

5

Vragenuur: Vragen Sazias

Vragen van het lid Sazias aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij afwezigheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over **het bericht "CZ-klanten ontdekken voor 2,4 miljoen aan onjuiste zorgnota's"**.



Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Afgelopen weekend hoorden we dat ruim een derde — een derde! — van de rekeningen die aan zorgverzekeraar CZ verstuurd worden, te hoog is. Dat is natuurlijk een idioot hoog percentage. Natuurlijk, waar gehakt wordt vallen spaanders, maar we moeten er wel van uit kunnen gaan dat deze rekeningen kloppen. Dat is nog steeds niet het geval. Het gaat met name om ziekenhuisrekeningen. Het is natuurlijk goed dat de verzekeraar mensen stimuleert om zelf de nota te controleren, ook voor uitbetaling. Er kan heus weleens iets misgaan, maar dit is buiten alle proportie. Mijn vraag is dus: wat vindt de regering van het feit dat maar liefst 36% van deze rekeningen te hoog bleek?

Als alleen al klanten er zo veel fouten uithalen, hoeveel fouten zitten er dan werkelijk in dit soort rekeningen? Het gaat hier namelijk nog steeds maar over één zorgverzekeraar. De vraag is dus: is dit het topje van de ijsberg? Hoeveel zorggeld gaat hier in totaal verloren? Op welk bedrag zouden we dan wel niet uitkomen? 50PLUS wil ook weten hoe dit komt. Welke fouten zitten er in het systeem? Is er misschien sprake van een patroon? Of is er een andere reden? Is de regering bereid om dit nader te onderzoeken? Wat wil de regering eraan doen?

Het is goed dat verzekerden meekijken naar en meedenken over de rekening, maar dan moet de rekening wel begrijpelijk en toegankelijk zijn. Dat is vaak niet zo, want klanten hebben niet altijd eenvoudig inzicht in de rekening. Ik ben zelf onlangs twee keer geopereerd en ik heb geen rekening gezien. Is het niet beter om een eenvoudiger systeem in te voeren? Zouden al die zorgverzekeraars niet eenduidiger en eenvoudiger moeten factureren? Tot slot: hoe denkt de regering de verzekeraars ertoe te bewegen om hun controle op deze rekeningen te verbeteren?



Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter. Allereerst even de cijfers: verzekeraar CZ heeft in totaal ongeveer 230 miljoen aan declaraties. Er zijn 25.000 meldingen gekomen van verzekerden die zeiden dat er misschien iets niet klopte. Bij 9.000 daarvan bleek inderdaad iets niet te kloppen. Dan praten we over 0,03%. Het is goed om dat perspectief even te schetsen. Ten tweede is het heel goed dat verzekerden meer kunnen meekijken om na te gaan of de nota verkeerd is. Dat is eigenlijk een systeem van vroeger. Toen kreeg je zelf de rekening en moest je die declareren bij de verzekeraar. Bij het declareren kon je dan zeggen of de rekening klopte of niet.

Vervolgens is het declaratiesysteem ingevoerd. Dat is veel klantvriendelijker. De declaraties verlopen automatisch. Sinds 1 juni 2014 is het inzicht in de kosten van een behandelaar veel transparanter geworden. Er staat meer

informatie op de nota. De informatie is begrijpelijker geschreven en is ook te zien op de pagina die elke verzekerde heeft bij de site van de verzekeraar. Je kunt zelf de rekeningen ook zien. Dat heeft CZ op een heel klantvriendelijke manier gedaan. Als je denkt dat er iets niet goed is, kun je het daar melden en dan gaat de verzekeraar dat uitzoeken.

Verzekerden willen dat ook heel graag. Uit het evaluatieonderzoek naar het kostenbewustzijn dat in oktober jongstleden naar de Kamer is gestuurd, blijkt namelijk dat 80% van de verzekerden de nadere informatie ook wil en er gebruik van maakt. Van de mensen die denken dat er iets niet klopt, meldt ruim de helft dat. Dat is dus een heel goede zaak. Alle verzekeraars werken met zo'n soort systeem, waarin je de rekeningen kunt zien op jouw pagina van de site van je verzekeraar. Het is natuurlijk een beetje afhankelijk van de verzekeraar waar je bij zit. Op die manier kan er gebruikgemaakt worden van de meldingen.

Ik hecht er aan om te zeggen dat het niet altijd fraude is. Er kan ook gewoon een fout in de rekening zitten. Dat blijkt ook uit het feit dat er bij veel meldingen wel iets aan de hand is maar dat het geen fraude is. Het is wel goed dat die meldingen worden gedaan. Verzekeraars hebben allemaal zo'n type systeem. CZ is de eerste die het op een heel klantvriendelijke manier doet en zodoende ook de bedragen kan optellen.

Kortom: goede zaak dat het gebeurt, goed dat verzekerden kunnen meekijken. Het is een beperkt percentage, 0,03, maar elke euro die niet goed is besteed, is er één te veel. Het is een erg goede zaak dat dit gebeurt. VWS stimuleert ook dat verzekeraars doorgaan en dat dit inzicht niet alleen wordt gegeven bij de medisch-specialistische zorg maar ook bij bijvoorbeeld de ggz en de eerstelijnszorg. Die verdere stappen gaan we in de toekomst zetten.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik hoor de staatssecretaris niet zeggen hoe hij denkt dat het toezicht verbeterd kan worden. Natuurlijk is het heel fijn dat cliënten en patiënten mee kunnen kijken. Maar, zoals ik al zei, ik ben net geopereerd en ik heb geen rekening gezien. Op de website van de NZa staat wel een handleiding voor hoe je je rekening kunt controleren via je verzekeraar, maar dan moet je eerst de dbc-codes opzoeken en vervolgens gaan kijken welke prijzen achter die dbc's zitten. Ik kan de staatssecretaris verzekeren dat dit voor heel veel mensen toch echt een stap te ver is. Dus ook 50PLUS vindt het fijn dat mensen meedenken en controleren, maar er moet toch een manier van toezicht zijn waarbij de omvang van dit probleem structureel wordt teruggebracht? De staatssecretaris heeft het over 0,03%. Dat is nog altijd 2,4 miljoen. Als dit nog maar het topje van de ijsberg is, gaat het om veel meer geld en dat is toch zondegeld dat aan echte zorg besteed zou moeten worden. Nogmaals, mijn belangrijkste vraag is: op welke manier denkt de regering het toezicht, de controletaken te kunnen verbeteren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Vroeger kregen verzekerden hun rekeningen van de zorgaanbieder, vaak ook heel laat. Die moesten ze verzamelen en indienen bij de verzekeraar en dan werden ze betaald. Mensen moesten heel lang op hun geld wachten. Dat heeft na veel discussie geleid tot een systeem waarin de verze-

kerde dat allemaal niet meer zelf hoeft te regelen, maar waarin op een heel klantvriendelijke manier de rekeningen worden gebracht van de zorgaanbieder naar de verzekerde en worden gedeclareerd. Sinds 1 juni 2014 is ingevoerd dat alle verzekeraars zorgen dat iedereen die dat wil, de rekening kan bekijken via de persoonlijke pagina bij de verzekeraar.

Dat is niet de enige controle, want verzekeraars voeren formele en materiële controles uit. Zorgaanbieders werken samen met zorgverzekeraars aan correcte registraties. De toezichthouders en de opsporingsdiensten, waarvan de capaciteit op dit punt overigens is uitgebreid, werken nauw samen om overtreders op te sporen. Wat sinds 1 juni 2014 is toegevoegd, is dat verzekerden beter kunnen meekijken in een overigens eenvoudiger rekening. Inderdaad, het opzoeken van dbc-codes kost veel tijd, maar die zijn nu klantvriendelijker en eenvoudiger op rekeningen gezet. Met de materiële controles van de verzekeraars, die verder worden aangescherpt, met de aangescherpte opsporingsmogelijkheden en met de mogelijkheid van meekijken door patiënten, hebben we een systeem dat ons steeds dichterbij brengt tot een bijna perfecte rekening. Fouten zullen altijd blijven voorkomen. Elke euro die verkeerd besteed wordt, is er een teveel, maar met deze aanpak kunnen we samen ervoor zorgen dat de rekeningen zo goed mogelijk kloppen.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Ik begrijp dat de staatssecretaris dus eigenlijk wel tevreden is met de gang van zaken?

Staatssecretaris Van Rijn:

Ja, gelet op wat er de afgelopen jaren gebeurd is op het gebied van cliëntvriendelijkheid en digitalisering, evenals de mogelijkheid om patiënten te laten meekijken hoe het zit met hun rekeningen. Dat is erg belangrijk, niet alleen voor het kostenbewustzijn, maar ook voor de controlekant. Dat is heel verstandig.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

50PLUS zou toch graag zien dat meer aan toezicht werd gedaan. We vinden het heel fijn dat cliënten meekijken, maar ook van overheidswege zal het toezicht aangescherpt moeten worden, want iedere cent die niet daadwerkelijk naar zorg gaat, is een verloren cent.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het is echt heel goed dat patiënten meekijken. Zo kunnen ze de meest bijzondere fouten eruit halen maar ook besparen op het eigen risico dat ze hebben betaald. Het is alleen echt nog steeds wel een uitdaging om rekeningen gewoon te snappen. Veel termen zijn technisch en moeilijk uitlegbaar. Ik weet dat het ministerie samen met patiëntenorganisaties hard bezig is geweest om rekeningen begrijpelijker te maken. Hoe ver staat het daarmee? Welke slag kan nog gemaakt worden zodat mensen het eerder inzichtelijk hebben?

Staatssecretaris Van Rijn:

Die rekeningen zijn al een stuk inzichtelijker gemaakt, juist in het genoemde overzicht. Wij beogen niet alleen verdere

verbetering, maar ook verdere uitbreiding. Dit geldt nu voor de medisch-specialistische zorg, en momenteel wordt samen met de patiëntenorganisaties en de sectoren bekeken of dit ook bij de ggz en de eerste lijn kan, zodat we dit succesievelijk over de hele breedte kunnen invoeren. Dit is een zeer terecht punt. Het meekijken van de verzekerden is essentieel, niet alleen voor het kostenbewustzijn, maar ook voor de controle. We zijn bezig dat uit te breiden naar meerdere sectoren.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Het moge bekend zijn dat de SP al veel langer pleit voor een systeem zonder bureaucratische zorgverzekeraars. In dit concrete geval wordt gezegd dat het goed is dat patiënten inzicht krijgen, dat het toch wel wat kost en dat het toch wel ingewikkeld is om zo'n rekening te lezen. Maar het kan toch niet de bedoeling zijn dat de patiënt als een soort onderzoeker zijn eigen ziektekostenrekening moet gaan bekijken? Dat is toch bij uitstek een taak van de zorgverzekeraar? Als dat niet meer de taak van de zorgverzekeraar is, wat is dan nog de toegevoegde waarde van de zorgverzekeraar?

Staatssecretaris Van Rijn:

Daar hebt u volstrekt gelijk in. Daarom is er zo veel aandacht voor de materiële en de formele controles door de verzekeraars zelf, die de afgelopen jaren verder zijn verbeterd. Daarover zijn samen met de zorgaanbieders afspraken gemaakt. De primaire formele en materiële controle moet gewoon door de zorgverzekeraar gebeuren. Daarnaast zijn er toezichthouders en opsporingsdiensten. Als aanvullend punt kan de verzekerde meekijken, niet alleen met het oog op kostenbewustzijn, maar ook om te zien of er zaken zijn die hem of haar opvallen. Dat is heel belangrijk, want hij of zij is degene die de zorg heeft ondergaan, zodat hij of zij dingen kan ontdekken die niemand anders kan zien. Het is heel goed dat dat er is; niet als primair controlepunt, maar aanvullend.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Veel dank aan de staatssecretaris voor de uitvoerige beantwoording. Hij schetst goed hoe aan de ene kant het comfort van de verzekerde wordt geregeld door alvast te betalen, terwijl het aan de andere kant heel belangrijk is dat een verzekerde zelf inzicht heeft in de kosten die zijn gemaakt. De VVD heeft daar lang voor gepleit, en dat is nu dus geregeld. Iedereen kan inzicht krijgen, maar verzekerden die dat willen, kunnen een actieve rol hebben bij het nakijken van de rekening. Nou is dat vaak het geval voor die verzekerden waarbij het eigen risico net wel of net niet wordt volgemaakt. Dat blijkt een prikkel te zijn om toch te gaan controleren. Als blijkt dat er inderdaad te veel gedeclareerd is, weten mensen met een eigen risico dan zeker dat dat gecompenseerd wordt?

Staatssecretaris Van Rijn:

Ook dat heb ik zelf even nagevraagd. Als geconstateerd wordt door de verzekerde dat er te veel is betaald, wordt dat door CZ opgepakt en verrekend met eventuele betalingen door de verzekerde.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het gaat steeds over de controle die patiënten uitoefenen. Heeft CZ zicht op de oorzaken van de fouten? Het gaat immers om een flink aantal.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat is een verdiepingsslag die ook nog wordt gemaakt. Er is wel wat inzicht in de oorzaak van het grootste aantal meldingen: die gaan over farmacie, gevolgd door de medisch-specialistische zorg en de tandheelkundige zorg. Maar de grootste oorzaak ligt bij het verstrekken van medicijnen. Er wordt nog dieper gekeken naar de achterliggende oorzaken. Dit zijn de drie topcategorieën.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Waarmee we aan het eind van het mondelinge vragen uur zijn gekomen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.