

Vergaderjaar 2014–2015

**34 104**

**Langdurige zorg**

**Nr. 64**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2015

Naar aanleiding van het debat zorghervormingen op 15 april jl. heeft uw Kamer mij, door middel van een motie<sup>1</sup> van Kamerleden Dik-Faber en Voortman, verzocht om zorgverzekeraars aan te spreken op het groot-schalig afwijzen van pgb's en op het onmogelijk maken van het combi-neren van zorg in natura en pgb (Handelingen II 2014/15, nr. 76, item 8).

Daarnaast ben ik met de zorgverzekeraars in overleg geweest over het uitstellen van de invoering van het niet-professionele tarief voor bestaande budgethouders in de pgb-zvw. Door middel van deze brief informeer ik uw Kamer als volgt.

**Niet-professionele tarief**

Op 23 april jl. heb ik u bericht, dat ik in overleg was met de zorgverzeke-raars om de overgangperiode van het niet-professionele tarief in de PGB-Zvw te verlengen van 1 mei 2015 naar 1 september 2015, en daarmee de invoering van het niet-professionele tarief voor bestaande budget-houders uit te stellen. Dit heb ik gedaan omdat ik het niet-professionele tarief zo zorgvuldig mogelijk wil invoeren, zodat een goede uitvoering daarvan geborgd is. Zorgverzekeraars hebben hier mee ingestemd.

Zorgverzekeraars hebben in aanvulling hierop mij bericht, dat zij hebben besloten om de overgangperiode te verlengen tot uiterlijk 1 januari 2016 of tot het moment dat de wettelijke verankering van het Zvw-rgb eerder geregeld is. Deze verlenging achten zorgverzekeraars nodig om onduide-lijkheden en eventuele problemen bij PGB-houders te voorkomen.

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 29.

## **Motie Kamerleden Dik-Faber en Voortman**

### *Afwijzingen pgb-aanvragen*

De hierboven genoemde motie vraagt de regering in overleg te gaan met zorgverzekeraars die grootschalig het gebruik van pgb afwijzen, en in kaart te brengen waarom zij dit doen. In de media zijn de afgelopen maanden verschillende berichten geweest hierover. Deze berichten gingen met name over twee zorgverzekeraars. Ik heb hierover contact gehad met zowel Zorgverzekeraars Nederland (ZN), als beide verzekeraars.

Eén van beide zorgverzekeraars heeft geconstateerd dat verzekerden geregeld beperkte informatie in hun aanvraag opnamen, zodat niet geconstateerd kon worden dat een verzekerde aan de gestelde criteria voldoet. Dit leidde tot afwijzing van aanvragen. De zorgverzekeraar heeft hierover overleg gevoerd met Per Saldo. Naar aanleiding daarvan heeft Per Saldo haar leden geïnformeerd, over hoe het aanvraagformulier het beste kan worden ingevuld. Hierdoor zijn aanvragen die aanvankelijk zijn afgewezen alsnog toegekend.

Uit de informatie van ZN en beide verzekeraars komt verder naar voren dat veel van de afwijzingen van de betreffende zorgverzekeraars voort komen uit de inhoudelijke criteria, die in de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS zijn vastgelegd. Het gaat hierbij in de eerste plaats om algemene voorwaarden, die worden gesteld aan de verzekerden. Zoals bijvoorbeeld het op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren van de aan de Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen. Deze voorwaarden worden ook gesteld in de andere rgb-wetten. Daarnaast gaat het om specifieke criteria, die voor het Zvw-rgb zijn afgesproken. Dit zijn vereisten die worden gesteld aan de zorgvraag. Een voorbeeld hiervan is dat het moet gaan om zorg die vooraf slecht in te plannen is. De specifieke criteria vloeiden voort uit de introductie van het Zvw-rgb als nieuw instrument. Dit betekent dat, omdat in het verleden niet op de Zvw-rgb specifieke criteria is getoetst en wellicht niet of minder streng op de algemene voorwaarden, het kan voorkomen dat verzekerden die eerder een rgb hadden daar nu niet meer voor in aanmerking komen. Ik wil daarbij wel benadrukken dat dat geenszins betekent dat de verzekerde geen zorg krijgt. Als immers is vastgesteld dat de verzekerde in aanmerking komt voor verpleging en verzorging, dan zal de zorgverzekeraar dat op grond van zijn zorgplicht via zorg in natura, restitutie of het Zvw-rgb beschikbaar moeten stellen.

Het is van belang dat de afweging voor toewijzing van rgb door de zorgverzekeraar zorgvuldig gebeurt. Voor de aanvrager moet het duidelijk en zorgvuldig beargumenteerd zijn waarom een aanvraag wordt afgewezen. Wanneer een verzekerde zich niet kan vinden in een afwijzing, dan staat de gebruikelijke klachtenprocedure bij de eigen verzekeraar open. En zo nodig kan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) worden ingeschakeld.

In de bestuurlijke afspraken, die tussen ZN en Per Saldo zijn gemaakt, is afgesproken dat vanaf de start van het zvw-rgb de uitwerking in de praktijk nauwlettend gevolgd zal worden. In deze monitor wordt onder andere gekeken naar het aantal weigeringen door verzekeraars en de weigeringsgronden. Ook blijf ik uiteraard in gesprek met Per Saldo, ZN en zorgverzekeraars hier over, omdat ik het belangrijk vind dat, voor diegene voor wie dat passend is, het instrument van rgb beschikbaar is.

### *Combinatie zorg in natura en pgb*

De vraag of een combinatie van zorg in natura en een pgb mogelijk is onder de Zorgverzekeringswet is al vaker aan de orde geweest. Ik merk dat daar in het veld nog steeds onduidelijkheid over bestaat en ook bij Per Saldo blijven signalen binnen komen dat het voor verzekerden soms lastig, zo niet onmogelijk blijkt om de combinatie zorg in natura en pgb rond te krijgen.

Ik wil benadrukken dat de mogelijkheid van het combineren van zorg in natura en pgb onder de Zvw zeker bestaat. Ik ben er voorstander van dat zorgverzekeraars die mogelijkheid bieden, omdat daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde verder wordt vergroot. Om die reden heb ik deze kwestie al eerder onder de aandacht gebracht van de zorgverzekeraars. ZN heeft dit besproken met haar leden en zorgverzekeraars hebben aangegeven dat daar waar verzekerden problemen ervaren bij de wens van combinatie zorg in natura en pgb die op individueel niveau zullen worden bekeken en waar mogelijk opgelost. ZN geeft daarbij aan dat er bij de individuele verzekeraars niet of nauwelijks problemen worden gemeld door verzekerden over de combinatie zorg in natura en pgb. Het is dus van belang dat verzekerden die tegen problemen aanlopen in het combineren van zorg in natura en pgb, dit melden bij hun zorgverzekeraar zodat naar een oplossing kan worden gezocht.

Ook hier geldt dat ik hierover in gesprek blijf met Per Saldo, ZN en zorgverzekeraars, want ik vind het belangrijk dat zorgverzekeraars de mogelijkheid voor een combinatie zorg in natura en pgb blijven bieden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn