

wijs arbeid
g data zorg
onderwijs
e zekerheid
wetenschap
org welzijn
mobiliteit
jn beleids-

Het ITS maakt deel uit
van de Radboud
Universiteit Nijmegen



evaluatie, monitoring, effectonderzoek en data



Monitor Zvw-pgb wijkverpleging

Eindrapport

Clarie Ramakers | Roelof Schellingerhout

25 mei 2016



Projectnummer: 34002116
Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

© 2016 ITS, Radboud Universiteit Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het ITS van de Radboud Universiteit Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Inhoud

1 Inleiding	1
2 Opzet en uitvoering monitor	3
2.1 Oorspronkelijke en gewijzigde opzet	3
2.2 Gebruikte informatiebronnen	4
3 Zvw-pgb wijkverpleging	7
3.1 Van AWBZ naar Zvw	7
3.2 Doelgroep	7
3.3 Overgangsrecht	8
3.4 Aanvraag van een Zvw-pgb	9
3.5 Informele en formele zorgverleners en tarieven	9
3.6 Varianten voor berekening hoogte budget	10
3.7 Rol van de SVB	10
3.8 Klachten	11
3.9 Veranderingen in 2016	11
4 Aantal budgethouders, declaraties en betalingen	13
4.1 Inleiding	13
4.2 Gegevens van Vektis	13
4.2.1 Aantal budgethouders en vergoedingen	13
4.2.2 Verpleging en verzorging, formeel en informeel	16
4.2.3 Tarieven	18
4.3 Gegevens van zorgverzekeraars	19
4.3.1 Aantal budgethouders	20
4.3.2 Aanvragen en weigeringen	21
4.3.3 Betaaltermijnen	22
4.4 Betalingen via de SVB	23
5 Klachten en geschillen	25
5.1 Klachten binnengekomen bij zorgverzekeraars	25
5.2 SKGZ	27
5.2.1 Aantallen dossiers met een pgb-component	27
5.2.2 Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen	28
5.2.3 Geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen	30
5.2.4 Diverse soorten pgb-dossiers	31
5.3 Per Saldo	33
5.3.1 Meldingen en signalen toegang pgb	33
5.3.2 Bezwaren en geschillen	34
5.3.3 Aard en omvang meldingen Zvw-pgb	34
5.3.4 Dossiers	36

6	Ervaringen van zorgverzekeraars	39
6.1	Inleiding	39
6.2	Uitvoering algemeen	40
6.3	Doelgroepen	43
6.4	Toegangscriteria	44
6.5	Indicatiestelling	46
6.6	Bewust keuzegesprek en huisbezoeken	49
6.7	Weigeringsgronden	51
6.8	Intensieve kindzorg	52
6.9	Bevindingen	53
7	Samenvatting en aanbevelingen	55
7.1	Monitor Zvw-pgb over 2015	55
7.2	Samenvatting belangrijkste bevindingen	56
7.3	Aanbevelingen voor monitor 2016	60
	Bijlagen	63

1 Inleiding

In de bestuurlijke afspraken ‘Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb’ van april 2014 is door VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo afgesproken dat vanaf de start de uitwerking van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) in de praktijk nauwlettend gevolgd zal worden. Het algemene doel hier is ‘... om in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen’¹.

In lijn met de gemaakte afspraken heeft het Ministerie van VWS het ITS, Radboud Universiteit gevraagd om de monitor Zvw-pgb uit te voeren.

Doelgroep van het onderzoek is de groep verzekerden met een persoonsgebonden budget voor wijkverpleegkundige zorg (persoonlijke verpleging en verzorging thuis), verstrekt vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bij de opzet van het onderzoek gaan we uit van het voorstel van VWS. De monitor moet informatie opleveren over:

- de financiële houdbaarheid van het Zvw-pgb;
- afbakening van de doelgroep en de noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan de verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb;
- de kwaliteit van de ingezette zorg;
- verwerking van declaraties.

Deze eindrapportage heeft betrekking op:

- cijfers aangeleverd door Vektis en verschillende zorgverzekeraars;
- klachten en geschillen, zoals deze naar voren komen uit informatie van de Stichting klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en Per Saldo;
- informatie over de procesmatige kant van de uitvoering van het Zvw-pgb, op basis van gesprekken met alle tien zorgverzekeraars.

¹ Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb. Onderhandelingsresultaat overeengekomen door Per Saldo, ZN en VWS.

2 Opzet en uitvoering monitor

2.1 Oorspronkelijke en gewijzigde opzet

De opzet van de monitor is gebaseerd op het document ‘Voorstel Monitoring Zvw-pgb wijkverpleging’² van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doelgroep van het onderzoek is de groep verzekerden met een persoonsgebonden budget voor wijkverpleegkundige zorg (persoonlijke verpleging en verzorging thuis), verstrekt vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op 1 januari 2015 waren er ongeveer 27.000 Zvw-pgb houders (bron: VWS).

Volgens de oorspronkelijke opzet diende de monitor informatie op te leveren over:

- de financiële houdbaarheid van het Zvw-pgb;
- afbakening van de doelgroep en de noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan de verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb;
- de kwaliteit van de ingezette zorg zoals ervaren door budgethouders én zorg in naturacliënten;
- verwerking van declaraties.

Door een wijziging in de opzet van de monitor is besloten om het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg, zoals ervaren en beoordeeld door zorg in naturacliënten niet in uitvoering te nemen. De reden om dit te laten vervallen, had te maken met de geringe behoefte van betrokken partijen aan de informatie die dat zou opleveren. Het onderzoek naar de kwaliteit van zorg onder budgethouders kon aanvankelijk wel doorgang vinden als een nulmeting. Bij de betrokken partijen was meer behoefte aan een onderzoek onder budgethouders naar de uitvoering van het Zvw-pgb. Ook was er behoefte aan informatie over de procesmatige kant van de uitvoering van de Zvw-pgb regeling zoals ervaren door de zorgverzekeraars.

Echter, door het veranderende privacybeleid werd april jl. duidelijk dat er geen budgethouders geselecteerd mochten worden op het verkrijgen van een Zvw-pgb bij zorgverzekeraars. Hierdoor werd het niet mogelijk een onderzoek uit te voeren onder een representatieve steekproef van budgethouders naar de kwaliteit van de ingezette zorg en ook niet naar de uitvoering van het Zvw-pgb. Er is naar alternatieven gezocht, bijvoorbeeld het plaatsen van de vragenlijst op de website van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo of andere patiënten en/of cliëntenorganisaties. Naar de mening van de onderzoekers leveren deze alternatieven geen betrouwbare gegevens op omdat er geen

2 Voorstel Monitoring Zvw-pgb wijkverpleging, Ministerie VWS, Directie Zorgverzekeringen. Den Haag, 18 augustus 2015.

controle is op wie de vragenlijst invult. Op grond van de uitkomsten afkomstig uit niet controleerbare bronnen, zijn geen valide en verifieerbare uitspraken te doen; niet op het niveau van de populatie budgethouders met een Zvw-pgb en ook niet op het niveau van zorgverzekeraars. De onderzoekers vinden dit uiteraard een groot gemis. De gebruikerswaarde van de monitor was hoger geweest als het Zvw-pgb, gezien vanuit het perspectief en beoordeeld door budgethouders mede was onderzocht.

In de gewijzigde opzet van de monitor is wel voorzien in een kwalitatief onderzoek onder zorgverzekeraars naar de ervaringen met de procesmatige uitvoering van het Zvw-pgb. Hiervoor zijn met alle zorgverzekeraars diepte-interviews gehouden.

2.2 Gebruikte informatiebronnen

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de voor dit onderzoek gebruikte informatiebronnen en betrokken partijen. Dit overzicht is overgenomen uit de oorspronkelijke opzet van het onderzoek zoals opgesteld door VWS, in samenspraak met de verschillende betrokken partijen. Op onderdelen is het overzicht aangepast aan de gewijzigde opzet en uitvoering van de monitor.

Tabel 2.1 – Overzicht van de verschillende informatiebronnen en betrokken partijen

Onderwerp	Bron	Partij
1. Financiële ontwikkeling		
<ul style="list-style-type: none"> Aantal budgethouders met overgangsrecht, aantal budgethouders met overgangsrecht en herindicatie in 2015 en aantal nieuwe pgb-toekenningen (2015, nieuw instroom). 	Rechtstreeks van zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars
<ul style="list-style-type: none"> Totale aantallen en uitgaven PGB per maand in 2015. <u>PGB's gedeclareerd bij zorgverzekeraars</u>: uitgesplitst naar verpleging en verzorging. Tevens als percentage van de totale kosten wijkverpleging (ZIN plus PGB); totale uitgaven PGB per maand, uitgesplitst in uitgaven aan tarieven tot 20 euro per uur en ranges per 10 euro daarboven (20-30, 30-40 40-50, 50-max 63), gerelateerd aan het aantal unieke verzekerden per range en het aantal gedeclareerde tijdseenheden per range; <u>PGB's gedeclareerd bij SVB</u>: Tevens als percentage van de totale kosten wijkverpleging (ZIN plus PGB). 	Zorgkostenmonitor, rechtsreeks van verzekeraars	Vektis / Zorgverzekeraars
<ul style="list-style-type: none"> Uitgaven herstelwerkzaamheden uit Wmo-rgb-budgetten betaalde Zvw-declaraties. 	Rechtstreeks van zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars
2. Afbakening doelgroep en rgb-criteria		
<ul style="list-style-type: none"> Aantal weigeringen PGB naar de weigeringsgronden. 	PGB-dossieradministratie, eventueel na aanvullend dossieronderzoek	ZN-Zorgverzekeraars
3. Verwerking declaraties		
<ul style="list-style-type: none"> Termijnen afhandeling declaraties via SVB. 	Declaratieverwerking	SVB
<ul style="list-style-type: none"> Termijnen afhandeling rechtstreekse declaraties budgethouders bij zorgverzekeraar. 	Declaratieverwerking	ZN-zorgverzekeraars
4. Vragen, klachten en geschillen verzekerden en zorgaanbieders		
<ul style="list-style-type: none"> Aantal geregistreerde verzekerden- en zorgverlenerscontacten Per Saldo, uitgesplitst naar type vraag/probleem (rubricering). In de eerste helft 2015 worden gegevens uitgesplitst naar het eerste kwartaal (kinderziekten) en tweede kwartaal (bestendige praktijk). 	Contactregistratie Per Saldo	Per Saldo
<ul style="list-style-type: none"> Aantal bij verzekeraars formeel ingediende klachten verzekerden die betrekking hebben op het Zvw-rgb, met gerubriceerde grond. 	Klachtenregistraties	ZN-zorgverzekeraars
<ul style="list-style-type: none"> Aantal door verzekerden bij de SKGZ ingediende klachten, met gerubriceerde grond. 	Klachtenregistraties	SKGZ
5. (Procesmatige) uitvoering van het Zvw-rgb		
	Diepte-interviews	Zorgverzekeraars

3 Zvw-pgb wijkverpleging

In dit hoofdstuk geven we een korte beschrijving van het Zvw-pgb wijkverpleging in 2015 waarop deze monitor betrekking heeft.

3.1 Van AWBZ naar Zvw

Per 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen te vervallen. De taken van de AWBZ zijn ondergebracht bij gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Zorgverzekeraars zijn vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk voor wijkverpleegkundige zorg. Het gaat hierbij om de extramurale AWBZ verpleging en verzorging, die onder de nieuwe aanspraak ‘wijkverpleging’ in de Zvw is gebracht. Er is sindsdien één integrale aanspraak op zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Voor de aanspraak wijkverpleging wordt voor een afgebakende groep en onder toepassing van criteria een Zvw-pgb mogelijk gemaakt op basis van restitutie. Als een verzekerde kiest voor de maximale eigen regie, is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (pgb) voor wijkverpleging aan te vragen (Zvw-pgb) en met het pgb de zorg zelf in te kopen.

3.2 Doelgroep

De doelgroep van van Zvw-pgb is vastgesteld in bestuurlijke afspraken tussen VWS, Per Saldo en ZN.

Het Zvw-pgb wijkverpleging was in 2015 toegankelijk voor specifieke doelgroepen:

- Verzekerden tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:
 - sprake is van behoefte aan permanent toezicht of;
 - 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.
- Verzekerden die langdurig op wijkverpleging zijn aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen en zijn verzekerden:
 - in staat op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger (een wettelijk vertegenwoordiger, zoals ouder, een curator, een bewindvoerder of een mentor) de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren

- ren (o.a. contracten af te sluiten met zorgverleners en om taken te verrichten zoals aanwerving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- in staat op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de door hen verkozen zorgaanbieders en/of zorgverleners op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.

Daarnaast moet de te verlenen zorg aan een of meerdere voorwaarden voldoen:

- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de budgethouder nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen;
- de budgethouder heeft vaak³ (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- de budgethouder heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- de budgethouder heeft zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.

3.3 Overgangsrecht

De aanspraak wijkverpleging werd per 1 januari 2015 in de Zvw opgenomen. De rechten van bestaande cliënten verschoven per 2015 van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een aanspraak op Zvw-zorg. Er was geen sprake van een wettelijk geregeld overgangsrecht, maar wel was de zorgcontinuïteit geregeld op basis van landelijke afspraken. Zorgverzekeraars beschouwden namelijk pgb-houders met een geldig indicatiebesluit op 31 december 2014 dat nog doorliep in 2015, als in het bezit van een geldige verwijzing voor een Zvw-rgb. De bestaande cliënten (cliënten die vanuit de AWBZ overgenomen werden) zijn in 2015 of in het begin van 2016 geherindiceerd, volgens de regels die gelden binnen de aanspraak wijkverpleging.

3 Door sommige zorgverzekeraars is hieraan invulling gegeven: vaak als drie keer per week.

3.4 Aanvraag van een Zvw-pgb

De indicatiestelling voor wijkverpleegkundige zorg gebeurt door een verpleegkundige conform een normenkader opgesteld door de V&VN.

Verzekerden die graag een Zvw-pgb willen ontvangen, vragen dit aan bij hun zorgverzekeraar. Dit gebeurt door middel van een aanvraagformulier. Een deel van dit formulier wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld. Het andere deel van het formulier wordt ingevuld door de verzekerde zelf. Budgethouders moeten onder andere een budgetplan opstellen. Hierin beschrijft de budgethouder in grote lijnen de te verwachten uitgaven. Daarnaast beschrijft de budgethouder welke zorgverleners hij gaat inzetten aan de hand van de geïndiceerde uren en het daarbij behorende budget. Is er een medewerker of naaste geautoriseerd voor het verlenen van bepaalde verpleegkundige handelingen, dan moet dit hierin opgenomen worden.

De budgethouder stuurt vervolgens het formulier van de wijkverpleegkundige en zijn budgetplan naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert of het aanvraagformulier volledig en correct ingevuld is. Daarnaast gaat de zorgverzekeraar na of de Zvw het juiste domein is voor de gevraagde zorg. Vervolgens kan de budgethouder uitgenodigd worden voor een bewust keuzegesprek. De bedoeling is dat budgethouders een bewuste keuze maken voor een pgb. De zorgverzekeraar besluit vervolgens of de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Bij een positieve beslissing informeert de zorgverzekeraar de budgethouder over de omvang (of uren) en duur van het pgb. Bij een negatieve beslissing is de op de polis van toepassing zijnde reguliere klachtengeschillenregeling van toepassing. De verzekerde wordt over de negatieve beslissing geïnformeerd en verwezen naar het SKGZ (zie verderop).

Als een verzekerde een indicatiestelling heeft voor wijkverpleegkundige zorg heeft hij een wettelijke aanspraak op zorg die in natura wordt aangeboden.

3.5 Informele en formele zorgverleners en tarieven

Het Zvw-pgb kent in principe geen vaste tarieven. De tarieven staan in de polisvoorwaarden en meestal op de website van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars bepalen deze tarieven zelf op basis van door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

Voor zorgverleners die bloed- of aanverwant zijn van de pgb-houder in de eerste of tweede graad, en voor zorgverleners die de zorg verlenen zonder te beschikken over een KvK-inschrijving of een BIG-registratie is een maximum uurtarief van € 20,00 tot stand gekomen. Dit tarief is echter in 2015 verlaagd ingevoerd en er golden overgangsregelingen voor bestaande budgethouders.

3.6 Varianten voor berekening hoogte budget

Er zijn drie varianten voor het berekenen van de hoogte van het budget: (1) het aantal geïndiceerde uren maal het formele tarief; (2) het aantal geïndiceerde uren maal het informele, dan wel het formele tarief; (3) het aantal geïndiceerde uren maal het vaststellingstarief.

De meeste zorgverzekeraars stellen een totaalbudget vast op basis van het aantal geïndiceerde uren x de door hen gehanteerde tarieven voor formele zorg of informele zorg (ook wel rekkentarieff genoemd). Dit wordt een ‘urenbudget’ genoemd. Dit betekent dat men bij de aanvraag direct aangeeft wie de zorg gaat verlenen. Als dat een informele zorgverlener is wordt het toegekende budget daar op aangepast. Daarna mag men alleen zorg declareren die overeenkomt met de gestelde uren-indicatie.

Sommige verzekeraars bieden vrijheid in de besteding van het toegekende budget. Deze verzekeraars stellen het budget vast op basis van de geïndiceerde uren vermenigvuldigd met de rekkentarieffen voor formele zorg (uren x tarief = budget). Dat geeft een ‘financieel budget’. Hoe een budgethouder de zorg daarna inkoopt, met inzet van formele of informele zorgverleners, bepaalt deze zelf, zolang het budget niet wordt overschreden.

Een enkele verzekeraar geeft alleen uren af, en geen budget in geld. De budgethouder kiest vervolgens zelf of hij formele of informele zorg inkoopt. De budgethouder krijgt nooit meer uren vergoed dan geïndiceerd zijn.

3.7 Rol van de SVB

Budgethouders met een Zvw-pgb die een zorgverlener in loondienst hebben, zijn zelf verantwoordelijk voor het naleven van de werkgeversverplichtingen. Budgethouders die dat wensen worden hierbij door de Sociale Verzekeringbank (SVB) ondersteund. Deze ondersteuning bestaat ondermeer uit de salarisadministratie, de uitbetaling van zorgverleners op basis van declaraties en het namens de verzekerde indienen hiervan bij de zorgverzekeraar.

Budgethouders die van deze ondersteuning gebruik maken dienen hun pgb-declaraties in bij de SVB. De SVB voert de salarisberekening uit en legt het bedrag voor aan de betreffende zorgverzekeraar. Deze voert een aantal controles uit⁴ en beslist of het bedrag mag worden uitbetaald. De goedgekeurde bedragen worden door de SVB uitbetaald aan de zorgverlener. De afgekeurde bedragen niet. De budgethouder ontvangt hierover bericht van de SVB.

4 Er wordt gecontroleerd of de klant verzekerd is bij de verzekeraar, of er een PGB bestaat en of het PGB toereikend is.

3.8 Klachten

In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen de Zvw-verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Is een budgethouder het niet eens met beslissing van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over de hoogte van zijn pgb, dan geldt meteen de privaatrechtelijke rechtsgang. Dit betekent dat de budgethouder eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de budgethouder zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de budgethouder zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). In de tussentijd heeft de verzekeraar wel zorgplicht en moet zorgverzekeraar deze op een goede manier invullen.

3.9 Veranderingen in 2016

- De wettelijke vertegenwoordiger: wanneer een budgethouder in 2015 niet zelf zijn budget kon beheren, moest er een wettelijk vertegenwoordiger worden aangesteld. Voor 2016 staat wettelijk tussen haakjes, dus is het niet in alle gevallen noodzakelijk dat de vertegenwoordiging wettelijk (via de rechter) wordt geregeld.
- In 2016 is het bij alle zorgverzekeraars mogelijk om een combinatie van pgb en zorg in natura te krijgen. Hierbij is van belang dat de indicatie door één wijkverpleegkundige wordt gesteld.
- Het informele tarief is verhoogd naar maximaal € 23,-. Dit is een all-in tarief waar ook reiskosten, werkgeverslasten en vakantiegeld van betaald moeten worden.
- Het zorgplan van de wijkverpleegkundige is meer centraal komen te staan bij de bepaling van de aard en de omvang van de zorgvraag. De zorgverzekeraar beoordeelt dit plan. De formulieren voor het aanvragen van een pgb zijn uitgebreider dan in 2015. De wijkverpleegkundige dient in het formulier weer te geven welke zorg er nodig is en of er aan de criteria van het pgb wordt voldaan.
- Het pgb kan in 2016 ook worden ingezet voor palliatief terminale zorg.
- Er is in 2016 ook een pgb beschikbaar voor kinderen tot 18 jaar met MSVT: Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie.
- Zowel in 2015 als 2016 dient er bij elke declaratie een AGB-code vermeld te worden om in aanmerking te komen voor het formele tarief (uitgezonderd familieleden uit de 1^e en 2^e graad). Pas in 2016 is die code voor alle formele zorgverleners beschikbaar gekomen.

4 Aantal budgethouders, declaraties en betalingen

4.1 Inleiding

De cijfermatige informatie is, na toestemming van de betrokken partijen, aangeleverd door Vektis en de individuele zorgverzekeraars. Het ITS heeft hiertoe formats (Excelfiles) samengesteld, die door de partijen gevuld zijn. Wat betreft de gegevens van Vektis is de inhoud van het format vastgesteld in samenspraak tussen ITS, Vektis en de zorgverzekeraars. Wat betreft de gegevens van de verzekeraars is de inhoud van het format vastgesteld door het ITS en een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars.

De Sociale Verzekeringsbank heeft gegevens aangeleverd omtrent het deel van de declaraties dat via de SVB verloopt.

4.2 Gegevens van Vektis

De brongegevens van Vektis worden gevormd door de wijkverpleging declaraties over 2015, zoals aangegeven in de declaratiebestanden van de zorgverzekeraars⁵. *Dit wil zeggen dat budgethouders die over een bepaalde maand geen declaraties hebben ingediend, niet naar voren komen in de gegevens van Vektis.*

4.2.1 Aantal budgethouders en vergoedingen

Tabel 4.1 geeft het aantal cliënten met een pgb wijkverpleging voor de opeenvolgende maanden in 2015, volgens de gegevens van Vektis⁶. Zoals uit de tabel is op te maken, is het aantal cliënten met een pgb-wijkverpleging constant gedaald in de loop van 2015. Er is sprake van een daling van 7.900 budgethouders van januari 2015 - december 2015.

In Tabel 4.1 zijn ook de uitgaven voor het Zvw-rgb te vinden. De totale uitgaven dalen, net als het aantal budgethouders, in de loop van 2015. Het gemiddelde gedeclareerde bedrag per budgethouders is (berekend op de maand december) €1.284 per maand. Het gemiddelde is berekend op gedeclareerde bedragen en is ongeveer gelijk voor de verschillende maanden van 2015. Op jaarbasis gaat het dan om een gemiddeld budget per verzekerde van €15.408. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de spreiding van budgetbe-

5 Gegevens Vektis op 1 april 2016.

6 Dit aantal is lager dan de aantallen budgethouders zoals opgegeven door de zorgverzekeraars (zie paragraaf 4.3, omdat in de gegevens van Vektis alleen de budgethouders zichtbaar worden die over een bepaalde maand een declaratie hebben ingediend.

dragen. Er zullen budgethouders zijn met kleine declaraties en zullen budgethouders zijn met hoge declaraties.

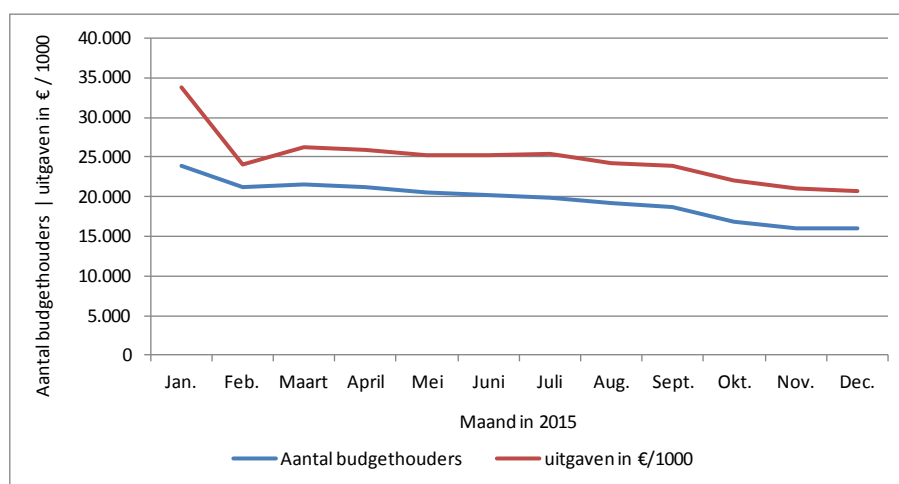
Grafiek 4.2 geeft dezelfde gegevens als tabel 4.1. De sterkste daling, zowel in het aantal budgethouders als de uitgaven, is zichtbaar van januari 2015 naar februari 2015. Voor deze daling is geen verklaring te geven.

Tabel 4.1 – Aantal cliënten en vergoede bedragen Zvw-pgb volgens Vektis, 2015

	aantal budgethouders	uitgaven
januari	23.967	€ 33.783.158
februari	21.143	€ 23.993.390
maart	21.502	€ 26.281.498
april	21.207	€ 25.898.638
mei	20.529	€ 25.307.784
juni	20.123	€ 25.151.015
juli	19.846	€ 25.371.504
augustus	19.124	€ 24.305.547
september	18.741	€ 23.889.166
oktober	16.770	€ 21.996.835
november	16.061	€ 20.971.410
december	16.056	€ 20.626.091

Bron: Vektis, bewerking ITS

Grafiek 4.2 – Aantal budgethouders en hoogte van de uitgaven* Zvw-pgb per kalendermaand volgens Vektis, 2015



* Declaraties, opgeteld over alle budgethouders heen. De grafiek geeft de totale uitgaven per maand in euro's, gedeeld door 1000.

Tabel 4.1 en grafiek 4.2 hebben betrekking op zowel de budgethouders wiens declaraties rechtstreeks via de verzekeraars zelf verlopen, als op de budgethouders wiens declaraties via de SVB verlopen. Voor de aantallen budgethouders én voor de uitgaven geldt dezelfde verhouding: rechtstreeks via verzekeraars 2/3^e en via de SVB 1/3^e. Bijvoorbeeld: voor heel 2015 geldt dat de uitgaven die rechtstreeks via de verzekeraars werden vergoed op een totaal van € 191.092.788 komt en via de SVB op € 106.483.247 (opgeteld tot een totaal van € 297.576.035,-).

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de uitgaven aan Zvw-pgb ten opzichte van de uitgaven voor zorg in natura (ZIN). Het aandeel uitgaven aan pgb binnen de totale uitgaven wijkverpleging (pgb plus zin opgeteld) wordt kleiner in de loop van 2015. Maken in januari 2015 de uitgaven aan pgb 12,4% uit van de totale uitgaven aan wijkverpleging, in december 2015 is dat nog 8,3%.

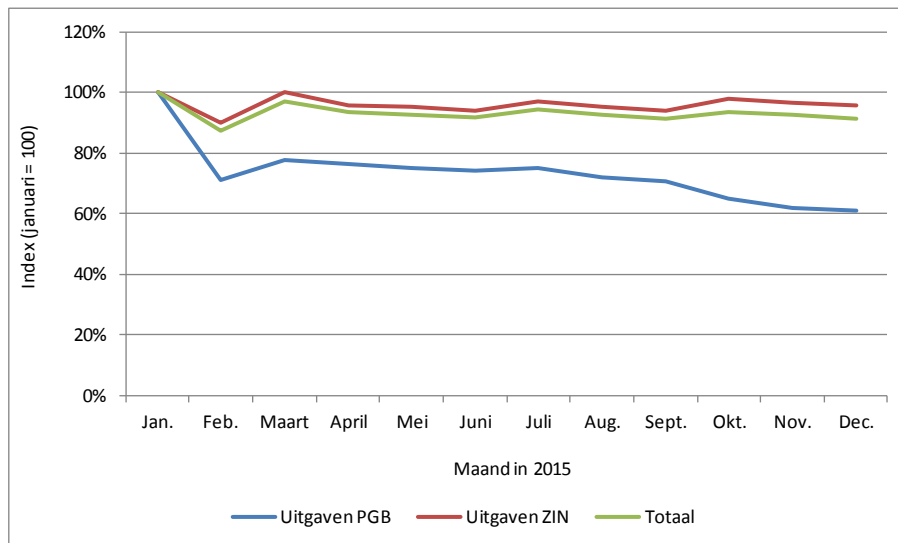
De daling van het aandeel aan uitgaven Zvw-Pgb binnen de totale uitgaven suggereert dat de uitgaven aan ZIN minder snel dalen dan de pgb-uitgaven. Dat klopt, zo blijkt uit grafiek 4.4. In Grafiek 4.4 worden de uitgaven aan pgb en ZIN voor de verschillende maanden van 2015 uitgezet tegen de uitgaven in januari 2015.

Tabel 4.3 – Uitgaven PGB en ZIN volgens Vektis, 2015

	uitgaven PGB	uitgaven ZIN	totaal (PGB+ZIN)	% PGB binnen het totaal (PGB+ZIN)
januari	€ 33.783.158	€ 238.267.321	€ 272.050.479	12,4%
februari	€ 23.993.390	€ 214.271.899	€ 238.265.289	10,1%
maart	€ 26.281.498	€ 238.389.539	€ 264.671.037	9,9%
april	€ 25.898.638	€ 228.200.690	€ 254.099.327	10,2%
mei	€ 25.307.784	€ 226.882.073	€ 252.189.857	10,0%
juni	€ 25.151.015	€ 224.175.399	€ 249.326.414	10,1%
juli	€ 25.371.504	€ 231.312.890	€ 256.684.394	9,9%
augustus	€ 24.305.547	€ 227.430.632	€ 251.736.179	9,7%
september	€ 23.889.166	€ 224.581.002	€ 248.470.167	9,6%
oktober	€ 21.996.835	€ 233.066.056	€ 255.062.891	8,6%
november	€ 20.971.410	€ 230.735.066	€ 251.706.476	8,3%
december	€ 20.626.091	€ 228.287.314	€ 248.913.405	8,3%
totaal 2015	€ 297.576.035	€ 2.745.599.880	€ 3.043.175.915	9,8%

Bron: Vektis, bewerking ITS

Grafiek 4.4 – Ontwikkeling van de uitgaven aan Zvw-pgb en ZIN, 2015, gegevens Vektis (in indexcijfers, januari 2015 = 100)



4.2.2 Verpleging en verzorging, formeel en informeel

Van de cliënten die hun pgb laten uitbetalen via de SVB weten we alleen de aantallen en de totale uitgaven.

Van de cliënten die rechtstreeks bij de verzekeraars declareren weten we of zij hun declaraties deden voor formele dan wel informele hulpverleners en of dit om verpleging of verzorging ging. Voor de verhouding tussen formeel-informeel en verpleging-verzorging kunnen we dus alleen gebruik maken van de gegevens van de verzekeraars⁷.

Zoals blijkt uit tabel 4.5 hebben verreweg de meeste declaraties betrekking op een informele hulpverlener die verzorging heeft geboden. Ongeacht de maand in 2015 ontvangt ruim drie kwart van de budgethouders deze vorm van hulp.

Uit tabel 4.5 is niet op te maken hoeveel budgethouders informele zorg ontvangen en hoeveel budgethouders formele zorg ontvangen. Bijvoorbeeld, de budgethouders die informele verzorging ontvangen kunnen dezelfde budgethouders zijn die informele verpleging ontvangen.

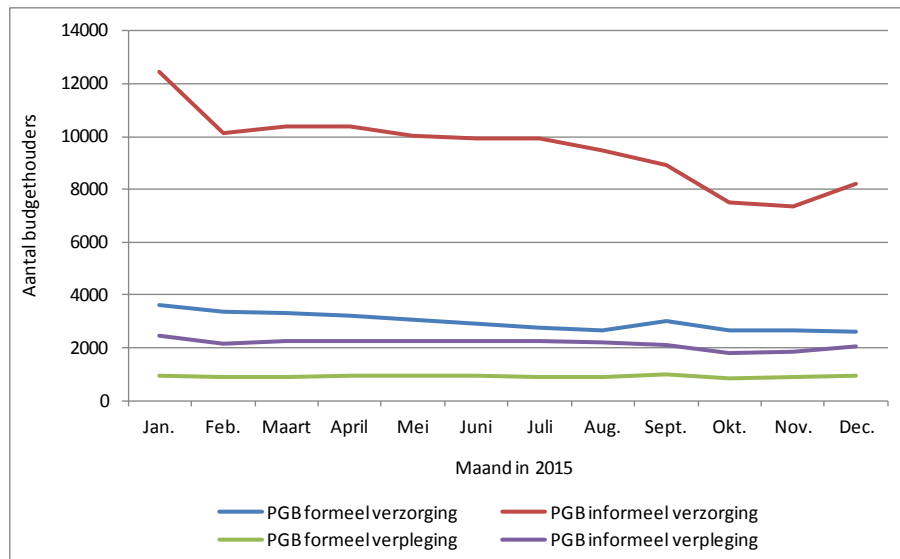
⁷ Er is geen reden om te veronderstellen dat deze verhoudingen anders zijn bij de SVB.

Tabel 4.5 – Inzet PGB volgens Vektis, 2015 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij de verzekeraars declareren)*

	Inzet PGB				Totaal aantal cliënten
	formeel verzorging	informeel verzorging	formeel verpleging	informeel verpleging	
<i>Aantallen</i>					
januari	3.603	12.448	956	2.460	15.847
februari	3.344	10.142	874	2.174	13.384
maart	3.317	10.407	912	2.240	13.600
april	3.194	10.373	939	2.268	13.491
mei	3.054	10.009	922	2.230	12.954
juni	2.900	9.926	923	2.266	12.728
juli	2.769	9.939	889	2.264	12.630
augustus	2.667	9.467	888	2.208	12.028
september	2.988	8.931	979	2.106	11.804
oktober	2.640	7.493	857	1.803	10.061
november	2.670	7.341	912	1.830	9.941
december	2.617	8.233	926	2.048	10.794

* Een budgethouder kan meer dan 1 vorm van hulp ontvangen.

Grafiek 4.6 – Inzet PGB, 2015 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij de verzekeraars declareren)



Bron: Vektis, bewerking ITS

Grafiek 4.6 geeft dezelfde gegevens als tabel 4.5. Zoals te zien is in de grafiek blijft het aandeel budgethouders dat formele verpleging ontvangt ongeveer gelijk in de loop van 2015, de overige vormen van hulp dalen. Absoluut gezien is er de grootste daling voor het aandeel budgethouders dat informele verzorging ontvangt.

De uitgaven voor het pgb volgen hetzelfde patroon als de aantallen budgethouders (tabel 4.7). De uitgaven aan informele verzorging maken ongeveer 60% uit van de totale uitgaven aan Zvw-rgb (voor zover rechtstreeks gedeclareerd via de verzekeraars).

Tabel 4.7 – Uitgaven pgb naar inzet, 2015 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij de verzekeraars declareren)

	formeel verzorging	informeel verzorging	formeel verpleging	informeel verpleging	Totaal
totaal 2015	€ 35.606.794	€ 115.482.469	€ 14.239.824	€ 25.763.701	€ 191.092.788
totaal 2015	18,6%	60,4%	7,5%	13,5%	100%

Bron: Vektis, bewerking ITS

4.2.3 Tarieven

Welk tarief hebben de pgb houders en hun hulpverleners gehanteerd? Dit weten we alleen voor de budgethouders die hun geld rechtstreeks van de verzekeraars krijgen en die hun declaraties aangevend hebben in tijdseenheden van 5 minuten⁸.

Tabel 4.8 geeft een beeld van totale uitgaven, naar tariefgroep. Zo blijkt uit tabel 4.8 dat:

- voor de declaraties voor informele zorgverleners geldt dat bijna 29% (totaal 2015: 28,8%) van de uitgaven werden gemaakt voor een tarief van minder dan 20 euro.
- voor de declaraties voor informele zorgverleners geldt dat meer dan driekwart van de uitgaven werden gemaakt voor een tarief van minder dan 30 euro per uur (totaal 2015: 28,8% + 51,5%).

Voor de formele zorgverleners geldt dat ruim een kwart van de declaraties voor formele zorgverleners werd gemaakt voor een tarief van minder dan 30 euro per uur (totaal 2015:

⁸ Hierbij beschikt Vektis niet over de daadwerkelijke tarieven, maar wordt dit bij benadering bepaald. Deze tabel is op basis van prestatiecodes, in tweeën gesplitst; formele (prestatiecodes 1009, 1011 en 1020 (deze laatste kwam niet voor in 2015)) en informele zorg (prestatiecodes (1010, 1012 en 1021 (deze laatste kwam niet voor in 2015))). Binnen deze tabellen worden alleen de declaraties meegenomen waarbij de aangeleverde tijdseenheid 5 minuten is. In totaal wordt circa 59% (op basis van vergoed bedrag) van de PGB-declaraties meegenomen in deze tabellen.

6,9% + 20,8%), ongeveer drie kwart van de uitgaven werden gemaakt voor een hoger tarief.

Uit de tabel is op te maken dat formele hulpverleners over het algemeen een hoger tarief uitbetaald krijgen dan de informele hulpverleners. Deze verschillen tussen formele en informele zorgverleners zijn te verwachten op basis van de toegestane tarieven die worden gehanteerd door zorgverzekeraars.

Tabel 4.8 – Totale uitgaven naar gehanteerd tarief, 2015 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij een zorgverzekeraar declareren en die hun declaraties ingediend hebben in tijdseenheden van 5 minuten)

	jan	feb	maart	april	mei	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	tot
Tarieven informeel													
< 20 euro per uur	29,1%	26,9%	27,5%	26,9%	28,1%	28,0%	29,4%	28,6%	29,3%	30,4%	28,4%	32,0%	28,8%
20-30 euro per uur	47,2%	48,2%	47,3%	48,4%	48,9%	52,4%	51,3%	52,4%	55,7%	55,9%	58,6%	53,5%	51,5%
30-40 euro per uur	12,6%	15,0%	15,0%	14,5%	14,0%	11,7%	12,2%	12,0%	9,2%	7,4%	7,7%	8,8%	11,7%
40-50 euro per uur	5,1%	4,8%	5,2%	5,9%	5,1%	4,8%	3,9%	3,9%	3,2%	3,1%	2,5%	3,0%	4,2%
> 50 euro per uur	6,0%	5,2%	5,0%	4,2%	3,8%	3,1%	3,3%	3,1%	2,5%	3,2%	2,8%	2,6%	3,8%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tarieven formeel													
< 20 euro per uur	10,0%	9,9%	8,4%	9,0%	7,4%	6,6%	6,6%	7,0%	6,0%	5,2%	5,0%	5,7%	6,9%
20-30 euro per uur	22,7%	23,0%	21,6%	21,4%	17,8%	19,6%	21,3%	20,5%	20,8%	22,1%	20,8%	19,3%	20,8%
30-40 euro per uur	43,8%	42,8%	44,0%	46,4%	50,5%	48,2%	46,3%	48,1%	47,0%	45,0%	45,8%	47,8%	46,5%
40-50 euro per uur	7,3%	8,4%	7,3%	7,5%	7,5%	7,4%	8,4%	7,5%	8,0%	8,1%	7,4%	8,4%	7,8%
> 50 euro per uur	16,1%	15,9%	18,7%	15,6%	16,8%	18,3%	17,4%	16,8%	18,2%	19,6%	21,0%	18,8%	18,0%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Vektis, bewerking ITS

4.3 Gegevens van zorgverzekeraars

Naast de gegevens zoals aangeleverd door Vektis hebben we in de huidige monitor de beschikking over de gegevens van de verzekeraars zelf. In totaal gaat het hier om negen verzekeraars. Zij hebben het format van het ITS ingevuld en doorgestuurd aan Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars Nederland heeft de gegevens vervolgens doorgestuurd aan het ITS.

Niet alle verzekeraars hebben het format van het ITS op dezelfde manier ingevuld (dit is een aandachtspunt bij het voortzetten van de huidige monitor). Dit betekent dat we niet bij alle onderwerpen de gegevens van alle negen verzekeraars mee kunnen nemen. Maar

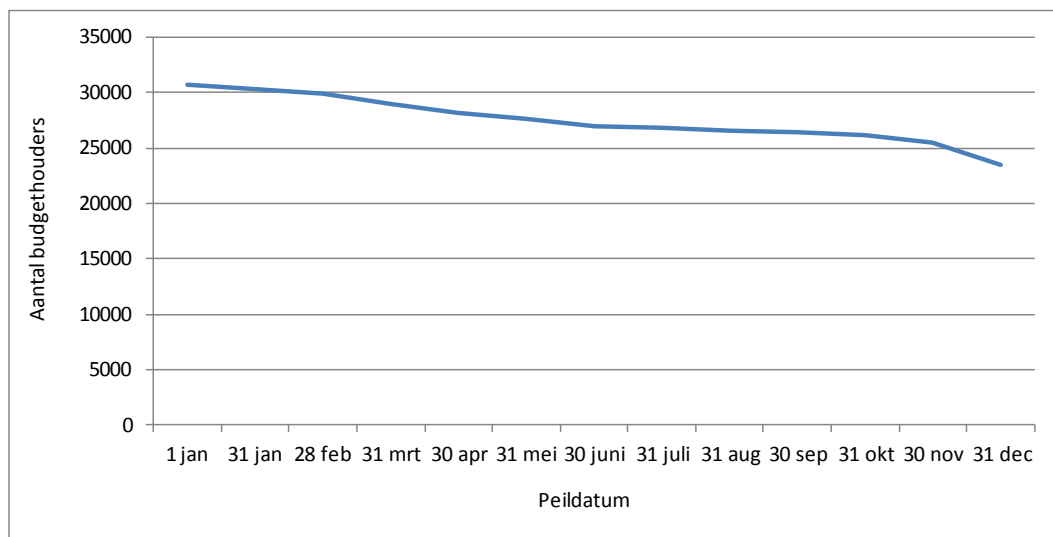
de gegevens hebben altijd betrekking op minstens zeven verzekeraars en zijn in die zin representatief als het gaat om het vaststellen van patronen in de gegevens.

4.3.1 Aantal budgethouders

Grafiek 4.9 geeft een overzicht van het aantal budgethouders op peildatum, voor verschillende peildatums in 2015. Net als bij de gegevens van Vektis zien we een duidelijke daling van het aantal budgethouders, van 30.631 op 1 januari 2015 naar 23.482 op 31 december 2015. Het verschil in aantal budgethouders is 7.149.

Het absolute aantal budgethouders is volgens de verzekeraars wel veel hoger dan volgens Vektis. In de gegevens van Vektis komen alleen de budgethouders naar voren die over een bepaalde maand een declaratie hebben ingediend.

Grafiek 4.9 – Aantal budgethouders Zvw op peildatum volgens opgave van de verzekeraars



De aantallen in grafiek 4.8 zijn gebaseerd op gegevens van acht verzekeraars. Een verzekeraar heeft alleen gegevens aangeleverd over de begin- en eind aantallen. Dit is een kleine verzekeraar (600 budgethouders op ieder moment). De gegevens van grafiek 4.9 kunnen er dus maximaal 600 budgethouders naast zitten.

Er blijken overigens wel verschillen te zijn tussen verzekeraars, wat betreft de daling van het aantal budgethouders over 2015. De verschillen lopen van een verzekeraar bij wie een lichte stijging is te zien (het aantal budgethouders op 31 december 2015 is 107% van het

aantal budgethouders op 1 januari 2015) tot een verzekeraar die een sterke daling laat zien (het aantal budgethouders op 31 december 2015 is 57% van het aantal budgethouders op 1 januari 2015). Het is niet duidelijk waar verschillen tussen verzekeraars uit voort komen.

4.3.2 Aanvragen en weigeringen

Aan de verzekeraars is gevraagd om gegevens aan te leveren over het aantal aanvragen voor Zvw-pgb en het aantal weigeringen, per maand over 2015. Aanvragen en weigeringen kunnen zowel betrekking hebben op nieuwe aanvragen als op herindicaties.

Tabel 4.10 en grafiek 4.11 geven een overzicht van het aantal aanvragen voor een pgb-wijkverpleging en van het aantal weigeringen van dergelijke aanvragen. In deze aantallen zijn gegevens van alle verzekeraars meegenomen (N=9).

Zowel het aantal aanvragen als het aantal weigeringen stijgt in de loop van 2015. Met uitzondering van november 2015 lopen de lijnen van de aanvragen en weigeringen parallel. In november 2015 is er een piek zichtbaar in het aantal aanvragen voor een Zvw-pgb, waarschijnlijk door een groter aantal herindicaties⁹.

Deze piek is niet zichtbaar in het aantal weigeringen. Wellicht wordt een dergelijke piek zichtbaar als we ook de gegevens over 2016 mee kunnen nemen. Zorgverzekeraars hebben immers tijd nodig om een aanvraag te beoordelen.

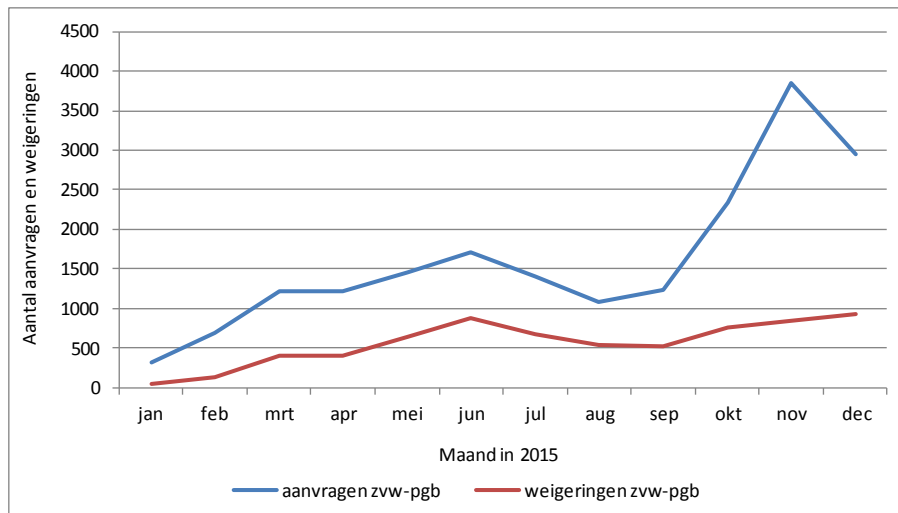
Tabel 4.10 – Aanvragen en weigeringen Zvw-pgb, 2015 (opgeteld over verzekeraars)

	jan	feb	maart	april	mei	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	tot
aanvragen Zvw-pgb	328	687	1220	1214	1458	1709	1410	1091	1229	2343	3848	2955	19490
weigeringen Zvw-pgb	44	134	400	412	648	873	673	542	517	762	847	926	6778

Bron: Gegevens verzekeraars, bewerking ITS

⁹ Veel verzekeraars hebben toen het herindicatietraject opgestart en budgethouders aangeschreven en gerappelleerd.

Grafiek 4.11 – Aanvragen en weigeringen Zvw-pgb, 2015 (opgeteld over verzekeraars)



Bron: Gegevens verzekeraars, bewerking ITS

4.3.3 Betaaltermijnen

Het overgrote deel van de declaraties dat binnenkomt bij de verzekeraars wordt binnen 5 kalenderdagen betaald (tabel 4.12). Voor iedere maand in 2015 geldt zelfs dat meer dan 90% van de declaraties binnen 10 kalenderdagen wordt betaald. In tabel 4.12 zijn gegevens opgenomen van alle negen verzekeraars.

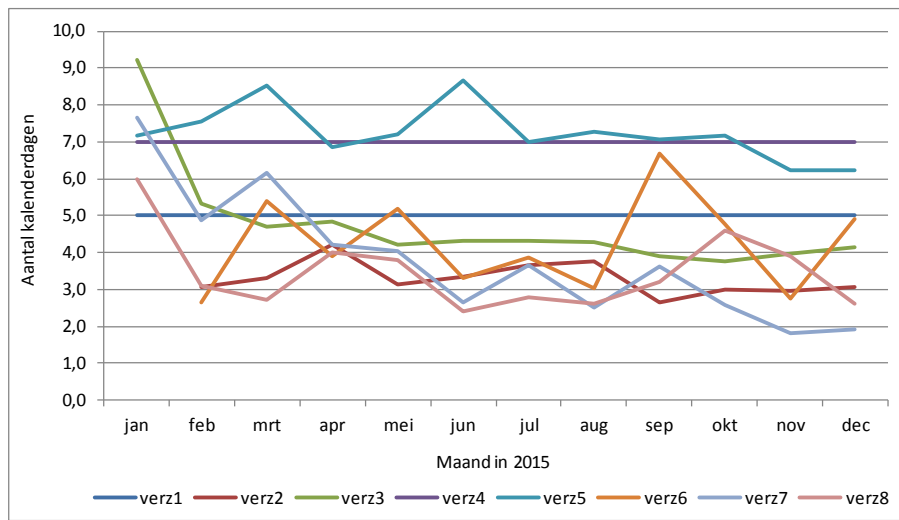
Tabel 4.12 – Betaaltermijn van declaraties, 2015 (selectie budgethouders die het geld via de verzekeraar krijgen)

	jan	feb	maart	april	mei	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec
Totaal aantal declaraties per maand	1.512	11.894	18.948	16.489	16.061	16.568	16.704	14.889	16.167	15.972	15.301	14934
betaald binnen 5 kalenderdagen	49%	57%	63%	55%	63%	62%	61%	69%	63%	56%	66%	72%
betaald tussen de 6 en 10 kalenderdagen	43%	33%	27%	33%	31%	31%	34%	26%	31%	38%	23%	23%
betaald tussen de 11 en 15 kalenderdagen	5%	9%	10%	7%	6%	7%	5%	5%	5%	6%	5%	6%
betaald tussen de 16 en 20 kalenderdagen	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
na 20 kalenderdagen	1%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%

Bron: Gegevens verzekeraars, bewerking ITS

Wat betreft de betaaltermijnen blijken er individuele verschillen tussen verzekeraars te zijn. Grafiek 4.13 geeft het gemiddeld aantal dagen waarbinnen een declaratie wordt betaald, per verzekeraar. Bij sommige verzekeraars ligt het gemiddelde rond de 2-3 dagen, bij andere verzekeraars is dit hoger. In grafiek 4.13 zijn gegevens opgenomen van 8 verzekeraars.

Grafiek 4.13 – Verschillen tussen zorgverzekeraars in gemiddelde betalingstermijn, 2015



Bron: Gegevens verzekeraars, bewerking ITS

4.4 Betalingen via de SVB

In de voorgaande paragraaf over betaaltermijnen is gesproken over declaraties die rechtstreeks bij de verzekeraar worden ingediend. Een deel van de declaraties verloopt echter via de SVB.

In samenwerking met de zorgverzekeraars en gefaciliteerd door VWS is het declaratieproces Zvw via de SVB opgesteld. Deze houdt in dat de SVB namens de budgethouder de declaratie indient bij de desbetreffende zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar keurt de declaratie goed of af. Vervolgens worden de goedgekeurde declaraties door de SVB aan de zorgverlener uitbetaald en de SVB draagt de inhoudingen af aan de Belastingdienst.

Declaraties die voor de 10^e van de maand bij de SVB zijn ingediend worden door de SVB verwerkt en in dezelfde maand ter goedkeuring voorgelegd aan de zorgverzekeraar. De zorgverlener Zvw wordt één keer per maand uitbetaald. De uitbetalingsdata staan op de website van de SVB. De contracten met een vastmaandloon worden uitbetaald in de maand waarop het betrekking heeft. Bij de urendeclaratie is dat een maand later; een

urendeclaratie over de maand januari wordt in februari uitbetaald (mits het voor 10 februari bij de SVB is ingediend). De betaaltermijn van correct ingediende en goedgekeurde declaraties bedraagt daarmee circa 3 weken.

Wat betreft de tijdigheid van de afhandeling van declaraties kan de SVB geen gegevens aan leveren, specifiek voor het Zvw-pgb.

5 Klachten en geschillen

In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Is een budgethouder het niet eens met beslissing van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over de hoogte van zijn pgb, dan geldt de privaatrechtelijke rechtsgang. Dit betekent dat de budgethouder eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de budgethouder zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de budgethouder zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ).

De gegevens omtrent klachten en geschillen zijn aangeleverd door de zorgverzekeraars, SKGZ en Per Saldo. Voor de zorgverzekeraars maakten de gegevens omtrent klachten deel uit van de gegevens die volgens het afgesproken formaat aan het ITS zijn geleverd. De SKGZ heeft een eigen analyse gemaakt, die we hier in bewerkte vorm opnemen¹⁰. Per Saldo heeft overzichten en dossiers aangeleverd op basis waarvan het ITS een analyse en samenvatting heeft gemaakt. Daarnaast zijn er op twee momenten (november 2015 en februari 2016) gesprekken gevoerd met medewerkers van Per Saldo.

5.1 Klachten binnengekomen bij zorgverzekeraars

Aan de verzekeraars is gevraagd om aan te geven hoeveel klachten van cliënten er per maand (voor het kalenderjaar 2015) zijn binnen gekomen met betrekking tot het Zvw-rgb. Indien mogelijk konden verzekeraars rubriceren op welk gebied deze klachten betrekking hadden.

Hierbij is aan de verzekeraars zelf overgelaten wat zij onder een klacht verstaan.

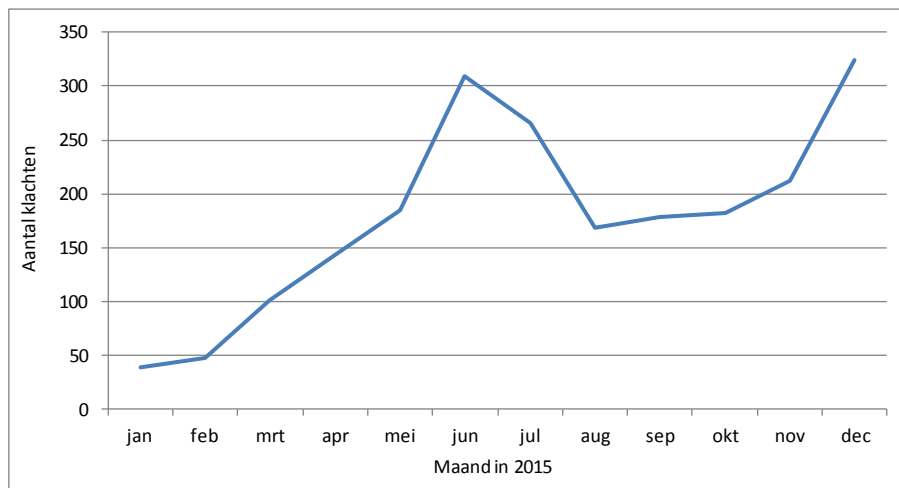
Er zijn in het kader van de monitor door de betrokken partijen geen afspraken gemaakt over de afbakening wat een klacht is en op welke wijze een klacht gerubriceerd moet worden. Wat betreft de rubricering van de klachten kunnen we geen kwantitatieve resultaten presenteren. Er waren van tevoren geen afspraken gemaakt met verzekeraars over de

10 C.J. van Kranenburg MA, directeur SKGZ. En G.J. de Groot, secretaris Geschillencommissie Zorgverzekeringen, 'Bijdrage aan onderzoek inzake praktijk van pgb's inzake Zvw', 1 april 2016'. Gewijzigde versies aangeleverd op 3 mei en 24 mei.

te gebruiken rubricering. De meeste verzekeraars hebben geen rubricering van de klachten¹¹.

Met betrekking tot het *aantal* klachten hebben zeven verzekeraars gegevens aangeleverd die verder bewerkt konden worden¹². Figuur 5.1 geeft een overzicht van het aantal klachten per maand¹³.

Grafiek 5.1 – Aantal klachten met betrekking tot het Zvw-pgb dat in de loop van 2015 is binnengekomen bij zorgverzekeraars



Uit Figuur 5.1 blijkt dat er in de maanden mei en juni een piek was met betrekking tot het aantal klachten. Daarna daalde het aantal klachten om weer toe te nemen in december 2015¹⁴. We geven geen totaal aantal klachten over 2015, omdat de gegevens van twee verzekeraars ontbreken.

11 Voorbeelden van rubriceringen die enkele individuele verzekeraars hebben gebruikt zijn: - oneens met hoogte pgb; oneens met ingangsdatum pgb; planbaarheid van de zorg; intrekken van het pgb; afhandeling van de aanvraag; afhandeling van het proces.

12 De overige twee verzekeraars hebben geen gegevens per maand opgeleverd, hun gegevens kunnen niet meegenomen worden in de bepaling van het aantal klachten per maand.

13 Er wordt geen beeld gegevens per verzekeraar, presentatie van deze gegevens zou in conflict zijn met de anonieme presentatie van de gegevens.

14 Dit heeft waarschijnlijk te maken met de aantallen aflopende overgangsccliënten per maand.

5.2 SKGZ

In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen de Zvw-verzekerde en zijn zorgverzekeraar.

Indien een budgethouder het niet eens is met een beslissing van de zorgverzekeraar is de op de polis van toepassing zijnde reguliere klachten en geschillenregeling van toepassing. Dit betekent dat de verzekerde eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de verzekerde zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). In de tussentijd heeft de verzekeraar wel zorgplicht en moet zorgverzekeraar deze op een andere manier goed invullen.

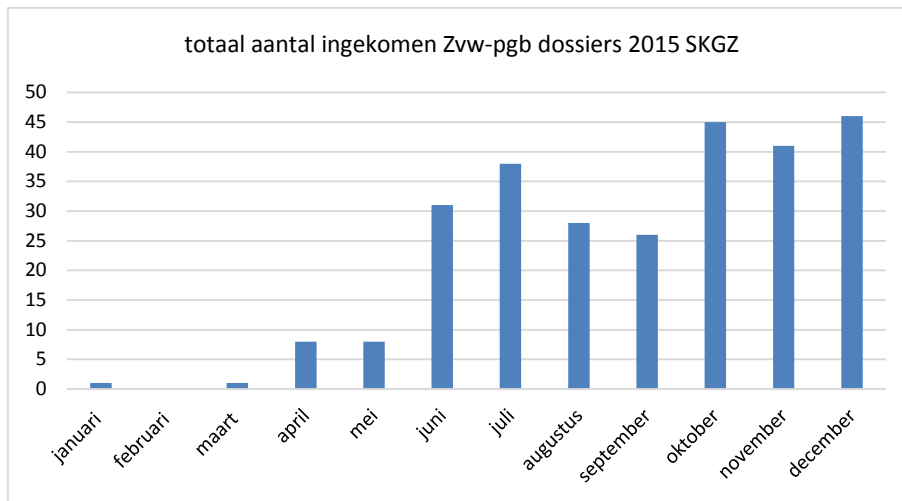
Als een klacht binnenkomt bij SKGZ wordt er een dossier aangelegd. Dit dossier gaat naar de Ombudsman zorgverzekeringen. Deze bemiddelt tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar. Als er vervolgens nog geen overeenstemming is gaat het dossier door naar de Geschillencommissie zorgverzekeringen, Deze geeft een advies waaraan zowel de verzekerde als de zorgverzekeraar zich moeten houden.

5.2.1 Aantallen dossiers met een pgb-component

De SKGZ ontving in 2015 (januari t/m december 2015) in totaal circa 3.150 zaken. Daarvan hadden 273 dossiers een Zvw-rgb component. Het aantal dossiers is veel lager dan het aantal klachten dat bij verzekeraars binnen is gekomen (zie de vorige paragraaf). Dat betekent dat de meeste klachten van budgethouders door de verzekeraars zelf worden opgepakt en opgelost.

De instroom van de zaken kwam vrij laat op gang in 2015, zie grafiek 5.2. De reden daarvan kan zijn dat verzekerden bij een klacht eerst de zorgverzekeraar in de gelegenheid moeten stellen nog eens naar de zaak te kijken door te vragen om een zogenoemde 'heroverweging'. De verzekeraar heeft hiervoor in principe vier weken de tijd. Deze termijn is vastgelegd in de code 'Goed Zorgverzekeraarschap'.

Grafiek 5.2 – Instroom pgb dossiers bij de SKGZ



5.2.2 Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

Een zaak wordt in beginsel altijd eerst bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen, tenzij de Ombudsman geen ruimte ziet tot bemiddeling, of de verzekerde heeft aangegeven zijn zaak direct te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Tot en met 31 december 2015 zijn 151 zaken na behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen afgesloten (deze zaken worden verder niet voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen).

Doorlooptijden behandeling door Ombudsman Zorgverzekeringen

De doorlooptijd voor Ombuds dossiers wordt gemeten vanaf het moment dat verzekerde het elementair noodzakelijke materiaal heeft aangeleverd. Denk daarbij aan de eerste beslissing van de verzekeraar, de heroverweging door de verzekeraar van diens eerste besluit, een toestemmingsverklaring om kennis te mogen nemen van mogelijk privacygevoelige gegevens, een kopie van het polisblad en een beschrijving van de klacht. De doorlooptijd stopt op het moment dat de Ombudsman Zorgverzekeringen de brief die het bemiddelingsproces afsluit heeft getekend en deze is verzonden.

- De gemiddelde doorlooptijd voor de afgesloten pgb-dossiers bij de Ombudsman bedroeg 50 kalenderdagen
- 113 dossiers zijn afgehandeld (bemiddeld) door de Ombudsman binnen de termijn van 56 dagen na aanlevering van de elementaire onderbouwing door de verzekerde (de termijn die de SKGZ hanteert).
- 38 dossiers waarin is bemiddeld door de Ombudsman kenden een doorlooptijd van meer dan 56 dagen.

De oorzaken van deze overschrijdingen zijn divers (zie tabel 5.1). De termijn van 56 dagen gaat uit van een normaal procesverloop (dossier compleet, een tijdig, juist en compleet antwoord van de verzekeraar, zodat met één ronde van hoor- en wederhoor de bemiddeling kan worden afgerond.) Vertraging ontstaat vaak doordat er nieuwe informatie ontvangen wordt, of doordat de verzekeraar of de verzekerde niet op tijd reageren (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 – Reden overschrijding doorlooptijd dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers met een doorlooptijd van meer dan 56 dagen)

	N
Nieuw ontvangen informatie van verzekerde was aanleiding een of meerdere keren de verzekeraar opnieuw aan te schrijven	8
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekerde (rappel verzonden)	9
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekeraar (rappel verzonden)	7
Overschrijding ten gevolge van verleend uitstel aan verzekeraar	5
Overschrijding < 10 dagen, diverse oorzaken	9
Totaal	38

Uitkomsten van de bemiddeling

De uitkomsten van de bemiddeling door de Ombudsman van de pgb-dossiers zijn te vinden in tabel 5.2. In de meeste gevallen heeft de verzekeraar het standpunt gehandhaafd of is de klacht niet ontvankelijk verklaard omdat de verzekeraar correct heeft gehandeld.

Tabel 5.2 – Uitkomst dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers in 2015)

	N
Bemiddeling is gestaakt vanwege gebrek aan medewerking verzekerde	3
Verzoek tot bemiddeling wordt ingetrokken door verzekerde	8
Kennelijk niet ontvankelijk (er is geen grond om te bemiddelen, daar de verzekeraar correct heeft gehandeld)	56
Verzekeraar handhaaft standpunt	68
Verzekeraar komt tegemoet	16
Totaal	151

5.2.3 Geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Al dan niet na behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen kan de verzekerde zijn zaak voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Deze commissie geeft op verzoek van de verzekerde een bindend advies. Dit advies wordt in de praktijk ook uitgevoerd door de verzekeraar. Als de uitspraak niet wordt nageleefd neemt de SKGZ contact op met betrokken verzekeraar, waarna alsnog uitvoering volgt. Het bindend advies kan ter vernietiging worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter door één der partijen. Dit gebeurt zelden tot nooit. Tot op heden heeft de burgerlijke rechter geen enkel bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen ontbonden.

Doorlooptijden behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

De behandeling door de commissie kost meer tijd dan de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Eerst dient de verzekerde een entreegeld van € 37,-- te voldoen. De ontvangst daarvan liet in een aantal gevallen op zich wachten. Daarna wordt de zaak in zijn geheel opnieuw bezien door een medewerker die niet eerder bij de zaak betrokken is geweest. Naast het zo nodig verder completeren van het dossier worden de stukken tussen partijen gewisseld. Ook vindt in een aantal gevallen advisering plaats door het Zorginstituut Nederland (op basis van artikel 114 Zvw). Ten slotte wordt een hoorzitting gepland en gehouden, waarna de Geschillencommissie tot het bindend advies komt. Dit wordt in principe binnen twee weken na de hoorzitting aan partijen toegezonden en gepubliceerd op www.kpzv.nl.

In 2015 zijn bij de Geschillencommissie 41 Zvw-pgb zaken aanhangig gemaakt. Per 31 december 2015 is de stand van zaken ten aanzien van deze pgb-zaken als volgt:

- 5 dossiers zijn als geschil afgewikkeld, totale gemiddelde doorlooptijd 137 dagen. Dit is inclusief kortlopende dossiers, die lopende de procedure door verzekerde zijn ingetrokken. De gemiddelde doorlooptijd van de volledig behandelde dossiers t/m het uitbrengen van het bindend advies: 183 dagen.
- 36 pgb-dossiers zijn nog als geschil in behandeling.

Uitkomsten van de bindende adviezen in pgb-dossiers

- | | |
|---|---|
| - De Geschillencommissie wijst de vordering van verzekerde af | 0 |
| - De Geschillencommissie wijst de vordering van verzekerde toe | 3 |
| - Zaak is niet behandeld omdat verzekerde entreegeld niet voldeed | 1 |
| - Zaak is ingetrokken door verzekerde na overeenstemming met verzekeraar lopende de behandeling van het geschil | 1 |

Het aantal in 2015 afgeronde geschillendossiers over pgb-zaken is beperkt, te beperkt om die zinvol nader te analyseren.

5.2.4 Diverse soorten pgb-dossiers

Iedere zaak die bij de SKGZ wordt neergelegd wordt individueel behandeld. Iedere zaak heeft immers zijn bijzonderheden, iedere verzekerde brengt zijn eigen situatie mee, die van invloed kan zijn op de behandeling en de beoordeling van de zaak. Niettemin zijn er wel enkele hoofdgroepen te onderscheiden in de dossiers de SKGZ die in behandeling heeft gekregen. Een overzicht is te vinden in tabel 5.3.

Tabel 5.3 – Indeling in pgb dossiers, SKGZ 2015

	Aantal Q1 2015	Aantal Q2 2015	Aantal Q3 2015	Aantal Q4 2015	Totaal 2015
Hoogte van het pgb ten opzichte van het eerdere AWBZ-rgb	0	5	1	4	10
Kunnen beheren van het pgb	0	11	21	14	46
Planbaarheid van zorg	1	27	63	100	191
Formeel tarief voor gezinslid	0	2	3	1	6
Overig	1	2	4	13	20
Totaal	2	47	92	132	273
Hoogte van het pgb ten opzichte van het eerdere AWBZ-rgb	0%	11%	1%	3%	4%
Kunnen beheren van het pgb	0%	23%	23%	11%	17%
Planbaarheid van zorg	50%	57%	68%	76%	70%
Formeel tarief voor gezinslid	0%	4%	3%	1%	2%
Overig	50%	4%	4%	10%	7%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Voor alle perioden in 2015 geldt dat de meeste dossiers betrekking hebben op de planbaarheid van de zorg. Hier onder wordt voor ieder ‘type dossier’ voorbeeld gegeven.

Hoogte van het pgb ten opzichte van het eerdere AWBZ-rgb

De aanspraken op grond van de AWBZ eindigden met ingang van 1 januari 2015. Aansluitend is in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering voorzien in een pgb ten laste van de Zvw, doch met inachtneming van de daarbij geldende voorwaarden. Deze zijn uitgewerkt in een (model)reglement. In dit (model)reglement was voor 2015 ook een overgangsregeling opgenomen. Deze hield in dat de AWBZ-indicatie zou worden geëerbiedigd, en wel tot de einddatum dan wel tot en met 31 december 2015 indien de einddatum na deze datum lag. Door enkele verzekeraars is in de procedure betoogd dat de overgangsregeling alleen zag op de indicatiestelling en niet op het tarief. Hierop zou dan ook mogen worden gekort. De commissie oordeelde anders. Aangezien de overgangsregeling

op dit punt niet duidelijk was – het ene artikel met daarin de lagere tarieven had wél uitgestelde werking, het andere niet – behield betrokkene aanspraak op het hogere tarief tot de einddatum van de indicatie dan wel uiterlijk tot en met 31 december 2015 (zaaknummer 201403122).

Kunnen beheren van een PGB

In voornoemd (model)reglement is in artikel 2 de voorwaarde opgenomen dat betrokkene in staat moet zijn het pgb zelf te beheren. Kan hij dit niet, dan kan een wettelijk vertegenwoordiger namens hem optreden. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft in een aantal zaken vastgesteld dat niet aan de eis van artikel 2 was voldaan. Het ging bijvoorbeeld om aanvragers die de Nederlandse taal niet machtig waren of die niet konden lezen of schrijven, en die niet beschikten over een wettelijk vertegenwoordiger. Opvallend in deze zaken is dat betrokkenen voorheen soms wel een AWBZ-pgb ontvingen, en dit als argument in de procedure naar voren brachten (zaaknummer 201502105).

Planbaarheid van zorg

Artikel 3 van het (model)reglement stelt een aantal voorwaarden om voor een pgb in aanmerking te komen. In veel gevallen hangt een beslissing van de zorgverzekeraar op de planbaarheid van de benodigde zorg. De commissie beoordeelt in voorkomend geval of de zorg inderdaad onder het verzekerde pakket valt (soms gaat het om Wmo-zorg) en of deze naar zijn aard planbaar is. Hierbij wordt mede gekeken naar de omvang van de indicatie. Soms zijn er bijzondere omstandigheden die maken dat zorg die naar zijn aard normaliter planbaar is, dit in het specifieke geval toch niet is¹⁵.

Formeel tarief voor gezinslid

In de op het modelreglement gebaseerde reglementen wordt onderscheid gemaakt tussen het informele en het formele tarief, waarbij het laatste aanzienlijk hoger is. Het komt wel voor dat een pgb-houder de zorg inkoop bij een gezinslid dat in de zorg werkzaam is en beschikt over de juiste opleiding en een BIG-registratie. Door de verzekeraar wordt dan h het informele tarief vergoed. De commissie heeft over deze casuïstiek nog geen uitspraak gedaan.

Overig

Onder de post ‘Overig’ valt een breed scala van zaken. Deze betreffen onder andere intensieve kindzorg, fraude met het pgb, de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren, de ingangsdatum van het pgb, terugvordering van het pgb, en de verrekening van het pgb met een nog openstaand eigen risico.

15 Een voorbeeld hiervan is toiletbezoek, indien dit althans deel uitmaakt van de indicatiestelling (zaaknummer 201501445).

5.3 Per Saldo

Per Saldo heeft vier verschillende documenten aangeleverd die door het ITS verder zijn bewerkt. Het betreft (1) een complete uitdraai van alle meldingen en signalen over de toegang tot het pgb die bij Per Saldo binnen zijn gekomen in een bepaalde beperkte periode. Hieruit zijn die meldingen bekeken die het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-rgb) betref. Daarnaast heeft de afdeling Bezwaar een (2) overzicht aangeleverd van het aantal geschillen en klachten waarbij Per Saldo om advies en/of bemiddeling is gevraagd. Het derde document bestaat uit een (3) overzicht van het aantal vragen en opmerkingen die in 2015 bij het Meldpunt Juiste Loket van Per Saldo zijn binnengekomen en over het Zvw-rgb ging. Het vierde document (4) bestaat uit een tiental casussen die indicatief zijn voor de afwijzingsgronden van zorgverzekeraars en de wijze waarop zij dit communiceren met de verzekerden.

5.3.1 Meldingen en signalen toegang pgb

Per Saldo heeft op verzoek van het ITS in november 2015 een bestand aangeleverd waarin meldingen van pgb-aanvragers over de toegang tot het pgb woordelijk zijn vastgelegd. Het betreft een tussenstand van 1 september tot halverwege oktober 2015.

Van de in totaal 856 meldingen in een tijdsbestek van 6 weken, betref het in 16 procent van de gevallen het Zvw-rgb. Van deze 135 meldingen ging het in 20 procent om de afwijzingsgrond planbare zorg.

Uit het materiaal zijn de volgende bevindingen te maken, waarbij de onderzoekers aantekenen dat dit een momentopname betreft:

1. Planbare zorg is de vaakst genoemde reden van afwijzing van Zvw-rgb.
2. De formulering dat een zorgvraag ADL-zorg betreft en derhalve door mantelzorgers verleend kan worden, roept veel vragen op bij verzekerden.
3. Toegepaste korting op het pgb. De percentages die worden gemeld, lopen uiteen van 11 tot 15 procent.
4. Mensen vinden het moeilijk om een (kinder)wijkverpleegkundige te vinden die de indicatie kan stellen. Er wordt melding gemaakt van te weinig beschikbare capaciteit bij (wijk)verpleegkundigen.
5. Gebrek aan kennis over het pgb bij zorgverzekeraars.
6. Er wordt melding gemaakt dat men kennelijk moet voldoen aan alle vier de toegangscriteria. Zoniet, dan volgt er een afwijzing. Er volgt soms een afwijzing als er aan één criterium niet wordt voldaan.
7. Verzekerden ervaren een zekere afhankelijkheid van de (wijk)verpleegkundige bij de indicatiestelling.
8. Er worden meldingen gemaakt van onheuse bejegening door medewerkers van zorgverzekeraars.

9. Veel meldingen gaan over de beknopte en soms onduidelijke formulering van de afwijzingsredenen. Er wordt verwezen naar een artikel in het reglement of men geeft helemaal geen precieze reden aan van de pgb afwijzing.
10. Bij Intensieve Kindzorg wordt vooral gesignaleerd dat (kinder)verpleegkundigen het moeilijk vinden om een indicatie te stellen. En de vraag in welk domein de zorgvraag het beste past.

5.3.2 Bezwaren en geschillen

Bij de afdeling Bezwaar van Per Saldo zijn in 2015 twintig zaken in behandeling genomen met betrekking tot geschillen met zorgverzekeraars¹⁶. Het merendeel van deze zaken betrof de afwijzing van een pgb door zorgverzekeraars. De overige zaken gingen over de korting (10-20 procent) die zorgverzekeraars toepasten op het budget. De SKGZ heeft over dit vraagstuk bindende uitspraken gedaan. De meeste verzekeraars hadden de korting niet opgenomen in het reglement/polisvoorwaarden.

Per Saldo werkt onder meer samen met een advocatenkantoor. Dit kantoor heeft zes Zvw-rgb zaken voor Per Saldo behandeld. De helft van deze zaken had betrekking op de kortingen, de andere helft betrof een afwijzing van een pgb na een heroverweging. In totaal heeft het advocatenkantoor tien Zvw-rgb zaken gedaan (inclusief die van Per Saldo). De helft hiervan betrof de korting op het budget.

5.3.3 Aard en omvang meldingen Zvw-rgb

Een derde bron van gegevens betreft een overzicht van Per Saldo waarin per kwartaal van 2015 is bijgehouden waarover verzekerden contact hebben opgenomen met het Meldpunt Juiste Loket van Per Saldo. Uit het overzicht blijkt dat tweederde van de binnen komende vragen/opmerkingen over de problemen rondom de indicatiestelling gaat.

¹⁶ Per Saldo neemt alleen zaken in behandeling die een grote kans van slagen hebben op een andere uitkomst dan die van de zorgverzekeraar.

Omvang en aard van de meldingen/signalen Zvw-pgb¹⁷ (2015)

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	totaal
indicatiestelling	22	55	51	50	178
overgangsrecht	19	12	12	4	47
klant onbekend	2	2	2	2	8
overig	10	14	1	6	31
totaal	60	83	66	62	264

Bron: Per Saldo, 2016

Toelichting rubricering en periode

Door Per Saldo is de volgende inhoudelijke toelichting gegeven bij de rubricering van de meldingen en signalen. De volgende meldingen zijn vooral in het eerste en tweede kwartaal van 2015 gemaakt:

- Bij de problemen omtrent de indicatiestelling gaat het vooral om de onduidelijkheid of een zorgvraag valt onder de Zvw of binnen het gemeentelijke domein. Klanten worden daardoor veelvuldig van ‘het kastje naar de muur’ gestuurd. Het gaat dan in feite niet om de indicatiestelling ‘an sich’, maar om de vraag onder welke domein een zorgvraag hoort.
- Bij problemen omtrent het overgangsrecht geven klanten aan dat zorgverzekeraars geen overgangsrecht verlenen op indicaties die net na 1 januari 2015 zijn afgegeven, ongeacht het feit dat deze indicaties wel in 2014 waren aangevraagd.
- Het niet bekend zijn bij zorgverzekeraars betekent dat gegevens van klanten eind 2014 per abuis niet vanuit de AWBZ doorgezet waren naar de Zvw.
- Overige meldingen/signalen gaan over de afwijzingen vanwege ‘planbare zorg’, inzet van familieleden als zorgverleners, problemen rond uitbetalingen van pgb’s, onduidelijkheid of het trekkingsrecht ook voor Zvw-pgb geldt of niet, onduidelijkheid over hoe te declareren bij de zorgverzekeraars (met name de minutentabel), onduidelijkheid over het verkrijgen van persoonlijke verzorging binnen het gemeentelijke domein of Zorgverzekeringswet.

In het derde kwartaal bleven vragen binnen komen over de indicatiestelling, afwijzing van het pgb vanwege planbare zorg en inzet van hulp van familieleden, onduidelijkheid over het verkrijgen van persoonlijke verzorging binnen het gemeentelijke domein of binnen de Zvw.

Intensieve Kindzorg

In het vierde kwartaal worden vooral veel meldingen gedaan bij Per Saldo over Intensieve Kindzorg. IKZ aanvragers melden dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd

17 Bron: Per Saldo (2016). Casuïstiek Zvw-pgb. Meldpunt Juiste Loket (2015) t.b.v. onderzoek ITS.

als er geen structurele specialistische verpleging hoeft te worden ingezet, maar er wel toezicht nodig is en snel medisch ingrijpen op moment dat er gevaar dreigt. Zorgverzekeraars menen dat door de niet structurele inzet van medisch specialistische verpleging er geen sprake is van IKZ. Ze verwijzen dan door het CIZ voor een indicatiestelling binnen de Wet langdurige zorg. Echter wanneer een IQ test niet mogelijk is door fysieke beperkingen of er sprake is van een verstandelijke beperking, dan kan niet worden gezegd dat deze kinderen onder de Wlz vallen. CIZ verwijst dan weer naar de Zvw. Zorgverzekeraars verwijzen soms door naar de gemeente. De gemeente geeft aan dat somatische problemen bij deze kinderen de grondslag is voor zorg en verwijst vervolgens weer naar de Zvw.

Zorgverzekeraars verwijzen soms ook door naar de Wlz als er wel sprake is van 24 uur medische specialistische zorg en deze levenslang is. Men meent dat er dan een Wlz indicatie moet komen. Echter, wanneer de basis voor zorg de somatische aandoening is en er medische specialistische hulp nodig is, is dit voor het CIZ (het indicatie-orgaan voor de Wlz), toch reden om terug te verwijzen naar de Zvw. Ongeacht de levenslange zorgvraag.

Een ander knelpunt dat speelt bij de Intensieve Kindzorg betreft het indiceren van toezicht en begeleiding. Verpleegkundigen geven aan dit moeilijk te vinden en lossen het vervolgens op door meer verpleging of persoonlijke verzorging te indiceren. Daarnaast melden IKZ aanvragers dat verpleegkundigen soms de zorguren van twee kinderen in één huishouden bij elkaar optellen. Dit levert problemen op voor het inkopen van zorg als een van beide kinderen elders verblijft of uitvalt.

En tot slot menen sommige zorgverzekeraars dat begeleiding op school niet uit de Zvw hoeft te worden bekostigd, ook als er een indicatie voor IKZ vanuit de Zvw is. Men meent dat alleen verpleging en persoonlijke verzorging binnen Zvw-pgb valt.

5.3.4 Dossiers

Per Saldo heeft tien geanonimiseerde dossiers aangeleverd voor het onderzoek¹⁸. De betrokken personen hebben allen hiervoor toestemming verleend. De onderzoekers maken de opmerking dat uit deze dossiers geen algemeen geldend c.q. representatief beeld kan worden afgeleid. Ze zijn niet at random gekozen maar door Per Saldo geselecteerd. En pas na toestemming van de cliënten aan het ITS ter beschikking gesteld. De dossiers geven een beeld van de knelpunten met het toekennen en afwijzen van het Zvw-pgb. Ze zijn exemplarisch voor de kernzaken waarin Per Saldo juridische ondersteuning en/of advies biedt.

18 Zie bijlage bij hoofdstuk 5.

In alle tien gevallen gaat het om een eerste afwijzing waarna de verzekerde een heroverweging heeft aangevraagd. Sommige dossiers zijn voorzien van handgeschreven motivatie-brieven van budgethouders om uit te leggen waarom hun zorgvraag toch echt binnen de voorwaarden van het Zvw-pgb past. Ook zijn in zes van de tien dossiers verklaringen van huisartsen en specialisten aanwezig. ‘De medisch geobjectiveerde gegevens leidde vaak niet tot een toekenning van een Zvw-pgb, aldus Per Saldo.

Bij alle tien onderzochte dossiers was de reden tot afwijzing dat de zorg planbaar is. In een enkel geval staat in de afwijzingsbrief van de zorgverzekeraar erbij verwoord dat het gebruik van incontinentiemateriaal toiletgang planbaar maakt.

Twee andere vaak gestelde argumenten voor een afwijzing zijn dat de Algemeen Dageelijkse Levensverrichtingen (ADL)-zorg door mantelzorgers geleverd dient te worden en dat zorg in natura voorliggend is.

Sommige budgethouders geven aan dat een vaste hulpverlener of een vertrouwensband met de hulpverlener belangrijk is. De zorgverzekeraar beoordeelt deze argumenten vrijwel altijd, als ‘niet-valide’ voor de toekenning van een pgb.

Per Saldo maakt verder nog een opmerking in het kader van de afwijzingsgronden. Een pgb wordt regelmatig afgewezen op grond van criterium 2, uit het Zvw-pgb reglement. In het reglement staat verwoord dat *‘als aan één van de criteria voldaan wordt, het pgb zal worden toegekend’*. Er wordt dan als het ware andersom geredeneerd: de toekenningscriteria worden ingezet als afwijzingscriteria.

Naar de mening van de onderzoekers schiet een verzekeraar te kort als hij in zijn communicatie naar de verzekerden (afwijzingsbrief) alleen ingaat op het afwijzen van een pgb op grond van één criterium en de andere drie criteria in de afwijzing buiten beschouwing laat. Uit de dossiers blijkt dit wel voor te komen.

6 Ervaringen van zorgverzekeraars

6.1 Inleiding

In februari van dit jaar is de lopende monitor naar het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aangevuld met een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgverzekeraars met de uitvoering van het Zvw-pgb. Voor dit kwalitatief onderzoek zijn diepte-interviews gevoerd met alle tien zorgverzekeraars¹⁹ aan de hand van een topiclijst (zie bijlage bij hoofdstuk 6). Vier gesprekken hebben telefonisch plaatsgevonden; de andere zes interviews zijn face-to-face gevoerd op locatie van de zorgverzekeraar. Bij een aantal van deze gesprekken waren meerdere medewerkers aanwezig. Het eerste gesprek is op 7 maart gevoerd en het laatste gesprek op 5 april. De gemiddelde gespreksduur was 1,5 tot 2 uur.

Het onderzoek heeft tot doel om na te gaan hoe verzekeraars de toegangscriteria toepassen en/of de praktijk uitwijst dat deze bijstelling behoeven. Daarnaast is onderzocht welke aanvullende voorwaarden er worden gesteld door verzekeraars en hoe die in de praktijk werken. Verder is aandacht besteed aan de beheersbaarheid van het pgb en/of verzekeraars voldoende handvaten hebben om de rechtmatigheid te toetsen. Er is uitgebreid aandacht besteed aan de ervaringen van zorgverzekeraars met de indicatiestelling, het bewust keuzegesprek en de Intensieve Kindzorg.

Het persoonsgebonden budget is een volledig nieuw instrument in de Zorgverzekeringswet. 2015 moet dan ook gezien worden als een start- en overgangsjaar waarin budgethouders uit de AWBZ zijn overgegaan naar de Zvw.

Bij de beschrijving van de ervaringen van zorgverzekeraars is ervoor gekozen dat deze niet met naam en toenaam worden genoemd. Het gaat hier namelijk niet om een beoordeling van individuele zorgverzekeraars, maar om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het Zvw-pgb wordt uitgevoerd en waar zorgverzekeraars tegenaan lopen. Ook is ervoor gekozen dat er niet exact zal worden gekwantificeerd in de zin van x-aantal verzekeraars doen dit, en x aantal verzekeraars doen dat.

Noot van de onderzoekers

Dit verslag bevat kwalitatieve informatie die is verkregen uit de gesprekken met zorgverzekeraars. Het zijn hun ervaringen, meningen, verklaringen en veronderstellingen hoe het Zvw-pgb in de praktijk werkt of niet werkt. Wij hebben geprobeerd de gezichtspunten

19 ASR, CZ, DSW, De Friesland, ENO, Menzis, ONVZ, VGZ, Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid.

van verzekeraars zo goed mogelijk weer te geven, maar we kunnen als onderzoeker bepaalde uitspraken of verklaringen niet verifiëren. Verzekeraars zijn zich terdege bewust van de politieke gevoeligheid van dit dossier. Ook wij als onderzoekers hebben daar notie van genomen en de verslaglegging zo dicht mogelijk bij het verkregen materiaal gehouden.

6.2 Uitvoering algemeen

Zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over het zo uniform mogelijk uitvoeren van het Zvw-pgb. Op specifieke onderdelen stellen zij hun eigen regels, bijvoorbeeld in de manier waarop ze met de indicatiestelling omgaan (voorstel of bindend), wel of geen bewust keuzegesprek, de wijze waarop de hoogte van het budget wordt berekend en de hoogte van de tarieven²⁰. Ook zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars in de mogelijkheden voor substitutie tussen persoonlijke verzorging en verpleging: geen, volledige of gedeeltelijke substitutie (een percentage van het aantal uren). De meeste verzekeraars hebben het plan om huisbezoeken te gaan doen of een andere vorm van materiële controle in te brengen in het uitvoeringsproces. Deze onderdelen komen in het vervolg aan bod.

Kennis over pgb

Zorgverzekeraars die ook een zorgkantoor hebben, spreken van enig voordeel bij de opstartfase. Ze konden kennis ophalen bij medewerkers die veel ervaring hadden met de uitvoering van het pgb in de AWBZ. Andere verzekeraars zeggen dat ze voorafgaand aan de start te weinig kennis hadden over het pgb. ‘Het betreft een verstrekking die helemaal opnieuw ingebed moest worden binnen de eigen organisatie’. Daarom hebben verzekeraars veel mankracht op de uitvoering gezet. Dit ook met het oog op het grote aantal overgangsccliënten vanuit de AWBZ die geherindiceerd moeten worden. Men gaat ervan uit dat als de hausse aan herindicaties en budgettoekenningen voorbij is, de benodigde menskracht voor de uitvoering kan worden verminderd. Een voorbeeld van een grote zorgverzekeraar: op een bestand van 8000 budgethouders, heeft deze verzekeraar 30-35 personen op de uitvoering zitten. Na de piekperiode van herindicaties verwacht deze dit aantal tot de helft te kunnen terugbrengen. Een voorbeeld van een kleine zorgverzekeraar: op een bestand van 270 budgethouders heeft deze verzekeraar 6 fte op het uitvoeringsproces zitten.

Hoe zich deze uitvoeringslast verhoudt tot die van zorg in natura, is op grond van de verkregen informatie uit de interviews geen antwoord te geven.

20 Zie: hoofdstuk 3. Ook verwijzen wij hier naar het document van Per Saldo (Belangrijke aanpassingen pgb in de Zvw) waarin per zorgverzekeraar uitgewerkt is welke tarieven zij gebruiken om de hoogte van het budget te bepalen en wat voor substitutiemogelijkheden er zijn.

Uitvoeringslast

De uitvoeringslast wordt hoog gevonden. Op zich genomen hebben de meeste zorgverzekeraars daar geen moeite mee. Ze hebben er zelf voor gekozen om het pgb goed op de rails te zetten, namelijk niet alleen administratief, maar ook procesmatig en inhoudelijk. Juist dat laatste maakt de uitvoering bewerkelijk. Toch zien zorgverzekeraars daar een duidelijk voordeel in. Door nauwgezet de praktijk te volgen en met inhoudelijke activiteiten bezig te zijn, kunnen zij sneller en beter inspelen op knelpunten in de praktijk. Zorgverzekeraars vinden dit passend bij de leerfase waarin ze met de uitvoering van het Zvw-rgb op dit moment verkeren.

Regeldruk

De regeldruk is door de stelselwijziging toegenomen, aldus zorgverzekeraars. Dit komt door de vier loketten (Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zvw) waardoor er schotten zijn aangebracht. Bij de Intensieve Kindzorg wordt dit als een knelpunt ervaren omdat niet altijd helder is in welk domein een kind thuishoort.

De regeldruk is ook toegenomen door de extra schakel die de Sociale verzekeringsbank (SVB) inneemt vanuit de optiek van de zorgverzekeraar. In 2014 is een onderhandelingsakkoord gesloten tussen VWS, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland rond het Zvw-rgb. Hierbij is onder andere afgesproken dat de verzekerde met een Zvw-rgb, als hij dat wenst, voor de ondersteuning bij zijn werkgeverstaken gebruik kan maken van de diensten van de SVB. Onder tijdsdruk zijn vervolgens afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en de SVB over een tijdelijke werkwijze. Omdat het proces afwijkt van het trekkingsrecht zoals de SVB dat uitvoert, kon daarbij niet aan de wensen van verzekeraars tegemoet worden gekomen. De uitvoering is daarmee voor alle partijen (budgethouder, zorgverzekeraars en de SVB) niet ideaal en complex.

Hoewel onderkend wordt dat de SVB hier geen formele rol in hoeft te spelen en zij haar best doet, vinden zorgverzekeraars vooral de verzamelnota's die de SVB in de praktijk gebruikt, niet goed werkbaar. Deze verzamelnota's zijn niet inzichtelijk. Ze bieden geen inzicht in wat er gedeclareerd is aan uren persoonlijke verzorging en verpleging. Zorgverzekeraars ervaren dit als 'blind geld overmaken'.

Verbetering in uitvoering

Wat het uitvoeringsproces betreft hebben zorgverzekeraars in 2016 een aantal wezenlijke verbeteringen aangebracht. Het aanvraagformulier met een verzekerde- en een wijkverpleegkundig deel, heeft ervoor gezorgd dat de aanvragen beter onderbouwd zijn. Hierdoor is er meer informatie beschikbaar voor de beoordeling van een aanvraag. Een andere verbetering betreft het toestaan van de combinatie van een pgb met zorg in natura. Dit stelt de verzekeraar in de gelegenheid om een pgb toe te kennen als een deel van de zorgvraag (volgens de zorgverzekeraar) planbaar is. De planbare zorg kan dan via zorg in natura verkregen worden. Voor het andere deel van de zorgvraag kan een pgb toegekend worden. Ook wordt als positief ervaren dat de verplichting eruit is gehaald een uitvoeringsverklaring voor de medisch/verpleegkundige handelingen mee te sturen bij de aanvraag. Dit scheelt in de doorlooptijd van aanvraag tot toekenning.

Beheersbaarheid

Op de vraag of zorgverzekeraars voldoende tools hebben om het pgb beheersbaar te houden, antwoordt het merendeel negatief. Dat geldt ook voor de mogelijkheden die ze hebben om fraude, dan wel oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Verzekeraars spreken over het grotere risico op fraude bij sociaal gesloten groepen en dat inkomen uit het pgb voor sommige groepen een belangrijke reden is om voor een pgb te kiezen. Verzekeraars geven aan niet of nauwelijks invloed te hebben op de toegang tot het pgb en de hoogte van de indicatiestellingen.

Kwaliteit van zorg

Verzekeraars vinden dat ze weinig instrumenten hebben om grip te krijgen op de kwaliteit van zorg waar budgethouders recht op hebben. Ze onderkennen wel het uitgangspunt dat budgethouders zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg, maar vinden dit moeilijk te verenigen met hun rol om door middel van zorginkoop aan hun zorgplicht te voldoen en te sturen op de kwaliteit van de zorg. Ook hebben zij een taak om de kosten te beheersen. De kostenbeheersing en kwaliteitsborging zijn voor zorgverzekeraars belangrijke zaken bij de uitvoering van het Zvw-rgb. Dit omdat het vaak om mensen gaat met een zware en progressieve problematiek (MS, CVA, ALS, kanker, IKZ) en omdat er grote geldbedragen omgaan in het Zvw-rgb.

De bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg is het grootst bij de Intensieve Kindzorg. Zeker als ouders zichzelf volledig inhuren met het pgb voor complexe en risicovolle zorg en er geen andere (informele of formele) zorgverleners betrokken zijn bij de zorg in het gezin. 'Als de ouder omvalt, valt het kind om'. Ook vragen verzekeraars zich af of er wel voldoende gekeken wordt naar de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind. De vraag die dit oproept bij meerdere verzekeraars is of het pgb niet teveel als gezinsinkomen wordt gezien dat niet achteruit mag gaan, in plaats van dat de (veranderende) zorgvraag van het kind voorop staat. Zorgverzekeraars hebben meestal wel één of meerdere casussen in beeld waarbij deze problematiek speelt. Maar kunnen in dergelijke gevallen weinig doen.

Verhouding informele en formele zorginzet

De mate waarin er met het Zvw-rgb informele zorg wordt ingekocht, baart veel verzekeraars zorgen. De verhouding formeel – informele hulp is doorgaans 20-80%²¹. Enkele zorgverzekeraars melden een afwijkende verhouding van 10-90% of van 50-50%. Verder vragen zorgverzekeraars zich af of er nog wel sprake is van passende zorg als deze volledig door partner, kinderen en/of kleinkinderen wordt geboden. De indicatiestelling is vaak een momentopname en de geldigheid is doorgaans 5 jaar. Is deze zorg over 5 jaar nog steeds passend? Hoe lang kan de mantelzorg de zorg nog aan? Daarentegen is er zeker ook waardering voor de inzet van informele hulpverleners. Dankzij deze hulp kun-

21 Percentages formele-informele zorginzet: 26/74; 22/78; 10/90; 50/50; 30/70; 30/70; 20/80; 20/80; 20/80; 20/80.

nen betrokkenen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Ook bij palliatieve zorg wordt het voordeel van de informele zorginzet goed gezien.

Gelijkwaardig alternatief

Aan zorgverzekeraars is de vraag gesteld voor welke groepen verzekerden het Zvw-pgb een duidelijke meerwaarde heeft of zelfs een beter alternatief is voor zorg in natura. Op deze vraag wordt door verzekeraars verschillend geantwoord. Sommige noemen expliciet de groep met palliatieve zorg vanwege de behoefte aan een persoonlijk omgeving waarin de zorg door vertrouwde personen kan worden verleend en waar veel aandacht is voor de privacy van de cliënt. Enkele verzekeraars noemen de IKZ als de meest aangewezen groep die juist met het pgb de zorg op de beste manier thuis kunnen regelen. Of daar waar de zorgvraag zo specifiek is dat de gecontracteerde zorgaanbieders die niet kan leveren of dat de zorg in natura niet toereikend is.

Anderen vinden het pgb een goed instrument voor mensen met een lichamelijke beperking die actief participeren (onderwijs, betaald en onbetaald werk) met veel onplanbare zorgmomenten op wisselende plaatsen. Een prima middel voor mensen die het werkgeverschap goed kunnen vervullen, die de declaraties op orde hebben, waar de kwaliteit van zorg niet ter discussie staat en die zorgverleners goed kunnen aansturen en durven aan te spreken. Mensen die dus met het pgb in staat worden gesteld om maatschappelijk te blijven participeren.

6.3 Doelgroepen

Omschrijving doelgroepen

Drie van de vier omschreven doelgroepen²² roepen geen onduidelijkheden op. Behalve bij de Intensieve Kindzorg vraagt men wel zich af of alles wat nu als Intensieve Kindzorg wordt aangemerkt, ook wel feitelijk zo is en er niet eerder sprake is van persoonlijke verzorging plus (zie paragraaf 6.6). Daarmee wordt aangegeven door verzekeraars dat deze groep beter thuishoort in de Wlz en dat ouders geholpen zouden zijn met één loket. Een van de zorgverzekeraars stelt dat het Zvw-pgb integrale zorgverlening in de weg staat. Bij een integrale zorgverlening is sprake van overleg tussen betrokken disciplines (huisarts, wijkverpleging, gemeente, wijkteams). Vooral de groep kwetsbare ouderen is gebaat met een integrale aanpak. Het Zvw-pgb wordt voor deze doelgroep als een nadeel gezien.

22 De vier doelgroepen zijn: (1) ouder dan 18 jaar en langer dan één jaar aangewezen op verpleging en/of persoonlijke verzorging in de thussituatie; (2) jonger dan 18 jaar en er is verpleging en/of verzorging nodig door een complexe somatische problematiek (Intensieve Kindzorg); (3) jonger dan 18 jaar en er is verpleging en/of verzorging nodig in verband met medische specialistische zorg; (4) verzekerde is aangewezen op palliatieve terminale zorg (PTZ).

Verhouding nieuwe aanvragen en overgangsccliënten

De meeste zorgverzekeraars konden tijdens het gesprek geen procentuele verhouding geven tussen nieuwe aanvragers en overgangsccliënten. Een zorgverzekeraar spreekt van 18 procent nieuwe aanvragers. Een andere meldt een verhouding van 1/6 nieuwe en 5/6 overgangsccliënten. Verschillen tussen nieuwe en bestaande cliënten zijn wel te benoemen: cliënten die uit de AWBZ komen zijn ‘mondiger, weten beter wat hun rechten zijn en staan er minder blanco in dan nieuwe aanvragers’. Nieuwe aanvragers kiezen bewuster voor een pgb. Dit in tegenstelling tot AWBZ budgethouders die destijds minder bewust voor een pgb hebben gekozen of niet wisten dat ze een pgb hadden, zo is de veronderstelling van verzekeraars.

De onderbouwing van de indicatiestelling is bij nieuwe aanvragers beter dan bij overgangsccliënten. Bij deze groep wordt door de indicatiestellers ‘veelal doorgeborduurd op wat mensen al hadden in de AWBZ’.

Sommige verzekeraars melden dat ze een deel van de overgangsccliënten niet meer terugzien. Er zijn geen herindicaties aangevraagd en ze komen ook niet in de naturazorg voor. Uit een nabelronde door een verzekeraar blijkt dat sommigen een andere oplossing hebben gevonden, inmiddels in een ander domein zitten of het teveel gedoe vonden voor een paar uren zorg.

6.4 Toegangscriteria

De toelatingscriteria²³ voor het Zvw-*pgb* zijn vastgelegd in de bestuurlijke afspraken die daarover tussen VWS, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland zijn gemaakt. Deze criteria zijn niet altijd in de praktijk even goed uitvoerbaar of hanteerbaar, zo blijkt uit het volgende.

Algemeen

In 2015 konden mensen met functiebeperkingen die veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen geen *pgb* in de Zvw aanvragen. Een deel van de verzekeraars vond dat moeilijk om toe te passen. Het paste niet bij hun visie om met de menselijke maat de *pgb*-aanvragen te beoordelen. Vooral kwetsbare ouderen met een informeel netwerk van vaste hulpverleners waren er mee gebaat. De meeste verzekeraars zijn dan ook blij dat dit criterium is komen te vervallen in 2016. Temeer ook omdat blijkt dat deze ouderen juist met een vaste groep aan informele zorgverleners langer thuis kunnen blijven wonen. Ook als er sprake is van planbare zorg, keuren ze toch in dit soort situaties een aanvraag goed.

23 De toelatingscriteria zijn: (1) de zorg is vooraf slecht te plannen, omdat deze op verschillende tijdstippen, korte zorgmomenten op de dag of op afroep nodig is; (2) de zorg is (vaak) nodig op wisselende, ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties; (3) de zorg dient 24 uur per dag beschikbaar te zijn, in de nabijheid en/of op afroep; (4) het is noodzakelijk dat de zorg door vaste hulpverleners wordt gegeven.

Een andere zorgverzekeraar vindt het jammer dat mensen die als gevolg van verouderingsprocessen verpleging en/of verzorging nodig hebben, wel weer tot de doelgroep behoren. De eigen regie prevaleert dan boven de integrale zorgverlening. Juist in het geval van kwetsbare ouderen heeft een integrale aanpak voordelen.

Sommige verzekeraars vinden de toegangscriteria te breed en multi-interpretabel. Daarom achten zij het van belang dat een aanvraag voor een Zvw-pgb goed inhoudelijk onderbouwd wordt. De informatie uit de aanvraag helpt verzekeraars om de noodzaak van een bepaalde zorgvraag beter te kunnen onderscheiden van een zorgwens. Dit vindt men van belang voor het bepalen van de toegang tot een Zvw-pgb. Met andere woorden, de toegangscriteria zouden meer aangescherpt moeten worden zodat de noodzaak van een medische of verpleegkundige handeling, boven de wens van de verzekerde uitgaat.

Planbare zorg

Het criterium planbare zorg is het vaakst genoemd als het onduidelijkste en dat het moeilijk is toe te passen in de praktijk. Het wordt gezien als twee uitersten (wel/niet planbaar) met daartussen een groot grijs gebied. Vooral bij toiletbezoek. Verzekeraars zouden graag een betere omschrijving willen hebben van wat planbaar en onplanbaar is. Ze zijn dan ook erg zoekende geweest om dit criterium goed en eenduidig toe te passen. Ook heeft het te maken met de visie van de zorgverzekeraar. De een vindt dat toiletgang door het gebruik van incontinentiemateriaal wel planbaar is; de ander stelt dit niet als een aanvullende voorwaarde. Ook meldt men dat er teveel willekeur is ontstaan door de onduidelijke omschrijving van dit criterium. De ene verzekeraar vindt iets wel planbaar en de ander niet.

Een strikte toepassing van het criterium planbare zorg, heeft bij sommige zorgverzekeraars geleid tot veel weigeringen in 2015 en deze werden als gevolg daarvan als erg klantvriendelijk neergezet. Dit heeft hen ertoe gebracht om toch meer nuances aan te brengen en meer met de menselijke maat naar de planbare/onplanbare zorgmomenten te kijken. Een andere verzekeraar hanteert als uitgangspunt dat toiletbezoek in principe niet planbaar is, maar het gaat deze wel te ver als er 20 toiletbezoeken per dag geïndiceerd worden.

Ook zijn er verzekeraars die een aanvraag voor een pgb niet afwijzen op grond van dit criterium. Als budgethouders de zorg al jaren goed op de rails hebben en er sprake is van een goede en evenwichtige zorgsituatie, wijzen zij een aanvraag niet af ook al is de zorg planbaar.

Zorg op wisselende momenten en locaties

Het uitgangspunt moet hier zijn dat de zorgmomenten niet het actieve leven en het participatievermogen van de zorgvrager in de weg staan. Maar ook hier wordt opgemerkt dat er wel een zekere noodzaak moet zijn en het niet alleen maar een wens is. Men verwijst naar zorgaanbieders die met de tijd zijn meegegaan en ook zorg aanbieden als deze op wisselende tijdstippen dan wel op afroep nodig is. Sommige verzekeraars hebben bewust hun zorginkoop afgestemd op vraag om ook op afroep zorg in natura te bieden.

Pgb-vaardigheid

‘Wat doe je met pgb-vaardigheid als het een 80 jarige betreft die al 10 jaar een pgb heeft?’ Deze verzekeraar vindt het een positieve verandering dat er een vertegenwoordiger het pgb kan beheren in naam van de budgethouder. In 2015 moest dat nog een wettelijke²⁴ vertegenwoordiger zijn. Het weghalen van het begrip ‘wettelijke’ is een bewuste keuze geweest in 2016. Men wilde zo dicht mogelijk aansluiten bij de definitie die in de Wlz wordt gehanteerd.

Er zijn wel twijfels geweest over het effect van het laten vervallen van de wettelijke vertegenwoordiging op de toegang tot het pgb en de frauderisico’s die dat met zich mee zou kunnen brengen.

Om te bepalen of iemand zijn eigen regie en de werkgeversrol goed kan vervullen, is voor zorgverzekeraars moeilijk te beoordelen bij verzekerden. Zorgverzekeraars vinden het erg ongewenst als familieleden uit de 1^e en 2^e graad het pgb aanvragen, als vertegenwoordiger optreden, de pgb-administratie verzorgen en ook tevens zorgverleners zijn. Er is dan sprake van te veel belangenverstrengeling. De ervaring van verzekeraars is dat dit te vaak voorkomt.

Andere verzekeraars geven aan dat het voor hen moeilijk te beoordelen is of iemand de eigen regie over het pgb en de ingezette zorg kan voeren, zeker in beginsel. Het bewust keuzegesprek levert daar wel meer zicht op. Voor sommige verzekeraars is het een signaal dat iemand niet goed in staat is met het pgb om te gaan als de budgethouder vaak belt met vragen en zijn declaraties niet op orde heeft.

Vaste hulpverleners

De meeste verzekeraars vinden dit geen criterium om een pgb toe te kennen, behalve bij palliatieve zorg. Een aantal verzekeraars krijgt veel aanvragen voor een pgb met als onderbouwing dat er vaste hulpverleners nodig zijn vanwege religie, cultuur en taal. Deze verzekeraars vinden dit geen legitieme reden is om een pgb toe te kennen. Dat geldt ook voor ritueel wassen. Ze hebben een niet Europese zorgaanbieder gecontracteerd en verwijzen deze aanvragers door naar zorg in natura.

6.5 Indiciestelling

Capaciteit

In 2015 was er te weinig capaciteit bij (wijk)verpleegkundigen om te indiceren voor het Zvw-rgb. Ook hadden (wijk)verpleegkundigen te weinig kennis van het pgb. Verzeke-

24 Een *wettelijke* vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijke gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een *vertegenwoordiger* is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

den hadden dus moeite om iemand te vinden die een goede onderbouwde indicatie kon stellen voor het pgb. Het normenkader van de beroepsgroep V&VN geeft aan dat het een HBO-V niveau 5 verpleegkundige moet zijn. Een verzekeraar geeft aan dat een verpleegkundige niveau 4 met extra scholing dit ook goed zou kunnen doen en mogelijk een optie kan zijn voor de toekomst.

Hogere indicaties

In het algemeen zijn de indicaties omhoog gegaan. Dat melden bijna alle verzekeraars. Sommige zeggen dat het om een verdubbeling van het aantal uren gaat, die niet altijd in verhouding staat tot de zorgzwaarte. In een enkel geval gaat het zelfs om een verviervoudiging van het aantal uren. Er worden diverse mogelijke verklaringen gegeven:

- alle zorgmomenten worden door de wijkverpleegkundigen bij elkaar opgeteld;
- de gebruikelijke zorg wordt niet of te weinig meegenomen;
- in de persoonlijke verzorging worden ook Wmo-achtige activiteiten en begeleidingscomponenten mee geïndiceerd die niet tot de Zvw-aanspraak behoren;
- door onzekerheid en onvoldoende kennis over het pgb gaan wijkverpleegkundigen aan de hoge kant zitten;
- beroepsgroep indiceert voor de eigen zorgvormen;
- (wijk)verpleegkundigen zijn zich niet helemaal ervan bewust dat de indicatiestelling de toegang tot het Zvw-rgb bepaalt. Zij zijn 'in the lead' en niet de zorgverzekeraar;
- (wijk)verpleegkundigen zien de indicatie als een voorstel waar nog van afgeweken kan worden;
- (wijk)verpleegkundigen realiseren zich onvoldoende dat er aan de indicatie een prijskaartje hangt;
- kinderverpleegkundigen stellen de zorgvraag van het kind en de ouder voorop maar hebben te weinig kennis van de IKZ.

Bij een verdubbeling van het aantal geïndiceerde uren of meer, wordt er doorgaans contact opgenomen met de betreffende wijkverpleegkundige. Soms leidt dat tot een bijstelling van de indicatiestelling. Het initiatief voor het contact kan zowel van de verzekeraars als van de wijkverpleegkundige zelf komen en gaat doorgaans niet zonder toestemming van de cliënt. In zo'n gesprek komt regelmatig naar voren dat de verpleegkundige onder druk meer uren heeft geïndiceerd dan ze had willen doen. Verpleegkundigen en verzekeraars waarderen dit contact en de openheid waarover er op casusniveau gesproken kan worden. Het wordt beschouwd als een belangrijk leermoment voor beide partijen.

Vooral bij budgethouders met overgangsrecht is het voor de minder ervaren verpleegkundigen moeilijk indiceren. Budgethouders menen rechten te ontlennen aan datgene wat ze hebben, zijn mondig en willen niet teruggaan in uren.

24-uur toezicht en begeleiding

Kinderverpleegkundigen vinden het indiceren van toezicht en begeleiding (op school) een lastig element. Sommigen lossen dit op door meer uren verpleging en verzorging te indiceren. Verzekeraars zijn van mening dat niet alle toezicht- en begeleidingsuren vertaald

hoeven te worden in een aanspraak. Hier speelt ook de vraag wat gebruikelijke zorg is een wezenlijke rol van betekenis.

Gebruikelijke zorg

Het is vaak niet duidelijk, aldus verzekeraars, of en in welke mate gebruikelijke zorg is meegenomen of meegewogen bij de pgb aanvraag. Dit maakt het beoordelen ervan lastig, zeker bij overgangsccliënten en bij de IKZ. Men meldt dat er geen goede richtlijn of een duidelijk protocol is voor gebruikelijke zorg. Verzekeraars vinden dit een belangrijk onderhandelingsvraagstuk van de indicatiesteller. Zowel bij zorgverzekeraars intern, als ook met de wijkverpleegkundigen is er veel discussie over dit onderwerp (zie ook paragraaf 6.3). Het speelt vooral bij Intensieve Kindzorg in relatie tot 24-uurs toezicht en begeleiding.

Verzekeraars worstelen met de vraag als het gaat om zeer hoge budgetten, of het nog maatschappelijk verantwoord is. De zorgvraag en ontwikkelingsmogelijkheden van het kind moeten voorop staan en niet de hoogte van het budget. Niet alle zorgmomenten hoeven vertaald worden in een pgb. Men vreest voor onbeheersbaarheid van het pgb binnen de IKZ, terwijl ze ook echt wel degelijk ervan overtuigd zijn dat het vaak om erg zieke kinderen gaat met een zeer complexe zorg en de ouders het beste willen voor hun kind. Een verzekeraar verwoordt het als volgt: 'Het IKZ prijst zichzelf uit de markt als ouders het gesprek hierover niet willen aangaan'.

Een aanpassing van en verduidelijking van het criterium gebruikelijk zorg, wordt zeer wenselijk gevonden door alle zorgverzekeraars. Men vindt dit een taak van de beroepsgroep om hiermee aan de slag te gaan.

Onafhankelijk indiceren van zorgverlening

Sommige zorgverzekeraars vinden het lastig dat ze geen invloed hebben op de indicatiestelling. Zij zijn bezorgd over de hoogte van de indicaties en de manier waarop deze tot stand komt. Anderen vinden dat de wijkverpleging aan het roer staat en zich bewust moet zijn van het feit dat datgene wat ze afgeven, een indicatiebesluit is waar een pgb op wordt toegekend. 'Nu nog zien verpleegkundigen het nog teveel als een voorstel', aldus een verzekeraar.

Een aantal verzekeraars wil de indicatiestelling terugleggen bij het CIZ. Vanwege de onafhankelijkheid, het gebruik van protocollen en normenkader. Maar ook omdat er dan een organisatie achter de wijkverpleegkundige staat; nu staat deze veelal alleen. Maar niet alle verzekeraars vinden dat een goed plan. Zij zien er meer in om de wijkverpleegkundigen beter toe te rusten met richtlijnen, duidelijke protocollen en een normenkader.

Zorgverzekeraars zijn wel eensgezind als ze het hebben over de onafhankelijke positie die de indicatiesteller moet innemen, namelijk los van de zorgverlening. Zij geven ook aan dat wijkverpleegkundigen vaker het gesprek moeten aangaan met de budgethouders tijdens het intakegesprek, met name over de gebruikelijke zorg, het gebruik van hulpmiddelen en voorliggende voorzieningen.

Een aantal verzekeraars denkt erover om in 2017 de indicatiestelling voor het pgb onder te brengen bij een of twee zorgaanbieders in de regio's. Vooral zorgaanbieders die gespe-

cialiseerd zijn in het stellen van indicaties voor verpleging en persoonlijke verzorging. Dit om de objectiviteit en de deskundigheid van de indicatiestelling beter te borgen.

Hoge indicaties IKZ

Er wordt gemeld dat sommige kinder-thuiszorgorganisaties (erg) hoge indicaties stellen. Zorgverzekeraars waarderen dat kinderverpleegkundigen vanuit hun beroep het belang van het kind en de ouder voorop stellen. ‘Ze hebben het in hun genen om te willen helpen’. Het beoordelen van de aanvraag wordt echter moeilijk als diezelfde zorgaanbieder ook de zorg gaat verlenen of als die al bij de zorgsituatie als zorgverlener betrokken is.

Contact tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen

Er vindt regelmatig overleg plaats tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen over de indicaties die zij afgeven en de onderbouwing daarvan. In geval het om twijfelachtige situaties gaat waar ook de wijkverpleegkundige zelf niet helemaal achter staat, wordt er overleg gevoerd.

Het komt voor dat wijkverpleegkundigen zich onder druk gezet voelen om meer uren te indiceren. Vaak nemen ze zelf daarover contact op met de zorgverzekeraars omdat ze er achteraf geen goed gevoel bij hebben en zelf vinden dat ze met de uren te hoog zijn gaan zitten. Ook geven wijkverpleegkundigen aan zich wel eens bedreigd te voelen als familieleden aanwezig zijn bij de indicatiestelling die zelf de zorg verlenen.

Shopgedrag

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat er sprake is van shopgedrag door budgethouders. De verzekerde stuurt dan vervolgens die indicatiestelling in met de meeste uren. Het is voorgekomen dat verzekeraars van dezelfde wijkverpleegkundige in dienst van een en dezelfde zorgaanbieder meerdere indicaties binnenkrijgt. Diezelfde zorgaanbieder gaat daar dan vervolgens ook de zorg verlenen. Deze indicatiestellers worden op een lijst gezet en gevolgd. Verzekeraars laten ook wel eens een second opinion doen als men erge twijfel heeft over een indicatiestelling.

Geldigheidsduur

De Zvw-pgb indicaties zijn maximaal 5 jaar geldig. Sommige verzekeraars zouden het beter vinden als er vaker geëvalueerd wordt of de zorgvraag nog van hetzelfde niveau is. Ook zijn er vaker momenten nodig om te onderzoeken of de ingezette zorg nog passend is. Bijvoorbeeld 1 keer per jaar de zorg evalueren. Of de geldigheidsduur van de indicatiestelling terug brengen naar 3 jaar.

6.6 Bewust keuzegesprek en huisbezoeken

Bewust keuzegesprek

De helft van de zorgverzekeraars voert met alle pgb aanvragers een bewust keuzegesprek (bkg). Een klein aantal verzekeraars voert wel een bkg, maar niet met iedereen. Dit heeft

te maken met de uitvoeringslast die deze gesprekken met zich meebrengt. Deze verzekeraars voeren wel een gesprek als er een groot verschil is in het aantal geïndiceerde uren na herindicatie of als er twijfel bestaat over een pgb-aanvraag. Twee zorgverzekeraars voeren helemaal geen bkg's. Voor een van hen is dat een bewuste keuze omdat deze van mening is dat pgb-vaardigheid in beginsel niet te toetsen valt.

De meeste verzekeraars voeren de bkg's telefonisch, maar sommigen nodigen de budgethouder uit voor een gesprek op kantoor van de verzekeraar. In een enkel geval vindt er een bezoek aan huis plaats, bijvoorbeeld als er veel onduidelijkheden zijn over de indicatiestelling. Ook kan dit voorkomen als zowel de zorgverzekeraar als de wijkverpleegkundige geen goed gevoel hebben bij een aanvraag. Voor een goede beoordeling van de aanvraag vindt men het dan goed om te zien wie de budgethouder is en wie de vertegenwoordiger.

Bkg's leveren meer informatie op over de zorgsituatie en over de manier waarop de budgethouder zijn zorg gaat inzetten. Hier ligt de meerwaarde van het bkg. Het gesprek levert extra informatie op of de indicatiestelling realistisch is en of deze overeenkomt met de zorgzwaarte.

Niet alle zorgverzekeraars toetsen in het bkg of mensen wel pgb-vaardig zijn. Anderen doen dat weer expliciet wel. Ze spreken de aanvraag door met de budgethouder en gaan in het gesprek na waarom er voor een pgb is gekozen. Daarbij wordt vooral gelet of de betrokkene zelf een pgb heeft aangevraagd of dat iemand anders hem of haar daartoe heeft aangezet.

Als verzekeraars de pgb-vaardigheid toetsen, dan gaan ze na of iemand zelf het gesprek kan voeren, of iemand zelf of met enige hulp de pgb-administratie kan bijhouden en of er grote schulden zijn.

Een verzekeraar geeft aan dat ze naast de bkg's in 80 procent van de gevallen contact opnemen met de wijkverpleegkundige over de indicatietelling. Het komt voor dat een indicatie wordt bijgesteld na een bkg of na overleg met de wijkverpleegkundige.

Zorgverzekeraars vinden wel dat de bkg's veel tijd in beslag nemen. De gesprekken duren doorgaans tussen de 30 en 60 minuten. Maar zoals een verzekeraar het verwoordt: 'Een goede inhoudelijke uitvoering van het Zvw-rgb betekent dat je er tijd in moet steken'.

Huisbezoeken of materiële controle

Een aantal verzekeraars heeft het plan om nog dit jaar of in ieder geval volgend jaar huisbezoeken te gaan afleggen of een materiële controle te gaan inbouwen in het uitvoeringsproces. Het huisbezoek moet dan ook dienen als een toetsing of de zorg nog wel passend is bij de zorgvraag, de zorgvraag niet veranderd is en of betaalde mantelzorgers niet overbelast zijn geraakt waardoor de kwaliteit van zorg in het gedrang is gekomen.

Het plan is vooralsnog om niet bij alle budgethouders een huisbezoek te gaan afleggen, dan wel een materiële controle te doen. Men denkt eerder aan casussen met extreem hoge budgetten en in geval er twijfels zijn over de pgb-vaardigheid van de budgethouder.

Een verzekeraar heeft al in 2015 circa 500 dossiers gecontroleerd. In 2016 gaan ze dat nog vaker doen. Het zorgplan wordt bekeken, de facturen en declaraties worden gecontroleerd, bankafschriften worden opgevraagd, de zorgoverkomsten worden getoetst en naast het zorgplan gelegd. Ook vindt er check plaats op de gedeclareerde uren verpleging en verzorging in relatie tot de indicatiestelling. Als bij de beoordeling blijkt dat er geen verzekerde zorg is ingekocht, dan volgt er een terugvordering. Als het dossier niet op orde is, volgt er een ‘opvoedkundig’ gesprek. Is het dossier daarna nog niet op orde, dan stopt het pgb.

6.7 Weigeringsgronden

Tijdens de gesprekken hadden de meeste zorgverzekeraars geen cijfers paraat over het aantal aanvragen en weigeringen. Drie verzekeraars konden dat wel. We presenteren dan ook hier geen absolute aantallen, dan wel percentages omdat het een vertekend beeld kan geven.

Over alle zorgverzekeraars heen zijn de weigeringsgronden in volgorde van voorkomen:

- planbare zorg;
- niet pgb-vaardig; niet instaat tot voeren van eigen regie en regeltaken;
- geen noodzaak voor vaste hulpverleners vanwege religie, cultuur en taal;
- verkeerde domein.

Wat de domeinen betreft melden verzekeraars dat het voorkomt dat mensen voor een Zvw-rgb kiezen omdat ze in de Wlz een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Verzekeraars geven aan dat de Wlz wettelijk voorliggend is op de Zvw. Als een (wijk)verpleegkundige de aanvraag voor een Zvw-rgb heeft ondertekend, kunnen zij niet meer afwijzen. De verpleegkundige stelt daarmee de toegang tot het domein vast. Verder hebben verzekeraars geen zicht (onder andere vanwege de privacywetgeving) of mensen gebruik maken van meerdere rgb's in verschillende domeinen. In theorie kunnen er geen dubbele indicaties voorkomen voor dezelfde zorgvraag, maar in de praktijk kan het wel voorkomen, zo stelt een verzekeraar.

Er zijn onvoldoende duidelijke scheidslijnen tussen de vier domeinen, zo is de algemene ervaring van zorgverzekeraars. Zeker in geval het gaat om de zorgvraag van ernstig zieke of gehandicapte kinderen onder de 18 jaar. Deze kunnen in principe bij drie loketten terecht: Jeugdwet, Wlz en de Zvw. Voor ouders is het vaak onduidelijk in welk domein zij hun aanvraag moeten doen. De meeste verzekeraar pleiten voor één loket voor jongeren onder de 18 jaar. Binnen één domein zou alle benodigde zorg en begeleiding geregeld moeten worden. Verzekeraars geven nadrukkelijk aan dat het voor ouders ondoenlijk is

zelf uit te zoeken of te bepalen in welke domein zij een aanvraag moeten indienen. Het van ‘het kastje naar de muur gestuurd worden’, wordt alom door verzekeraars onderkend.

6.8 Intensieve kindzorg

Over de Intensieve Kindzorg is al het een en ander gezegd in het voorgaande. Het is voor zorgverzekeraars het grootste zorgpunt binnen het Zvw-pgb. Bijna alle verzekeraars geven aan dat het vaak onduidelijk is in welk domein een kind met een complexe zorgvraag thuishoort. In de Jeugdwet, de Wlz of de Zvw? De omschrijving van wat IKZ is vaag en verdient een verdere uitwerking en verduidelijking.

Ook wordt er gemeld dat er kennisgebrek is bij de gemeente over deze doelgroep. Dit is een van de verklaringen waarom IKZ-ouders aankloppen bij zorgverzekeraars omdat ze doorverwezen worden van het ene naar het andere loket (en soms weer terug). Sommige verzekeraars durven het aan om te stellen dat van de 10 IKZ er slechts 1 echt thuishoort in de Zvw. Omdat ze een zorgplicht hebben, nemen ze deze toch op in de Zvw. Soms speelt coulance naar de ouders toe ook een rol.

De meeste zorgen liggen echter bij de kwaliteit van zorg. Is deze wel voldoende gewaarborgd? Met name in die situaties waarin een of beide ouders zich volledig laten inhuren met het pgb en er geen andere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn. De budgetten zijn vaak hoog en men heeft het vermoeden dat het ontwikkelingsperspectief en zelfstandigheidsniveau van het kind ondergeschikt is geraakt aan het veilig stellen van het pgb als gezinsinkomen. Indicatiestellers geven aan dat het moeilijk is om met ouders hier het gesprek over aan te gaan. Verzekeraars vragen zich af hoe lang ouders die zorglast aankunnen en wat gebeurt er met het kind als een van de ouders uitvalt. Alle zorgverzekeraars vinden deze situaties zeer kwetsbaar, sommige noemen het kindonveilig.

Meerdere zorgverzekeraars vragen zich af of het langer maatschappelijk verantwoord is om zorgsituaties in stand te houden waar ouders volledig afhankelijk zijn van het pgb als gezinsinkomen. ‘Ontstaat er door de hoge budgetten geen rechtsongelijkheid tussen pgb en zorg in natura?’

Dat in 2016 ouders zich tot maximaal 40 uur mogen inhuren, is een maatregel die zeer positief is ontvangen. Maar dan nog zijn er voorbeelden waarin beide ouders zich elk voor 40 uur per week inhuren. Of dat er indicaties zijn gesteld van 160 uur per week. Verzekeraars weten zich er geen raad mee.

Ze zijn unaniem in de stelling dat de kwaliteit van de zorg en het ontwikkelings- en zelfstandigheidsniveau van het kind te allen tijde voorop moet staan. Een zorgsituatie raakt volledig uit het zicht nadat er een indicatie dan wel een herindicatie is gesteld. Het IKZ dossier vraagt om een nadere onderwerping van wat rechtmatige en doelmatige zorg is.

6.9 Bevindingen

Zorgverzekeraars hebben gekozen voor een inhoudelijke uitvoering en niet enkel alleen een administratieve of procesmatige uitvoering van het Zvw-pgb. De benodigde menskracht is hierdoor groot, maar niet ongegrond. Verzekeraars hebben veel geïnvesteerd in een goede inbedding van het pgb binnen de Zorgverzekeringswet.

De uitvoering is arbeidsintensief, onder meer door de onbekendheid met het pgb, zowel bij verzekeraars als bij indicatiestellers. Maar ook door de onduidelijkheid bij budgethouders en aspirant-budgethouders over de vraag binnen welk domein hun aanvraag het beste past. Ook de hausse aan herindicaties van budgethouders met overgangsrecht en de bewust keuzegesprekken maken dat de uitvoeringslast als hoog wordt ervaren. Een uitvoeringslast die weliswaar niet in verhouding staat tot het aantal verzekerden met een pgb, maar wel noodzakelijk is.

Zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over het zo uniform mogelijk toepassen van de zorginhoudelijke criteria om voor een pgb in aanmerking te komen en de voorwaarden voor het beheren van het pgb. Op specifieke onderdelen stellen zij hun eigen regels, bijvoorbeeld in de manier waarop verzekeraars het budget vaststellen, het gebruik van rekentarieven en de mogelijkheden voor substitutie tussen verpleging en persoonlijke verzorging. Ook ten aanzien van het bewust keuzegesprek zijn er verschillende werkwijzen. Hoewel de meeste zorgverzekeraars een bewust keuzegesprek voeren met alle pgb-aanvragers, doen anderen dat alleen met nieuwe aanvragers of alleen met aanvragers waarbij er twijfels zijn.

De meerwaarde van het gesprek ligt in de extra informatie die over een zorgsituatie verkregen wordt, de achtergrond van de keuze voor een pgb en de pgb-vaardigheid van de betrokkene. Een klein aantal verzekeraars heeft de keuze gemaakt geen bewust keuzegesprek te voeren.

De indicaties die worden afgegeven door (kinder)verpleegkundigen, worden door verzekeraars als bindend beschouwd waar niet van afgeweken kan worden. Er vindt overleg plaats tussen zorgverzekeraars en verpleegkundigen over indicaties als er bij één of bij beide partijen twijfel bestaat of als er sprake is van veel meer uren zorg.

Zorgverzekeraars hebben geen invloed op de omvang van de indicatie. Daarnaast hebben ze weinig tools om het Zvw-pgb beheersbaar te houden wat kosten betreft. Bovendien kunnen zij, vanuit hun zorgplicht, slecht beoordelen of pgb-houders de kwalitatief goede zorg krijgen waar zij recht op hebben. Beide aspecten vormen voor veel verzekeraars een lastige kwestie en worden vooral in relatie tot de Intensieve Kindzorg genoemd. Daar gaat het om ernstig zieke kinderen met complexe zorgvragen, hoge budgetten en veel of uitsluitend informele zorg geleverd door de ouders.

Verder dienen (kinder)verpleegkundigen beter toegerust te worden zodat zij in staat zijn, vaker dan nu, goede onderbouwde indicaties te stellen. Een set van richtlijnen, een nor-

menkader en een verduidelijking van wat planbare en niet-planbare zorg is, wat gebruikelijke zorg is en hoe die moet worden meegewogen bij de indicatiestelling zijn bij uitstek wensen van verzekeraars. Die wensen zijn er ook ten aanzien van de positiebepaling van de indicatiestelling. Deze moet naar de overtuiging van de verzekeraars, onafhankelijk en los van de levering van zorg.

En tot sloten noemen we hier de problematiek rondom de onduidelijkheid van de domeinen. De scheidslijnen tussen de verschillende domeinen zijn onvoldoende duidelijk en onderscheidend. Zorgverzekeraars uiten vooral de behoefte om de zorgvraag van kinderen onder de 18 jaar binnen één domein te regelen.

7 Samenvatting en aanbevelingen

Het persoonsgebonden budget is een volledig nieuw instrument in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb). De werking van het Zvw-pgb in de praktijk is gevolgd door middel van een monitor. Dat was de afspraak tussen Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en VWS. Het ITS, Radboud Universiteit heeft opdracht gekregen om deze monitor uit te voeren waarin voornamelijk gebruik is gemaakt van bestaande informatiebronnen (Vektis, zorgverzekeraars, SKGZ, Per Saldo en SVB).

In paragraaf 7.2 van dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de monitor samengevat. Daarna geven we een aantal aanbevelingen voor de inrichting van het vervolg van de monitor Zvw-pgb over het jaar 2016 (paragraaf 7.3). Maar allereerst gaan we kort in op de uitvoering van de monitor over 2015, de wijzigingen in de opzet en ontstane beperkingen.

7.1 Monitor Zvw-pgb over 2015

Start van het Zvw-pgb

2015 moet gezien worden als een startjaar waarin betrokken uitvoeringsorganisaties ervaringen hebben opgedaan met het aanvragen, indiceren en toekennen van een Zvw-pgb. Het jaar 2015 staat in het teken van leren, aanpassen, verbeteren en het doorontwikkelen van de pgb-regeling. Zorgverzekeraars hebben veel geïnvesteerd in een goede inbedding van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Ze wilden de uitvoering procesmatig goed inrichten en de werking ervan in de praktijk nauwlettend volgen.

2015 is ook een overgangsjaar waarin budgethouders uit de AWBZ over zijn gegaan naar de Zorgverzekeringswet. Dit heeft geleid tot een hausse aan herindicaties van budgethouders waardoor de uitvoering (tijdelijk) erg arbeidsintensief was en veel gevraagd heeft van zorgverzekeraars en (wijk)verpleegkundigen verantwoordelijk voor de indicaties van verpleging en verzorging in de thuissituatie.

Budgethouders liepen vooral in de eerste maanden van 2015 aan tegen uitvoeringsproblemen. Het vinden van een wijk- of kinderverpleegkundige voor het stellen van een indicatie was niet altijd gemakkelijk. Onvoldoende capaciteit of te weinig kennis bij de beroepsgroep over het Zvw-pgb en het indiceren voor de Zvw maakte dat een pgb-aanvraag of herindicatie niet soepel verliep. De manier waarop zorgverzekeraars het toelatingcriterium planbare zorg toepassen, heeft tot veel meldingen van budgethouders geleid bij Per Saldo. Ook konden verzekerden, met name de IKZ-ouders, moeilijk hun weg vinden tussen de verschillende domeinen en troffen daarover veel onduidelijkheden aan bij gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Inhoud en opzet monitor

De monitor bevat onder meer cijfermatige informatie over het aantal budgethouders met een Zvw-pgb, het aantal aanvragen en weigeringen, de hoogte van het gemiddelde budget, de pgb-uitgaven en declaraties. Verder biedt de monitor inzicht in het aantal klachten en geschillen bij zorgverzekeraars en de SKGZ. Ook meldingen, signalen en klachten die bij Per Saldo zijn binnengekomen op verschillende momenten en bij diverse loketten zijn verwerkt in de monitor.

Rijkelijke informatie is gekomen uit het kwalitatieve onderzoek onder zorgverzekeraars naar hun ervaringen met de uitvoering van het Zvw-pgb. Een onderdeel dat begin 2016 aan de monitor is toegevoegd en waarvoor diepte-interviews zijn gehouden met alle tien verzekeraars.

De gebruikerswaarde van de monitor zou echter hoger zijn geweest als ook het perspectief van de budgethouder en zijn ervaring met het Zvw-pgb onderzocht was. Diverse cliëntenonderzoeken waren voorzien in de opzet van de monitor. Er zijn vragenlijsten ontwikkeld om de door de budgethouders ervaren kwaliteit van de zorg te meten. Ook is er een vragenlijst ontwikkeld om budgethouders te bevragen over de manier waarop de eigen zorgverzekeraar de pgb-regeling uitvoert. Echter door de Wet bescherming van persoonsgegevens was het juridisch niet mogelijk om bij zorgverzekeraars budgethouders te selecteren op het ontvangen van een Zvw-pgb. Er kon daardoor geen representatieve steekproef getrokken worden onder de populatie budgethouders.

Wij betreuren dit zeer omdat het een goede uitvoering van een onderzoek onder mensen die het betreft, in de weg staat. Alternatieven zijn verkend en ook aangereikt, maar die zouden naar onze mening geen valide en/of verifieerbare gegevens genereren. Een onderzoek waarbij niet controleerbaar is wie de vragenlijst heeft ingevuld (en hoe vaak), levert geen betrouwbare uitkomsten op.

7.2 Samenvatting belangrijkste bevindingen

Budgethouders, hoogte budget en totale uitgaven

In januari 2015 waren er 30.631 budgethouders met een Zvw-pgb. Dat aantal is in de loop van het jaar teruggelopen tot 23.482 in december 2015. Dit betekent een daling van 7.149 budgethouders. Het gemiddelde budget per maand bedraagt € 1.284 met een jaarbudget van gemiddeld € 15.408. Met het Zvw-pgb was in 2015 bijna 300 miljoen euro gemoeid. Van de totale uitgaven aan wijkverpleegkundige zorg gaat in januari 12,4 procent naar het pgb. In december 2015 was het pgb-aandeel op de totale wijkverpleegkundige zorg gedaald tot 8,3 procent. De Zvw-pgb uitgaven dalen sneller dan de natura-uitgaven voor wijkverpleegkundige zorg.

Aanvragen en weigeringen

In 2015 zijn er bijna 19.500 pgb-aanvragen gedaan binnen de Zorgverzekeringswet en bijna 6.800 aanvragen zijn afgewezen. Er zijn geen exacte cijfers te geven over de weigeringsgronden. Lang niet alle zorgverzekeraars houden een rubricering bij van de reden van afwijzing. Uit het kwalitatieve onderzoek bij zorgverzekeraars komt naar voren dat de geldende voorwaarden en criteria niet helder en eenduidig worden gevonden. Ook komt daaruit naar voren dat het vaakst wordt afgewezen op planbare zorg, gevolgd door het niet kunnen beheren van het pgb, geen noodzaak voor vaste hulpverleners en een aanvraag past niet in het domein van de Zvw.

Informele, formele zorgverleners en tarieven

Circa driekwart van de declaraties die budgethouders indienen betreft een informele zorgverlener die persoonlijke verzorging levert. De uitgaven aan informele verzorging maken 60,4 procent uit van de totale uitgaven voor het Zvw-rgb. Formele verzorging heeft een aandeel van 18,6 procent. De uitgaven voor informele verpleging komen uit op 13,5 procent van het totaal. En formele verpleging heeft het kleinste aandeel in de uitgaven met 7,5 procent.

Voor informele zorgverleners wordt in 80 procent van de gevallen een tarief van minder dan 30 euro betaald. Voor formele zorgverleners is dat een kleine 30 procent. In tweederde van de gevallen wordt voor een formele zorgverlener een tarief tussen de 20 en 40 euro betaald.

Betaaltermijnen van declaraties

Tweederde deel van de budgethouders declareert rechtstreeks bij de eigen zorgverzekeraar. Ook tweederde deel van de totale pgb-uitgaven verloopt rechtstreeks via zorgverzekeraars. In meer dan 90 procent van de gevallen worden declaraties binnen 10 kalenderdagen door de zorgverzekeraar betaald. In het merendeel gebeurt dit binnen 5 kalenderdagen.

Klachten en geschillen

De klachten die binnen zijn gekomen bij zorgverzekeraars laten vlak voor de zomermaanden (mei/juni) een piek zien met een totaal van circa 300 klachten. Het aantal klachten nam vervolgens tot bijna de helft af in de periode augustus – oktober. Daarna stegen de klachten weer tot zo'n 325 klachten in de laatste twee maanden van 2015.

De SKGZ ontving in 2015 in totaal 3.150 zaken waarvan er 273 een Zvw-rgb component hadden. In 70 procent betrof de klacht een afwijzing op grond van het criterium planbare zorg, gevolgd door het niet goed beheren van het pgb (17 procent).

De Ombudsman Zorgverzekeringen, die altijd eerst een zaak in behandeling neemt voordat die naar de Geschillencommissie van de SKGZ gaat, heeft in 2015 151 Zvw-rgb zaken afgesloten. Bij 68 van deze 151 dossiers bleef de zorgverzekeraar bij zijn standpunt en 56 zaken werden niet ontvankelijk verklaard. Bij 16 gevallen kwam de zorgverzekeraar de verzekerde tegemoet.

De gemiddelde doorlooptijd van de dossierbehandeling door de ombudsman bedroeg 50 kalenderdagen; 113 dossiers werden binnen de termijn van 56 dagen afgehandeld en bij 38 dossiers duurde het langer dan 56 dagen.

De behandeling door de Geschillencommissie van SKGZ kost doorgaans meer tijd. In 2015 zijn er 41 pgb-zaken bij de commissie aanhangig gemaakt. Hiervan zijn er 5 afgewikkeld met een gemiddelde doorlooptijd van 137 dagen, geteld vanaf het moment dat de verzekerde het entreegeld van € 37 euro heeft betaald. In drie zaken heeft de Geschillencommissie de vordering van de verzekerde toegewezen. 36 pgb-dossiers zijn nog als geschil in behandeling.

Meldingen en signalen bij Per Saldo

Per Saldo heeft in 2015 in totaal 264 meldingen binnen gekregen over het Zvw-pgb bij het Meldpunt Juiste Loket. Daarbij ging het in tweederde deel van de gevallen over de indicatiestelling en ongeveer één op de vijf meldingen betrof het overgangsrecht. Opvallend was dat in het laatste kwartaal van 2015 vooral veel meldingen zijn gedaan over de Intensieve Kindzorg. IKZ-ouders weten vaak niet goed in welke domein hun zorgvraag thuishoort. In het kwalitatieve onderzoek onder zorgverzekeraars komt ook duidelijk naar voren dat niet alleen bij ouders, maar ook bij verzekeraars, gemeenten en kinderverpleegkundigen er nog veel onduidelijkheid bestaat over waar de zorgvraag van een ernstig ziek kind thuishoort: in de Jeugdwet, Wmo, Zvw of de Wlz?

Bij de afdeling Bezwaar van Per Saldo zijn in 2015 20 zaken in behandeling genomen. Deze gingen merendeels over de reden van afwijzing. Ook de tien geanonimiseerde pgb-dossiers die Per Saldo aan de onderzoekers ter beschikking heeft gesteld, gingen allemaal over de reden van afwijzing; in de meeste gevallen vanwege de planbaarheid van zorg. Uit de afwijzingsbrieven van zorgverzekeraars in deze dossiers viel op dat zij niet altijd even duidelijk communiceren over de reden van afwijzing. Het was vaak zoeken in de uitgebreide tekst naar de reden waarom de aanvraag feitelijk was afgewezen.

Verder heeft Per Saldo een bestand aangeleverd waarin meldingen van pgb-aanvragers over de toegang tot het pgb woordelijk zijn vastgelegd. In een periode van 6 weken (september tot medio oktober 2015) werden 856 meldingen gedaan, waarvan er 135 over het Zvw-pgb gingen (16 procent). Van deze 135 meldingen betrof het in 20 procent de afwijzingsgrond planbare zorg.

Ervaringen van zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over het zo uniform mogelijk toepassen van de zorginhoudelijke criteria om voor een pgb in aanmerking te komen en de voorwaarden voor het kunnen beheren van het pgb. Zij stellen eigen regels als het om specifieke onderdelen gaat. Bijvoorbeeld in de manier waarop verzekeraars de hoogte van het budget vaststellen, het gebruik van rekkentarieven en de mogelijkheden voor substitutie tussen verpleging en persoonlijke verzorging. Ook ten aanzien van het bewust keuzesprek zijn er verschillende werkwijzen. Sommige zorgverzekeraars voeren een bewust

keuzegesprek met alle pgb-aanvragers, anderen doen dat alleen met nieuwe aanvragers of alleen met aanvragers waarbij er twijfels zijn.

De meerwaarde van het bewust keuzegesprek ligt in de extra informatie die over een zorgsituatie verkregen wordt, de achtergrond van de keuze voor een pgb en de pgb-vaardigheid van de betrokkene. Een klein aantal verzekeraars voert geen bewust keuzegesprek.

Verzekeraars hebben geïnvesteerd in een goede inbedding van het pgb binnen de Zorgverzekeringswet, niet alleen administratief en procesmatig maar zeker ook inhoudelijk. De werking van het pgb in de praktijk wordt door zorgverzekeraars nauwlettend gevolgd waardoor zij in staat zijn snel bij te sturen.

De uitvoering is arbeidintensief, zeker op het moment waarop de bestaande budgethouders uit de AWBZ overgingen naar de Zorgverzekeringswet. Dit bracht een hausse aan herindicaties met zich mee. Ook de bewust keuzegesprekken maken dat de uitvoeringslast als hoog wordt ervaren. Een uitvoeringslast die weliswaar niet in verhouding staat tot het aantal verzekerden met een pgb, maar wel noodzakelijk wordt gevonden. Een aantal zorgverzekeraars heeft het voornemen om in de (nabije) toekomst huisbezoeken te gaan afleggen. Dit niet alleen ter controle van de bestedingen en declaraties, maar ook om bijvoorbeeld met budgethouders te bespreken of de zorg nog passend is bij hun situatie en mantelzorgers niet overbelast raken.

De indicaties die worden afgegeven door (kinder)verpleegkundigen, worden door verzekeraars als bindend beschouwd waar niet van afgeweken kan worden. Er vindt wel overleg plaats tussen zorgverzekeraars en verpleegkundigen over indicaties als er bij één of bij beide partijen twijfel bestaat of als er sprake is van veel meer uren zorg.

Zorgverzekeraars hebben geen invloed op de omvang van de indicatie. Daarnaast hebben ze weinig tools om het Zvw-rgb beheersbaar te houden wat kosten betreft. Bovendien kunnen zij, vanuit hun zorgplicht, slecht beoordelen of pgb-houders de kwalitatief goede zorg krijgen waar zij recht op hebben. Beide aspecten vormen voor veel verzekeraars een lastige kwestie.

Bovengenoemde punten worden door meerdere verzekeraars ook genoemd in relatie tot de Intensieve Kindzorg. Daar gaat het om ernstig zieke kinderen met complexe zorgvragen, hoge budgetten en veel of uitsluitend informele zorg geleverd door de ouders.

Verder dienen (kinder)verpleegkundigen beter toegerust te worden zodat zij in staat zijn, vaker dan nu, goede onderbouwde indicaties te stellen. Een set van richtlijnen, een normkader en een verduidelijking van wat planbare en niet-planbare zorg is, wat gebruikelijke zorg is en hoe die moet worden meegewogen bij de indicatiestelling zijn bij uitstek wensen van verzekeraars. Die wensen zijn er ook ten aanzien van de positiebepaling van de indicatiestelling. Deze moet naar de mening van de verzekeraars, onafhankelijk en los van de levering van zorg plaatsvinden.

De aanvankelijke onbekendheid met het pgb, zowel bij verzekeraars als bij indicatiestellers, als ook bij budgethouders en aspirant-budgethouders over de vraag binnen welk domein een aanvraag het beste past, heeft de werking van het Zvw-rgb soms complex gemaakt. De scheidslijnen tussen de verschillende domeinen worden onvoldoende duidelijk en onderscheidend gevonden. Sommige zorgverzekeraars uiten de behoefte om de zorgvraag van kinderen onder de 18 jaar binnen één domein te regelen.

7.3 Aanbevelingen voor monitor 2016

De huidige monitor heeft betrekking op het jaar 2015. Het is de bedoeling dat de monitor een vervolg krijgt waarin de werking van het Zvw-rgb in het jaar 2016 centraal staat.

De uitvoering van de huidige monitor geeft aanleiding om een aantal zaken aan te scherpen, zodat de uitkomsten meer zeggingskracht krijgen. Daarnaast verdient het aanbeveling om een aantal verdiepende onderzoeken uit te voeren om de bevindingen van de huidige monitor beter te kunnen duiden.

Onderzoek onder budgethouders

Onderzoek naar de ervaringen van de budgethouders zelf is essentieel en ontbreekt in de huidige monitor. Vanwege redenen die te maken hadden met de regels rondom privacy is, na grote inspanning van betrokken partijen, besloten om dit onderzoek niet uit te voeren. In de toekomst moeten de ervaringen van budgethouders wel worden meegenomen. Hiervoor is een aantal mogelijkheden, die verder onderzocht moeten worden:

- Met de zorgverzekeraars verder in gesprek gaan om te kijken welke mogelijkheden er zijn voor de benadering van budgethouders. Een mogelijkheid zou zijn om alle verzekerden aan te schrijven met de vraag of hun gegevens mogen worden doorgegeven voor onderzoeksdoeleinden. Als het specifiek om het Zvw-rgb gaat, zou dit bijvoorbeeld ook een vraag kunnen zijn die op het aanvraagformulier gesteld wordt. Daarbij moet dan wel uitdrukkelijk worden vermeld dat het antwoord geen invloed heeft op een eventuele toekenning of afwijzing van de rgb-aanvraag. Voor de huidige budgethouders zou toestemming voor onderzoek via de goedkeuringsbrief of via het herindicatie-formulier gevraagd kunnen worden.
- Voor de nog verder gelegen toekomst zou kunnen worden onderzocht of het mogelijk is om verzekerden die nieuw binnen komen bij een zorgverzekeraar op dat moment al te vragen of ze bereid zijn mee te willen werken aan onderzoeken, die uitsluitend tot doel hebben om kennis en ervaringen uit de praktijk te vergaren.
- Aansluiten bij lopend onderzoek of onderzoek dat in de planningsfase zit. Een optie is om aan te sluiten bij het onderzoeksprogramma Hervorming Langdurige Zorg, dat uitgevoerd wordt door het Sociaal Cultureel Planbureau in opdracht van VWS.
- Genoegen nemen met het benaderen van een selecte groep budgethouders, bijvoorbeeld budgethouders die lid zijn van Per Saldo of die geworven worden via sociale

media. Als het uitgangspunt is dat uitkomsten representatief moeten zijn voor de totale populatie of voor de verschillende populaties van zorgverzekeraars, dan is deze optie de minst bruikbare.

Onderzoek onder (wijk)verpleegkundigen

In de loop van de uitvoering van de monitor is de behoefte kenbaar gemaakt aan een onderzoek naar de ervaring van wijkverpleegkundigen met de indicatiestelling voor het Zvw-pgb. Dit onderzoek heeft nog niet plaats gevonden. Ons voorstel is om ook voor dit onderzoek aansluiting te zoeken bij het onderzoeksprogramma Hervorming Langdurige zorg van het Sociaal en Cultureel Planbureau, indien mogelijk.

Onderzoek naar in- en uitstroom van budgethouders

Er is sprake van een daling van het aantal budgethouders in de loop van 2015. Het is onduidelijk welke budgethouders uitvallen en waardoor dat gebeurt. Om die daling te kunnen verklaren, is een verdiepend onderzoek nodig. Een mogelijkheid is om op het niveau van de budgethouder naar de maandelijkse in- en uitstroom te kijken. Een dergelijke analyse is mogelijk op de gegevens van Vektis, maar ook op de gegevens van de zorgverzekeraars. Wat betreft de zorgverzekeraars zijn er wellicht praktische obstakels, omdat iedere verzekeraar een deel van het budgethoudersbestand heeft. Er kan dan voor gekozen worden om de gegevens van enkele verzekeraars te onderzoeken en deze naar de totale populatie te vertalen. Een onderzoek naar de in- en uitstroom van budgethouders bij verzekeraars heeft natuurlijk altijd de voorkeur.

Rubricering van klachten en weigeringsgronden

Het is niet duidelijk waar de klachten die binnen komen bij verzekeraars precies betrekking op hebben. Gaat het om 'grote' of 'kleine' klachten. Ook is niet altijd duidelijk wat een zorgverzekeraar onder een klacht verstaat en of de definitie ervan bij alle zorgverzekeraars dezelfde is. Met de verzekeraars zouden afspraken gemaakt kunnen worden om de klachten volgens een bepaalde, nog nader samen te bepalen indeling, te rubriceren. Evenals een gezamenlijke definitie af te spreken van wat onder een klacht verstaan wordt. Eenzelfde opmerking kan worden gemaakt over de weigeringen. Het is niet duidelijk waar de weigeringen van verzekeraars betrekking op hebben (nieuwe aanvragen of herindicaties) en wat de reden van afwijzing zijn. Voor de uitvoering van de vervolgmonitor zou het goed zijn als afspraken over rubricering van weigeringsgronden nog dit jaar gemaakt zouden worden.

Bijlagen

Bijlage bij hoofdstuk 5

Hier volgt het overzicht van de tien dossiers die door Per Saldo zijn aangeleverd. Deze zaken zijn allemaal afwijzingsbesluiten naar aanleiding van een heroverweging. De zaken staan onderverdeeld per zorgverzekeraar. Het ziektebeeld en de reden tot afwijzing staan er bij als korte toelichting. De budgethouders zijn geanonimiseerd en hebben allemaal toestemming gegeven om mee te werken aan het onderzoek.

Verzekeraar 1

1. A. chronische pijn en vermoeidheidsproblemen.
Reden afwijzing: Zorg is inplanbaar. ADL zorg is gedekt door mantelzorg. Alleen als de zorg niet in natura geleverd kan worden, kennen wij een pgb toe.
A. geeft aan dat zorg nodig is op wisselende tijden vanwege uitstraling in benen, chronische rugklachten. Hulp bij toiletgang. Meerdere verklaringen toegevoegd van medisch ter zake deskundigen waaruit blijkt dat zorg valt onder 1 van de criteria.
2. B. lijdt aan forse artrose, problemen met hart en longen. Ernstige COPD met zeer slechte performance.
Reden afwijzing: Zorg is inplanbaar. ADL zorg is gedekt door mantelzorg. Alleen als de zorg niet in natura geleverd kan worden, kennen wij een pgb toe.
Bijgevoegd verklaring huisarts waarin wordt toegelicht dat er wisselende zorg is waarbij hij op elk moment zorg behoeft.
Bijgevoegd ook besluit van de gemeente: de gemeente vindt dat er noodzaak is voor 24 uur zorg in de nabijheid. Vanwege slechte conditie is opereren te risicovol. B. is 2 keer gedotterd en heeft ademstilstand gehad door zijn COPD.
3. C. diabetes, COPD, evenwichtsstoornis, urine incontinentie. Hulp bij transfers. Er is sprake van cognitieve achteruitgang. Verklaring huisarts toegevoegd. Vertrouwde hulpverlener is belangrijk.
Reden afwijzing: De zorg die u krijgt noemen wij ADL. Dit zijn handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. Daarnaast vallen onder de ADL ook nog voorbehouden handelingen die alleen door een verpleegkundige mogen worden verricht zoals het toedienen van medicatie, injecties aanleggen van wondverbanden en huidverzorging. De zorg bestaat voor een deel uit mantelzorg. ADL zorg is goed in te plannen.
4. D: COPD, Gold 3, incontinentie.
Reden afwijzing: Zorg is inplanbaar. ADL zorg is gedekt door mantelzorg. Alleen als de zorg niet in natura wordt geleverd kan worden kennen wij een pgb toe.
Bijgevoegd meerdere artsen verklaringen.

5. E: progressieve neurogene spierdystrofie.
Reden afwijzing: Zorg kan vanuit zorg in natura. Zorg bestaat uit ADL.

Hieronder min of meer standaardtekst als verwezen wordt naar mantelzorg als afwijzingsgrond:

'De zorg bestaat voor een deel uit mantelzorg.

Uw vrouw helpt u met onder meer het katheteriseren. U schrijft dat dit soms op ongebruikelijke tijden moet gebeuren. Wij hebben er begrip voor dat u het katheteriseren en de fecesincontinentie niet altijd kunt inplannen.

De hulp van uw vrouw bij deze handelingen valt onder de mantelzorg. Mantelzorg is de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familieleden, vrienden, kennissen en burens. Kenmerkend is de reeds bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn of haar naaste. Daarnaast gaat het om langdurige zorg die onbetaald is...'

6. X. Linkszijdig verlamd. Als gevolg daarvan zijn er slik en eetproblemen en blaasproblemen. Toiletgang is niet planbaar. 25 uur zorg. Reden afwijzing: Deel van de zorg valt onder mantelzorg. ADL zorg valt onder planbare zorg. Vanaf augustus is er geen zorg meer. Het betrof 24,9 uur zorg vanuit de AWBZ. ZIN willen de mensen niet. Zaak is naar SKGZ gegaan.

Verzekeraar 2

7. G: spierziekte.
Reden afwijzing: zorg (zoals toiletgang) is inplanbaar
8. H: diabetes mellitus 2, M. Rendu Osler Weber, Hypertensie, Depressie cognitief medicatieontrouw, cva, incontinentieproblemen echtgenoot overleden: meervoudige problematiek.
Reden afwijzing: planbare zorg.

In brief staat:

'Dochter komt elk moment van de dag. Het is namelijk vaak gebeurd dat u onder de urine of ontlasting zat en dat u op deze momenten moest worden verschoond. Dit moet ook in de nacht regelmatig gebeuren. Tevens is er sprake van valgevaar.

X (red. zorgverzekeraar) geeft aan dat het gebruik van incontinentiemateriaal de zorg inplanbaar maakt'.

Verklaring huisarts is aanwezig waarin staat dat er sprake is van wisselende zorg dat niet inplanbaar is.

9. I: ALS, spierspasmus.

Reden afwijzing: planbare zorg. Deel van de zorg valt onder begeleiding gemeente.
Hulp bij heroverweging brief.

Verzekeraar 3

10. J: vervormde wervelkolom, cauda Syndroom, ziekte van Crohn.

Reden afwijzing: Zorg kan ook als Zorg In Natura geleverd worden (vorige slechte ervaringen met thuiszorg zijn geen reden), toiletgang en andere zorg is in planbaar.
Verklaring toegevoegd huisarts: zorg is niet inplanbaar vanwege hoog risico op valgevaar. Door last van incontinentie, wisseling van intensiteit van chronische pijn is de zorg niet inplanbaar. Wisseling personeel is ook vanwege de zorg niet planbaar.

Bijlage bij hoofdstuk 5

Aantallen casussen Pgb Zorgverzekeringswet, naar inhoud

Eerste kwartaal 2015: 60 casussen

- 29:** over problemen rond de indicatiestelling
- 19:** over het niet (correct) verkrijgen van overgangsrecht
- 2:** klant was niet bij de zorgverzekeraar, wat wel zo zou moeten zijn
- 10:** overige problematiek

Tweede kwartaal: 83 casussen

- 55:** problemen rond de indicatiestelling
- 12:** het niet (correct) verkrijgen van overgangsrecht
- 2:** klant niet bekend bij zorgverzekeraar, wat wel zo zou moeten zijn
- 14:** overige problematiek

Derde kwartaal: 66 casussen

- 51:** problemen rond de indicatiestelling
- 12:** het niet (correct) verkrijgen van overgangsrecht
- 2:** gevallen was de klant bij de zorgverzekeraar niet bekend, wat wel zo zou moeten zijn
- 1:** overige problematiek

Vierde kwartaal 62 casussen

- 50:** problemen rond de indicatiestelling
- 4:** het niet (correct) verkrijgen van overgangsrecht
- 2:** klant niet bekend bij zorgverzekeraar, wat wel zo zou moeten zijn
- 6:** over overige problematiek

Bijlage bij hoofdstuk 6 - Persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet

Topiclijst voor zorgverzekeraars

Doel:

Deze gesprekken hebben tot doel om (1) te onderzoeken hoe verzekeraars de toegangscriteria toe passen en/of de praktijk uitwijst dat deze bijstelling behoeven. Daarnaast willen wij graag (2) onderzoeken welke aanvullende voorwaarden er worden gesteld door verzekeraars en hoe die in de praktijk werken. Zijn er grijze gebieden te traceren, grensgevallen aan te geven? Het derde doel is (3) om na te gaan hoe de doelgroep er nu uit ziet: welke mensen krijgen wel en geen pgb toegekend en wat zijn daar de hoofdredenen van.

1. Algemene ervaring met uitvoering van Pgb-Zvw

- ervaringen van verzekeraar in 2015 en 2016
- omschrijving aanspraak wijkverpleegkundige zorg: verpleging en/of verzorging
- korte schets van uitvoeringsproces
- voldoende houvast om pgb goed uit te voeren
- voldoende houvast om Zvw-rgb te beheersen
- voldoende houvast om oneigenlijk gebruik / fraude tegen te gaan
- verhouding formeel / informeel
- is het een gelijkwaardig alternatief, zo ja voor wie en wie niet?

2. Doelgroepbepaling

- vier doelgroepen: duidelijke omschrijving / afbakening
- aard en omvang aanvragen/aanvrager
- verhouding nieuwe aanvragen / pgb houders uit AWBZ met overgangsrecht
- opmerkelijke verschillen

3. Toegangscriteria

- zijn de toegangscriteria helder omschreven
- bieden ze houvast om goed beargumenteerd toe te kennen en/of af te wijzen
- hoe gaat u er mee om in de praktijk, waar loopt u tegen aan
- welke zijn moeilijk (of niet) toepasbaar in de praktijk, zijn ze eenduidig/multi-interpretabel
- verdienen deze bijstelling, verduidelijking, inperking, uitbreiding

4. Werking en toepasbaarheid van voorwaarden

- de *algemene*: geldige indicatie door BIG HBO-V 5, medisch specialist bij <18 j (MSVT), invulling zorgvraag niet alleen met gecontracteerde za, combi pgb-zin mogelijk, gewaarborgde hulp
- de *zorginhoudelijke*: zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties; zorg slecht of niet vooraf te plannen; zorg direct op afroep beschikbaar 24 uur pd; noodzaak voor vaste hulpverleners met gebruik van specifiek hulpmiddelen

5. Indicatiestelling/herindicaties

- ervaringen met nieuwe aanvragers
- ervaringen met herindicaties (oud AWBZ pgb houders)
- rol van wijkverpleegkundigen (indiceren voor eigen beroepsgroep)
- hogere/lagere indicaties
- shopgedrag van pgb-houders? klopt dat? bedreigingen, klopt dat?

6. Bewust keuze gesprek

- beoordeling aanvraag, indicatie en budgetplan?
- wel/niet gevoerd; telefonisch, thuis, op kantoor
- ervaring met bk-gesprekken: levert het meer inzicht op voor een goede beoordeling

7. Toekenningen/ weigeringen / heroverwegingen

- aantallen toekenningen, weigeringen, heroverwegingen
- hoeveel heroverwegingen leiden tot toekenning
- duidelijk wie wel tot de doelgroep behoort, wie niet
- alleen toekenning bij alle criteria of ook bij een van de vier?
- weigeringsgronden: ‘zorg is planbaar’, ‘ADL door mantelzorgers geleverd moet worden’, ‘zorg in natura is voorliggende voorziening’, ‘met incontinentiemateriaal is toiletgang planbaar’, ‘vaste/betrouwbare hulpverlener niet valide voor toekenning’, ‘vaker afwijzing bij inzet van informeel/familie’. Herkenbaar?
- wat is het inhoudelijke verschil tussen ADL en verzorging (ic. ADL kan door mantelzorgers geleverd worden en/of is planbaar)
- afwijzing onvoldoende onderbouwd? Herkenbaar?

8. Intensieve Kindzorg

- aanvragers van het kastje naar de muur ingeval van medisch specialistische niet structureel nodig maar wel bij gevaar? Herkenbaar?
- als IQ test niet mogelijk of er sprake is van VG: ZvW – CIZ – WLZ- Gemeent
- veel twijfel of een aanvraag onder Wlz of Zvw valt? Herkenbaar?
- Indicatie: toezicht, begeleiding op school?

9. Bijstelling / aanpassing reglement, uitvoeringsproces

- uitvoeringslast
- welke instrumenten zijn nodig voor
- welke criteria, voorwaarden verdienen bijstelling voor
- een adequate en rechtmatige uitvoering van het pgb in de Zvw?

10. Overig

- controle declaraties via de SVB: gaat dit goed, is de tijd die hiervoor staat voldoende, wat zijn redenen om een declaratie af te wijzen, hoe vaak komt iedere reden
- wat vinden zorgverzekeraars van de kwaliteit van zorg die via een Zvw-pgb wordt geleverd? Hebben zij hier zorgen over?

Nijmegen, 22 februari 2016

Clarie Ramakers

ITS, Radboud Universiteit