

---

## BEHANDELING DOOR DE DERMATOLOOG: WORDT HET VERGOED ?

---

### VERWIJZING NAAR DE DERMATOLOOG

Dermatologische aandoeningen komen heel vaak voor. De huisarts ziet in zijn dagelijkse praktijk veel huidproblemen. De meeste daarvan kunnen door de huisarts zelf goed worden herkend en behandeld. Soms is doorverwijzing naar een dermatoloog (huidarts) nodig. De huisarts schrijft daarvoor een **verwijsbrief** en neemt contact op met een dermatoloog in de buurt of in een ziekenhuis. Indien u een verwijsbrief heeft gekregen dan wordt de zorg meestal vergoed door uw ziektekostenverzekering.

#### **Verwijsbrief is nodig**

Let op: er zijn nieuwe strengere regels gekomen in 2013 - zonder verwijsbrief kan het voorkomen dat uw bezoek aan de dermatoloog niet vergoed wordt. Vraag dus altijd de huisarts of een andere verwijzende arts om een verwijsbriefje. Indien u voor een spoedklacht bent doorgestuurd, kunt u ook later de verwijsbrief inzenden of inleveren.

#### **Eigen risico**

Let op uw eigen risico van de zorgverzekering. Dit eigen risico verschilt per polis, u kunt zelf de hoogte van het eigen risico bepalen. Een hoog eigen risico geeft een lagere maandpremie. Maar als u een hoog eigen risico heeft, bijvoorbeeld 500 euro, dan moet u alle rekeningen zelf betalen totdat dit bedrag van 500 euro is bereikt, pas daarna gaat uw zorgverzekeraar vergoeden.

#### **Zorg in natura polissen**

Er zijn hele goedkope polissen waarbij u niet meer zomaar bij elke dermatoloog terecht kunt. Bij deze zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar tariefafspraken gemaakt met bepaalde ziekenhuizen of met bepaalde dermatologen. U zult dan ook daar naar toe moeten. Als u toch naar een andere dermatoloog wilt, waarmee uw verzekeraar geen afspraken heeft gemaakt, dan kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. Soms kan dit fors in de papieren lopen. Of uw natura zorgverzekeraar een contract heeft met een bepaald ziekenhuis zult u zelf moeten opvragen bij uw zorgverzekeraar. Uw huisarts beschikt niet over deze informatie. De huisarts kan onmogelijk bijhouden welke prijsafspraken de zorgverzekeraars hebben gemaakt met al die verschillende specialisten.

### WAT KOST EEN BEZOEK AAN DE DERMATOLOOG ?

Vroeger was deze vraag heel eenvoudig te beantwoorden omdat er vaste tarieven waren. Tegenwoordig zijn er zeer ingewikkelde vergoedingsregels die tot stand zijn gekomen omdat de politici en de zorgverzekeraars wilden dat er **marktwerking in de zorg** zou komen. Hierdoor is er een grote chaos ontstaan. Niemand weet meer wat een behandeling kost. De administratie is heel arbeidsintensief geworden. De ziekenhuizen en de zorgverzekeraars hebben veel extra personeel moeten inhuren om de zorgadministratie uit te voeren volgens de nieuwe regels. Er is een grote achterstand in de administratie en er worden veel fouten gemaakt. En het werkt niet: de kosten van de gezondheidszorg zijn sinds het invoeren van marktwerking in de zorg niet gedaald maar juist gestegen. Er wordt niet meer gewerkt met vaste tarieven voor behandelingen, maar met '**zorgproducten**' die door zorgverzekeraars worden ingekocht. Er wordt onderhandeld over de prijzen. In het ene ziekenhuis is een behandeling daarom duurder of goedkoper dan in een ander ziekenhuis. Ook de bedragen die verschillende zorgverzekeraars betalen voor dezelfde behandeling in hetzelfde ziekenhuis zijn niet hetzelfde. Omdat de **prijsafspraken** ook nog eens geheim worden gehouden door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars is het voor de gemiddelde patiënt niet meer mogelijk om er achter te komen wat een verwijzing naar de dermatoloog kost.

Voor de introductie van de marktwerking in de zorg kostte een bezoek aan de dermatoloog niet veel, enkele tientjes. Nu kan het oplopen tot honderden euro's. Dit komt door het nieuwe systeem van bekostigen, genaamd **DBC (diagnose-behandel-combinatie)**. Dit zijn gemiddelde prijzen voor een bepaalde aandoening. De prijzen zijn echter zo vastgesteld dat de behandeling ongeveer kostendekkend zou moeten zijn voor de financiering van het **hele** ziekenhuis. Dat betekent dat er in de rekening allerlei fictieve bedragen worden opgevoerd (overhead kosten). Er wordt bijvoorbeeld een percentage voor de anesthesie in rekening gebracht terwijl u nooit onder narcose bent geweest. Er wordt een percentage voor pathologisch onderzoek van de huid in rekening gebracht terwijl dit onderzoek nooit is verricht. Alle kosten die het gehele ziekenhuis maakt, inclusief de kosten van het gebouw, de huur, de verwarming, alle managers, de financiële administratie, het beddenhuis, de intensive care, etcetera worden verwerkt in de rekening. Daarom rollen er van die absurd hoge rekeningen uit voor eenvoudige behandelingen. De meeste patiënten krijgen die rekeningen niet onder ogen omdat ze direct doorgaan naar de zorgverzekeraars. Wie niet of niet goed verzekerd is krijgt ze wel onder ogen en zal schrikken. Vaak worden

medisch specialisten vervolgens opgebeld door boze patiënten die klagen over de hoge rekening en de bedragen die daar op staan voor zaken die niet gedaan zijn. Begrijpelijk maar niet terecht: de medisch specialisten hebben dit rare systeem niet verzonnen. Hopelijk is het na deze korte uitleg wel iets duidelijker geworden hoe het DBC systeem werkt.

Sommige ziekenhuizen publiceren '**passanten prijslijsten**'. Dit zijn de bedragen die in rekening worden gebracht voor behandelingen van patiënten die geen zorgverzekering hebben (denk aan toeristen) of die een zorgverzekeraar hebben die geen contract heeft afgesloten met het ziekenhuis. Dit zijn lange en onoverzichtelijke lijsten, maar soms kan daar een bepaalde behandeling in worden opgezocht. De bedragen die er in staan geven een globaal idee. De uiteindelijke prijs kan 30-50% afwijken van wat er in de passantenprijslijst staat. En dan moet je ook nog precies weten wat de goede code is van de behandeling.

Als voorbeeld: op de passantenprijslijst AMC 2013 die op internet te vinden is kan men bijvoorbeeld vinden onder **declaratiecode** nr. 15D627, **zorgproductcode** 120301014 dat een behandeling of onderzoek op de polikliniek dermatologie in het AMC bij huidontsteking of eczeem € 411.25 kost. Hiervan gaat € 89.28 naar de dermatoloog, en de rest, € 321.97 gaat naar het ziekenhuis, voor de overheadkosten. Maar er is er nog een te vinden, genaamd declaratiecode 15C618, zorgproductcode 120301010, omschrijving: consult op de polikliniek bij huidontsteking of eczeem, die € 149.96 kost (€ 43.93 voor de dermatoloog, € 106.03 voor het ziekenhuis). Welke is het nou ? Dat wordt uit zo'n lijst niet duidelijk. Een nog ingewikkelder systeem dat vreemd genoeg **DOT** heet (DBC op weg naar transparantie) bepaalt welke zorgproductcode het gaat worden.

## WAT KOST EEN BEHANDELING DOOR DE DERMATOLOOG ?

Zoals u zult begrijpen uit het voorgaande verhaal is het heel moeilijk geworden om te zeggen wat een behandeling kost. Ga er gerust van uit dat uw dermatoloog het ook niet meer weet. Het DBC systeem was al behoorlijk complex, maar nu is er een nieuw systeem voor in de plaats gekomen dat het **DOT systeem** heet, en dat is nog minder transparant. Het ziekenhuis automatisering systeem registreert uw bezoek aan de poli. Als de dermatoloog een behandeling uitvoert, bijvoorbeeld het verwijderen van een moedervlek, dan wordt dit als verrichting geregistreerd. Als u na een week terugkomt om de hechtingen te verwijderen dan wordt opnieuw een bezoek geregistreerd. Al die gebeurtenissen (2 bezoeken en een behandeling) worden door de software van het ziekenhuis automatisch aangeboden aan een softwarepakket van de zorgverzekeraars dat '**de grouper**' wordt genoemd. Dit is een hele grote beslisboom met allemaal zijpaden. De gebeurtenissen worden er in gestopt en er rolt een **zorgproductcode** uit, een nummer dat correspondeert met een bepaald zorgproduct. Het aantal bezoeken, het aantal verrichtingen en de aard van de verrichtingen bepaalt het uiteindelijke zorgproduct en daarmee het tarief. Over dit tarief wordt vervolgens ook nog onderhandeld tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis, dus het blijft ondoorzichtig wat een behandeling precies kost.

Link naar de **grouper** (zorgproductenviewer): zie <https://zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl>

## WAT WORDT ER NIET MEER VERGOED ?

### **Badolie en huidverzorgende cosmetica**

Dit waren de eerste producten die uit het pakket werden gehaald, al jaren geleden. Vooral patiënten met atopisch eczeem hebben hier last van, want zij moeten hun huid continu vet houden omdat hun huidbarrière verstoord is. Doen ze dat niet dan verergert het eczeem en is er zwaardere (en duurdere) therapie nodig om het eczeem weer onder controle te krijgen.

### **Antibacteriële producten**

Producten zoals betadine jodium scrub, Hibiscrub, jodiumzalf etcetera worden niet meer vergoed. De zorgverzekeraars beschouwen dit als normale verzorgingsproducten die iedereen in huis heeft, net als shampoo, zeep, deodorant, pleisters, etc. Onderdeel van de huisapotheek.

### **Anti-schimmel producten**

Producten zoals Daktarin crème en strooipoeder en andere anti-schimmelpreparaten worden niet meer vergoed. Dit zijn veel gebruikte producten (ook niet heel duur) die ook zonder recept te koop zijn.

### **Producten tegen parasieten**

Middelen om hoofdluis en schurft te behandelen worden ook niet meer vergoed.

### **Over the counter producten**

Veel producten die ook zonder recept te verkrijgen zijn (over the counter = over de toonbank producten) worden niet meer vergoed. Bijvoorbeeld crèmes tegen een koortslip, antischimmelcrèmes, etc.

### **Pleisters en verbandmiddelen**

Verbandmiddelen worden niet meer vergoed, tenzij ze voor langere tijd moeten worden voorgeschreven, zoals bij chronische wonden en ernstige wonden. In dat geval worden ze vergoed, mits de behandelend arts een recept uitschrijft en een machtigingsformulier voor verbandmiddelen invult.

### **Verbandpakken bij atopisch eczeem**

Voor kinderen maar ook voor oudere patiënten met atopisch eczeem zijn verbandpakken (krabpakjes) beschikbaar. Deze zijn vaak van zijde, soms met zilverdraad ingeweven, en erg duur. Een shirt voor een volwassene kan wel 275 euro kosten. Met ingang van 2014 vergoeden veel verzekeraars deze pakken niet meer voor volwassenen, nog wel voor baby's en peuters.

### **Elastische kousen**

Sommige verzekeraars vergoeden echte aangemeten therapeutische elastische kousen (van een bepaalde drukklasse) nog steeds als ze worden voorgeschreven bij niet goed meer werkende venen of lymfbanen. Vaak maar 1 paar per jaar. Worden dezelfde kousen gebruikt als nabehandeling bij het verwijderen van spataderen dan bestaat geen recht meer op vergoeding. Ook eenvoudigere kousen, confectiekousen, kousen van lagere drukklassen worden meestal niet meer vergoed. Verder hangt het tegenwoordig ook af van het pakket dat u gekozen hebt bij de zorgverzekeraar. Soms zitten kousen niet in de basisverzekering maar wel in een aanvullende verzekering. Lees uw polisvoorwaarden goed door en neem zonodig contact op met uw zorgverzekeraar.

### **Bijbetalen**

Sommige geneesmiddelen worden gedeeltelijk vergoed. De apotheek kan u vertellen of u moet bijbetalen en hoeveel. Er is ook een website van de zorgverzekeraars, het farmacotherapeutisch Kompas, en de website [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl) waarop u kunt opzoeken wat een geneesmiddel kost, en of u moet bijbetalen, en zo ja hoeveel. Ook hier geldt dat er zorgverzekeringen af te sluiten zijn waarbij u niet hoeft bij te betalen voor bepaalde geneesmiddelen.

### **Diane 35**

De Diane-35 pil wordt door dermatologen voorgeschreven bij ernstige vormen van acne en bij overbeharing (hirsutisme), maar kan ook als gewone anticonceptie pil worden gebruikt. De pil werd vergoed. Van deze regeling werd misbruik gemaakt (gebruiken als gewone anticonceptiepil terwijl die daar eigenlijk niet voor bedoeld is). Met ingang van 1 februari 2014 wordt de Diane pil niet meer vergoed.

### **Goedaardige bultjes (benigne tumoren, DBC code 03)**

De verwijdering van benigne huidaandoeningen (goedaardige huidtumortjes), bijvoorbeeld ouderdomswratten, wordt niet meer vergoed. Dit wordt beschouwd als cosmetische zorg.

Soms leidt dit tot rare situaties: het komt voor dat er een huidtumor moet worden verwijderd omdat de dermatoloog denkt aan een kwaadaardige tumor (huidkanker). De tumor wordt vervolgens nagekeken door de patholoog. Als daar dan uitkomt dat het een goedaardige tumor is, dan is de patiënt aanvankelijk opgelucht. Maar: als de dermatoloog vervolgens de diagnose verandert in goedaardige tumor, dan moet de patiënt zelf de rekening betalen. Goedaardige tumoren worden immers niet vergoed. De dermatoloog had dan volgens de zorgverzekeraars van tevoren een machtiging moeten aanvragen. De behandeling daarvan duurt echter weken en ze worden meestal afgewezen. Dat kan niet, bij verdenking op een kwaadaardige tumor worden die altijd zo snel mogelijk verwijderd.

### **Vaatafwijkingen (vasculaire laesies, DBC code 25)**

De behandeling van vasculaire laesies (vaatafwijkingen) zoals hemangiomen (bloedvaten), couperose, wijnvlekken wordt niet meer vergoed, tenzij met machtiging.

### **Pigmentstoornissen (DBC code 16)**

Pigmentstoornissen, denk aan donkere verkleuringen van de huid maar ook ontkleuringen zoals vitiligo kunnen worden behandeld, o.a. met laser. Dit wordt ook niet meer standaard vergoed, soms wel met een machtiging.

Voor deze drie categorieën kan de zorgverzekeraar in sommige gevallen, als het gaat om cosmetisch zeer storende afwijkingen, bijvoorbeeld in het gelaat, toch goedkeuring geven voor de behandeling. Hiervoor moet van tevoren toestemming (een machtiging) worden gevraagd.

Uiteraard is het mogelijk om dit soort afwijkingen die vallen onder de **onverzekerde zorg** wel te verwijderen, maar u moet er dan rekening mee houden dat u de behandeling zelf zal moeten betalen en dat de kosten hoog kunnen zijn vanwege de rekensystematiek van het DBC systeem.

Sommige dermatologen hebben in hun ziekenhuis of praktijk een oplossing gevonden om deze behandelingen toch uit te voeren. Ze hanteren aparte, lagere tarieven voor de onverzekerde zorg. Er moet vaak contant afgerekend worden, net als bij de tandarts. Er worden pinautomaten aangeschaft en afspraken gemaakt met het ziekenhuis over wat er met de extra inkomsten gebeurt. Er zijn ook dermatologen die helemaal stoppen met behandelingen die niet meer vergoed worden, en sommige dermatologen voeren de behandelingen nog wel uit als het niet al te veel tijd kost maar brengen het gewoon niet meer in rekening. In de Academische Ziekenhuizen worden behandelingen die niet meer vergoed worden vaak toch nog gedaan: dit zijn opleidingsziekenhuizen, het is belangrijk dat de arts-assistenten in opleiding tot dermatoloog het vak goed leren, en daar horen deze verrichtingen zoals het verwijderen van ouderdomswratten en spataderen ook bij.

### **Spataderen (varices)**

De behandeling van kleine spataderen met scleroseren (inspuiten) wordt niet meer vergoed. De behandeling van grote spataderen met de Muller procedure en de behandeling van de grote stamvarices (vena saphena magna en parva) met endovasculaire technieken wordt nog wel vergoed.

### **Botox**

Botox wordt in de cosmetische sector gebruikt voor het wegspreiden van rimpels en kraaienpootjes. Maar het werd ook gebruikt voor de behandeling van hyperhidrosis (zweethanden en zweetoksels). Dit is een vervelende aandoening, een hinderlijke huidziekte, en in het verleden werd de behandeling met Botox terecht gewoon vergoed. In 2012 is het vergoedingstarief echter fors verlaagd. De vergoeding die het ziekenhuis krijgt voor de behandeling van hyperhidrosis met botox is veel lager dan wat het geneesmiddel kost. Dit betekent dat afdelingen die deze behandeling toepassen er duizenden euro's per jaar op verliezen. Om die reden zijn de meeste dermatologen er mee gestopt.

### **Lichttherapie**

Lichttherapie wordt voor meerdere huidziekten gebruikt, vooral voor eczeem en psoriasis. Maar ook voor zeldzame andere huidziekten. Vroeger werd het voor alle indicaties gewoon vergoed. Maar sinds de invoering van het DBC systeem vergoeden sommige zorgverzekeraars het alleen nog maar voor eczeem en psoriasis en niet meer voor de zeldzame andere huidziekten. De tweede verandering is dat het ook van het verzekeringspakket afhangt. Bij sommige goedkope ziektekostenverzekeringen zit lichttherapie niet meer in het basispakket maar alleen in de aanvullende verzekeringen.

### **Lichttherapie thuis**

Lichttherapie thuis wordt door de zorgverzekeringen beschouwd als een luxe voorziening, maar voor sommige patiënten was het wel een uitkomst. Lichttherapie thuis werd tot 2012 gewoon vergoed door de zorgverzekeraars. In 2012 is de regeling veranderd: de rekening voor lichttherapie thuis werd gestuurd naar het ziekenhuis. De ziekenhuizen konden dit bedrag vervolgens weer declareren bij de zorgverzekeraars. In 2013 is de vergoeding voor lichttherapie thuis drastisch verlaagd tot ver onder de kostprijs die de leveranciers ervan in rekening brengen bij de afdelingen. Tegelijkertijd ontstond door de bezuiniging op de budgetten in veel ziekenhuizen de situatie dat de vergoeding voor lichttherapie niet werd doorgesluisd naar de afdelingen, terwijl die wel de rekeningen moesten betalen. Met als gevolg dat afdelingen tienduizenden euro's moesten gaan betalen voor lichttherapie thuis. Daarom zijn de meeste afdelingen en dermatologen gestopt met lichttherapie thuis. Patiënten die daarvoor verzekerd zijn kunnen nog wel lichttherapie op de polikliniek krijgen.

### **Dure geneesmiddelen**

Patiënten met psoriasis en andere wat zeldzamere huidaandoeningen zoals hidradenitis suppurativa, sarcoïdose, en pyoderma gangrenosum gebruiken soms dure geneesmiddelen (biologicals) die TNF-remmers heten. Deze geneesmiddelen kosten tussen de 15.000 en 30.000 euro per jaar. In het begin werden deze nieuwe geneesmiddelen nog helemaal niet vergoed. Sommige ziekenhuizen hadden een budget om enkele patiënten te kunnen behandelen, maar de meeste niet. Tussen 2008 en 2012 werden de dure geneesmiddelen gewoon vergoed door de zorgverzekeraars. In 2012 werd de regeling veranderd: de kosten kwamen weer voor rekening van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen kregen ook meer budget om dit te kunnen betalen. Er werd beloofd door de minister dat dit budget ook in de toekomst voldoende zou zijn om de patiënten te kunnen behandelen. Maar in 2013 kwamen de forse bezuinigingen in de zorg. De ziekenhuiszorg is weer gebudgetteerd en ook afdelingen zijn gebudgetteerd. Dit betekent dat er geen groei van het aantal patiënten meer mogelijk is, en in sommige gevallen krijgen afdelingen de opdracht van de directie om minder dure geneesmiddelen voor te schrijven. Dit heeft als gevolg dat patiënten die op medische gronden in aanmerking komen voor behandeling met TNF-remmers, dit in 2014 toch niet meer kunnen krijgen, omdat er te weinig budget voor is.

### **Budget op**

Bij het ministerie lijkt inmiddels ook het besef doorgedrongen dat marktwerking in de zorg helemaal niet werkt: er wordt toenemend weer met budgetten gewerkt, en er worden maxima gesteld (2.5%) aan de kostenstijgingen in de zorg. In veel ziekenhuizen werd al niet meer met marktwerking in de zorg gewerkt, maar gewoon weer met budgetten net als vroeger. Ze hebben dan bijvoorbeeld met een aantal grote zorgverzekeraars een totaal bedrag afgesproken en moeten zich houden aan dat ziekenhuisbudget. Afdelingen hebben ook een budget gekregen waar ze zich aan hebben te houden. Ze mogen niet meer behandelingen uitvoeren dan is afgesproken. Dit heeft tot gevolg dat sommige afdelingen aan het eind van het jaar, soms al begin november bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld knie-operaties en heupoperaties) niet meer mogen uitvoeren, omdat het budget op is. December is hierdoor een slechte maand voor de ziekenhuizen: geen operaties meer, weinig te doen, maar de salariskosten moeten wel worden doorbetaald. Januari is ook een slechte maand: de verhoging van het eigen risico werkt, patiënten stellen een bezoek aan de dokter zolang mogelijk uit. In januari is het hierdoor ook stil op de poli's.

### **Late rekeningen**

De ziekenhuisadministraties lopen vaak achter met het versturen van de rekeningen. Een achterstand van 1.5 jaar en zelfs 2 jaar komt voor. Er worden ook veel fouten gemaakt in het registreren van de DBC. Alleen als alles foutloos in de computer is gezet genereert het systeem de juiste gegevens die kunnen worden aangeboden aan de grouper. De verkeerde behandeling bij de verkeerde diagnose levert een fout op. Het vergeten van het invullen van de diagnose, of van een verrichting ook. Al deze fouten moeten handmatig worden hersteld. Hiervoor is extra personeel in dienst genomen, maar nog steeds zijn er achterstanden. Veel DBC's zijn niet meer te redden vanwege onduidelijkheid over wat er gedaan is. Die worden dan niet gedeclareerd. Rekeningen die te laat (>2 jaar) worden aangeboden worden ook niet meer gedeclareerd. Dit levert een grote schadepost op voor de ziekenhuizen. De late rekeningen zijn ook vervelend voor de bedrijfsvoering van de zorgverzekeraars (geen goed beeld van de kosten). En ze zijn vervelend voor de patiënten, die soms pas na 2 jaar alsnog een rekening krijgen.

### **Complicaties opgetreden en nu heb ik een hogere rekening**

Dit is een ongewenst neveneffect van het systeem. Complicaties komen helaas af en toe voor, dat is onvermijdelijk. Als er geopereerd wordt aan de huid dan kan er wondinfectie optreden, een nabloeding, of hechtingen kunnen openspringen. Dat betekent vaak terug naar het ziekenhuis, meerdere bezoeken, extra controles. Het DOT systeem genereert bij meer bezoeken op een gegeven moment automatisch een hogere rekening. Dit is vervelend maar een onvermijdelijk gevolg van het geautomatiseerde systeem.

## **WAAR KAN IK TERECHT MET MIJN VRAGEN OVER VERGOEDINGS PERIKELEN ?**

Zoals u begrijpt na het lezen van deze brochure zijn de vergoedingsregels zo ingewikkeld geworden dat de medisch specialisten, inclusief de dermatologen, het overzicht zijn verloren en geen antwoord meer kunnen geven op de simpele vraag: 'wat kost een behandeling'.

Soms kan de ziekenhuisadministratie een antwoord geven. Ze moeten daarvoor wel globaal weten welke behandeling het gaat worden en kunnen dan een simulatie uitvoeren in de grouper op de website van de zorgverzekeraars om er achter te komen wat de zorgproductcode is. De ziekenhuisadministraties zijn echter overbelast en niet alle ziekenhuizen kunnen deze service nog aanbieden.

Het beste kunt u zich met uw vragen richten tot uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars hebben het systeem bedacht, samen met ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid. Zij weten het best hoe het werkt.

Na het lezen van deze brochure is het u hopelijk duidelijk geworden hoe ingewikkeld de zorgadministratie is geworden. Het nieuwe systeem levert soms woede en frustraties op, niet alleen bij patiënten maar vooral ook bij de behandelend artsen, die veel tijd kwijt zijn aan de complexe administratie. Kostbare tijd die ze liever hadden willen besteden aan het behandelen van patiënten dan aan het registreren van onbegrijpelijke zorgproducten. Ook is het vervelend dat allerlei nuttige behandelingen niet meer worden vergoed.

Het heeft echter weinig zin om deze boosheid te richten op de artsen en de ziekenhuizen: het ministerie van Volksgezondheid en de zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor deze ontwikkelingen, en alleen via de politieke weg is het mogelijk om invloed uit te oefenen op dit proces.

