

Vergaderjaar 2016–2017

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 286

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 maart 2017

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zvw-pgb (Kamerstuk 34 233) heeft het Kamerlid Bergkamp een motie ingediend over de verschillende soorten tarieven waarmee een budgethouder wordt geconfronteerd (Handelingen II 2015/16, nr. 52, item 29).¹ In de motie wordt gewezen op rektarieven, NZa-tarieven en maximumtarieven. De motie spreekt uit dat deze verschillende tarieven niet bijdragen aan de transparantie voor de budgethouder en verzoekt de regering in overleg te gaan met betrokken partijen, waarvan in ieder geval zorgverzekeraars, Per Saldo en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

In overleg met de genoemde partijen kom ik tot de volgende reactie op de motie:

- Onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en bij het Zvw-pgb zijn inderdaad verschillende tarieven relevant.
- Voor verzekerden is relevant welke tarieven hun eigen zorgverzekeraar hanteert. Dat is te vinden in het Reglement Zvw-pgb van de eigen zorgverzekeraar.
- Kennelijk is sprake van onduidelijkheid over deze tarieven. Om die reden zal ik verzekeraars vragen om in de communicatie richting pgb-houders hiermee rekening te houden.

Het maximumtarief en het NZa-tarief

Voor de budgethouder zijn de Zvw-pgb-tarieven, zoals door zorgverzekeraars vastgelegd in hun Reglement Zvw-pgb, relevant. In het voorbeeldreglement dat de zorgverzekeraars gezamenlijk hebben opgesteld worden vier tarieven gehanteerd: een tarief voor persoonlijke verzorging, een tarief voor verpleging, een tarief voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) en het informeel tarief.

¹ Kamerstuk 34 233, nr. 57.

In verband met mededingingsregelgeving zijn zorgverzekeraars niet bevoegd om gezamenlijk afspraken te maken over de hoogte van deze tarieven. Dat betekent dat iedere zorgverzekeraar voor zich bepaalt welke tarieven hij hanteert voor de vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging aan verzekerden. Dat is opgenomen in het Reglement Zvw-pgb van iedere individuele zorgverzekeraar.

De maximum te declareren tarieven die zorgverzekeraars in hun reglementen hanteren zijn in lijn met de vrije en maximumtarieven die de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg heeft vastgesteld voor professionele zorgaanbieders (dit wordt ook wel het NZa-tarief genoemd). De NZa-tarieven richten zich op zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij zijn ervoor verantwoordelijk dat zij respectievelijk niet meer vergoeden en declareren. Budgethouders hebben niet met deze tarieven te maken. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg heeft de zorgaanbieder de plicht cliënten tijdig en zorgvuldig te informeren over het tarief dat zij voor een bepaalde prestatie hanteren.

Dat betekent dat de verzekerde maximaal het door de zorgverzekeraar in het Reglement Zvw-pgb gehanteerde tarief vergoed krijgt. Als de verzekerde een hogere vergoeding met zijn zorgverlener afsprekt, dan moet hij het meerdere zelf bijleggen. Het kan ook voorkomen dat de pgb-houder een lagere uurvergoeding met zijn zorgverlener afsprekt. In dat geval krijgt de pgb-houder slechts de lager afgesproken uurvergoeding vergoed door de verzekeraar.

Rekentarief/apart tarief hoogte totale pgb

Sommige zorgverzekeraars, in 2016 gold dat voor drie van de negen concerns van zorgverzekeraars, hanteren in hun Reglement Zvw-pgb naast een maximum te declareren tarief een apart tarief om het totale pgb-budget te bepalen ($p \cdot q$). Per Saldo noemt dit het «rekentarief». De budgethouder heeft op zich niets met dit rekentarief te maken, maar slechts met het totaal budget dat is toegekend en met de maximumtarieven die de budgethouder mag declareren voor een bepaald type zorg. Anders gezegd: als de pgb-houder een hoger tarief afsprekt dan het «rekentarief», dan zal de verzekeraar de declaratie vergoeden mits het gedeclareerde tarief niet hoger is dan het maximumtarief, maar zal het budget eerder op zijn. Dit is vergelijkbaar met het systeem zoals dat onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was en op dit moment onder de Wet langdurige zorg (Wlz) is.

Bij andere zorgverzekeraars gaat het slechts om één tarief, namelijk het maximaal te vergoeden tarief waarmee het totale pgb-budget wordt berekend.

Informeel tarief

Het informele tarief is een tarief voor natuurlijke personen dat wettelijk is vastgelegd in de Regeling Zorgverzekering.

Informatievoorziening

Per Saldo maakt jaarlijks een overzicht van de door zorgverzekeraars gehanteerde verschillende tarieven. Die informatie kan de verzekerde gebruiken bij zijn keuze voor een zorgverzekeraar in het overstapseizoen. De budgethouder kan in het Reglement Zvw-Pgb de tarieven die zijn eigen

zorgverzekeraars hanteert nagaan, maar kennelijk is toch sprake van onduidelijkheid. Om die reden zal ik verzekeraars vragen om in de communicatie richting pgb-houders hiermee rekening te houden.

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