

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3057

Vragen van het lid **Otwin van Dijk** (PvdA) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *PGB's onder de Zorgverzekeringswet* (ingezonden 19 juni 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 augustus 2015)

Vraag 1

Bent u op de hoogte van de wijze waarop zorgverzekeraar Univé Zorgzaam het persoonsgebonden budget (PGB) vergoedt aan verzekerden?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2, 3 en 4

Klopt het dat Univé Zorgzaam 10% van het PGB in mindering brengt voor administratieve kosten? Wat vindt u hiervan?

Is het in rekening brengen van 10% administratieve kosten door verzekeraars een normale gang van zaken? Welke zorgverzekeraars doen dit nog meer? Wat is uw oordeel hierover? Welk bedrag dat beschikbaar is voor het PGB bij zorgverzekeraars wordt niet aan zorg uitgegeven?

Kunt u nader toelichten hoe de uurtarieven van het PGB onder zorgverzekeraars tot stand komen voor verpleging en verzorging?

Antwoord 2, 3 en 4

Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de hoogte van de tarieven voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Uiteraard moeten ze hierbij wel binnen de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde maximumtarieven voor verpleging en verzorging blijven. De zorg die met een Zvw-pgb wordt ingekocht valt daar ook onder.

Verzekeraars geven duidelijkheid over de hoogte van de tarieven in de polis. Verzekerden worden hierover geïnformeerd met de zogenaamde deurmaatbrief die in november wordt verstuurd.

Toen de functies verpleging en verzorging vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar de zorgverzekeringswet is dit gebeurd met een taakstelling van € 440

¹ Voorbeeld onderhands meegezonden

mln op het totale kader wijkverpleging. Het is aan zorgverzekeraars hoe ze deze korting hebben ingevuld. Dat kon zowel op verpleging, als verzorging. Ik heb gesproken met de betreffende zorgverzekeraar en ik heb begrepen dat de verzekeraar ervoor heeft gekozen om het AWBZ-pgb jaarbudget voor persoonlijke verzorging te verlagen met 10% om invulling te geven aan de taakstelling. Er heeft geen korting plaatsgevonden op de functie verpleging. Ook deze verzekeraar heeft zijn verzekerden hierover geïnformeerd in november. De korting van 10% is dus niet in mindering gebracht vanwege administratieve kosten.

Vraag 5

Is er sprake van een maximum tarief voor verpleging en verzorging? Hoe moeten budgethouders met langlopende contracten met zorgverleners voor een hoger tarief dan de zorgverzekeraar wenst te vergoeden, hun zorgverleners betalen? Worden zij geacht deze bedragen zelf bij te betalen?

Antwoord 5

De zorg die geleverd wordt door zorgverleners die deze zorg beroeps- of bedrijfsmatig verlenen, vallen onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Hiervoor gelden de beleidsregel en prestaties en (maximum)tarieven zoals vastgesteld door de NZa. Deze maximumtarieven zijn zowel een verplichting voor de zorgverzekeraar, als voor de zorgverlener. Zorgverleners mogen dan ook niet meer in rekening brengen dan het door de NZa vastgestelde tarief.

Het is aan verzekeraars zelf om, op basis van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven, te bepalen welke tarieven zij hanteren voor de vaststelling van de hoogte van het PGB. Zij nemen dit op in hun pgb-reglement dat aan de polis is gekoppeld. Dit betekent dat de verzekerde van te voren is geïnformeerd over de tarieven die zijn verzekeraar hanteert bij de vaststelling van de hoogte van het Zvw-pgb, namelijk als hij in november de polisvoorwaarden voor het komende jaar ontvangt.

Ook de tarieven voor niet formele zorgaanbieders, die niet gebonden zijn aan de Wmg, staan opgenomen in het reglement.

Verzekerden die in 2014 al een pgb hadden, zijn in november 2014 door hun zorgverzekeraar geïnformeerd over de wijzigingen waarmee zij te maken zouden krijgen in verband met overheveling van hun zorg naar de Zorgverzekeringswet. Elke budgethouder heeft een persoonlijke brief gehad met daarin de nieuwe hoogte van zijn budget. Ook is er schriftelijk uitleg gegeven over de veranderingen in 2015.

In het geval waarin de nieuwe tarieven lager waren dan de tarieven in reeds lopende contracten, hebben de budgethouders de contracten kunnen aanpassen. Budgethouders hebben daarvoor vanaf november vorig jaar de tijd gehad om bestaande contracten met zorgverleners aan te passen aan de nieuwe tarieven. Verzekerden hebben uiteraard ook de gelegenheid gehad zich te oriënteren op de polisvoorwaarden van andere zorgverzekeraars om eventueel over te stappen.

Vraag 6

Wat gebeurt er met het overgebleven budget van PGB-houders dat niet aan zorg besteed hoeft te worden en dat teruggestort dient te worden naar de zorgverzekeraars? Wat doen zorgverzekeraars met dit overgebleven budget?

Antwoord 6

Verzekerden kunnen tot een bepaald maximum bedrag aan nota's indienen bij hun zorgverzekeraar. Het maximum bedrag (ook wel pgb-budget) wordt bepaald aan de hand van de indicatiestelling en de maximum tarieven. Er is geen sprake van overgebleven pgb-budget dat teruggestort dient te worden naar verzekeraars. Het geld blijft bij de verzekeraars en blijft daarmee beschikbaar voor het totale budget voor wijkverpleging.