van typen vragen die patiënten hebben als zij een ziekenhuisrekening ontvangen. In dit onderzoek worden dan ook beschrijvende analyses gedaan over hetgeen door patiënten naar voren wordt gebracht. Is er onder patiënten behoefte aan meer informatie, of duidelijker beschrijvingen, meer uitleg bij het tot stand komen van het bedrag?

Het vergelijken van ziekenhuizen is niet zinvol, omdat er teveel factoren een rol hebben gespeeld in de aantallen vragen die bij een ziekenhuis binnenkomen. Zo is deze enquête bij de deelnemende ziekenhuizen begin 2008 uitgezet. Echter bij het ene ziekenhuis is gestart op het moment dat veel patiënten zich meldden met vragen over de no-claim 'afrekening' door zorgverzekeraars, terwijl een ander ziekenhuis net drie weken later startte en deze tijdelijke drukte niet meer in dit onderzoek heeft meegenomen. Ook hebben sommige ziekenhuizen een paar vaste uren per dag waarop patiënten kunnen bellen en andere ziekenhuizen kunnen de hele dag door gebeld worden. Om die redenen zijn er geen kwantitatief-vergelijkende analyses uitgevoerd.

Uiteraard is het wel zinvol om na te gaan of het type vragen dat patiënten stellen over ziekenhuisrekeningen en over kostenoverzichten van de zorgverzekeraars van een andere aard zijn. Dat zou kunnen betekenen dat de lekenvertaling DBC declaratiecode die op de ziekenhuisrekening staat tot andere vragen leidt dan de terminologie die de zorgverzekeraars gebruiken op hun kostenoverzichten. Daarom zijn de resultaten apart voor deze twee groepen geanalyseerd. Er is daarbij nergens getoetst op verschillen.

2.4 Aantallen patiënten met vragen per ziekenhuis

In tabel 2.1 staat weergegeven hoeveel patiënten per ziekenhuis een vraag hebben voorgelegd aan medewerkers van de debiteurenafdeling. De meldingen van vragen zijn duidelijk divers.

Tabel 2.1: Aantal patiënten met een vraag over de rekening (per ziekenhuis)

Ziekenhuis	Aantal patiënten met vraag over rekening	Vraag over zieken- huisrekening	Vraag over kosten- overzicht zorgverzekeraar
	N	N	N
1. Algemeen ziekenhuis (groot)	84	52	31
2. Algemeen ziekenhuis (klein)	35	4	30
3. Algemeen ziekenhuis (groot)	41	26	15
4. Algemeen ziekenhuis (klein)	12	1	11
5. Algemeen ziekenhuis (klein)	13	3	9
6. Academisch ziekenhuis	134	78	30
7. Academisch ziekenhuis	48	39	8
8. Academisch ziekenhuis	10*	2	106
Totaal	377 ¹	205 ¹	140 ¹

* Vanwege reorganisatie slechts 10 dagen meegedaan.

¹ Van 32 patiënten is niet bekend of ze een ziekenhuisrekening hadden ontvangen of een kostenoverzicht van de zorgverzekeraar.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Daarbij worden eerst enkele kenmerken van de patiënten beschreven, en vervolgens worden de resultaten met betrekking tot rekeningen weergegeven. De resultaten staan steeds uitgesplitst voor de ziekenhuisrekeningen en de kostenoverzichten van de zorgverzekeraars.

3.1 Kenmerken van de patiënten

In totaal hebben 377 mensen gebeld in de onderzoeksperiode. Tabel 3.1 geeft globaal de leeftijd van de patiënten die belden weer, alsmede hun geslacht. Ook is weergegeven of de patiënt al eerder een rekening heeft ontvangen in het verleden.

Tabel 3.1: Demografische gegevens van patiënten die belden; n=aantal ingevulde vragenlijsten (door medewerkers van financiële afdelingen)

	N	%
Leeftijd		
Jonger dan 50 jaar	235	62,3
50 jaar of ouder	109	28,9
Onbekend	33	8,8
Geslacht	136	36,1
Man	206	54,6
Vrouw	35	9,3
Onbekend		
Al eerder rekening gehad		
Ja	160	42,4
Nee	144	38,2
Onbekend	73	19,4

In totaal belden 136 mannen en 206 vrouwen op naar de financiële afdeling van het ziekenhuis. Van 35 mensen was het geslacht onbekend. Het merendeel (62%) van de bellers was jonger dan 50 jaar. Bijna de helft van de patiënten (42%) gaf aan al vaker een rekening of kostenoverzicht te hebben gehad.

3.2 Welke vragen hebben patiënten over de ontvangen rekening?

In tabel 3.2 staan de resultaten weergegeven van de hoofdvraag in de vragenlijst: '*wat was voor de patiënt de aanleiding om telefonisch contact op te nemen over de ontvangen rekening?*'. Hierbij kon de medewerker van de financiële afdeling meerdere antwoorden aankruisen. De resultaten in tabel 3.2 zijn de gegevens over alle patiënten samen, maar

staan ook apart weergegeven voor patiënten die hun rekening van het ziekenhuis hebben gekregen en patiënten die hun rekening via hun zorgverzekeraar hebben gekregen.

Tabel 3.2: Reden voor telefonisch contact

Reden	Ja (%) ¹		
	allen (N=377)	ziekenhuis* (N=205)	zorg- verzekeraar* (N=140)
De patiënt heeft een vraag of opmerking over het bedrag van de rekening	118 (31,3%)	74 (36,1%)	40 (28,6%)
De patiënt heeft een vraag of opmerking over de inhoud van de rekening	216 (57,3%)	127 (62,0%)	82 (58,6%)
De patiënt heeft een vraag of opmerking over de betaling van de rekening	67 (17,8%)	36 (17,6%)	21 (15,0%)
De patiënt heeft een andere vraag of opmerking over de rekening	77 (20,4%)	23 (11,2%)	37 (26,4%)

* De aantallen patiënten via de zorgverzekeraar en ziekenhuis samen komen niet altijd volledig overeen met de aantallen in totaal, omdat niet voor iedere patiënt is ingevuld of de rekening via het ziekenhuis of via de zorgverzekeraar kwam.

¹ De percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal melders van vragen en tellen niet op tot 100%.

Het bleek dat de meeste vragen en opmerkingen van patiënten betrekking hadden op de inhoud van de rekening (57% van de 377 mensen die belden). Over het bedrag van de rekening werd door 31% van de patiënten een vraag gesteld dan wel een opmerking gemaakt. Er werden ook veel vragen gesteld over de betaling van de rekening. Deze aanleiding voor telefonisch contact was oorspronkelijk niet meegenomen als antwoordcategorie in de vragenlijst. Tijdens de analyse bleek echter dat antwoorden omtrent de betaling relatief veel voorkwamen; daarom is besloten om antwoorden die betrekking hebben op de betaling van de rekening als aparte antwoordcategorie te analyseren. In totaal was dit voor 18% van de mensen die belden een aanleiding voor het telefonisch contact. Ook was er een groep van 77 mensen (20% van de 377 mensen die belden) die een andere vraag of opmerking hadden over de rekening. Voorbeelden van opmerkingen die tot deze categorie hoorden zijn vragen over de eigen bijdrage, de no-claim overzichten en verzekeringsgegevens.

In het algemeen werden er vaker vragen gesteld naar aanleiding van een rekening van het ziekenhuis dan naar aanleiding van een rekening van de zorgverzekeraar. Verder bleek dat alle soorten vragen of opmerkingen meer werden gesteld door mensen jonger dan 50 jaar dan door ouderen, en er belden meer vrouwen dan mannen.

3.3 Specifieke vragen

De tabellen 3.3 tot en met 3.6 geven vervolgens de resultaten van de nadere nuancering die patiënten gaven wat betreft hun vragen over de rekening. Dit is in feite een vervolg op de eerder genoemde hoofdvraag van tabel 3.2. De medewerkers van de financiële administratie konden na het telefonische gesprek een nadere specificatie geven van hetgeen de patiënten benoemd hadden. Die nuancering betrof de onderwerpen ‘hoogte van de rekening’ (tabel 3.3), en de drie subcategorieën betreffende vragen over de ‘inhoud van de rekening’, namelijk ‘informatie over de rekening’ (tabel 3.4), ‘begrijpelijkheid van de rekening’ (tabel 3.5), en ‘controleerbaarheid van de rekening’ (tabel 3.6).

De meest genoemde nuancering was dat het bedrag op de rekening te hoog was, of niet gerelateerd aan de ontvangen zorg (14% van de 377 mensen die belden; zie tabel 3.3). Een ander veel genoemd probleem was dat de patiënt niet wist dat hij/zij een rekening zou ontvangen (ook 14% van de 377 mensen die belden), hetgeen te maken heeft met de controleerbaarheid van de rekening (tabel 3.6).

Hoogte van de rekening

Zoals reeds vermeld leidt vooral de relatie tussen de hoogte van het bedrag en de ontvangen zorg tot vragen en opmerkingen bij patiënten (ruim 14% van alle telefoontjes; tabel 3.3). Wat betreft de hoogte van de rekening kwamen er verhoudingsgewijs meer telefoontjes binnen naar aanleiding van kostenoverzichten van zorgverzekeraars dan naar aanleiding van ziekenhuisrekeningen.

Tabel 3.3: Nuancering ‘Hoogte van de rekening’

Hoogte van de rekening	Ja (%)		
	allen (N=377)*	ziekenhuis (N=205)*	zorgverzekeraar (N=140)*
- het bedrag is te hoog, niet gerelateerd aan de ontvangen zorg	53 (14,1%)	28 (13,7%)	24 (17,1%)
- vooraf niet geweten wat de kosten zouden zijn	30 (8,0%)	15 (7,3%)	15 (10,7%)
- anders	31 (8,2%)	13 (6,3%)	16 (11,4%)

* De percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal melders van vragen en tellen niet op tot 100%

Informatie over de rekening

De eerste subcategorie die de inhoud van de rekening betreft, is de ‘informatie’ die de rekening geeft. Vragen over de informatie op de rekening werden in het algemeen door minder dan 10% van de patiënten gemeld (tabel 3.4). Het betreft vooral opmerkingen over onvoldoende informatie over het onderzoek en de behandeling in het ziekenhuis, maar ook dat er te weinig uitleg gegeven wordt. De categorie ‘anders’ bij de kostengezichten van de zorgverzekeraar (17,1%) betrof vooral vragen en opmerkingen over onjuiste gegevens op de rekening, zoals onjuiste naam of adressering. Ook ging het hier om opmerkingen dat de kosten relatief laat gedeclareerd worden. Verhoudingsgewijs

leidden de kostenoverzichten van de zorgverzekeraars tot iets meer vragen of opmerkingen over de informatie in vergelijking met de ziekenhuisrekeningen.

Tabel 3.4: Nuancering ‘Informatie over de rekening’

Informatie over de rekening	Ja (%)		
	allen (N=377)*	ziekenhuis (N=205)*	zorg- verzekeraar (N=140)*
- informatie te algemeen	18 (4,8%)	9 (4,4%)	9 (6,4%)
- te weinig informatie op de rekening over de klacht	10 (2,7%)	3 (1,5%)	7 (5,0%)
- te weinig informatie op de rekening over het onderzoek/ de behandeling	34 (9,0%)	16 (7,8%)	17 (12,1%)
- geen goede uitleg bij de rekening	35 (9,3%)	14 (6,8%)	20 (14,3%)
- anders	34 (9,0%)	10 (4,9%)	24 (17,1%)

* De percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal melders van vragen en tellen niet op tot 100%.

Begrijpelijkheid van de rekening

Wat betreft de begrijpelijkheid van de rekening, gaven 44 mensen (12%) aan dat ze de rekening niet begrepen, 29 mensen (8%) meldden dat de (DBC)-code met omschrijving niet te begrijpen was, en 21 mensen (6%) dat de informatie te algemeen was (zie tabel 3.5).

Tabel 3.5: Nuancering ‘Begrijpelijkheid van de rekening’

Begrijpelijkheid van de rekening	Ja (%)		
	allen (N=377)*	ziekenhuis (N=205)*	zorg- verzekeraar (N=140)*
- de hele rekening is niet te begrijpen	44 (11,7%)	26 (12,7%)	17 (12,1%)
- omschrijving is niet te begrijpen door moeilijk taalgebruik	5 (1,3%)	5 (2,4%)	0 (0,0%)
- informatie is te algemeen	21 (5,6%)	9 (4,4%)	12 (8,6%)
- de (DBC) code met omschrijving is niet te begrijpen	29 (7,7%)	14 (6,8%)	14 (10,0%)
- niet in staat om op internet de (DBC) code op te zoeken	3 (0,8%)	2 (1,0%)	1 (0,7%)
- anders	15 (4,0%)	9 (4,4%)	6 (4,3%)

* De percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal melders van vragen en tellen niet op tot 100%

Voor deze problemen rondom begrijpelijkheid belden verhoudingsgewijs ongeveer evenveel mensen naar aanleiding van ziekenhuisrekeningen als naar aanleiding van kostenoverzichten van de zorgverzekeraar. Bij de overzichten van zorgverzekeraars lijken alleen net iets meer problemen te bestaan met de algemeenheid van de informatie en de omschrijving van de DBC code.

Controleerbaarheid van de rekening

Wat de controleerbaarheid van de rekening betreft, werd er veel gebeld omdat men niet wist dat er een rekening gestuurd zou worden (14% van alle telefoontjes, tabel 3.6). Daarnaast werd relatief vaak gemeld dat de patiënt niet wist, dat hij/zij in het ziekenhuis was geweest (N= 38; 10%). En tenslotte werden er diverse andere redenen genoemd, die met controleerbaarheid te maken hebben (N= 40; 11%). De categorie 'anders' bij de telefoontjes naar aanleiding van een kostenoverzicht van de zorgverzekeraar (15,0%) betrof vooral opmerkingen over controleerbaarheid van het tijdstip van de behandeling, zoals de begin en einddatum van de DBC. Opvallend is dat vooral mensen met een ziekenhuisrekening aangaven, dat ze niet wisten dat ze een rekening zouden ontvangen. Mensen met een kostenoverzicht van de zorgverzekeraar belden vaker om aan te geven dat ze helemaal niet in het ziekenhuis waren geweest.

Tabel 3.6: Controleerbaarheid van de rekening

Controleerbaarheid van de rekening	Ja (%)		
	allen (N=377)*	ziekenhuis (N=205)*	zorg- verzekeraar (N=140)*
- patiënt weet niet dat hij/zij rekening zou ontvangen	51 (13,5%)	44 (21,5%)	6 (4,3%)
- patiënt is niet op de hoogte dat hij / zij (een deel van) de rekening moet betalen	22 (5,8%)	13 (6,3%)	9 (6,4%)
- de rekening past niet bij het ziekenhuisbezoek	29 (7,7%)	11 (5,4%)	18 (12,9%)
- patiënt herinnert zich niet in het ziekenhuis te zijn geweest	38 (10,1%)	12 (5,9%)	24 (17,1%)
- patiënt is vaker in ziekenhuis geweest en weet niet van welk bezoek de rekening is	8 (2,1%)	3 (1,5%)	4 (2,9%)
- patiënt is niet op de hoogte van de kosten / het bedrag	20 (5,3%)	11 (5,4%)	9 (6,4%)
- patiënt vindt kosten / het bedrag te hoog	26 (6,9%)	14 (6,8%)	11 (7,9%)
- anders	40 (10,6%)	18 (8,8%)	21 (15,0%)

* De percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal melders van vragen en tellen niet op tot 100%.

4 Discussie en aandachtspunten

4.1 Samenvatting huidig onderzoek

Dit onderzoek had als doel om ziekenhuisrekeningen en kostenoverzichten van zorgverzekeraars, gebaseerd op de lekenvertaling van de DBC code, te evalueren. Sinds 15 maart 2006 is er een tijdelijke lekenvertaling bij de DBC-systematiek in gebruik. De DBC-systematiek is in wezen een prestatie- en declaratiecodering voor de verrichtingen van artsen. Mede daardoor is de vertaling van de DBC-systematiek naar begrijpelijke terminologie voor patiënten niet altijd eenvoudig.

De vraagstelling van het onderzoek was:

'Is de informatie op nota's die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?'

Deze vraag werd in twee subvragen uitgewerkt:

- Is de informatie op nota's gebaseerd op de lekenvertaling DBC declaratiecode (ziekenhuisnota's) die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?
- Is de informatie op kostenoverzichten van de zorgverzekeraars die patiënten ontvangen voldoende, duidelijk en controleerbaar voor patiënten?

Van de patiënten die belden in dit onderzoek, had meer dan de helft vragen over de inhoud van de rekening of het kostenoverzicht. Vragen over het bedrag werden door één op de drie patiënten gesteld. De meeste vragen hadden daarbij te maken met het feit dat het bedrag te hoog zou zijn, of niet gerelateerd aan de ontvangen zorg. Kijken we specifiek naar de verschillende aspecten die met de inhoud van de rekening te maken hebben, dan valt het volgende op. Allereerst is het opvallend dat ondanks dat er veel mensen bellen over inhoud van de rekening, er weinig mensen echt speciaal voor één specifiek onderwerp bellen: vragen over de inhoud van de rekening zijn dus erg versnipperd. Meest opvallende problemen zijn dat mensen de hele rekening niet begrijpen en dat mensen niet wisten dat zij een rekening zouden ontvangen.

Verder is voor één op de tien mensen de informatie niet voldoende om te kunnen traceren waarop de rekening betrekking heeft (welke behandeling of onderzoek). Vooral naar aanleiding van de kostenoverzichten van de zorgverzekeraars werd gebeld omdat men de DBC code met omschrijving niet begreep. De gebruikte terminologie is voor een kleine groep patiënten blijkbaar nog onvoldoende in 'lekentaal' omgezet, met name als het gaat om de kostenoverzichten van de zorgverzekeraars. Verder blijkt dat één op de zes mensen die bellen de hoogte van het bedrag niet kan relateren aan de ontvangen zorg. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de informatie op de rekening voor een klein aantal patiënten niet geheel toereikend is.

Aspecten waar opvallend weinig vragen over komen, betreffen het opzoeken van de DBC code (op internet) en het taalgebruik. Opvallend is ook dat er niet vaak werd gezegd dat de informatie te algemeen zou zijn, of onvoldoende, terwijl deze thema's wel duidelijk in de oriëntatiegesprekken in het begin van het onderzoek naar voren waren gekomen.

De vraag of er *voldoende informatie* op de rekeningen staat kan op twee manieren beantwoord worden. Enerzijds blijkt dat patiënten vinden dat in het algemeen er voldoende informatie beschikbaar is, want patiënten maken weinig concrete opmerkingen over onvoldoende informatie op de rekening. Anderzijds lijkt er in de informatie wel meer specificatie mogelijk omtrent bepaalde aspecten, zodat men de relatie kan leggen tussen het bedrag en de ontvangen zorg. In dat opzicht kan gesteld worden dat er toch niet voldoende informatie aanwezig is om daadwerkelijk die relatie te kunnen leggen.

In principe bieden de resultaten van dit onderzoek geen specifieke nuancerings over onduidelijkheid van de informatie op de rekeningen voor patiënten. Echter, het feit dat veel mensen zeggen dat de hele rekening niet te begrijpen is, zegt natuurlijk wel wat over de *duidelijkheid*, maar het is moeilijk vast te stellen waar de knelpunten precies liggen. Wellicht zijn die te vinden in de relatie tussen de ontvangen zorg en het bedrag dat ze moeten betalen. De duidelijkheid zou dus met name verbeterd kunnen worden als het gaat om aspecten rondom controleerbaarheid.

Bij vragen over de *controleerbaarheid* bleek één op de zeven mensen die belden niet te weten dat zij een ziekenhuisrekening zouden ontvangen en één op de tien kon zich geen ziekenhuisbezoek herinneren. Hieruit blijkt dat voor een deel van de patiënten de informatie op de rekening niet toereikend is om te kunnen traceren of nagaan waarom zij een rekening hebben ontvangen.

4.2 Beperkingen van dit onderzoek

De aanvankelijk beoogde onderzoeksopzet om gedurende een maand alle patiënten te benaderen die thuis een rekening van het ziekenhuis ontvangen, bleek niet uitvoerbaar. Ten eerste versturen ziekenhuizen slechts een klein aantal rekeningen rechtstreeks naar patiënten (2%-5%). De overige rekeningen stuurt het ziekenhuis rechtstreeks naar de zorgverzekeraars. Ten tweede bleek het niet mogelijk om bij de zorgverzekeraars een vragenlijst met het kostenoverzicht naar de patiënt mee te sturen, vanwege het geautomatiseerde systeem van verwerking. Het alternatieve scenario dat vervolgens gekozen werd hield in dat de populatie patiënten bereikt werd, die zelf het initiatief neemt om vragen te stellen over de ontvangen rekening of kostenoverzicht.

Vanuit het oorspronkelijke onderzoeksplan was al een steekproef onder ziekenhuizen getrokken en contacten gelegd met de afdelingen financiën van deze ziekenhuizen. Om de voortgang van het onderzoek niet buitenmate te vertragen, is dankbaar gebruik gemaakt van de medewerking van de afdelingen financiën bij de alternatieve onderzoeksopzet. Deze verandering heeft ertoe geleid dat dit onderzoek vooral een signalerende functie heeft.

Het feit dat alleen patiënten benaderd werden, die zelf het initiatief namen om informatie heeft ook een positieve kant. Deze patiënten hebben geprobeerd de rekening te begrijpen en hadden blijkbaar niet voldoende aan het schriftelijk overzicht dat zij ontvingen. Op deze wijze hebben we een populatie kunnen benaderen, die voor het doel van deze studie relevante informatie kan geven. Dit neemt niet weg dat naast deze populatie nog twee andere bronnen benaderd zouden kunnen worden om informatie in te winnen over duidelijkheid, controleerbaarheid en de hoeveelheid informatie die patiënten nodig hebben. In de eerste plaats zouden ook patiënten die zorgverzekeraars benaderen met vragen over de rekening benaderd moeten worden om een beter totaalbeeld te krijgen van de behoefte aan informatie. In de tweede plaats is het van belang om na te gaan of bij de vertaalslag van de ziekenhuisrekening naar een kostenoverzicht van zorgverzekeraars de informatie naar patiënten meer of minder adequaat wordt. Beide bronnen zouden in een nader onderzoek betrokken kunnen worden.

Een andere beperking van dit onderzoek zijn de verschillen in dataverzameling bij de ziekenhuizen. Niet alle ziekenhuizen kunnen de hele dag benaderd worden met vragen over de rekeningen. Een aantal van hen beperkt de telefonische informatietijden tot enkele uren per dag. Dit betekent dat bij het ene ziekenhuis een maand lang hele dagen de telefonische vragen van patiënten geïnventariseerd werden en bij andere ziekenhuizen gedurende een maand er slechts enkele uren per week gebeld kon worden. Dit heeft geleid tot verschillen in aantallen gesprekken die verzameld werden per ziekenhuis.

4.3 Discussie en aanknopingspunten voor toekomstig beleid

Ondanks het feit dat deze verkennende studie ‘slechts’ een signalerend karakter heeft, kunnen wel enkele verbeterpunten genoemd worden over de informatie op rekeningen aan patiënten. Voor een (relatief kleine) groep patiënten blijkt de informatie die zij krijgen niet toereikend te zijn, met name als het gaat om controleerbaarheid.

De behoefte aan aanvullende verheldering van informatie op de rekeningen heeft slechts ten dele te maken met de inhoud en terminologie van de DBC-code. De behoefte van patiënten ligt meer in de sfeer van traceerbaarheid: de relatie tussen ontvangen dienst of zorg met de vermelde kosten. Dit is niet alleen een vraag om inhoudelijke verheldering, maar een vraag om specifiekere aanduiding van tijdstip en een globale aanduiding van het zorgtraject. DBC Onderhoud heeft in de besprekingen van de begeleidingscommissie duidelijk gemaakt dat in termen van DBC's tijdsaanduidingen beperkt mogelijk zijn. Er kan een begin- en einddatum aangegeven worden waarbinnen alle zorg en dienstverlening met betrekking tot een DBC heeft plaatsgevonden. Voor patiënten zal de vermelding van deze beide tijdstippen op de rekening wellicht de mogelijkheid bieden om het bedrag op de rekening te kunnen relateren aan de ontvangen zorg en diensten in die periode. Wat betreft een nadere aanduiding op de rekening van de verleende zorg of dienst kan in de terminologie van DBC's gedacht worden aan het vermelden van de ‘essentiële verrichtingen’ die voor een patiënt binnen een DBC van toepassing waren. Ook de vermelding van essentiële verrichtingen kan de patiënt mogelijk helpen om de relatie te leggen tussen ontvangen zorg of dienst en het bedrag op de rekening.

Een ander punt van aandacht heeft ook te maken met de controleerbaarheid van de rekening. Het feit dat één op de zeven mensen niet wist dat ze een rekening zouden krijgen, kan betekenen dat zij hun polisvoorwaarden niet kennen. Uiteraard hebben patiënten zelf een verantwoordelijkheid om zich hiervan op de hoogte te stellen. Toch is het ook van belang dat bij bepaalde behandelingen of onderzoek vooraf aan patiënten duidelijk gemaakt wordt, dat (delen van) de behandeling of het onderzoek niet vergoed zullen worden.

Een volgend punt betreffende de controleerbaarheid is het feit dat mensen zich niet herinneren in het ziekenhuis te zijn geweest. Dit kan uiteraard weer een omissie zijn, die bij de verantwoordelijkheid van de patiënt hoort. Het zou echter ook specifiek betrekking kunnen hebben op typen zorg of diensten waarvoor een patiënt niet naar het ziekenhuis gaat, maar die wel op een ziekenhuisrekening terecht komen. Men kan hierbij denken aan laboratoriumonderzoeken, waarvoor een patiënt niet zelf naar het ziekenhuis gaat. In dat geval is een toelichting in tijdsaanduiding en type onderzoek op de rekening verhelderend. Daarnaast kan ook ten aanzien van dit punt goede voorlichting een belangrijke rol vervullen.

Zonder in detail te benoemen wat er in de informatie aan patiënten ontbreekt, kan op basis van deze studie een aantal te verbeteren aspecten genoemd worden. Het betreft informatie die op de rekening toegevoegd kan worden, zodat mensen de rekening kunnen controleren en begrijpen:

1. het tijdstip/de tijdstippen (of de periode) waarop het ziekenhuis een dienst of zorg verleende, of in termen van DBC's betreft dit het vermelden van de begin- en einddatum van de DBC;
2. de aard van de dienst of zorg die verleend werd in termen van behandeling, dan wel onderzoek en in DBC-terminologie betreft het dan de vermelding van de 'essentiële verrichtingen';
3. uitleg bij het bedrag, vooral als het één bedrag is, dat in rekening wordt gebracht voor een heel traject van meerdere diensten of zorgmomenten die het ziekenhuis verleende. Er kan gedacht worden aan een standaardzin op de rekening zoals 'U heeft één of meerdere malen gebruik gemaakt van de diensten van het ziekenhuis'.

Kort gezegd, zowel in schriftelijke informatievervalsing bij de rekening als in voorlichting en informatie voorafgaand aan ziekenhuisbehandeling of -onderzoek kan meer helderheid geboden worden over de kosten en de presentatie daarvan.

Deze aanbevelingen betreffen uiteraard niet alleen aanpassingen op ziekenhuisrekeningen in termen van een lekenvertaling. De lekenvertaling van de DBC's wordt ook vermeld op de ziekenhuisrekeningen die naar zorgverzekeraars gaan en als zodanig vormt zij ook de basis van de kostenoverzichten van zorgverzekeraars. De verscheidenheid die nu op kostenoverzichten van verschillende zorgverzekeraars gepresenteerd wordt, zou in het kader van begrijpelijkheid en controleerbaarheid eenduidiger kunnen worden, als zorgverzekeraars ook de DBC lekenvertaling vermelden.

Literatuur

DBC Onderhoud, (2007) *DBC's op weg naar transparantie Deel III, Voortgangsrapportage*, Utrecht: DBC Onderhoud.

M. Hendriks, D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts, W. Brouwer, P. Spreeuwenberg, (2005) *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*, Utrecht: NIVEL

Bijlage 1: Vragenlijst voor medewerkers financiële afdeling



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Vragenlijst voor telefonisch contact met patiënt over rekening van het ziekenhuis of kostenoverzicht van zorgverzekeraar

Als de patiënt vragen of een klacht heeft over de rekening of het ontvangen kostenoverzicht, wit u dan hieronder aangeven wat de aanleiding voor het telefonisch contact is (vraag 1).

Daarna willen we graag een paar algemene punten registreren (vraag 2 t/m 5). Tenslotte kunt u wat nauwkeuriger aangeven wat de patiënt in het gesprek vooral benadrukt. Daarbij kunt u meerdere mogelijkheden aankruisen (vraag 6 t/m 9). U kunt deze punten eventueel na het gesprek aankruisen.

Neem bij vragen contact op met Tom Nuijen (030 - 272 98 33) of met Phil Heiligers (030-2729762).

Aanleiding van telefonisch contact

1. **Wat was voor de patiënt de aanleiding om telefonisch contact op te nemen?**
(meerdere antwoorden zijn hier mogelijk)
- De patiënt heeft een vraag of opmerking over het bedrag van de rekening
 - De patiënt heeft een vraag of opmerking over de inhoud van de rekening
 - Informatie op de rekening (onvoldoende, niet kloppend)
 - Begrijpelijkheid van de informatie (moeilijk, onduidelijk)
 - Controleerbaarheid (bedrag is niet na te gaan met de informatie die erbij staat)

Algemene vragen

2. **Heeft de patiënt al vaker een rekening of kosten overzicht gehad?**
- Ja
 - Nee
3. **Herkomst van rekening**
- Ziekenhuis
 - Zorgverzekeraar: Naam zorgverzekeraar
4. **Is de patiënt ouder of jonger dan 50 jaar?**
- Jonger dan 50
 - 50 jaar of ouder
5. **Geslacht van patiënt?**
- Man
 - Vrouw

Nadere probleemaanduiding

6. Hoogte van rekening (meerdere antwoorden zijn hier mogelijk)

Patiënt geeft aan:

- dat het bedrag te hoog is, gerelateerd aan de ontvangen zorg
- vooraf niet te hebben geweten wat de kosten zouden zijn
- anders, nl.

7. Informatie over de rekening (meerdere antwoorden zijn hier mogelijk)

Patiënt geeft aan:

- de informatie te algemeen te vinden
- dat op de rekening te weinig informatie staat over de klacht
- dat op de rekening te weinig informatie staat over het onderzoek/behandeling
- dat er geen goede uitleg is bij de rekening
- anders, nl.

8. Begrijpelijkheid van de rekening (meerdere antwoorden zijn hier mogelijk)

Patiënt geeft aan:

- de hele rekening niet te begrijpen
- de omschrijving niet te begrijpen door te moeilijk woordgebruik
- dat de informatie te algemeen is
- de (DBC)- code met omschrijving niet te begrijpen
- niet in staat te zijn om op internet de (DBC)-code op te zoeken
- anders, nl.

9. Controleerbaarheid van de rekening (meerdere antwoorden zijn hier mogelijk)

Patiënt geeft aan:

- dat deze niet wist een rekening te ontvangen
- dat deze niet wist zelf (een deel van) de rekening te moeten betalen
- dat de rekening niet past bij het ziekenhuisbezoek (kan de relatie niet leggen met het bedrag)
- zich niet meer te herinneren in het ziekenhuis te zijn geweest
- vaker in het ziekenhuis te zijn geweest en niet te weten van welk bezoek deze rekening is
- niet op de hoogte te zijn geweest van de kosten/het bedrag
- dat de kosten/het bedrag te hoog zijn
- anders, nl.