

Gebrekkige prikkels leiden tot onnodige kosten in de zorg

Geert Woltjer, 6-5-2026

De huidige ziekenhuiszorg is georganiseerd rond zogenaamde diagnose-behandelcombinaties die per behandelperiode worden afgerekend. Op basis van mijn eigen ervaring zie ik hoe dit tot kosten voor de verzekering leidt die onnodig lijken te zijn en dat het tot zorguitgaven kan leiden die in geen verhouding staan tot de echte kosten.

Ik had in 2024 de ziekte van Lyme met effecten op mijn benen. Voordat een antibioticakuur werd gegeven, is er eerst met behulp van een ruggenprik gecontroleerd of de ziekte al in het hersenvocht terecht was gekomen, en is via bloedonderzoek gekeken naar andere mogelijke andere oorzaken van de verschijnselen. Na de antibiotica verminderen de klachten snel, en na enige tijd wordt er door een onderzoek naar de elektrische activiteit van de spieren gekeken of er schade is. Die lijkt er te zijn. Voor dit pakket wordt ruim 715 euro gevraagd (plus de kosten voor laboratorium en antibiotica), een redelijke, maar zeker niet te lage prijs.

Maar nu geeft de arts aan dat hij na een half jaar een herhaalonderzoek van de spieractiviteit wil. Er lijkt geen achteruitgang of vooruitgang te zijn. Maar er wordt wel een vervolgonderzoek een half jaar later gepland. Ik ga er vanuit dat de arts benieuwd is over het verloop van de klachten bij de ziekte van Lyme, en protesteer niet. Ook bij dat onderzoek wordt geen verandering geconstateerd, terwijl ik beduidend minder klachten heb. De neuroloog vertelt dat als mensen klagen dat het slechter gaat, hij toch niets kan doen, omdat de ziekte van Lyme al bestreden is met de antibiotica. De herhaalonderzoeken hebben dus voor de behandeling geen gevolgen.

Ik ben ondertussen van verzekeraar veranderd, en krijg geen rekening van het eerste consult. Maar aan het tweede vervolgonderzoek hangt een prijskaartje van meer dan 926 euro, en dat voor een half uurtje werk van een assistent en een paar minuten voor de neuroloog. Dat prijskaartje zie ik pas vier maanden later, in het nieuwe jaar, omdat dan de rekening bij de verzekering wordt ingediend. En nieuwsgierig geworden kijk ik bij mijn oude verzekering, en daar blijkt voor het eerste vervolgonderzoek nog eens 715 euro gerekend te zijn, geheel betaald door de verzekering van 2024.

Nu ik van deze kosten hoor, in totaal meer dan 2400 euro voor diagnose en behandeling van de ziekte van Lyme, val ik van mijn stoel. De logica is als volgt: er wordt bij diagnose behandelcombinaties gewerkt met perioden. En als de periode afgelopen is, begint het weer van vooraf aan. Dus met één kwaal, hebben de zorgverzekeraars voor drie diagnose-behandelcombinaties betaald. En ik heb twee keer een eigen risico van 385 euro daaraan bijgedragen. Voor mensen die dat niet zo makkelijk kunnen betalen, zal dat ook geen aangename verrassing zijn.

Als de kosten van tevoren aan mij bekend waren gemaakt, en er direct was verteld dat de uitslagen van de consulten geen effect op de behandeling hebben, had ik de vervolgafspraken geannuleerd, en had ik wel weer contact opgenomen met de huisarts als mijn klachten zouden verergeren. Dat had mij 385 euro en de zorgverzekering 1250 euro gescheeld aan overbodige zorgkosten.

Nu is dit te simpel voorgesteld. De werkelijke maatschappelijke kosten waren veel lager. Twee metingen van de spieractiviteit kosten maximaal 450 euro. Dus de overbodige onderzoeken kosten ongeveer 450 euro en leveren het ziekenhuis 1185 euro aan winst opgeleverd. Dit laatste kan natuurlijk worden besteed aan patiënten voor wie meer kosten gemaakt worden dan volgens de prijs

van de diagnose-behandelcombinatie. Als de verzekeringsmaatschappijen strak onderhandeld hebben, zal dit tot een lagere prijs hebben geleid.

De conclusie uit het voorgaande moet zijn dat de systematiek met diagnose-behandelcombinaties per periode het wel erg aantrekkelijk voor zorgverleners maakt om na afloop van een behandeling nog wat extra onderzoeken of herhaalconsulten te doen. Er is geen enkele prikkel om informatie over kosten aan de patiënt te geven, of van tevoren aan te geven of vervolconsulten en onderzoeken ook het vervolgtraject beïnvloeden. En de trage en ondoorzichtige facturering met onleesbare specificaties (alleen de zorgverzekeraar kent de tarieven) leidt ertoe dat de patiënt pas ver na de behandeling weet wat het gekost heeft, als deze er al iets over hoort.

Dit systeem geeft op zijn minst de suggestie dat er efficiëntiewinsten te behalen zijn door betere informatie over kosten te geven voordat afspraken worden gemaakt, en dat het werken met diagnose-behandelcombinaties per periode en met heel erg grote afwijkingen, de prikkel tot snelle winst wel erg groot maken. Het blijft vreemd dat je voor alleen een controle het tarief betaald voor de hele diagnose-behandelcombinatie, en dat je dus met één diagnose meerdere keren voor een diagnose-behandelcombinatie betaalt. Dit moet beter te organiseren zijn.