

Vergaderjaar 2015–2016

34 233

Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb

Nr. 67

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2016

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Zvw-pgb¹ op 9 februari jl. heb ik toegezegd de Kamer nader te informeren over het versnellen van de klachten- en geschillenprocedure in Zvw-pgb-zaken. Dit in vervolg op mijn brief hierover van 8 februari jl. Ik betrek hierbij de motie van de leden Dik-Faber en Bergkamp² om ervoor te zorgen dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) hiervoor de juiste capaciteit krijgt.

Ik informeer de Kamer tevens over de mogelijkheid om zorgverleners die Zvw-pgb-zorg verlenen, in vaste maandbedragen uit te betalen en over het aantal aangevraagde en verstrekte AGB-codes. Tot slot ga ik in op de motie van de leden Voortman c.s.³ over de combinatie van het pgb met zorg in natura en van het lid Dik-Faber over de uitwisseling van best practices tussen zorgverzekeraars onderling⁴.

De klachten- en geschillenprocedure wordt verkort

Bij de afhandeling van klachten en geschillen in Zvw-pgb-zaken zijn twee trajecten te onderscheiden: de interne klachtenafhandeling door de zorgverzekeraar enerzijds en de bemiddeling en geschilbeslechting door de SKGZ anderzijds. Een verzekerde die het niet eens is met de afhandeling van de klacht door de zorgverzekeraar, kan voor bemiddeling terecht bij de Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ. Ook kan een verzekerde naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ stappen. Voorafgaande bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzeke-

¹ Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb (34 233)

² Kamerstuk 34 233, nr. 49

³ Kamerstuk 34 233, nr. 53

⁴ Kamerstuk 34 233, nr. 51

ringen is daarvoor geen voorwaarde. Deze commissie brengt een bindend advies uit, waar de verzekerde en de zorgverzekeraar zich aan moeten houden.

De klachtenafhandeling door de zorgverzekeraar en de procedure bij de SKGZ kennen een eigen doorlooptijd. Omdat een verzekerde nog tot een jaar na afhandeling van de klacht door de zorgverzekeraar, de SKGZ kan inschakelen, mogen de doorlooptijden van beide trajecten niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

De interne klachtenregeling van zorgverzekeraars

Een verzekerde die een klacht heeft over de uitvoering van de Zvw, kan hiermee allereerst terecht bij de eigen zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar heeft daarvoor een interne klachtenregeling. Ik ben het met de Kamer eens dat zorgverzekeraars goed moeten omgaan met klachten en deze zo voortvarend mogelijk moeten afhandelen. Een goede en snelle klachtenafhandeling kan tijd- en energierovende geschillen en daarmee een gang naar de Geschillencommissie van de SKGZ of de rechter, voorkomen.

Ik heb de Kamer toegezegd te bezien of de interne klachtenprocedure bij de zorgverzekeraars versneld kan worden. Daartoe ben ik via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nagegaan welke termijn zorgverzekeraars hanteren en welke mogelijkheden zij zien om deze te verkorten.

De wijze waarop zorgverzekeraars de klachtenprocedure hebben ingericht kan per zorgverzekeraar verschillen. Alle zorgverzekeraars hebben zich bij de afhandeling van klachten te houden aan Gedragscode goed verzekeraarschap. Volgens die code dient de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt binnen vier weken aan de verzekerde bekend te maken. De zorgverzekeraars hebben aangegeven deze termijn in acht te nemen en klachten waar mogelijk sneller af te handelen. Zij doen dit bijvoorbeeld door pgb-zaken apart van andere klachten te behandelen, hiervoor vaste medewerkers aan te wijzen en de indiening van klachten te vergemakkelijken met behulp van een digitaal klachtenprogramma. Het bestuur van ZN heeft haar leden opgeroepen te blijven inzetten op een voortvarende klachtenafhandeling.

Bemiddeling en geschilbeslechting door de SKGZ

Bij het afhandelen van klachten en geschillen door de SKGZ zijn meerdere partijen betrokken: de verzekerde die de klacht heeft ingediend, de zorgverzekeraar tegen wie de klacht is gericht en het Zorginstituut Nederland, dat in bepaalde geschilzaken een wettelijke adviestaak heeft.

De gebruikelijke doorlooptijd voor bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ is twee tot acht weken. Afhankelijk van de complexiteit van het dossier kan deze incidenteel langer zijn. De gebruikelijke doorlooptijd voor geschillen die aanhangig zijn gemaakt bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ is drie tot zes maanden. Deze is inclusief de verplichte advisering door het Zorginstituut Nederland in voorkomende gevallen.

Het verkorten van de doorlooptijd is van groot belang voor de verzekerde, die daarmee sneller duidelijkheid krijgt. In overleg met de SKGZ en de zorgverzekeraars is vastgesteld dat de doorlooptijd voor de bemiddeling en geschilbeslechting tot de helft kan worden gereduceerd. De volgende maatregelen zijn daarvoor nodig:

- De SKGZ zal de verzekerde explicieter vragen snel te reageren en stukken in te sturen en meteen het entreegeld voor de geschilbeslechting te betalen. Daarbij blijft de SKGZ, in het belang van de verzekerde en omwille van de laagdrempeligheid, coulance betrachten.
- Nog dit voorjaar wordt op de website van de SKGZ een aparte aanmeldpagina gemaakt voor pgb-zaken.
- Om een veilige uitwisseling van gegevens en stukken tussen partijen te versnellen en te vergemakkelijken, ontwikkelt de SKGZ vóór de zomer een digitale portal.
- De SKGZ richt nog dit voorjaar een aparte behandellijn in voor pgb-zaken. Hiermee kunnen deze dossiers inhoudelijk sneller worden beoordeeld.
- De Geschillencommissie zal extra hoorzittingen houden. De wachttijd wordt hierdoor aanzienlijk verkort.
- De zorgverzekeraars stellen in 2016 en 2017 aan de SKGZ extra middelen beschikbaar voor het versnellen van de procedure en de extra personele capaciteit die daarvoor nodig is. Medio 2017 wordt, ondermeer aan de hand van de ontwikkeling van het aantal Zvw-vgb-zaken, geëvalueerd of de extra capaciteit en middelen na 2017 nog nodig zijn.

Conform eerdergenoemde motie worden de doorlooptijden bij de SKGZ opgenomen in de monitor over de uitvoering van het Zvw-vgb.

Declareren in uren geleverde zorg

Het Zvw-vgb is een vorm van een gemaximeerde restitutievergoeding. Zoals gebruikelijk wordt deze vergoeding uitbetaald op basis van een declaratie. Aangezien het daarbij moet gaan om feitelijk geleverde Zvw-zorg, kan alleen worden gedeclareerd in uren/eenheden geleverde zorg tegen een integraal (uur)tarief. Omdat de uitbetaling in vaste maandbedragen (maandlonen) hier niet aan voldoet, hebben de zorgverzekeraars als voorwaarde gesteld dat alle nieuwe zorgovereenkomsten gebaseerd moeten zijn op uurvergoedingen. Alleen voor zorgovereenkomsten die voor 1 januari 2015 bij de SVB geregistreerd waren, hebben de zorgverzekeraars voor 2015 en 2016 een vast maandloon toegestaan. Verzekerden zullen door hun zorgverzekeraar en de SVB tijdig worden geïnformeerd wanneer dit wijzigt.

Aantal AGB-codes

Vanaf 2016 moeten zorgverleners, die onder de tarief- en prestatieregulerings van de Wmg vallen, beschikken over een AGB-code. Omdat deze code gebruikt wordt voor declaraties bij zorgverzekeraars, beschikken veel zorgverleners hier al over.

Zorgverleners die nog niet over een AGB-code beschikken en pgb-zorg verlenen, kunnen vanaf medio december 2015 een AGB-code voor pgb-zorg aanvragen via www.agbcode.nl. Vereist zijn een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, een kopie van de erkenning van de beroepskwalificatie (voor BIG-geregistreerden) of een kopie van de inschrijving bij de Kamer van Koophandel (voor ondernemingen). De verwerkingstijd van een volledige aanvraag bedraagt ca. 5 werkdagen.

In de periode 14 december 2015 tot en met 15 maart jl. zijn 3.881 aanvragen ingediend. Daarvan zijn 855 aanvragen geretourneerd vanwege ontbrekende gegevens. Zorgverleners kunnen na aanvulling, de aanvraag opnieuw indienen. Het aantal van 2.884 AGB-codes is afgegeven. Het aantal nog te behandelen aanvragen bedroeg op de peildatum 15 maart jl. 142.

Uit bovenstaande gegevens leid ik af dat de ingerichte procedure voor het verkrijgen van een AGB-code voor zorgverleners geen belemmering is om voor het tarief voor formele zorg in aanmerking te komen.

Combinatie zorg in natura en pgb is mogelijk

De motie van de leden Voortman c.s. verzoekt de regering te garanderen dat verzekerden zorg in natura met een pgb kunnen combineren en maatregelen te nemen als dat niet het geval is.

Ik heb de Kamer telkens, onder andere in de Nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel Zvw-rgb⁵, gemeld dat het kunnen combineren van zorg in natura en een pgb wat mij betreft gewenst is. Het stelt verzekerden in staat de zorg zo in te richten, zoals zij dat willen. Daarom heb ik de zorgverzekeraars gevraagd die mogelijkheid te bieden. Per 2016 hebben alle zorgverzekeraars dit verwerkt in het pgb-reglement. Ik ben nagegaan of hiermee in de praktijk nog problemen zijn. Per Saldo heeft mij gemeld hierover dit jaar geen meldingen meer te hebben ontvangen.

Best practices

Door middel van de motie van het lid Dik-Faber⁶ is de regering verzocht te bevorderen dat zorgverzekeraars onderling best practices uitwisselen over het Zvw-rgb en daarbij ook de ervaringen van DSW betrekken.

ZN heeft mij bericht dat alle zorgverzekeraars, waaronder DSW, binnen de grenzen van de mededingingswetgeving, met elkaar spreken over een zo uniform mogelijke uitvoering van het Zvw-rgb, verbetering van het pgb-instrument voor verzekerden en knelpunten in de uitvoering. Sommige zorgverzekeraars werken daarbij ook samen met de Wlz-uitvoerder, waardoor kennis en ervaring goed worden benut en gedeeld. Daarmee geven de zorgverzekeraars invulling aan de motie.

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

⁵ Kamerstuk 34 233, nr. 6

⁶ Kamerstuk 34 233, nr. 51