

Consultatievraag 1: Bent u het eens met de definitie van het begrip 'algemeen consumentenbelang'?

Ja, ik begrijp de uitleg en de bedoeling, maar wordt er ook een letterlijke definitie gegeven?

Consultatievraag 2: Wat vindt u van het voornemen van de NZa om de zelfredzaamheid van de consument bij het maken van een keuze te bevorderen en te borgen?

Ik vind dit niet thuis horen bij de NZA. De organisatie kan beter een strenge, officiële organisatie blijven en moet zich niet gaan bemoeien met voorlichtingsfolders. Ik wil liever dat de NZA eisen stelt aan anderen en repressief optreedt als hier niet aan voldaan wordt. Ik wil ook dat de consument geholpen wordt, doordat de consument weet, dat er een instantie is, die controleert en boetes uitdeelt, zodat de consument het vertrouwen heeft dat hij gesteund wordt. Ik wil graag overheidstoezicht en controle. Ik vind het vervelend om afhankelijk te zijn van een verzekeraar (die probeert zo min mogelijk uit te keren) en een ziekenhuis die probeert zoveel mogelijk geld te verdienen. Waar haal ik mijn recht?

Consultatievraag 3: Kunt u zich vinden in de keuze van de consumentenwaarden 'transparantie', 'keuzevrijheid' en 'rechtspositie' voor de consument?

De meest basale, algemene consumentenwaarde is "waar voor je geld". Het element geld moet verankerd worden in de zorgverzekering. Door het dbc-systeem is dit onmogelijk geworden. Dit moet het eerst veranderd worden. Geld is belangrijk omdat het in de portemonnee gevoeld wordt. Dus alleen een systeem met procentuele (gemaximeerd, om het sociaal te houden) bijdragen zal effectief zijn. De consument zal dan direct gaan vergelijken: hoeveel kost het en wat krijg ik ervoor? Daarbij zal de consument vanzelf naar transparantie vragen. De keuzevrijheid is ook belangrijk (anders is er geen concurrentie), maar dit lijkt me meer een taak voor de NMA. De rechtspositie moet gewaarborgd zijn door de wet, maar de consument wordt beter beschermd als er direct tegen overtreders (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) wordt opgetreden. In de tabel op pagina 19 staat keuzevrijheid m.i. te veel beschreven als keuzevrijheid van zorgverzekeraar. De consument moet ook keuzevrijheid in zorgaanbieder hebben: vrije keuze huisarts, specialist, paramedicus.

Consultatievraag 4: Bent u het eens met de manier waarop de NZa tegen het individuele consumentenbelang aankijkt?

Ik begrijp dat het algemene consumentenbelang in feite het belang van de samenleving als geheel is wat betreft de zorg. Toch vind ik het eng dat de focus op het algemene belang tot gevolg heeft dat het individu niet beschermd wordt. De maatschappij als geheel kan zich niet veilig voelen als de individuen niet beschermd worden. Dus ik vind dat er ook ingegrepen dient te worden als een zorgverzekeraar of aanbieder over de schreef gaat in het individuele geval. Zoals de zorg zich momenteel aan het ontwikkelen is, bestaat het gevaar dat er teveel "wasstraat"-aanbod komt: dit is weliswaar algemeen consumentenbelang, maar toch mag de zorg voor een patient met een bijzondere ziekte niet verwaarloosd worden.. Door prijs-ingrepen (minder verdienen met de lopende-band-standaard-zorg, meer geld voor het moeilijkere en risico-vollere werk) moet ervoor gezorgd worden dat er niet teveel verdiend wordt aan gemakkelijke zorg.

Consultatievraag 5: Bent u het eens met het uitgangspunt om zoveel mogelijk vrijheidsgraden bij consumenten en marktpartijen te leggen en als NZa te sturen op randvoorwaarden en condities?

Nee, ik ben het hier niet mee eens. De NZA is deskundig (oude CTG en CTZ) en moet die deskundigheid ook gebruiken. Er is m.i. alleen een kans voor marktwerking als de consument zelf rechtstreeks geld moet uitgeven aan de zorg. (zie vraag 3). Pas wanneer de marktwerking de goede kant uitgaat en er geen klachten meer zijn van consumenten, dan kan de NZA proberen enigszins terug te treden. Zoals de verzekeringen (en dbc's) nu in elkaar zitten, kan er geen marktwerking zijn. Bijvoorbeeld bij fysiotherapie gaan de prijzen alleen maar omhoog en de consument vraagt niet eens naar de prijs. Ik zie veel nieuwe ontwikkelingen, die meer op het gemakkelijk verdienen van geld gericht zijn dan op het echt verlenen van noodzakelijke zorg. Voorbeelden: ziekenhuizen beginnen lucratieve zorg-straten/zorg-trajecten, soms door het opzetten van een ZBC en het afstoten van taken in het ziekenhuis zelf. Omdat de prijs voor de consument niet interessant is, (want de verzekering betaalt toch!) slaagt het ziekenhuis erin om deze commerciële activiteit te ontplooiën. Ik zie ook dat de vraag bepaald wordt door het aanbod: door publicaties en TV-uitzendingen wordt vraag gecreëerd (incontinentie-spreekuur, psoriasis, diabetes, overgangs-sprekuren, etc. etc.). In Medisch Contact las ik bijvoorbeeld over de hartfalenpoli's. Die bieden zorg van verschillend karakter en verschillende kwaliteit. De consument

weet dit niet en zal er vanuit gaan dat de zorg die hij krijgt in het ene ziekenhuis hetzelfde is als in het andere ziekenhuis. Dit soort informatie moet via de media openbaar worden en voldoende aandacht krijgen, zodat de consument ook kritisch kan zijn op de zorg die hij daar ontvangt.

Consultatievraag 6: Bent u het eens met de manier waarop de NZa tegen haar adviseringsrol (advocacy) aankijkt? Zou de NZa deze rol anders moeten invullen?

Ik weet dit niet. Ik vind in ieder geval dat de NZA niet goed op signalen reageert (Meldlijn functioneert slecht) met het gevolg dat de NZA deze rol niet goed kan vervullen. Ik had wel graag dat de NZA, als zij constateert dat marktwerking niet gaat lukken zonder dat eigen bijdrages gevraagd worden, dat zij dit met de regering bespreekt. Ik vind dus dat de NZA zichzelf zeer serieus moet nemen, geen expertise moet kwijtraken aan bijzaken en de Zorg-Autoriteit moet blijven.

Vandaag, 15 mei 2007, staat in de krant (NRC), dat de NZA nog geen concurrentie ziet ontstaan. Helaas moet ik constateren dat de NZA daarbij alleen aan concurrentie denkt die via de verzekeraars loopt. Als er selectieve contracten komen, denk ik toch dat er tweedeling ontstaat. Laten we eerst eens gezamenlijk bekijken of selectieve contracten succes hebben, dwz. geld opleveren. Dat wens ik te betwijfelen. Ook doet de NZA geen uitspraken over de wenselijkheid van restitutie verzekering en de wenselijkheid van rechtstreekse betalingen van de consument aan de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders (bijv fysiotherapeuten) harder te laten werken voor hetzelfde geld, denk ik dat het declareren aan de klant de voorkeur verdient.

Consultatievraag 7: Bent u het eens met de manier waarop de NZa markten monitort? Zou de NZa regelmatig moeten rapporteren over de positie van de consument op de markt?

Monitoren is OK en publicatie hoeft niet regelmatig, een persbericht is voldoende. De NZA dient de verzamelde informatie te gebruiken. Door het toepassen van corrigerende maatregelen waarbij markt-overtreders / marktmisbuikers/ concurrentie-vervalsers gestraft worden.

Consultatievraag 8: Kunt u zich vinden in de relatie van consumentenorganisaties met de NZa?

Ik zou willen weten welke organisaties dit zijn. Van sommige organisaties (zoals de NPCF) heb ik horen zeggen dat ze te veel in de lijn van het ministerie van VWS zitten, aangezien zij subsidie van het ministerie krijgen. (bijvoorbeeld op het gebied van zorgketens en gezondheidscentra volgen zij de ideeën van de overheid). Een patiëntenorganisatie vertegenwoordigt vooral de chronische patiënt, omdat patiëntenverenigingen hun leden zijn. Daarentegen heeft de Consumentenbond te weinig diepgaand verstand van de zorg, waardoor hun mening te oppervlakkig is en zich te veel richt op de lagere inkomensgroepen. Van Zorgverzekeringszaken heeft het Meldpunt Consument en Zorg van de NPCF aantoonbaar te weinig verstand.

Consultatievraag 9: Wat is uw oordeel over het meldpunt en de consumentenwebsite van de NZa?

Meldpunt lijdt aan diverse problemen:

- naamgeving (Informatielijn en Meldpunt door elkaar)
- ondeskundige bemensing waardoor vragen fout worden beantwoord en signalen niet worden herkend. Zelfs na uitgebreid klagen bij de leiding van deze lijn, worden fouten onvoldoende hersteld en toezeggingen niet nagekomen. Ik heb vergelijkingsmogelijkheden. Bijvoorbeeld het CVZ is veel beter in het telefonisch beantwoorden van vragen en het herkennen van tips. Het CTG van ca. 2003 (de heer Wijsman?) gaf ook inhoudelijk veel betere informatie. De NMA en de IGZ zijn ook toegankelijker voor de consument dan de NZa. De NZa zou prominent een klachtenprocedure (over zichzelf als organisatie) op de homepage moeten plaatsen (vergelijk de NMA).

Website is niet goed getest voor alle internetbrowsers: ik heb diverse keren gemeld dat ik problemen had met downloaden van bepaalde files en dat bepaalde uitklapmenu's niet werkten. Daar werd niet op ingegaan.

Consultatievraag 10: Bent u het eens met de invulling van het 'belanghebbende begrip' door de NZa?

Ik begrijp dit onvoldoende: ben je ook belanghebbende als je ten gevolge van een specifieke ziekte andere belangen hebt dan andere consumenten?

Kan ik een nieuwe patiënten/consumentenorganisatie oprichten en daardoor belanghebbende worden? Hoe groot moet de patiënten/consumentenorganisatie zijn om mee te kunnen doen? Zijn RADAR en KASSA ook consumentenorganisaties?

Consultatievraag 11: Vindt u dat een individuele consument met een vraag of klacht bij de NZa voldoende gehoor krijgt?

Ik heb de (negatieve) ervaring dat de NZA te snel doorverwijst naar andere organisaties en bovendien veel fouten maakt. Ook worden vragen niet goed begrepen en daardoor fout beantwoord. Ook het niveau van beantwoording vind ik te laag. Ik denk dat de NZA juist de individuele consument, die aan de basis van de zorgmarkten staat, beter moet ondersteunen. Persoonlijk heb ik bijvoorbeeld enkele negatieve ervaringen met het uittesten van concurrentie bij zorgaanbieders. Ik zou daarin gestimuleerd en gesteund willen worden. Dus ik raad de NZA aan zorgconsumenten-pioniers te ondersteunen in plaats van ze met een kluitje in het riet te sturen.

Consultatievraag 12: Mist u instrumenten die de NZa zou moeten gebruiken bij haar toezicht op zorgmarkten?

Ik heb niet kunnen vinden welke instrumenten de NZA nu gebruikt.

1. De NZA moet onderzoeken of de vraag van de consument (sterk) daalt als de eigen bijdrage stijgt. Als dat optreedt betekent dit dat deze zorg niet zo belangrijk is en dat hij dus goedkoper zou moeten worden. Ik vind dus dat de NZA zou moeten kunnen beslissen (of in ieder geval adviseren) over instrumenten als eigen bijdrages, no-claims en eigen-risico's omdat deze direct met de markt te maken hebben.
2. Invloed op het pakket van de basisverzekering (heeft eigenlijk ook met marktwerking te maken, maar is dit de taak van het CVZ?).
3. De NZA mag tegen-kartel-macht uitoefenen door te proberen een zorgaanbieder te bewegen onder de gangbare prijs te werken. Als voorbeeld: toen de huisartsen nog maximale particuliere tarieven hadden, had de NZA jonge huisartsen kunnen aanmoedigen om zich te vestigen en lagere tarieven te rekenen. Dit "aanmoedigen" zou erin kunnen bestaan dat deze mensen volledig en onafhankelijk worden ingelicht.
4. De NZA moet ook continu het zorggebruik monitoren (via info vanuit de zorgverzekeraars), waardoor bovenmatig gebruik opvalt. Er kan zowel van bovenmatig gebruik sprake zijn als dit landelijk gebeurt, maar niet wordt onderschreven door de beroepsgroep. Maar ook plaatselijk kan excessief gebruik gemaakt worden van bepaalde zorg, bijvoorbeeld doordat een paramedicus zich vestigt in de nabijheid van een huisartsenpraktijk en de huisartsenpraktijk daar bovenmatig heen gaat verwijzen.

Consultatievraag 13.1: Bent u het eens met het benoemen

van dit knelpunt door de NZa? (*Gebrek aan keuze-informatie over zorgverzekeringen*)

Eigenlijk is de feitelijke situatie dat geen enkele zorgverzekeraar de verzekerden ruim en netjes van informatie voorziet. I.t.t. de informatie in de tabel geven slechts heel weinig verzekeraars een overzicht van de premies. Bijvoorbeeld Ohra stuurde, ook op verzoek, geen premieoverzicht (wel een offerte). Dit is een euvel dat meer gezien wordt in verzekeringsland (bijv. ook bij autoverzekeringen). Verder stuurt geen enkele verzekeraar de complete polisvoorwaarden op aan geïnteresseerden. Ik ben van mening dat de verzekeraars harder moeten worden aangepakt. Het is nu een rommeltje. Ook bijvoorbeeld schriftelijke bevestiging van een telefonische uitspraak over een vergoeding is ook na 4x aanmanen niet te krijgen. Maar het CVZ kon mij ditzelfde punt WEL uitleggen (het betrof de basisverzekering, kindergymnastiek). Kan er niet een centrale organisatie komen, waar althans de rechten op de BASISverzekering kunnen worden uitgelegd? *Ik las in de NRC van 15-5-2007 dat de NZA nog geen boetes uit gaat delen bij onjuiste informatie van zorgverzekeraars: **hier ben ik het volstrekt niet mee eens***. Het vertrouwen van de consument daalt namelijk in sneltreinvaart, als de consument merkt dat hij te maken heeft met een verzekeraar die willens en wetens foute informatie verstrekt. (en dat dat kennelijk in Nederland allemaal is toegestaan).

Consultatievraag 14.1: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa?

Ik vind dat de NZA zich teveel bemoeit met de Aanvullende Verzekeringen. Nu blijkt dat in feite alles kan bij de AV's (100% opslag bij de Friesland, ingrijpende poliswijzigingen bij ONVZ), is de informatie VOORAF ook niet meer zo belangrijk. Belangrijker is de algemene informatie vanuit de overheid (die zijn burgers waarschuwt?), dat de verzekerde nooit zeker is van een AV. Ook andere informatie die niet in de polisvoorwaarden staat (zoals zorggaranties en servicegaranties) zijn natuurlijk boterzacht. Is dat dan wel belangrijk om daar informatie over te hebben? Hoe kan een consument een servicegarantie afdwingen?

Ik vind dat de NZA zich beter kan bezighouden met het beboeten van verzekeraars die zich niet houden aan hun "garanties".

Consultatievraag 13.2: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa? (gebrek aan wachttijdinformatie).

Nee, laat de ziekenhuizen de consument maar zelf informeren. Ik heb nooit begrepen waarom wachttijdinformatie zo belangrijk gevonden werd. Als een ziekenhuis over het algemeen erg lange wachttijden heeft, kan je dat slecht noemen. Van de andere kant is dit misschien een ziekenhuis dat erg goed is, en daardoor veel consumenten aantrekt. Aangezien de wachttijdinformatie niet iets is, waar je je als consument op kan beroepen (zo van, "op uw website staat dat de wachttijd voor deze operatie maar 3 weken is"), en dus eigenlijk boterzachte informatie is, vind ik dit niet juist als de NZA zich hier intensief mee bezig gaat houden. Wat ik wel zou willen is dat de NZA controleert dat er voldoende goede zorg van elk type op redelijke termijn voor iedereen beschikbaar is. Ik heb zelf een zeer slechte ervaring met plastische chirurgie: in heel Nederland was binnen de door de dermatoloog genoemde maximale termijn (6 weken) geen enkele plek beschikbaar voor een kind van 10 jaar voor een ingreepje van 10 minuten. Wij kwamen in België terecht: daar werd er schande van gesproken dat Nederland dat zelf niet kon oplossen. Niemand kon ik aanspreken op deze situatie, maar ik had graag dat de NZA als officiële instantie had ingegrepen en alle non-argumenten van ziekenhuizen en verzekeraars van de tafel had geveegd.

Consultatievraag 14.2: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa? Nee, zie 13.2.

Consultatievraag 13.3: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa? (Gebrek aan kwaliteitsinformatie) Nee

Consultatievraag 14.3: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa? Ik vind dat kwaliteitsinformatie van andere instanties moet komen. Als de NZA bekwaam zou zijn om de kwaliteit te beoordelen en ook bevoegd om te beboeten bij onvoldoende kwaliteit en zelf exact zou publiceren wat de consument mag verwachten en dan ook zou kunnen optreden als de geleverde zorg niet voldoet aan de voorgespiegelde kwaliteit: alleen dan vind ik dat kwaliteitsinformatie zinnig is. Ik vind wel dat alle informatie over kwaliteit openbaar moet zijn, maar ook deze informatie (net als wachttijden) is boterzacht. Verder bestaat (nu al) het reële gevaar dat als consumenten echt geïnteresseerd raken in kwaliteit, dat dan alleen nog de academische centra klanten krijgen en dat alle perifere ziekenhuizen afvallen. Ook bestaat het gevaar dat regionale ziekenhuizen zich teveel op gemakkelijk leverbare zorg gaan richten om via deze weg "kwaliteitspunten" te behalen. Kwaliteit in de vorm van minder infecties, betere bejegening, minder klachten, met andere woorden kwaliteit

die in zekere zin objectiveerbaar is en de zorg niet duurder maakt, die kwaliteit is wel heel belangrijk.

Hoe krijgt de individuele consument zijn recht, namelijk recht op de beste specialist? Het wordt toch in Nederland niet normaal gevonden dat je als patient zegt dat je een bepaalde specialist wil hebben? En dat je zegt dat je niet door een assistent van de specialist geopereerd wil worden? Wat wil de NZA met deze kwaliteit? En met deze patientenrechten: het lijkt erop dat in Nederland deze patientenrechten totaal niet bestaan: ik heb het gevoel dat ik mee moet draaien in een Ziekenfondssysteem en dat ik geen enkele keuze en geen enkel recht heb: immers ik moet me conformeren naar het systeem. Het systeem is zich aan het ontwikkelen van een systeem van zorg door artsen naar een systeem van zorg door verpleegkundigen en paramedici. Als consument kun je geen arts kiezen: je kiest voor een ziekenhuis, een groepspraktijk van fysiotherapeuten, een groepspraktijk van huisartsen. Je kan niet meer zeggen: "aan u vertrouw ik mijn gezondheid toe". Nee, je krijgt te maken met een onduidelijke, onbenoemde groep, ten gevolge waarvan bijvoorbeeld aansprakelijk-stellen moeilijker wordt. .

Consultatievraag 13.4: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa? (gebrekkige kwaliteit van informatiepunten en websites)

Nee, omdat ik vind dat deze sites veel non-informatie geven. Ook Kiesbeter geeft teveel boterzachte non-informatie. Alle informatiepunten zijn gebrekkig: als ze het niet meer weten wijzen ze naar elkaar door, en vragen die eigenlijk bij het ministerie van VWS thuishoren worden afgeschermd door postbus51 of de afdeling voorlichting van dit ministerie. Deze afdeling voorlichting is van een even slechte kwaliteit als de Meldlijn van de NZA.

Consultatievraag 14.4: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa? Nee, zie 13.4. Noodzakelijke en nuttige informatie is eerder een opinie-artikel of ingezonden stuk in Elsevier of NRC, en ook Medisch Contact geeft veel nuttige informatie. (ook over zorgverzekeringen) Informatie van het publiek kan beter gebeuren door dit soort artikelen dan door vergelijkings-websites. En ook vergelijkingen lees ik liever in Elsevier dan op Kiesbeter.

Consultatievraag 13.5: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa?(Schaarste /gebrek aan

keuzemogelijkheden). Ja, dit vind ik belangrijk. Omdat schaarste verhindert dat er concurrentie ontstaat. Concurrentie is nu eenmaal noodzakelijk voor een goede marktwerking.

Consultatievraag 14.5: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa?

Ik vind dat de NZA heel goed analyseert dat ketenzorg ook een negatief aspect heeft. Ketenzorg heeft voor de consument veel negatieve aspecten. Er is geen keuzevrijheid bij het kiezen van zorgaanbieder en ook geen keuze in onderdelen van de ketenzorg: de keten wordt als een geheel gepresenteerd. Ik ervaar dit als een zuiver commerciële manoeuvre van de zorgaanbieder. Ketenzorg wordt aan alle kanten opgehemeld (vooral door consumentenorganisaties en het ministerie), maar ik zie alleen het gebrek aan keuzevrijheid en de TE dure zorg. Persoonlijk ben ik erg beducht voor verdere ontwikkelingen op dit gebied. Ook in andere sectoren bestaat een (verkapte) tendens tot ketenzorg. Vooral als de patient niet meer met een persoon (de hulpverlener) te maken heeft maar met een groter geheel (grotere tandartspraktijk, fysiotherapiepraktijk, gezondheidscentrum), kan een soort ketenzorg ontstaan. Temeer omdat de rekening veelal direct naar de zorgverzekeraar gaat.

Consultatievraag 13.6: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa? (overstapbelemmeringen) Ja, dit is een reeel knelpunt.

Consultatievraag 14.6: Kunt u zich vinden in de beschrijving van het knelpunt door de NZa? Ik vind dat de NZA meer zou moeten aangeven wat wel en wat niet toegestaan is. Als iets niet toegestaan is, moet een sanctie opgelegd worden. Bijna alle overstapbelemmeringen worden nl. moedwillig toegepast om commerciële redenen. Ik vind dat de NZA ook moet zorgen dat de overgang van het ene naar het andere ziekenhuis gemakkelijker wordt (tijdens een behandeling, door dbc-afspraken te maken). De ergste ongeoorloofde overstapbelemmering is de verandering van huisarts. Ik hoop dat de NZA dit direct aanpakt. Ongeoorloofde onderlinge afspraken worden al veel te lang gedoogd.

Consultatievraag 13.7: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa?(lange afhandeltermijnen) Nee, het zou eigenlijk niet nodig moeten zijn om dit punt te benoemen als de verzekeraars hun werk goed deden. Ik noem het dus geen knelpunt maar een fout waar

een flinke sanctie op moet staan. Bij verzekeraars kan immers opzet in het spel zijn.

Consultatievraag 14.7: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa? In de beschrijving staat dat "consumenten vaak nauwelijks inzicht hebben in de kosten van de zorg". Ik vind dat deze opmerking op deze plek niet op zijn plaats is (heeft niets met afhandeltermijnen te maken). De oorzaak van het ontbreken van inzicht in de kosten zijn : 1. dbc's 2. alle zorg is verzekerde zorg, zonder eigen bijdrages, waardoor het in Nederland niet gebruikelijk is om offertes te vragen 3. het natura-systeem 4. niet alle verzekeraars verstrekken kostenoverzichten 5. zorgverleners geven niet uit zichzelf een prijslijstje

Consultatievraag 13.8: Bent u het eens met het benoemen van dit knelpunt door de NZa? (Vertrouwen in de rechtspositie van de consument) Ja, dit is heel belangrijk

Consultatievraag 14.8: Bent u het eens met de beschrijving van het knelpunt door de NZa? Ik ben het in ieder geval eens met de adviezen van IGZ en RVZ om de rechtspositie te verbeteren. Belangrijk voor de patient is de informatie die hij kan krijgen. Daarbij denk ik aan informatie van onafhankelijke instanties, zoals NZA, NMA, CBP, CVZ. IGZ en Ministerie van VWS: pas als de consument over juiste informatie beschikt kan hij actie ondernemen: zorg uitkiezen, klagen, etc. Het Meldpunt Consument en Zorg van de NPCF kan deze instanties absoluut niet vervangen, maar geeft wel meer de mogelijkheid van een luisterend oor. Momenteel is er ook behoefte aan een instantie die de consument onafhankelijk inlicht over het verzekeringsrecht. Ik vind dat deze organisaties teveel werken met informatielijnen. Mijn ervaring is dat hierdoor het niveau van de informatie verslechtert. Een organisatie die nog niet met een informatielijn werkt, zoals het CVZ, geeft hele goede informatie, maar de NZA daarentegen hele slechte informatie. Het Ministerie van VWS werkt met postbus 51 en een voorlichter: dit is heel slecht (door de gebrekkige kwaliteit van deze medewerkers). NMA en CBP hebben informatielijnen die wel redelijk werken. Ik vind de rechtspositie van de consument heel laag. In de zorg heb je echt kruiwagens nodig. In cliëntenraden heb ik ook niet zoveel vertrouwen, aangezien deze raden aan de leiband van de directie lopen. De recente zaken rond AV's, namelijk de 100% verhoging van de Friesland en de verslechterde polisvoorwaarde van de Topfit van ONVZ laat zien dat een verzekeraar naar willekeur kan handelen en dat de consument met lege handen staat.

Consultatievraag 15: Bent u het eens met de knelpunten die de NZa signaleert? (zie gedetailleerde antwoorden 13.1-14.8)
Mist u knelpunten? Ja, mag ik mijn eigen knelpunten beschrijven?

1. Het eerste knelpunt zijn de dbc's. De dbc's hebben een negatieve invloed zowel op de kwaliteit van de zorg als op de mogelijkheid van marktwerking.

a. Voor de consument is onduidelijk op welke onderzoeken en welke consulten van de arts hij recht heeft. Prijs-kwaliteit vergelijken wordt hierdoor moeilijk. Het recht op onderzoeken en consulten is niet afdwingbaar (tgv de definitie van de dbc). De consument raakt hierdoor in aan afhankelijke rol. Ook kan de consument de indruk krijgen dat hem noodzakelijke zorg onthouden wordt.

b. Prijsofferte, VOOR het ziekenhuisbezoek, is niet mogelijk als de diagnose nog niet bekend is en ook na het eerste consult wordt aan de patient de dbc niet medegedeeld. Onverzekerde zorg (zowel onderdelen die niet in het basispakket zitten als zorg voor onverzekerden (toeristen) als zorg zonder verwijzing) wordt hierdoor bemoeilijkt. Hierdoor wordt de vrije markt ernstig belemmerd. Het fenomeen "dbc" past niet bij marktwerking en zuinigheid. Immers de patient koopt het complete (onbekende en onduidelijke) pakket en kan verder geen invloed uitoefenen. Misschien moet aan patienten die dure behandelingen krijgen aangeboden, goedkopere alternatieven aangeboden worden (bijv. een kuur-vakantie ?). Ook leidt het systeem tot moedeloosheid en afhankelijkheid: immers men kan gaan denken "zij beslissen en ik heb toch niets te vertellen". Ook vind ik het onethisch om bijv. een patient met een hersenbloeding die na 1 dag ziekenhuisopname overlijdt het volledige dbc-bedrag te laten betalen. Dit is niet zo erg als het verzekerde zorg betreft, maar wel als de patient niet verzekerd was.

c. Dbc's leiden tot zorgtrajecten in ziekenhuizen waarin zorg door artsen wordt vervangen door zorg door verpleegkundigen en paramedici. En zorg door medisch-specialisten wordt vervangen door zorg van arts-assistenten en basis-artsen. (vergelijkbaar met "huisartsenzorg" (=hoeft niet door een huisarts gegeven te worden!) in de basisverzekering). De consument weet niet uit welke onderdelen een zorgtraject bestaat. Vaak worden deze zorgtrajecten ingericht voor de "gemakkelijke zorg": zorg die niet spoedeisend is, zonder risicovolle ingrepen en bij niet zo zieke patienten.

Concluderend: door de dbc's is er geen drive om zuinig te zijn. De consument heeft niets te kiezen (een ligdagje minder bijvoorbeeld). Prijsoffertes vooraf zijn onmogelijk als de diagnose nog niet bekend is. Het geheel leidt tot afhankelijkheid van de patient en minder keuzevrijheid.

2. De te grote rol van de huisarts is het tweede knelpunt. De patient krijgt onvoldoende vergelijkende informatie en heeft op 1-e lijn niveau onvoldoende mogelijkheid voor een second opinion. In het huidige systeem moet de huisarts alles regelen: ziekenhuis opbellen voor een spoedafpraak, een doorverwijzing van specialist naar specialist verloopt via de huisarts, de huisarts moet ook verwijzen naar de 1-e lijns ggz. Hierdoor verliest de patient de regie en beslissingsbevoegdheid.

3. De patient beschikt niet over zijn eigen medisch dossier. Hierdoor weet de patient te weinig over zijn eigen ziektes. Vaak kent de patient zelfs niet de naam van de ziekte. Hierdoor kan de patient geen kennis verzamelen via internet, boeken, tijdschriften of een patienten-infolijn van de eigen verzekeraar. *Ik had graag dat de medisch specialist per direct verplicht werd om elke brief aan de huisarts ook in kopie aan de patient toe te sturen of te overhandigen.*

4. De regie en de autonomie van de patient wordt bedreigd. Hiervoor zijn diverse ontwikkelingen aan te wijzen, sommige zijn al genoemd (zoals de dbc's).

a. Zorgverleners kunnen zonder dat de patient dit weet in de bestanden van de verzekeraar kijken. Hierdoor wordt de (niet-basis)-zorg beïnvloed. (bijvoorbeeld het aantal behandelingen bij fysiotherapie). *Zorgverleners die geen basiszorg verlenen, hebben eigenlijk geen recht op informatie over de verzekering van een patient.* Toch gebeurt dit: fysiotherapie, orthodontie, tandheelkunde.

b. Ketenzorg en gezondheidscentra verhinderen niet alleen de marktwerking doordat de patient daar niets te kiezen heeft, maar zij zijn er ook de oorzaak van dat patienten steeds minder zelf gaan kiezen en ook denken dat ze steeds minder te kiezen hebben. De patient kan in een dergelijke omgeving nooit zijn eigen hulpverlener (lees huisarts, fysiotherapeut) kiezen, omdat het centrum het wel handig vindt om dat zelf in te delen. De zorgverleners wijzen naar elkaar. De rekening gaat naar de verzekeraar. *De patient verliest de regie.* Er is ook onduidelijkheid over de eigenaar van de praktijk en welke hulpverlener eigenaar is en welke werknemer. De praktijken krijgen steeds

vaker de naam van de straat of wijk waar ze gevestigd zijn. De privacy van de patient loopt gevaar en daardoor zijn autonomie.

c. De meeste zorg is verzekerde zorg en deze wordt meestal in natura vergoed. Er kleeft hier een groot nadeel aan: namelijk de zorgaanbieders hebben de neiging om de patient niet meer als (goed-betalende) klant te zien, maar meer als kostenpost. Ook hoeft de zorgverlener zich minder in te spannen om hetzelfde resultaat te behalen: zij hebben eerder te maken met een tevreden klant (want de klant ziet de rekening niet) en ze hoeven zelf de rekening niet te innen. De kwaliteit gaat hierdoor achteruit. Ook krijgt zo'n zorgverlener minder klachten. *Maar het nadeel voor de patient is dat zijn regie verdwijnt (hij pakt namelijk wat hem wordt toegestopt), hij denkt niet na over de prijs/kwaliteit, en kan geen eisen stellen aan de zorg die hem wordt verleend.*

5. Marktwerking kan niet ontstaan in een systeem, waar de prijs niet van van belang is (voor de consument). *Ik pleit daarom voor een procentuele eigen bijdrage, die gemaximeerd is.* Voor dure behandelingen en ziekenhuisopnames moet dit percentage lager zijn, zodat niet direct het maximum bereikt wordt.

Consultatievraag 16: Kunt u zich vinden in het toetsingskader? Worden de juiste toetsvragen gehanteerd?

Ik heb moeite met deze toetsvragen. Ik weet dat dit voortkomt uit de nieuwe wet maar ik ben hier erg ongelukkig mee.

1. Ik vind dat, hoewel het logisch lijkt om het algemeen consumentenbelang als uitgangspunt te nemen, toch ook individueel belang beschermd zou moeten worden. Dit heb ik eerder in dit document al uitgelegd: ik vind dat het individu bescherming verdient, en deze bescherming komt dan ten goede aan het algemene consumentenvertrouwen in de organisatie van de zorg. (doordat elk individu weet dat hij beschermd wordt, voelt de samenleving als geheel zich beschermd).

2. Als de NZA eerst rondkijkt of andere marktpartijen in actie komen, bestaat het gevaar dat reacties permanent te laat komen. De burger put hier weinig vertrouwen uit.

3. Deze formulering, nl. bekijken *of* en zoja *welke* maatregelen nodig zijn, komt toch wat aarzelend over.

Consultatievraag 17: Vindt u dat dit knelpunt het algemeen consumentenbelang schaadt?

Ik vind het wat teveel werk om nu weer op al de knelpunten in te gaan. Onduidelijkheden etc. in dit gedeelte:

- Het is onlogisch om eerst een knelpunt te formuleren en later bij de toetsing te kijken of het ECHT een knelpunt is.
- Op pagina 50, staat de zin "Het gaat er eerst om vast te stellen of het algemeen consumentenbelang, vertaald naar de consumentenwaarden en uiteindelijk de publieke belangen, inderdaad wordt geschaad. Daarbij bekijkt de NZa of de consument wordt belemmerd in het maken van een geïnformeerde keuze." Ik vind dit onduidelijk: hierdoor lijkt het of alleen het ontbreken van geïnformeerde keuze bepaalt dat het algemene consumentenbelang wordt geschaad.
- op pag. 51 staat: "Als het geconstateerde knelpunt binnen de bevoegdheden van de Nza valt en andere overheidsorganen het niet aanpakken,...". Ik vind het raar dat een bevoegdheid onder 2 overheidsorganen valt en dat niet wordt afgesproken onder welke. Ook hier ontstaat weer ongewenste vertraging: door af te wachten, rond te kijken en hopen dat een ander het werk doet.

op pag. 54: "randvoorwaarden die gelden bij aangeven van preferenties en het maken van keuzes bij contracteren van zorgaanbieders." Ik weet helemaal niet wat preferenties zijn.

- op pag 62: " Wel kan zij in opdracht van het Ministerie van VWS wijzigingen aanbrengen in de wijze van bekostiging van zorgaanbieders." : dat is een belangrijke mogelijkheid die zeker gebruikt moet worden.

Verder heeft de NZA/NMA nog andere mogelijkheden om het aanbod te beïnvloeden: niet toegestane concurrentie-verminderende afspraken streng te behandelen: zeer hoge boetes, publiciteit. Ik vind dat de huisartsen (onderlinge afspraken overstap patiënten, verhindering nieuwe vestiging, waarneemuitsluiting) aangepakt moeten worden. Ook de voorlichting naar de beroepsgroepen toe is belangrijk: zorg bijvoorbeeld dat de jonge huisartsen weten dat zij zich zonder problemen kunnen vestigen en dat als zij last hebben van hun gevestigde collega's dat het dan duidelijk is dat zij steun zullen krijgen.

Consultatievraag 20: Welke lacunes signaleert u in de keuze-informatie voor consumenten en patiënten?

De consument heeft gebrek aan de volgende keuze-informatie:

A. Wat betreft de zorgverzekering:

1. De consument heeft nauwelijks toegang tot de officiële polisvoorwaarden (wel via www.zorgplanet en via www.kiesbeter, maar bijna niemand weet dit te vinden). Het is het de meeste consumenten niet duidelijk dat alleen de officiële polisvoorwaarden van betekenis zijn. In de “vergoedingenoverzichten” staan zoveel onwaarheden en onjuistheden dat ik het onacceptabel vind dat de NZA hier niet tegen optreedt. Ik vind dat de overheid tekortschiet in haar voorlichting richting burger hierover.
2. De prijzen van de polissen worden niet of onduidelijk gepresenteerd. De verzekeraar zou geen offerte moeten mogen maken (omdat dit onduidelijkheid geeft), maar altijd verplicht een prijslijst moeten meesturen.
3. Algemene uitleg over polisvoorwaarden als "en bloc" en "kan niet opgezegd worden".
4. Algemene uitleg over het gemeenschappelijk deel van de basisverzekering en wat daarin de verzekeraars kunnen variëren. (zodat de consument weet waar hij op moet letten).
5. Informatie over het aantal conflicten dat deze verzekeraar gehad heeft met zijn klanten plus het percentage verloren conflicten.
6. Informatie over welke verzekeraars "bij elkaar horen".
7. Achtergrondinformatie over de verzekeraar: aantal klanten, soort verzekeraar (oud-ZF?), financiële resultaten w.b. de zorg, aantal contracten M&I met huisartsen, bijzonderheden (bijv. initiatief tot preferentiebeleid medicijnen genomen, medische informatielijn, etc.)
8. Ledenraad en hoe hiervoor aan te melden?

B. Wat betreft zorgaanbieders:

1. Postcode-beleid? (en mag dit eigenlijk wel?)
2. Aantal conflicten met patienten en percentage verloren.
3. Privacy-inspanningen
4. Hoe groot is een bepaald specialisme in een ziekenhuis en zijn er specialisaties (per ziekenhuis of specialist). Is de basiszorg in het ziekenhuis goed geregeld (lab, diagnostiek, anaesthesie, klachtenfunctionaris).
5. Kan ik zelf een specialist kiezen? (dat zou een basisrecht moeten zijn)
6. Hoe vaak bezoekt de specialist een opgenomen patient?
7. Hoeveel assistenten zijn er werkzaam per specialist? Wordt er gebruik gemaakt van basisartsen?

Of bedoelt u met deze vraag eigenlijk "lacunes in momenteel beschikbare keuze-informatie? (zoals www.kiesbeter etc.)". Dan is het antwoord:

www.kiesbeter werkt bij mij niet op de computer, dus de officiële keuze-informatie moet ik helemaal missen. Ik vind dat de grootste lacune het gebrek aan "begeleiding" bij de keuze is. Er moet duidelijker worden gemaakt wat de haken en ogen zijn en wat de rechten van de consument zijn. Ook moet de gewone consument meer achtergrondinformatie over de ontwikkelingen op zorggebied aangeboden worden. Immers iedereen die een beroep heeft in de zorg is goed op de hoogte, maar de rest van Nederland niet. Met ontwikkelingen bedoel ik: info over dbc's, epd, initiatieven tot zorgstraten in ziekenhuizen, tekorten of overschotten in personeel, nieuwe wetten, de nza, het cvz, etc. Hierdoor ontstaat bij het gewone publiek meer affiniteit die nodig is om keuzes te maken.

Consultatievraag 21: Mist u acties en maatregelen die de NZa ten behoeve van het algemeen consumentenbelang zou moeten nemen? Ja, in het algemeen vind ik dat de NZA zich moet voornemen om flinker op te treden tegen overtreders. (bijv. de nza moet optreden tegen verzekeraars die door trainage van het uitgeven van machtigingen de zorguitgaven willen verlagen)

Specifieke acties in het algemeen consumentenbelang:

1. dbc's afschaffen: liefst had ik weer gewoon maximum tarieven. Als de NZA dan zou kunnen zorgen voor voldoende concurrentie dan zou er een situatie van prijs-concurrentie kunnen ontstaan.
2. huisartsen beboeten
3. verzekeraars beboeten die herhaaldelijk niet de gecontracteerde basiszorg leveren en/of foute informatie in folders zetten.
4. bij regering pleiten voor eigen bijdrages / remgelden zodat de consument belang krijgt bij de prijs van de zorg. Huisarts onder eigen risico laten vallen.
5. een overheidsorgaan aanwijzen dat uitleg kan geven aan polisvoorwaarden van de basisverzekering. (bijv. mijn verzekeraar slaagde er niet in, ook niet na herhaaldelijk aandringen, om mij uit te leggen dat een kind altijd recht heeft op de duurder *kinderfysiotherapie*, ook als er geen specifieke verwijzing is).
6. verzekeraars verplichten om op verzoek een telefonische toezegging/uitspraak om te zetten in een schriftelijke.
7. zorgen dat er voldoende aanbod blijft van elke soort zorg in Nederland.
8. duidelijkheid scheppen over wat verzekeraars mogen doen met de AV's.
9. Prijzen blijven peilen en ingrijpen als ergens op een te gemakkelijke manier teveel geld verdiend wordt.

10. actie ondernemen tegen postcode beleid (zowel bij huisartsen als (academische) ziekenhuizen)

11. De NZA zou een onderzoek moeten doen naar natura versus restitutieverzekering ivm marktwerking. Met de volgende aspecten: analyse van de verschillen, efficiëntie van beide systemen, concurrentie bevordering, relatie met verschillende eigen bijdrage-systemen.

12. Zodanig optreden dat slechte ontwikkelingen (w.b. concurrentie) worden tegengegaan: zoals ketenzorg. Dit kan ook door oa. publiciteit, zodat meer mensen zich bewust worden van dit soort praktijken. Ook wil ik graag dat de NZA nagaat of zorgaanbieders van elkaar "commissiegeld" krijgen als ze naar elkaar verwijzen, of andersoortige voordelen.

13. heel belangrijk: zorgen dat de consument weet wat zijn rechten zijn en daarin heel duidelijk adviseren. Wat voor soort rechten? Bijvoorbeeld: ander ziekenhuis kiezen (haken en ogen), second opinion (hoe?), AVverzekering met 100% opslag (mag dit of niet?), machtigingen duren te lang (wat doe je dan als consument?), klachten over de huisarts, klachten over de fysiotherapeut (maakt het uit of het om een gecontracteerde fysio gaat of niet?), trucjes in verzekeringen (zoals bij Menzis: ik vind het wat goedkoop als de NZA zegt dat de consument het jaar daarop maar voor een andere zorgverzekeraar moet kiezen: de consumenten lijden nu schade. Vooral doordat de consument te weinig kennis heeft kan hij zijn rechten niet doen gelden en dat veroorzaakt weer dat de consument niet kiest.