

2015Z02714

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *patiënten met een armenpolis die steeds vaker bij moeten betalen na een behandeling in het ziekenhuis* (ingezonden 16 februari 2015).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de berichtgeving dat ziekenhuizen steeds vaker te maken krijgen met patiënten met een armenpolis, die zij achteraf een rekening van de behandelkosten moeten sturen?¹

Vraag 2

Onderschrijft u de uitspraak van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat het een landelijk probleem is dat naar verwachting alleen maar zal toenemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 3

Heeft u zicht op de omvang van dit probleem? Hoeveel mensen worden achteraf geconfronteerd met een onverwachte rekening na afloop van een ziekenhuisopname? Is dat aantal stijgende? Gaat het hier om tienduizenden mensen of meer in het hele land?

Vraag 4

Wat is de invloed van deze onverwachte – vaak hoge – rekeningen op het aantal mensen dat een betalingsregeling moet treffen of zelfs als wanbetaler te boek komt te staan? Is dat aantal eveneens stijgende?

Vraag 5

Heeft u zicht op de extra kosten die hiermee gemoeid zijn voor ziekenhuizen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het versturen van rekeningen en betalingsherinneringen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het (telefonisch) te woord staan van mensen met vragen?

¹ NOS, 12 februari 2015: «Patiënt met budgetpolis moet steeds vaker bijbetalen»

Vraag 6

Bent u evenals de NVZ van mening dat het met 3.500 mogelijke poliscombinaties voor ziekenhuizen geen doen is om iedere patiënt te informeren of de voorgenomen behandeling wel of niet volledig vergoed wordt door hun zorgverzekeraar?

Vraag 7

Bent u net als de NVZ van mening dat het de verantwoordelijkheid is van verzekeraars om voor hun verzekerden volstrekt helder te maken wat wel en wat niet vergoed wordt met de polis die zij hebben afgesloten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 8

Bent u van mening dat het momenteel voor iedere zowel hoog- als laagopgeleide Nederlander volstrekt helder is welke zorg hij wel of niet vergoed krijgt bij de behandeling in een ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 9

Is het naar uw mening terecht dat zolang het niet voor iedereen volstrekt helder is wat wel en wat niet wordt vergoed, een groeiend aantal mensen geconfronteerd wordt met onverwachte bijbetalingen na een behandeling in het ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 10

Bent u bereid zorgverzekeraars te wijzen op hun verantwoordelijkheden verzekerden beter in te lichten over wat wel en wat (deels) niet wordt vergoed? Dienen zij niet per ziekenhuis aan te geven welke zorg wel of niet wordt vergoed en wat de reden daarvan is?

Vraag 11

Bent u bereid zorgverzekeraars aan te sporen om coulant om te gaan met verzekerden van wie redelijkerwijs niet verwacht kan worden dat zij weten of een behandeling wel of niet vergoed wordt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 12

Ziet u een rol weggelegd voor de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) in het beoordelen of verzekerden redelijkerwijs konden weten of een behandeling wel of niet zou worden vergoed? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vraag 13

Is het niet veel beter de contracteerplicht van zorgverzekeraars voor alle hulpverleners in te voeren als de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven dat de zorg die zij bieden adequaat is? Is dit niet veel rechtvaardiger en efficiënter en biedt dit niet de keuzevrijheid die patiënten willen? Wilt u dit systeem zo snel als mogelijk invoeren? Zo nee, waarom niet?