

Evaluatie Zvw-pgb 2017

Doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk

Hoe werkt Zvw-pgb in de praktijk?

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Barneveld, 5 juli 2018

Referentie: LK/tg/000649

Versie: Definitieve rapportage

Auteur(s): Lieke van de Camp, Loes Koster, Jaap Meijer, Niels van Bruggen

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	10
1.1 Achtergrond en aanleiding	10
1.2 Doelstelling onderzoek	11
1.3 Aanpak in het kort	12
1.4 Duiding bij bevindingen	13
1.5 Leeswijzer	14
2. Kwantitatieve en financiële gegevens	15
2.1 Duiding van aangeleverde gegevens	15
2.2 Aantal budgethouders	17
2.3 Gemiddeld gedeclareerde bedrag per budgethouder	18
2.4 Uitgaven Zvw-pgb en zorg in natura	20
2.5 Aanvragen en weigeringen	21
2.6 Klachten	23
2.7 Zorgvormen in pgb	24
2.8 Overige bevindingen kwantitatieve en financiële gegevens	26
2.9 Bij SKGZ voorgelegde klachten en geschillen	29
2.10 Beschouwing op kwantitatieve en financiële gegevens	35
3. Doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb in de praktijk	36
3.1 Algemene beschouwing	36
3.2 Doeltreffendheid van het pgb in het algemeen	40
3.3 De toepassing van toegangsvoorwaarden	45
3.4 Indicatiestelling	47
3.5 (Zicht op) kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	52
3.6 Overige bevindingen	55
4. Bijdrage van bestuurlijke afspraken	58
4.1 Inleiding: doelen bestuurlijke afspraken 2017-2018	58
4.2 Bijdrage van bestuurlijke afspraken	59
5. Aanbevelingen	62
5.1 Werk aan een lerend systeem	62
5.2 Professionalisering van de indicatiestelling	64
5.3 Vereenvoudig het aanvraag- en declaratieproces	66
5.4 Schenk in een eventueel vervolg op de bestuurlijke afspraken expliciet aandacht aan het onderkennen van de verschillende perspectieven en de implementatie van afspraken in de praktijk	67
A. Overzicht nadere regels AMvB en bestuurlijke afspraken Zvw-pgb	69
B. Toetsingskader Evaluatie Zvw-pgb	71
C. Format uitvraag kwantitatieve gegevens bij Vektis en bij zorgverzekeraars	79
D. Overzicht respondenten diepte-interviews en begeleidingscommissie	87
E. Samenvatting uitkomsten Zorgvergelijker Zvw-pgb van Per Saldo	91

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de Evaluatie van het Zvw-pgb. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) hebben wij met veel plezier in de eerste helft van 2018 dit onderzoek uitgevoerd naar de doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb in de praktijk. In dit onderzoek hebben wij zo veel mogelijk de perspectieven van alle betrokken partijen in beschouwing genomen.

Het betrekken van deze verschillende perspectieven zou niet gelukt zijn zonder de belangrijke bijdrage van de door ons geïnterviewde budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars en de leden van de begeleidingscommissie. Wij willen de deelnemers aan dit onderzoek dan ook bedanken voor hun constructieve inbreng. In het bijzonder bedanken wij de geïnterviewde budgethouders, dat zij zo open waren hun ervaringen te delen. Ook spreken wij onze waardering uit aan Janneke Bok-Wicherts. Als onafhankelijk voorzitter van de begeleidingscommissie wist zij de bijeenkomsten op uitstekende wijze in goede banen te leiden. Tot slot danken wij de directie Zorgverzekeringen van het ministerie van VWS voor de prettige samenwerking en het gestelde vertrouwen.

Wij hopen dat dit rapport handvatten biedt de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk te verbeteren en de dialoog hierover op beleidsniveau, eventueel in nieuwe bestuurlijke afspraken, een vervolg te geven.

Het onderzoeksteam,

Loes Koster (projectleider)

Jaap Meijer

Lieke van de Camp

Niels van Bruggen

Samenvatting

Achtergrond en aanleiding

De uitkomsten van de monitor Zvw-pgb 2015 en de ervaringen van betrokken partijen met de uitvoering van het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging thuis (hierna: Zvw-pgb) in 2015 en 2016 waren aanleiding voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) en Per Saldo om te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb voor 2017 en 2018. Tevens is met ingang van 1 januari 2017 het Zvw-pgb wettelijk verankerd in de Zvw.

De nieuwe bestuurlijke afspraken, alsmede de wettelijke verankering, bevatten een evaluatiebepaling. Het ministerie van VWS heeft Significant gevraagd beide evaluaties gecombineerd uit te voeren.

Doelstelling onderzoek

De centrale vraag luidt: Hoe werkt het Zvw-pgb in de praktijk: wat zijn de ervaringen van budgethouders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen, welke eventuele knelpunten en problemen doen zich voor en is aanleiding om de regelgeving of het beleid te wijzigen?

Het evaluatieonderzoek kent de volgende doestellingen:

1. Het verkrijgen van kwantitatief- en financieel inzicht in het gebruik van het Zvw-pgb;
2. Verkrijgen van inzicht in de doeltreffendheid en de effecten van het pgb in de praktijk;
3. Verkrijgen van inzicht in de bijdrage van de bestuurlijke afspraken aan de doeltreffendheid en effecten van pgb in de praktijk;
4. Signaleren van eventuele knelpunten en het doen van aanbevelingen.

Aanpak

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van:

- a. Documentenstudie;
- b. Verzamelen en analyseren van financiële en kwantitatieve gegevens bij zorgverzekeraars, Vektis en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ);
- c. Interviews met beroeps-, belangen- en brancheverenigingen;
- d. Diepte-interviews met budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars.

Duiding bij bevindingen

De volgende voorbehouden moeten worden gemaakt bij de interpretatie van bevindingen en de conclusies die hieruit zijn getrokken:

- a. Er is (bewust) met een beperkt aantal betrokkenen diepte-interviews gehouden, waardoor geen volledig representatieve en landelijk dekkende groep respondenten is gesproken;
- b. Doordat budgethouders zichzelf hebben aangemeld voor interviews, zijn de geïnterviewde budgethouders een selectieve, homogene groep van over het algemeen hoog opgeleide mensen die al

jarenlang een pgb beheren en een chronisch ziektebeeld hebben. Dit betekent dat geen conclusies kunnen worden getrokken over de ervaringen van budgethouders rondom de toets op de toegangsvoorwaarden en eerste indicaties van het Zvw-pgb;

- c. Doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb omvatten diverse aspecten en er is sprake van veel verschillende en tegengestelde perspectieven. Dit maakt het lastig te komen tot één hoofdboodschap.

Kwantitatieve en financiële gegevens

De belangrijkste bevindingen uit de kwantitatieve en financiële analyse zijn:

- a. Na een daling van het aantal budgethouders in de periode van 2015 tot medio 2016 is het aantal budgethouders in 2017 toegenomen van 16.847 in januari 2017 tot 18.437 in december 2017 (9,4%);
- b. Het gemiddelde gedeclareerde bedrag per budgethouder was gedurende 2017 relatief stabiel, maar iets hoger dan in de voorgaande twee jaren, met een gemiddelde van € 1.679,- per budgethouder per maand;
- c. In 2017 waren de totale uitgaven aan Zvw-pgb € 329 miljoen, ten opzichte van de totale uitgaven aan zorg in natura van € 3.111 miljoen. De verhouding tussen pgb en zorg in natura was vrij stabiel tussen de maanden in 2017 en vergelijkbaar met 2015 en 2016;
- d. Van de 11.785 pgb-aanvragen die werden gedaan in 2017, is gemiddeld over het hele jaar 21% geweigerd. Dat is lager dan in 2015 en 2016, toen dit nog respectievelijk 35% en 32% per jaar was. Wat betreft percentage weigeringen bestaan grote verschillen tussen zorgverzekeraars. Voor een deel worden deze verschillen veroorzaakt doordat verzekeraars verschillend omgaan met het aanmerken van een aanvraag als 'geweigerd';
- e. Het aantal klachten over het Zvw-pgb dat bij zorgverzekeraars is binnengekomen is in 2017 ten opzichte van 2015 en 2016 fors afgenomen;
- f. Het grootste gedeelte (74%) van de zorg in Zvw-pgb omvat informele verpleging en/of verzorging. De verhouding in zorgvormen is over de jaren ongeveer gelijk gebleven;
- g. Met ingang van het jaar 2017 is het aantal klachten en geschillen dat is voorgelegd bij SKGZ scherp gedaald (in totaal 112 zaken afgewikkeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen en 33 door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen). Dit is terug te voeren op het vervallen van de zogenoemde zorginhoudelijke criteria.

De kwantitatieve en financiële gegevens in zijn geheel overziend, lijkt na grote veranderingen in 2015 en 2016 de situatie in 2017 wat meer te stabiliseren of te kenteren, afhankelijk van de indicator. Deze ontwikkelingen duiden erop dat sinds de invoering van het Zvw-pgb per 2015 een grote doorontwikkeling is gemaakt in de uitvoering, met name door zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen, voor wie het Zvw-pgb in 2015 geheel nieuw was.

Doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb in de praktijk

De doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb omvatten meerdere aspecten, waarvan wij de belangrijkste bevindingen hier samenvatten.

Algemene beschouwing

Op basis van gesprekken komen de volgende algemene bevindingen, die overkoepelend zijn en op meerdere aspecten van het Zvw-pgb betrekking hebben, naar voren:

- Vanuit basisprincipes bestaan **verschillende belangen en visies bij het Zvw-pgb**. Dit maakt het lastig afspraken op bestuurlijk niveau in de praktijk te implementeren;
- Er is **geen eenduidig beeld bij kwaliteit van zorg**: voor zorgverzekeraars gaat kwaliteit om het behalen van gezondheidsdoelen, werken aan zelfredzaamheid en beheersbaarheid. Deze aspecten zijn voor budgethouders veel minder van belang. Voor hen wordt kwaliteit van zorg gekenmerkt door onder andere: de juiste bejegening, vaste zorgverleners en zorg op momenten dat het hen uitkomt;
- Op beleidsniveau wordt vaak een andere taal gesproken dan in de praktijk. Beleidstaal richt zich bijvoorbeeld op doelmatigheid van zorg en gezondheidsverbetering, terwijl deze thema's voor budgethouders niet centraal staan. Daarnaast is op beleidsniveau en onder zorgverzekeraars een focus op de gevallen die niet goed gaan. Dit zorgt voor een **negatieve beeldvorming**;
- Er is sprake van **wisselende kwaliteit van indicatiestelling onder wijkverpleegkundigen**. Factoren die hierbij een rol spelen zijn: ervaring, emotionele betrokkenheid bij de cliënt, vertrouwen in eigen professionaliteit en een gebrek aan intercollegiale toetsing en intervisie;
- Door een **strikte invulling van rollen en rolgebonden communicatie** tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen is (nog) geen sprake van een gelijkwaardige samenwerking en vindt beperkt verbetering van het proces plaats.

Doeltreffendheid van het pgb in het algemeen

Er is geen eenduidige conclusie te trekken over de algemene doeltreffendheid van het Zvw-pgb. In het kader van doeltreffendheid spelen de volgende elementen een rol:

- **Het pgb biedt cliënten de mogelijkheid eigen regie te voeren.** Eigen regie zorgt voor waardigheid bij budgethouders en heeft ook maatschappelijke meerwaarde, doordat het budgethouders in staat stelt maatschappelijk te participeren. Wel staat de eigen regie onder druk door verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars bestedingsvrijheid bieden;
- **Volgens de wet is het Zvw-pgb een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura (ZiN), maar dit is door een aantal aspecten in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend.** Dit komt doordat cliënten niet altijd een bewust, goed geïnformeerde keuze voor pgb of ZiN maken op het juiste moment, bijvoorbeeld omdat verwijzers standaard naar ZiN verwijzen. Anderzijds kiezen budgethouders soms voor pgb omdat het ZiN-aanbod voor hen ontoereikend is. In de beleving van zorgverzekeraars is geen sprake van gelijkwaardigheid, vanwege beperkt grip op kwaliteit en doelmatigheid van zorg bij pgb ten opzichte van ZiN;
- **Het behalen van gezondheidsdoelen** staat voor budgethouders niet centraal in hun belevingswereld. Voor zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen is dit wel een belangrijk thema. Zij ervaren daarbij geen of weinig controle op de toegang en de kwaliteit van de (informele) zorg;
- De **ervaren doeltreffendheid is verschillend voor diverse doelgroepen budgethouders**, onder de randvoorwaarde dat de budgethouder in staat moet zijn het pgb te beheren. Er is bijvoorbeeld onder partijen overeenstemming dat het pgb doeltreffend is voor chronisch zieken met een complexe en stabiele zorgbehoefte. Maar voor een groep cliënten met een meer eenvoudige en/of instabiele

zorgvraag verschillen verscheidene belangengroepen van mening over de mate waarin het Zvw-pgb doeltreffend is.

De toepassing van toegangsvoorwaarden

- Door het **loslaten van de zorginhoudelijke criteria is de doelgroep** van budgethouders in de beleving van zorgverzekeraars **breder** geworden;
- Zorgverzekeraars ervaren dat de **toets op de toegangsvoorwaarden lastig toe te passen** is in de praktijk, omdat lastig aan te tonen is of een budgethouder wel of niet pgb-vaardig is;
- Zorgverzekeraars gebruiken bij de meeste aanvragen een **bewust-keuzegesprek** om de motivatie en pgb-vaardigheid van de budgethouder te toetsen en de indicatie te duiden. De invulling hiervan varieert tussen zorgverzekeraars van aselekt of selecte (telefonische) gesprekken tot aan een huisbezoek bij iedere aanvraag.

Indicatiestelling

Indicatiestelling omvat veel aspecten, waarover in het onderzoek de volgende belangrijkste bevindingen naar voren komen:

- De **kwaliteit van indicatiestelling is wisselend** en dit heeft invloed op de hoogte van de indicatie. Factoren die een rol spelen zijn: ervaring, specialisatie en type organisatie van de wijkverpleegkundige;
- Met uitzondering van intensieve kindzorg, ervaren budgethouders **het aantal toegekende uren meestal als toereikend** (in de 'reguliere situatie'). Wat betreft de hoogte van de indicatie bestaat het beeld dat wijkverpleegkundigen over het algemeen binnen de marges aan de bovenkant indiceren. Zorgverzekeraars stellen het aantal toegekende uren, meestal na overleg met wijkverpleegkundigen, vaak naar beneden bij ten opzichte van de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie;
- **In het proces van indiceren**, vindt bij de afstemming tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige **vaak alleen contact plaats bij vragen** over de (onderbouwing van de) indicatie. Soms ervaren wijkverpleegkundigen zorgverzekeraars als erg star en kritisch;
- Wat betreft de **onafhankelijkheid** zijn er signalen bij zorgverzekeraars dat indicierend wijkverpleegkundigen bij de indicatie afgaan op de zorgvraag en niet op de zorgbehoefte van de cliënt. **Wijkverpleegkundigen ervaren druk** van zowel (familie van) de budgethouder als de verzekeraar;
- Wijkverpleegkundigen en budgethouderhouders ervaren daarnaast een **spanningsveld** tussen de voorwaarde dat de indicatie niet gesteld mag worden door een wijkverpleegkundige die de zorg levert en hun ervaring dat een vertrouwensband bijdraagt aan de kwaliteit van de indicatie;
- Zowel vanuit budgethouders als wijkverpleegkundigen bestaan **dilemma's rond** (de uitvoering van) **het cyclisch proces van indiceren en evalueren**. Hierdoor is dit proces in de praktijk nog beperkt van de grond gekomen en wordt de haalbaarheid ervan onderzocht;
- Wijkverpleegkundigen gebruiken beschikbare **instrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling** met name van hun **eigen organisatie of vanuit classificatiesystemen**. De recent beschikbaar gestelde 'Toolbox indicatieproces' moeten nog verder geïmplementeerd worden;
- Het Praktijktteam Zvw-pgb heeft een trialbijeenkomst gehad, waar op dit moment vervolg aan wordt gegeven. Het **Praktijktteam voorziet op dit moment (nog) niet in de wens van zorgverzekeraars en**

wijkverpleegkundigen aan een onafhankelijke commissie waarbij individuele casuïstiek kan worden getoetst.

(Zicht op) kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

- **Zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen ervaren weinig zicht op kwaliteit en doelmatigheid** van de zorg. Zij hebben hier echter wel behoefte aan. Respectievelijk vanuit hun verantwoordelijkheid voor de zorg of een professionele standaard;
- **Voor budgethouders is kwaliteit van zorg geen urgent thema.** Indicerend wijkverpleegkundigen ervaren een wisselende kwaliteit van met name informele zorg;
- Wat betreft **doelmatigheid van zorg** hebben **zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen soms zorgen** over het sturen op gezondheidsdoelen en verbeteren van zelfredzaamheid. Budgethouders lijken echter geen prioriteit te geven aan doelmatigheid;
- **Veel budgethouders zijn niet bewust bezig met ‘zorgen voor verantwoorde zorg’, zolang zij zelf tevreden zijn.** De meesten sturen vooral op basis van ervaring. Budgethouders hebben ieder een eigen manier om invulling te geven aan de aansturing van zorgverleners, zij doen dit zelf of besteden dit uit aan een derde.

Overige bevindingen

De volgende overige bevindingen komen naar voren uit de evaluatie:

- Ondanks dat informatie voorhanden is, ervaart een deel van de budgethouders dat de **informatievoorziening door zorgverzekeraars (en verwijzers) beter kan**, met name bij de eerste aanvraag van het pgb. Dit zit voornamelijk in de vindbaarheid van informatie en beperkt persoonlijk contact;
- Wat betreft het **aanvraagproces en de administratieve lasten** verschilt per persoon de mate waarin budgethouders dit als last ervaren. Stapeling van zorg speelt hierbij een rol. Budgethouders en wijkverpleegkundigen benoemen dat **vereenvoudiging en meer uniformering en digitalisering** van de aanvraag en declaratie de administratieve belasting zou verlichten;
- Het pgb bevat een aantal mogelijke ‘triggers’ van **fraude en oneigenlijk gebruik**. Zorgverzekeraars zien het in toenemende mate voorkomen, maar geven aan dat het soms lastig is fraude aan te tonen;
- Over het algemeen is onder budgethouders **geen ontevredenheid over hoe toereikend de tarieven zijn**.

Bijdrage van bestuurlijke afspraken

De bestuurlijke afspraken 2017-2018 hebben als doel: de kwaliteit en doelmatigheid van de ingezette zorg te verbeteren en een betere positie te borgen van de verzekerde die wil kiezen voor een Zvw-rgb.

Op bestuurlijk niveau hebben alle partijen de intentie (de uitvoering van) het Zvw-rgb verder te verbeteren. Met de bestuurlijke afspraken is geprobeerd dergelijke verbeteringen instrumenteel te maken. Dit is in dat opzicht gelukt, omdat VWS benoemt dat door de bestuurlijke afspraken af kon worden gezien van het stellen van nadere regels bij of krachtens AMvB.

De effectiviteit van de bestuurlijke afspraken stond echter op voorhand onder druk, omdat de betrokken partijen verschillende interpretaties en visies hadden op de te behalen doelen met de bestuurlijke afspraken. Tevens bestonden verschillende interpretaties over de betekenis van de afspraken voor de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk. Daarnaast kan belemmerend hebben gewerkt dat V&VN niet betrokken was bij het maken van de afspraken, ondanks de centrale rol van wijkverpleegkundigen in het indicatieproces en de bijdrage die werd verwacht van V&VN in de uitvoering van sommige afspraken.

Wat betreft implementatie van bestuurlijke afspraken in de praktijk zijn op elk van de belangrijkste afspraken stappen gezet. Echter, op het gebied van indicatiestelling en zicht op kwaliteit van zorg zijn effecten nog beperkt merkbaar in de praktijk. In deze evaluatie komt naar voren dat met name op deze twee aspecten nog knelpunten worden ervaren.

Wij merken daarbij op dat op basis van het onderzoek geen (eenduidige) uitspraken kunnen worden gedaan over de mate waarin de bestuurlijke afspraken daadwerkelijk hebben bijgedragen aan het vergroten van de doeltreffendheid van het Zvw-pgb.

Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit de evaluatie komen wij tot de volgende aanbevelingen die gericht zijn op het vergroten van de doeltreffendheid en effecten van het pgb en het verbeteren van het pgb-proces:

- a. Werk aan een lerend systeem dat zoveel mogelijk 'bottom-up' wordt georganiseerd. Aspecten die hier aan bijdragen zijn:
 - i. Stimuleer het gesprek tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen;
 - ii. Onderzoek op welke wijze de informatievoorziening richting potentiële budgethouders, in de oriënterende fase, kan verbeteren;
 - iii. Doorontwikkeling van het Praktijkteam Zvw-pgb;
 - iv. Delen van goede voorbeelden.
- b. Als het gaat om indicatiestelling is nog winst te behalen in de professionalisering van wijkverpleegkundigen. De volgende aspecten zijn hierbij van belang:
 - i. Aandacht voor informatievoorziening over pgb en het laten 'landen' van indicatie-instrumenten;
 - ii. Organiseren van intervisie en 'vraagbaak';
 - iii. Gesprek voeren over de wijze waarop de indicatiestelling is georganiseerd;
 - iv. Indien haalbaar, stimuleren van het cyclisch proces van indiceren en evalueren;
 - v. Rol voor beroepsorganisatie V&VN in het stimuleren van de professionaliteit van wijkverpleegkundigen.
- c. Vereenvoudig het aanvraag- en declaratieproces. Op dit terrein is al veel verbetering geboekt in de afgelopen jaren. Verdere verbetering zit met name in:
 - i. Aansluiting van systemen op budgethouders en wijkverpleegkundigen;
 - ii. Duidelijke en vindbare informatie op een centrale plek.
- d. Schenk in een eventueel vervolg op de bestuurlijke afspraken expliciet aandacht aan het onderkennen van de verschillende perspectieven en de implementatie van de afspraken in de praktijk.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

01 Sinds 1 januari 2015 maakt wijkverpleegkundige zorg (verpleging en verzorging thuis) deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verzekerden die door de wijkverpleegkundige¹ geïndiceerd zijn, kunnen deze zorg in natura krijgen of met een persoonsgebonden budget (hierna: pgb) zelf inkopen. In maart 2014 zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) en Per Saldo bestuurlijke afspraken gemaakt over de pgb-voorwaarden voor 2015 en 2016. Deze afspraken zijn in oktober 2016 herzien voor de jaren 2017 en 2018 en ze lopen af op 1 januari 2019.

02 De uitkomsten van de monitor Zvw-pgb 2015 en de ervaringen van betrokken partijen met de uitvoering van het Zvw-pgb in 2015 en 2016 waren aanleiding voor partijen om te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb². Er bestonden op dat moment enerzijds zorgen over de beheersbaarheid van kosten en kwaliteit van het Zvw-pgb en anderzijds over de toewijzing en de positie van de budgethouder. Tevens waren aanvullende afspraken gewenst het Zvw-pgb volwaardig en goed ten uitvoer te brengen in de praktijk. VWS, ZN en Per Saldo hebben onder meer afspraken gemaakt over³:

- a. Het vastleggen van de uitgangspunten van het Zvw-pgb, zowel waar het gaat over de Zorgverzekeringswet in algemene zin als om de verpleging en verzorging in het bijzonder;
- b. Afspraken over de verbeteringen in de indicatiestellingen;
- c. Afspraken over de toepassing van de toegangsvoorwaarden;
- d. Enkele afspraken over het proces van de aanvraag en beoordeling van het Zvw-pgb;
- e. Enkele afspraken over de inzet van zorg;
- f. Een afspraak over het volgen en evalueren van de gemaakte afspraken.

In bijlage A is een overzicht opgenomen van de belangrijkste gemaakte afspraken.

03 De bestuurlijke afspraken bieden zorgverzekeraars handvatten om te toetsen of een verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Ook bieden de afspraken budgethouders een kader waaraan indicatiestelling moet voldoen⁴.

04 Met ingang van 1 januari 2017 is het Zvw-pgb wettelijk verankerd in de Zvw, met de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB) nadere regels te stellen. Doordat in de vorm van de bestuurlijke afspraken al grote mate van uniformiteit voor de uitvoering was bereikt, kon echter ten dele hiervan worden afgezien. Bij AMvB en ministeriële regeling zijn wel nadere regels gesteld over de voorwaarden die aan de persoon van de budgethouder of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor het Zvw-pgb (gelijk aan de voorwaarden die zijn opgenomen in de bestuurlijke afspraken).

¹ Waar wij wijkverpleegkundige noemen, bedoelen wij wijk- of kinderverpleegkundige.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/21/kamerbrief-over-monitor-zvw-pgb-2015>.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/10/27/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb-2017-2018>.

⁴ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/25657/kst-25657-272?resultIndex=27&sorttype=1&sortorder=4>.

05 De bestuurlijke afspraken voor 2017 en 2018, alsmede de wettelijke verankering, bevatten een evaluatiebepaling. In de bestuurlijke afspraken is overeengekomen dat de uitwerking hiervan in de praktijk nauwlettend wordt gevolgd en dat in ieder geval één jaar na de start van de gemaakte afspraken wordt bezien of deze in de praktijk werken zoals beoogd. Bij de wettelijke verankering is bepaald dat de minister van VWS binnen twee jaar na inwerkingtreding van de wet (dus vóór 1 januari 2019) een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk aan de Tweede Kamer zendt. Vanwege de sterke onderlinge samenhang zijn beide evaluaties gecombineerd in één evaluatie. Het ministerie van VWS heeft Significant gevraagd deze evaluatie uit te voeren.

1.2 Doelstelling onderzoek

06 De centrale vraag van de evaluatie luidt: Hoe werkt het Zvw-pgb in de praktijk: wat zijn de ervaringen van budgethouders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen, welke eventuele knelpunten en problemen doen zich voor en bestaat aanleiding de regelgeving of het beleid te wijzigen?

07 Het evaluatieonderzoek kent de volgende doestellingen:

1. Het verkrijgen van kwantitatief- en financieel inzicht in het gebruik van het Zvw-pgb. Ten behoeve hiervan worden gegevens over 2017 opgevraagd. Op basis van gegevens over 2015, 2016 (uit voorgaande monitors) en 2017 ontstaat inzicht in een driejarige ontwikkeling;
2. Verkrijgen van inzicht in de doeltreffendheid en de effecten van het pgb in de praktijk. De ervaringen van budgethouders, Per Saldo, zorgverzekeraars en indicerende wijkverpleegkundigen met het Zvw-pgb zijn onderdeel daarvan;
3. Verkrijgen van inzicht in de bijdrage van de bestuurlijke afspraken aan de doeltreffendheid en effecten van pgb in de praktijk. In de bestuurlijke afspraken staat dat hierbij in ieder geval de volgende punten aan de orde komen: de indicatiestelling, de toepassing van de voorwaarden die gesteld zijn aan de budgethouder of diens vertegenwoordiger en het zicht op de kwaliteit van zorg. Rekening moet worden gehouden met het gegeven dat niet alle maatregelen uit de nieuwe bestuurlijke afspraken (in werking getreden op 1 januari 2017) ten tijde van de evaluatie (eerste helft van 2018) lang genoeg zijn geëffectueerd, om definitieve conclusies te trekken;
4. Signaleren van eventuele knelpunten en het doen van aanbevelingen.

08 Het onderzoek is kwalitatief van aard. Het doel van het onderzoek was op zoek te gaan naar verdieping om zo knelpunten en succesfactoren op te halen, in aanvulling op eerder uitgevoerd onderzoek dat vaak breder is opgezet. Deze eerder uitgevoerde onderzoeken betreffen onder andere: een uitvraag van ervaringen onder zorgverzekeraars (onderdeel van de monitor Zvw-pgb 2015 die is uitgevoerd door ITS), een quickscan naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen met indicatiestelling voor Zvw-pgb (ITS, 2016) en een cliëntenraadpleging Zvw-pgb (ResearchNed, 2017). De resultaten van deze onderzoeken zijn betrokken in deze evaluatie.

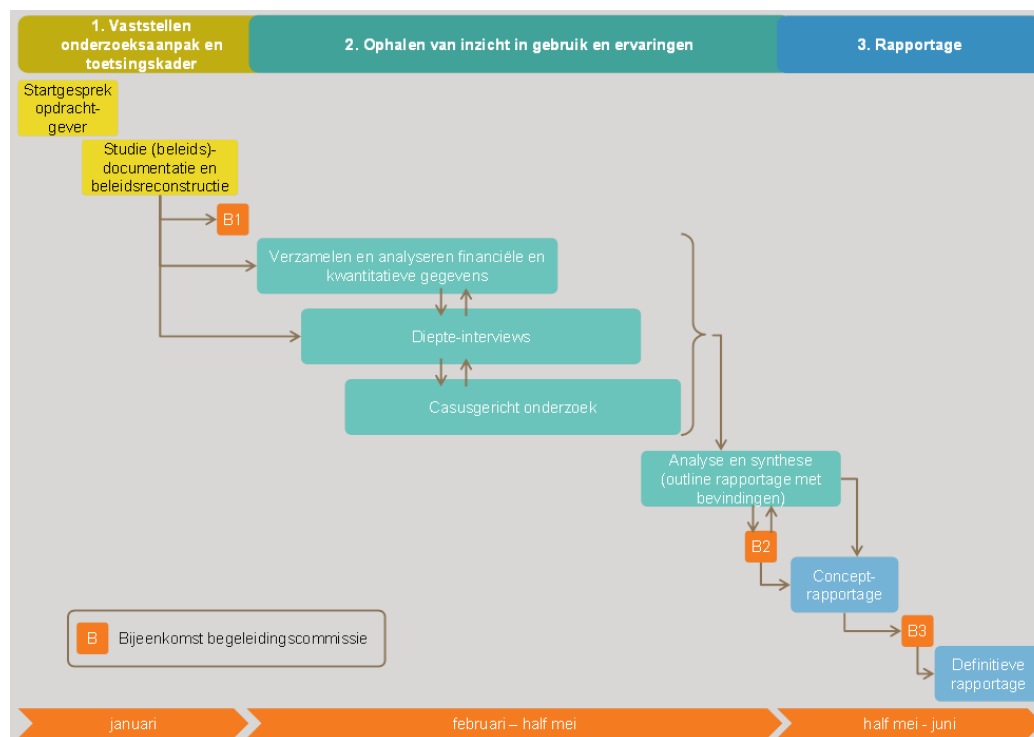
1.3 Aanpak in het kort

09 In deze paragraaf beschrijven wij kort de onderzoeks aanpak van de uitgevoerde evaluatie. Het onderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

- a. Fase 1: Vaststellen onderzoeks aanpak en toetsingskader;
- b. Fase 2: Ophalen van inzicht in gebruik en ervaringen;
- c. Fase 3: Rapportage.

Bij het onderzoek was een begeleidingscommissie met relevante partijen betrokken (zie bijlage D5 voor een overzicht). Met de begeleidingscommissie is de opzet van het onderzoek besproken en het toetsingskader vastgesteld, zijn eerste bevindingen getoetst en heeft op een aantal onderdelen gezamenlijke analyse en synthese plaatsgevonden om op basis daarvan te komen tot conclusies en aanbevelingen.

In figuur 1 hebben wij de oorspronkelijk gehanteerde aanpak schematisch weergegeven.



Figuur 1. Schematische weergave van de aanpak van de evaluatie

10 In de eerste fase van het onderzoek hebben wij aan de hand van een documentenstudie en interviews met beroeps-, belangen- en brancheverenigingen (zie bijlage D.4) een beleidsreconstructie opgesteld. Hierbij hebben wij de doelen van het Zvw-pgb en de bestuurlijke afspraken vastgesteld. Deze vormden de basis voor het toetsingskader, waarin de onderwerpen die aan bod komen in de evaluatie en de wijze waarop deze zijn onderzocht zijn vastgelegd. Het definitieve toetsingskader is opgenomen in bijlage B.

11 Het toetsingskader was het uitgangspunt voor de tweede fase van het onderzoek waarbij wij ervaringen van budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars hebben opgehaald via diepte-interviews.

In bijlage D hebben wij beschreven op welke wijze wij respondenten hebben geselecteerd en is een (geanonimiseerd) overzicht opgenomen van de respondenten die wij hebben gesproken.

12 In het oorspronkelijke plan van aanpak was rekening gehouden met het uitvoeren van casusgerichte onderzoeken. Dit onderdeel is echter in de uitvoering van het onderzoek komen te vervallen. De casusgerichte onderzoeken hadden als doel met alle betrokkenen rondom een casus (budgethouder, indicierend wijkverpleegkundige, zorgverleners en zorgverzekeraar) gezamenlijk het gesprek te voeren hoe de uitvoering van het pgb is verlopen en wat de ervaringen daarbij zijn. Het bleek echter om verschillende redenen moeilijk budgethouders te vinden die hier aan mee wilden werken en deze casusonderzoeken te plannen. De belangrijkste redenen hiervoor zijn: dat budgethouders het als te zware belasting ervoerden, privacyoverwegingen (zorgverzekeraars gaan niet in op specifieke casussen) of het om praktische redenen niet haalbaar was iedereen bij elkaar te krijgen in de beschikbare tijd. Er heeft één casusgericht onderzoek plaatsgevonden. Op basis hiervan hebben wij echter geen afzonderlijke bevindingen en conclusies vastgesteld; het casusonderzoek is meegenomen als ware het een diepte-interview.

13 Parallel aan de diepte-interviews hebben wij kwantitatieve gegevens verzameld via Vektis en de zorgverzekeraars. Nadere toelichting hierop hebben wij opgenomen in hoofdstuk 2.

14 De afronding van de tweede fase bestond uit de analyse en de synthese van de opgehaalde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. De bevindingen hebben wij besproken in de begeleidingscommissie.

15 In de laatste fase hebben wij onze bevindingen verwerkt in een conceptrapportage die is besproken met de begeleidingscommissie. Opmerkingen van de begeleidingscommissie hebben wij verwerkt, waarna wij de definitieve rapportage hebben opgeleverd.

1.4 Duiding bij bevindingen

16 In deze paragraaf gaan wij in op enkele voorbehouden die moeten worden genomen bij de interpretatie van bevindingen en de conclusies die hieruit zijn getrokken.

17 Gegeven het doel van het onderzoek op zoek te gaan naar verdieping, is in de opzet van het onderzoek ervoor gekozen met een beperkt aantal budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars diepte-interviews te houden (zie paragraaf 1.3). Dit betekent dat geen volledig representatieve en landelijk dekkende groep respondenten is gesproken. Desalniettemin bieden de gevoerde gesprekken voldoende basis om in beeld te brengen wat verschillende perspectieven, belangen en ervaringen in de praktijk zijn en wat de belangrijkste knelpunten en succesfactoren van Zvw-vgb zijn.

18 Het belangrijkste voorbehoud moet worden gemaakt ten aanzien van de geïnterviewde budgethouders. Zoals wij in paragraaf 1.3 hebben omschreven, heeft de selectie van budgethouders plaatsgevonden op basis van budgethouders die zich meldden na een oproep van Per Saldo. Hierin komt een selectie-effect naar voren: de budgethouders die hebben gereageerd zijn voornamelijk pro-actieve budgethouders die het belangrijk vinden hun ervaringen te delen. Hierdoor zijn de respondenten een selectieve, homogene groep. Over het algemeen zijn de budgethouders die wij hebben gesproken hoog opgeleide mensen die al jarenlang

een pgb beheren en een chronisch ziektebeeld hebben. Zij hadden allemaal al voor 2015 een pgb, vanuit de voormalige AWBZ. Dit zijn budgethouders die in de meeste gevallen het pgb-beheer goed op orde hebben. Gegeven de specifieke kenmerken van deze groep respondenten, betekent dit dat op basis van de interviews met budgethouders geen conclusies kunnen worden getrokken over sommige onderdelen. Dit betreft bijvoorbeeld de ervaringen van budgethouders rondom de toets op de toegangsvoorwaarden en eerste indicaties (zij hebben namelijk alleen herindicaties gehad). Wij merken echter dat de budgethouders die wij hebben gesproken goed in staat waren te duiden waar knelpunten zitten op andere vlakken.

19 Ten aanzien van de diepte-interviews onder wijkverpleegkundigen, is voor de duiding van bevindingen relevant dat gesprekken voornamelijk zijn ingestoken vanuit het perspectief van de indicierend wijkverpleegkundige. Het perspectief van de zorgverlenend wijkverpleegkundige is minder aan bod gekomen.

20 Ten slotte merken wij op dat de doeltreffendheid en effecten van het Zvw-rgb veel diverse aspecten omvat. Daarnaast is sprake van een grote hoeveelheid verschillende en tegengestelde perspectieven. Dit maakt het lastig te komen tot één conclusie. Deze evaluatie bevat daarom niet een eenduidige hoofdboodschap. Wij gaan per aspect in op de bevindingen die voortkomen uit het onderzoek. Uit deze bevindingen volgen vervolgens ook aanbevelingen.

1.5 Leeswijzer

21 De hoofstukindeling in deze rapportage sluit aan op de doelstellingen van de evaluatie (zie paragraaf 1.2). In hoofdstuk 2 presenteren wij kwantitatieve en financiële gegevens (doelstelling 1). Daarna gaan wij in hoofdstuk 3 in op doeltreffendheid en effecten van het Zvw-rgb in de praktijk (doelstelling 2). Hoofdstuk 4 bevat vervolgens de bevindingen ten aanzien van de bijdrage van de bestuurlijke afspraken (doelstelling 3). Wij sluiten de rapportage af met aanbevelingen in hoofdstuk 5 (doelstelling 4).

2. Kwantitatieve en financiële gegevens

22 In dit hoofdstuk geven wij de belangrijkste kwantitatieve en financiële gegevens over het Zvw-pgb weer. Deze gegevens hebben onder andere betrekking op het aantal budgethouders, de pgb-uitgaven (zowel via de SVB gedeclareerd als direct via de zorgverzekeraars), het aantal (nieuwe) aanvragen, weigeringen en klachten. De gepresenteerde gegevens zijn voor een groot deel vergelijkbaar met gegevens die in voorgaande monitors Zvw-pgb wijkverpleging zijn opgenomen.⁵ Waar mogelijk presenteren wij daarom ook de trendontwikkeling over de jaren 2015, 2016 en 2017 met behulp van gegevens uit deze voorgaande monitors.

23 Wij hebben - net als in voorgaande monitors - de kwantitatieve en financiële gegevens opgevraagd bij zowel individuele zorgverzekeraars als bij Vektis. Tevens heeft de SKGZ informatie aangeleverd over klachten en geschillen die bij hen zijn voorgelegd. Voordat wij inhoudelijk ingaan op de gegevens, geven wij in paragraaf 2.1 een toelichting op de aangeleverde gegevens en de wijze waarop deze moeten worden geïnterpreteerd. Vervolgens hebben wij in paragraaf 2.2 tot en met 2.8 de bevindingen ten aanzien van de kwantitatieve en financiële gegevens weergegeven. Deze gegevens zijn aangeleverd door zorgverzekeraars en Vektis. Wij sluiten dit hoofdstuk af met in paragraaf 2.9 een toelichting op klachten en geschillen die bij SKGZ zijn voorgelegd in 2017.

2.1 Duiding van aangeleverde gegevens

24 In deze paragraaf gaan wij in op de volgende aspecten:

- a. Aangeleverde gegevens door Vektis;
- b. Aangeleverde gegevens door zorgverzekeraars;
- c. Verschillen tussen aangeleverde gegevens Vektis en individuele zorgverzekeraars.

2.1.1 Aangeleverde gegevens door Vektis

25 Met Vektis hebben wij vooraf afgestemd over de aan te leveren gegevens en het format waarin Vektis deze gegevens zou aanleveren. De basis hiervoor was het in de voorgaande monitor Zvw-pgb gehanteerde format. Hier zijn slechts enkele kleine aanpassingen op gedaan in aansluiting op de situatie in 2017, bijvoorbeeld: door het vervallen van een prestatiecode.

26 De aangeleverde gegevens van Vektis hebben betrekking op wijkverplegingdeclaraties in het jaar 2017, met de peildatum 30 april 2018. Op dat moment had Vektis voor circa 100% van alle verzekerden in Nederland declaraties van het gehele jaar 2017 binnen: alle zorgverzekeraars hadden tot en met december 2017 declaraties aangeleverd. Daarnaast hadden zorgverzekeraars op de peildatum voor circa 98% van het aantal verzekerden gegevens aangeleverd van de periode januari tot en met maart 2018. Deze bestanden bevatten ook nog declaraties over het jaar 2017 (uitloopschade).

⁵ ITS, Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2015, 25 mei 2016 (hoofdstuk 4) en Panteia, Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016, 14 juni 2017.

27 Na ontvangst van de gegevens hebben wij zonder aanvullende bewerkingen de gegevens van Vektis verwerkt tot figuren en tabellen zoals deze in deze rapportage zijn opgenomen.

2.1.2 Door zorgverzekeraars aangeleverde gegevens

28 Voor de uitvraag van gegevens van individuele zorgverzekeraars gebruikten wij het format dat ook in voorgaande monitors is gebruikt. Op enkele onderdelen is dit format aangevuld met specifieke informatie die voor deze evaluatie van belang is (zie bijlage C voor het gehanteerde uitvraagformat). Nadat wij de initiële uitvraag deden, bleek dat bij diverse zorgverzekeraars onduidelijkheid was over de te hanteren definities voor diverse indicatoren in het format. Wij hebben om die reden, samen met ZN, een plenaire sessie gehouden waarin in afstemming met de zorgverzekeraars voor elk gegevensonderdeel een uniforme definitie is opgesteld. Hierna hebben wij de uitvraag opnieuw gedaan met het uniform vastgestelde format.

29 Na het ontvangen van de ingevulde formats van zorgverzekeraars bleek dat sommige zorgverzekeraars niet alle gegevens hadden aangeleverd. Wij hebben in die gevallen contact opgenomen met de betreffende zorgverzekeraar. Soms heeft dit geleid tot een aanvullende aanlevering, maar niet alle zorgverzekeraars bleken alle gevraagde informatie te registreren of (eenvoudig) uit het systeem te kunnen halen. Hierdoor zijn niet van elk onderdeel de gegevens compleet. Daarnaast bleek voor sommige gegevens het verschil tussen zorgverzekeraars zodanig groot, dat sprake lijkt te zijn van verschil in interpretatie en/of registratie. In die gevallen bestaat onvoldoende basis om conclusies op te trekken.⁶

30 Van de volgende indicatoren was de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars voldoende compleet en betrouwbaar om in de monitor op te nemen:

- a. Aantal budgethouders;
- b. Gegevens over declaraties;
- c. Aantal aanvragen en weigeringen;
- d. Aantal klachten;
- e. Aantal gevoerde bewust-keuzegesprekken;
- f. Termijn van afhandeling van declaraties.

31 Van de volgende indicatoren was de gegevensaanlevering onvoldoende betrouwbaar om in de monitor op te nemen:

- a. Aantal herziene of aangepaste aanvragen;
- b. Kwantitatieve aantallen ten aanzien van redenen van weigeringen en rubriceringen van klachten. Zorgverzekeraars hanteren hier in registraties namelijk verschillende rubriceringen voor. Waar mogelijk geven wij op basis van aangeleverde gegevens een kwalitatieve duiding.

⁶ Naar aanleiding van deze bevindingen heeft ZN aangegeven samen met zorgverzekeraars aan de slag te gaan om de registratie te verbeteren om in de toekomst een betere en completere kwantitatieve onderbouwing te kunnen geven.

2.1.3 Verschillen tussen aangeleverde gegevens Vektis en individuele zorgverzekeraars

32 Voor een aantal indicatoren hebben wij gegevens ontvangen van zowel Vektis als van individuele zorgverzekeraars, bijvoorbeeld over het aantal budgethouders en de totale uitgaven aan Zvw-pgb. In sommige gevallen verschillen de gegevens tussen deze twee bronnen. Dit komt doordat de gehanteerde definities anders zijn voor de twee verschillende bronnen:

- Individuele zorgverzekeraars hebben inzicht in de totale groep van budgethouders met een pgb-budget, terwijl Vektis enkel zicht heeft op budgethouders die daadwerkelijk hebben gedeclareerd;
- In de aangeleverde gegevens van Vektis is onderscheid gemaakt tussen onderliggende prestatiecodes. Dit detailniveau was geen onderdeel van de gegevensuitvraag onder individuele zorgverzekeraars.

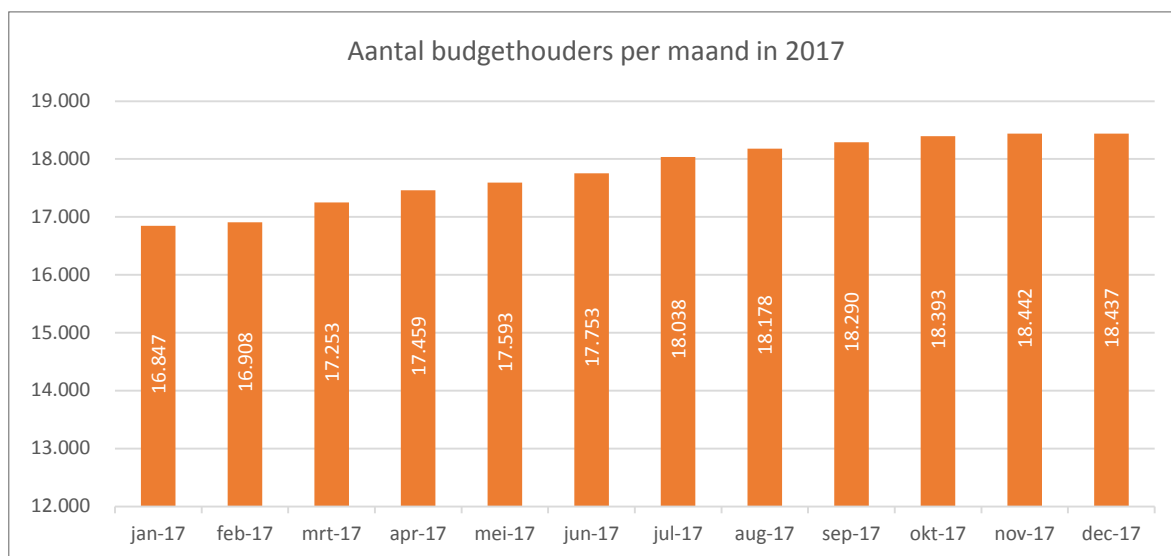
Per indicator geven wij de gegevens weer van de best passende definitie voor het inzicht in de betreffende indicator. Wij benoemen per tabel en per figuur op welke bron de gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd. Als het gaat om declaraties, hebben wij de door Vektis aangeleverde gegevens als uitgangspunt genomen. Hiervan staat namelijk vast dat de gehanteerde definitie uniform is, omdat zorgverzekeraars volgens vaste formats gegevens aanleveren aan Vektis.

2.2 Aantal budgethouders

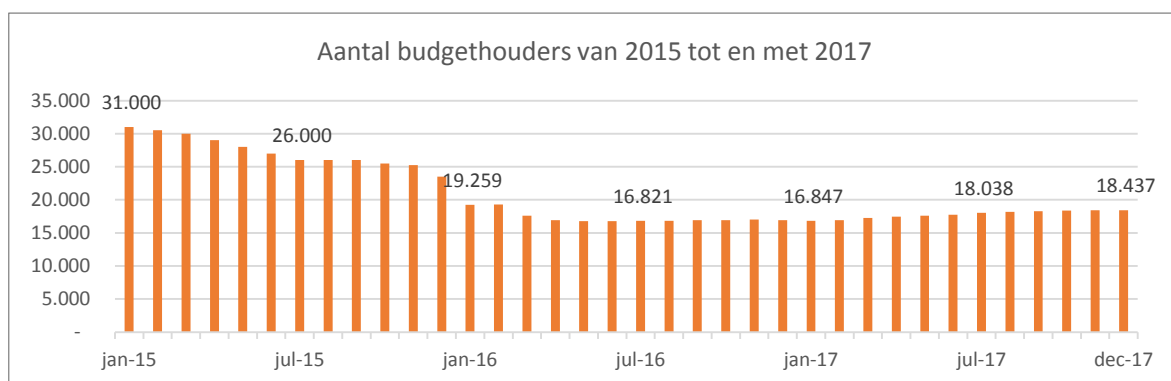
33 Figuur 2 presenteert het aantal budgethouders per maand in 2017 (aantal verzekerden met een Zvw-pgb-budget in de betreffende maand volgens zorgverzekeraars). In 2017 is het aantal budgethouders toegenomen: van 16.847 in januari 2017 tot 18.437 in december 2017. Dit is een stijging van 9,4%. Hoewel het lastig is deze ontwikkeling te duiden, speelt het loslaten van de zorginhoudelijke criteria mogelijk een rol bij deze stijging (zie bijlage A: er worden vanaf 2017 geen speciale eisen meer gesteld aan de zorgvraag). Overigens is niet te zeggen hoe het aantal budgethouders zich ontwikkeld zou hebben als deze criteria nog gehandhaafd zouden worden.

34 In figuur 3 zijn de gegevens over de drie jaren van 2015 tot en met 2017 opgenomen. Het aantal budgethouders is in de periode van 2015 tot medio 2016 bijna gehalveerd, waarna het aantal in de tweede helft van 2016 is gestabiliseerd en vervolgens in 2017 weer toe is genomen. De daling in aantal budgethouders in 2015 en de eerste helft van 2016 komt voornamelijk voort uit herindicaties die zijn uitgevoerd bij cliënten die voor 2015 al een AWBZ-herindicatie hadden. Voor een groot deel van de cliënten is de indicatie vervallen. Hiervoor zijn verschillende redenen. Veel van deze cliënten meldden zich niet voor een nieuwe indicatie (ondanks herhaalde oproepen van zorgverzekeraars). Daarnaast bleek dat een deel van de cliënten niet in aanmerking kwam voor een pgb of dat ze geen aanspraak maakten op bekostiging vanuit de Zvw (Monitor Zvw-pgb 2016, zie pagina 18).

35 In 2017 zijn tussen zorgverzekeraars verschillen te zien in de ontwikkeling van het aantal budgethouders. Twee (kleine) zorgverzekeraars kennen een toename van meer dan 20% in het aantal budgethouders tussen januari 2017 en december 2017 (respectievelijk 21% en 23%), terwijl één (kleine) zorgverzekeraar zelfs een afname van 5% in het aantal budgethouders heeft in diezelfde periode. Bij de andere zorgverzekeraars ligt het aantal budgethouders in december 2017 tussen de 4% en 12% hoger dan in januari 2017. Op basis van de beschikbare informatie is het niet mogelijk verklaringen te bieden voor deze verschillen tussen zorgverzekeraars.



Figuur 2. Aantal budgethouders per maand in 2017 op basis van gegevens van zorgverzekeraars



Figuur 3. Aantal budgethouders van 2015 tot 2017, op basis van de gegevens van zorgverzekeraars

2.3 Gemiddeld gedeclareerde bedrag per budgethouder

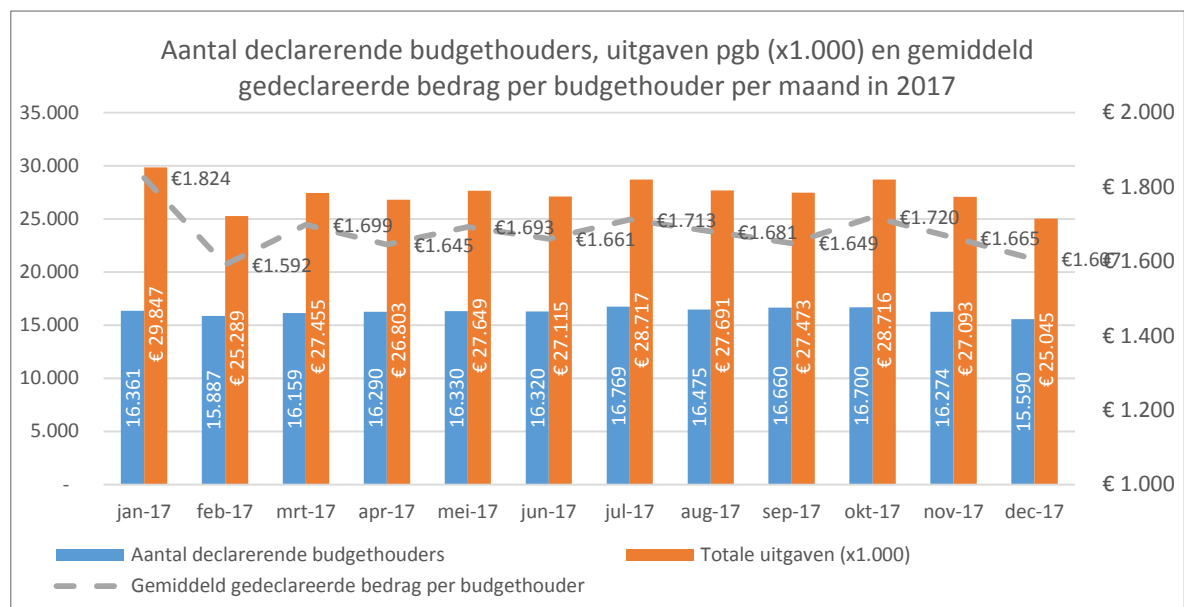
36 Figuur 4 presenteert het aantal declarerende budgethouders, de totale Zvw-pgb-uitgaven en het gemiddelde gedeclareerde bedrag per budgethouder per maand in 2017, op basis van gegevens van Vektis. Gedurende 2017 waren deze drie grootheden per maand relatief stabiel, uitgezonderd van verschillen in 'lange' en 'korte' maanden. Opgemerkt moet worden dat het aantal budgethouders en de pgb-uitgaven in november en december van 2017 nog kunnen toenemen, omdat mogelijk nog niet alle budgethouders de declaraties voor die maanden hebben ingediend op de peildatum (30 april 2018). De totale pgb-uitgaven bedroegen in 2017 € 329 miljoen. In dat jaar hebben in totaal 20.469 budgethouders een declaratie gedaan, waarmee het gemiddelde gedeclareerde jaarbedrag per budgethouder uitkomt op € 16.068,-.

37 Als wij 2017 vergelijken met de voorgaande jaren (figuur 5), dan valt op dat het gemiddelde gedeclareerde bedrag per budgethouder tussen 2015 en 2016 sterk is gestegen, van gemiddeld € 1.266,- per maand in 2015 (gemiddelde over de twaalf maanden) naar gemiddeld € 1.614,- in 2016. In 2017 was het gemiddeld gedeclareerde bedrag per maand nog iets hoger dan in de twee voorgaande jaren, met een gemiddelde van € 1.679,-. Het is lastig een verklaring te geven voor deze ontwikkeling. Mogelijk is in deze

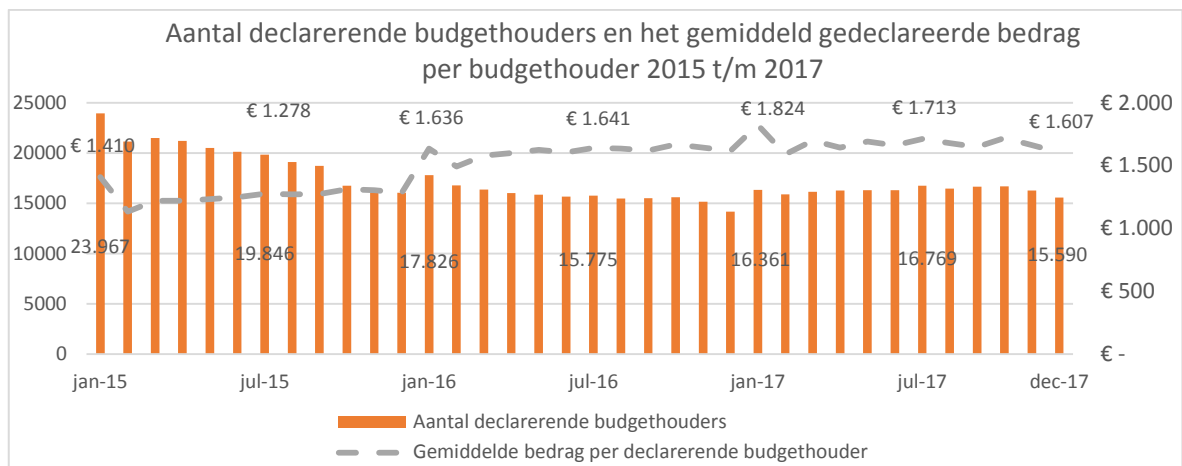
periode de patiëntenpopulatie en hun zorgvraag veranderd. Nieuwe budgethouders en verzekerden met een verlengde pgb-indicatie (na herindicatie) hebben mogelijk een zwaardere zorgvraag dan verzekerden waarvoor de voormalige AWBZ-indicatie niet is verlengd. Het kan echter ook zo zijn dat in de loop van de jaren ruimer wordt geïndiceerd.

38 Bij de stijging per 2017 speelt vermoedelijk een rol dat het maximale tarief voor informele zorg vanaf dat jaar is verhoogd van circa €20,- naar €23,-.

39 Wat betreft de ontwikkeling in het aantal declarerende budgethouders over de drie jaren, is het beeld vergelijkbaar met aantal budgethouders volgens zorgverzekeraars (zie figuur 3). In figuur 5 is een dalende trend te zien in 2015 en 2016. Vervolgens is een stabiel beeld zichtbaar in 2017, waarin het aantal budgethouders iets hoger ligt dan in de twee jaren daarvoor.



Figuur 4. Aantal declarerende budgethouders, uitgaven pgb en gemiddeld gedeclareerde bedrag per budgethouder per maand in 2017, op basis van gegevens van Vektis

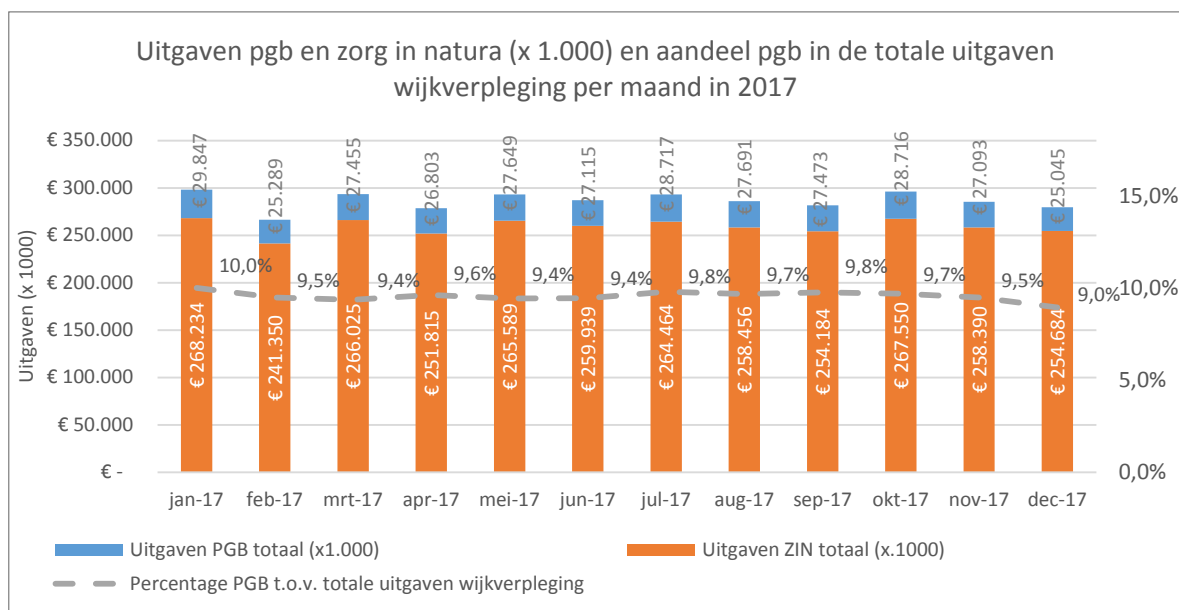


Figuur 5. Gemiddeld gedeclareerde bedrag per declarerende budgethouder van 2015 tot 2017, op basis van gegevens van Vektis

2.4 Uitgaven Zvw-pgb en zorg in natura

40 In figuur 6 zijn voor 2017 de totale uitgaven aan verpleging en verzorging thuis per maand opgenomen, uitgesplitst naar pgb en zorg in natura en in tabel 1 zijn de totalen per jaar voor 2015, 2016 en 2017 opgenomen. In 2017 waren de totale uitgaven aan Zvw-pgb € 329 miljoen. Hiervan verliep 67,6% van de declaraties rechtstreeks via zorgverzekeraars en 32,4% via de SVB (niet opgenomen in een figuur of tabel). De totale uitgaven aan zorg in natura waren in 2017 € 3.111 miljoen. Dit is inclusief de prestatie 'Indicatiestelling en evaluatie voor pgb Verpleging en Verzorging' (prestatiecode 1008, € 2,8 miljoen in 2017) en niet-patiëntgebonden prestaties voor zorg in de wijk, beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en regiefunctie op complexe wondzorg (€ 19 miljoen in 2017). Gedurende het jaar fluctueren de uitgaven aan pgb en zorg in natura met name tussen 'lange' en 'korte' maanden. De verhouding tussen pgb en zorg in natura is vrij stabiel tussen de maanden in 2017, met een piek in het aandeel pgb in de totale uitgaven aan wijkverpleging in januari (10,0%) en een relatief klein aandeel pgb in december (9,0%). Het gegeven dat budgetten vaak vooraf voor een jaar worden toegekend is hierop vermoedelijk van invloed.

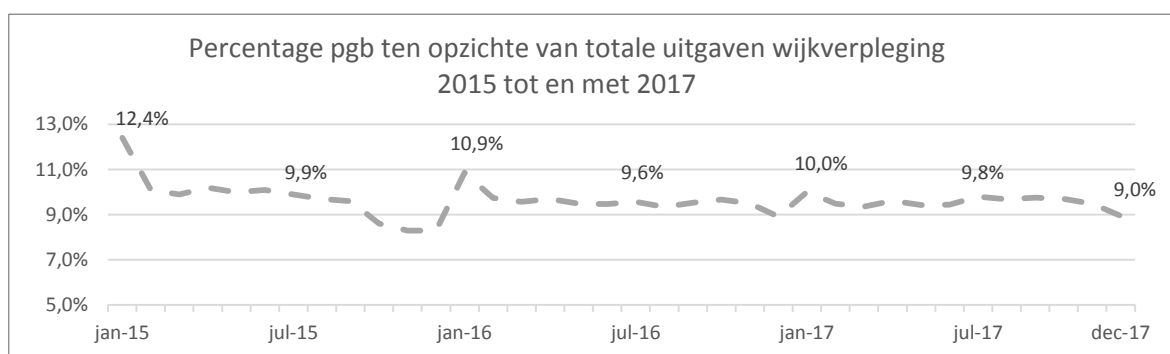
41 Tabel 1 bevat naast de totale jaarlijkse uitgaven aan wijkverpleging in 2017 ook gegevens over de jaren 2015 en 2016. De uitgaven aan pgb waren in 2017 ruim 7% hoger dan de totale pgb-uitgaven in 2016. De toename in zorg in natura tussen 2016 en 2017 is echter ongeveer gelijk aan dat percentage, waardoor het aandeel Zvw-pgb in de totale uitgaven wijkverpleging over de jaren heen redelijk stabiel is. Dit is ook te zien in figuur 7. In 2015 was het percentage Zvw-pgb ten opzichte van de totale uitgaven aan wijkverpleging gemiddeld 9,8% en in de jaren 2016 en 2017 was dit gemiddeld 9,6%. De stijging in het aantal budgethouders en de totale uitgaven aan het Zvw-pgb in 2017 ten opzichte van 2016 is dus mogelijk gerelateerd aan een algehele stijgende trend in de uitgaven aan wijkverpleging. Dit komt voort uit het toenemend aantal ouderen en de trend dat steeds meer mensen met een zorgvraag thuis blijven wonen.



Figuur 6. Uitgaven pgb en zorg in natura per maand en het aandeel pgb in de totale uitgaven aan wijkverpleging per maand in 2017, op basis van gegevens van Vektis

Jaar	Uitgaven pgb wijkverpleging (x1.000.000)	Uitgaven ZIN wijkverpleging (x1.000.000)	Totale uitgaven wijkverpleging (x1.000.000)	Percentage pgb t.o.v. totale uitgaven
2015	€ 298	€ 2.746	€ 3.043	9,8%
2016	€ 307	€ 2.886	€ 3.193	9,6%
2017	€ 329	€ 3.111	€ 3.440	9,6%

Tabel 1. Uitgaven aan pgb en zorg in natura wijkverpleging per jaar, op basis van gegevens van Vektis



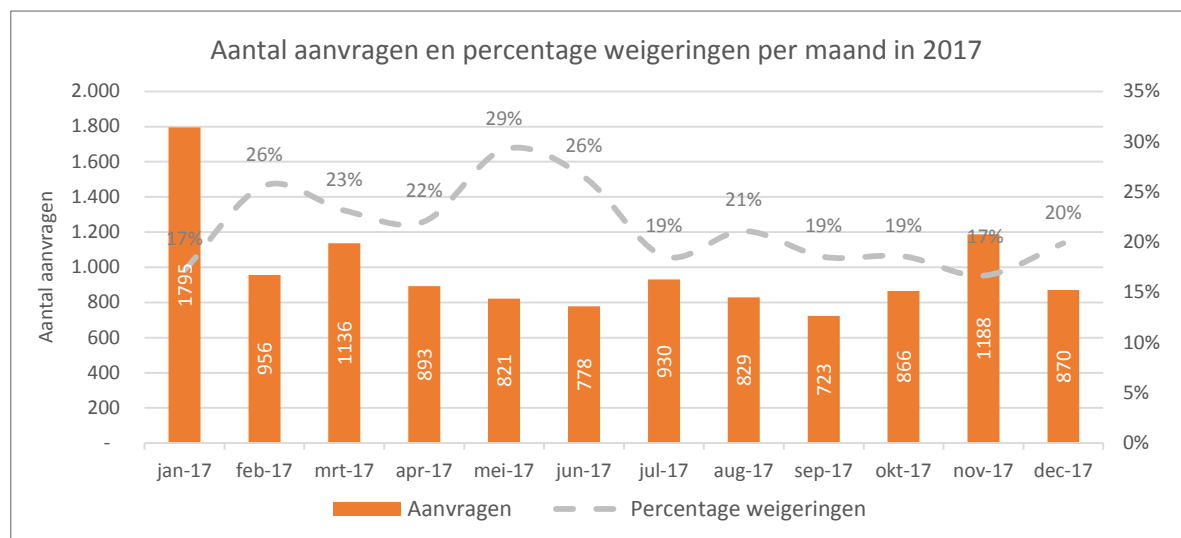
Figuur 7. Percentage Zvw-vgb ten opzichte van totale uitgaven wijkverpleging, op basis van gegevens van Vektis

2.5 Aanvragen en weigeringen

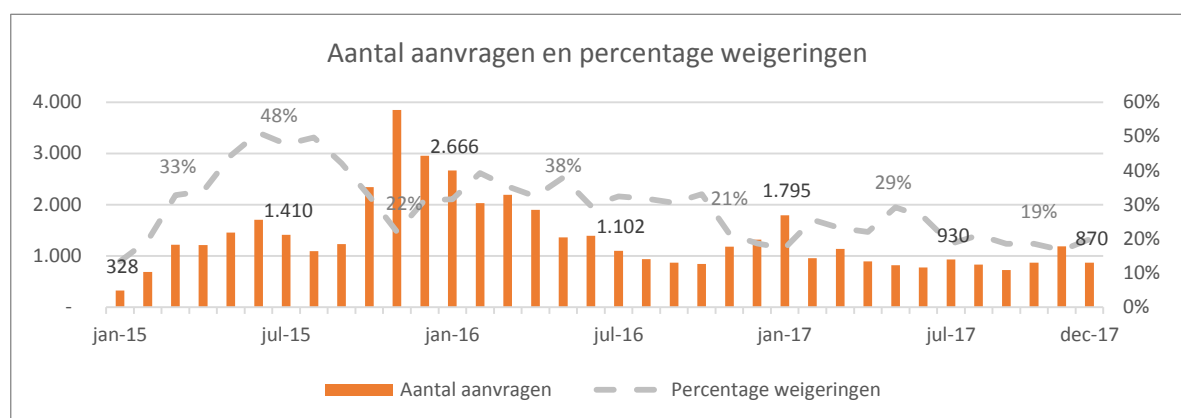
42 Het aantal aanvragen voor een Zvw-vgb lag in 2017 tussen de 723 en 1.795 per maand, met een piek in januari (zie figuur 8). In 2017 was het totaal aantal aanvragen 11.785. Dit is lager dan in 2015 en 2016 (zie figuur 9). Met name in het laatste kwartaal van 2015 en het eerste kwartaal van 2016 is een piek te zien in het aantal aanvragen voor een Zvw-vgb. Daarna daalt het aantal aanvragen en stabiliseert dit vanaf de tweede helft van 2016.

43 Van de aanvragen die werden gedaan, is in 2017 tussen de 17% en 29% per maand geweigerd (zie figuur 8). Gemiddeld over het hele jaar is het percentage weigeringen 21%. Dat is lager dan in 2015 en 2016, toen dit nog respectievelijk 35% en 32% per jaar was. Vermoedelijk speelt het loslaten van de zorginhoudelijke criteria hierbij een rol, alsmede het afnemen van het aantal onjuiste aanvragen (bijvoorbeeld: een aanvraag die binnen een ander wettelijk domein thuis hoort).

44 Vier zorgverzekeraars leverden informatie aan over de aard van de weigeringen. Deze komen in de meeste gevallen voort uit het niet in aanmerking komen van verzekerden voor zorg uit de Zvw, of worden veroorzaakt doordat de verzekerde niet voldoet aan de toegangsvoorwaarden rondom pgb-vaardigheid. Daarnaast komen diverse afwijsredenen voor, zoals het hebben van een premie-achterstand, geen medewerking verlenen aan het bewust-keuzegesprek of het ontbreken of niet toesturen van (aanvullende) documenten.



Figuur 8. Aantal aanvragen en percentage weigeringen per maand in 2017, op basis van gegevens van zorgverzekeraars



Figuur 9. Aantal aanvragen en percentage weigeringen, op basis van gegevens van zorgverzekeraars

45 Tussen zorgverzekeraars zijn grote verschillen te zien in het percentage weigeringen. Er zijn drie zorgverzekeraars die een relatief klein deel van de aanvragen weigerden. Bij deze verzekeraars liggen de

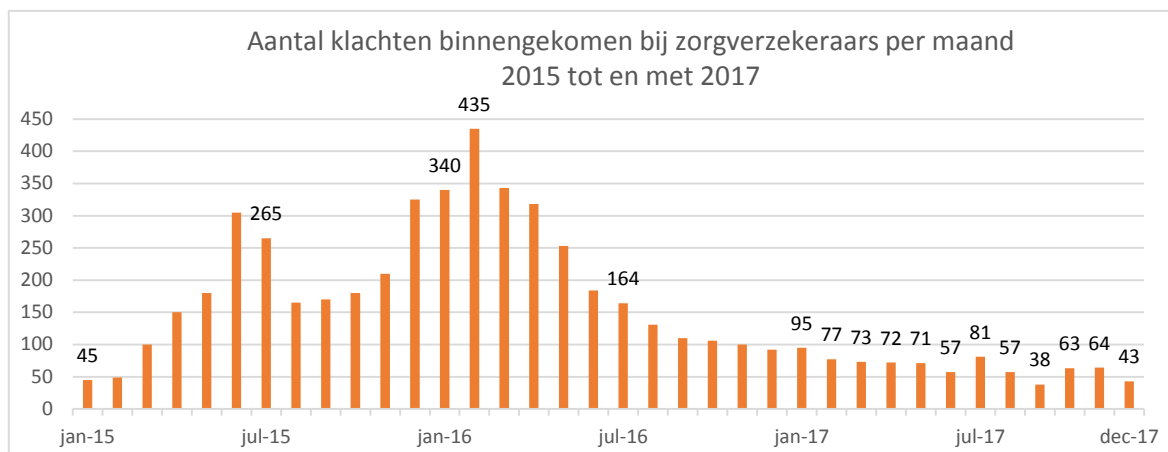
percentages tussen de 4% en 7%. Bij vier zorgverzekeraars ligt het percentage weigeringen tussen de 15% en 19%. Drie zorgverzekeraars weigerden meer dan 24% van de aanvragen, waarbij twee verzekeraars eruit springen met percentages van respectievelijk 34% en 36%. Opgemerkt moet worden dat verzekeraars verschillend omgaan met aanmerken van een aanvraag als 'geweigerd'. Uit de aangeleverde rubricering van de aard van de weigeringen blijkt bij een verzekeraar dat zij hierbij ook aanvragen meetellen die niet in behandeling zijn genomen vanwege ontbrekende documenten (ongeveer een derde van de weigeringen) en aanvragen waarbij de verzekerde zelf alsnog kiest voor zorg in natura of afziet van zorg. Hoewel lang niet alle verzekeraars deze rubricering hebben aangeleverd (zie vorige alinea), is het aannemelijk dat andere verzekeraars dergelijke gevallen niet meetellen onder de 'weigeringen'.

2.6 Klachten

⁴⁶ Uit figuur 10 blijkt dat het aantal klachten over het Zvw-pgb dat bij zorgverzekeraars is binnengekomen en via de formele klachtenprocedure is verlopen, in 2017 gemiddeld 66 per maand is, en dat dit aantal gedurende het jaar af lijkt te zijn genomen.⁷ Tevens laat figuur 10 zien dat het aantal klachten sinds 2015 en 2016 fors is afgenomen. In 2015 en 2016 kwamen gemiddeld nog respectievelijk 178 en 215 klachten per maand binnen over het Zvw-pgb. Per Saldo bevestigt dit beeld; zij geven aan dat zij minder meldingen van budgethouders ontvangen in 2017 ten opzichte van de jaren daarvoor. En ook de SKGZ heeft in 2017 minder klachten en geschillen behandeld (zie paragraaf 2.9). Het loslaten van de zorginhoudelijke criteria, met name de beoordeling van planbare zorg, is vermoedelijk een belangrijke reden voor de daling in het aantal klachten vanaf 2017.

⁴⁷ Zeven van de tien zorgverzekeraars hebben informatie aangeleverd over de aard van de klachten. De meeste klachten hebben betrekking op afwijzingen op de aanvraag voor het pgb. Een deel van de klachten is gerelateerd aan de zorgindicatie en/of de hoogte of ingangsdatum van het pgb. Een ander deel van de klachten gaat over het proces van de afhandeling van de aanvraag en/of het declaratieproces, dat kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de doorlooptijd of bejegening. Tevens zijn bij enkele verzekeraars klachten ontstaan na afwijzing of terugvordering van het pgb na dossiercontrole.

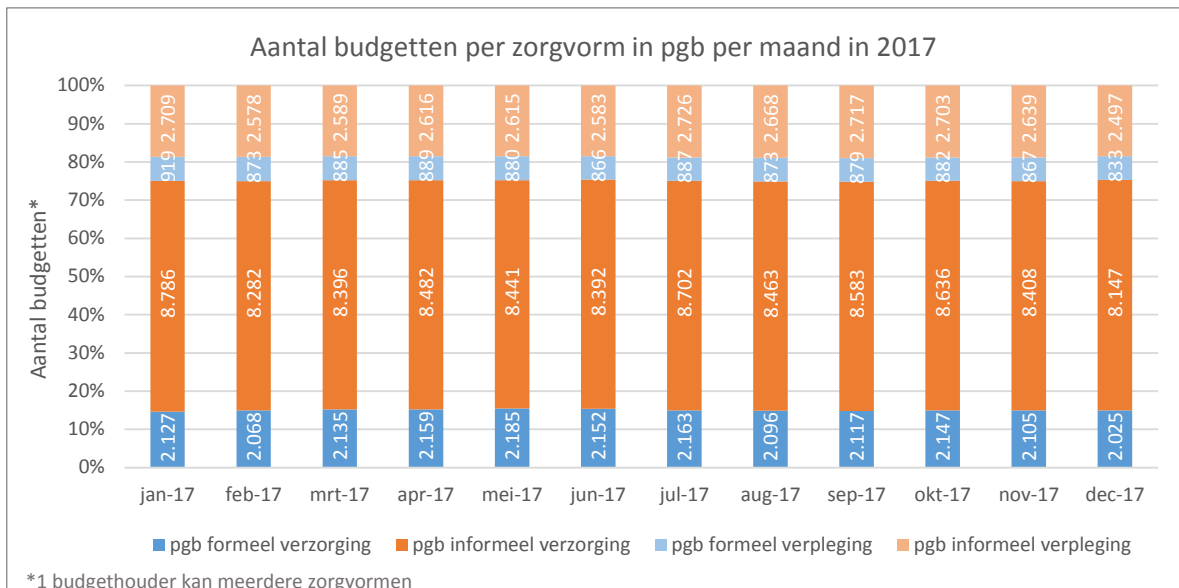
⁷ Twee zorgverzekeraars hebben over 2017 geen gegevens over klachten aangeleverd. Wij merken daarnaast op dat zorgverzekeraars verschillend om kunnen gaan met (de registratie van) meldingen en klachten die zij binnenkrijgen. De ene zorgverzekeraar start mogelijk sneller een formele klachtenprocedure dan de andere. Doordat de definitie van een klacht varieert tussen zorgverzekeraars, zijn gegevens van zorgverzekeraars onderling niet vergelijkbaar, maar kan er wel gekeken worden naar de trend in aantal klachten.



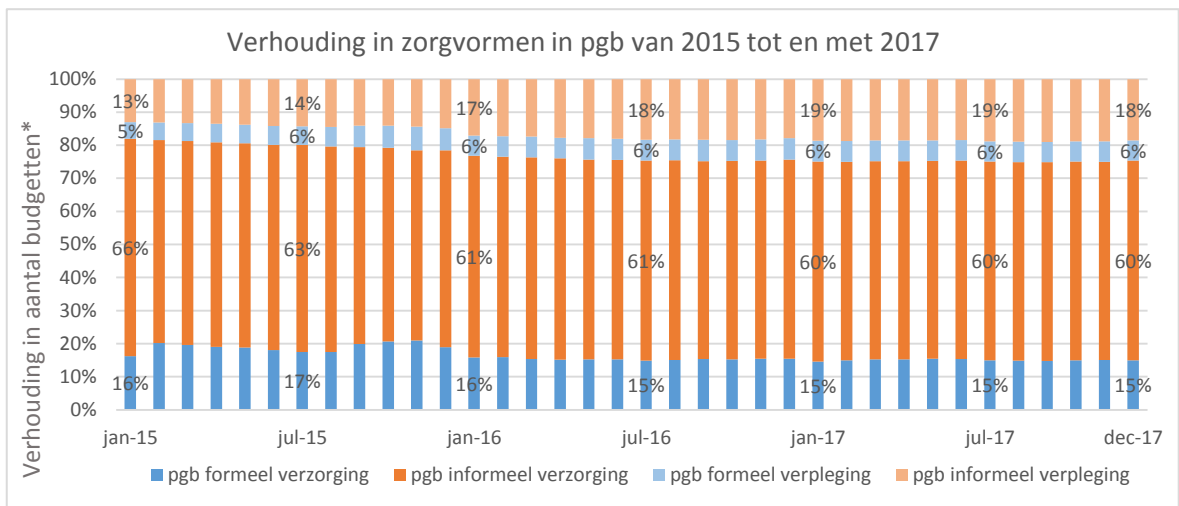
Figuur 10. Aantal klachten per maand over Zvw-pgb, op basis van gegevens van zorgverzekeraars

2.7 Zorgvormen in pgb

48 Het grootste deel van de zorg in Zvw-pgb omvat informele verpleging en/of verzorging. In 2017 was de verdeling over de zorgvormen over het hele jaar als volgt: formele verzorging 18%, informele verzorging 56%, formele verpleging 8% en informele verpleging 18% (zie figuren 11 en 12). De verhouding in formele verzorging, informele verzorging, formele verpleging en informele verpleging is over de jaren (met name tussen 2016 en 2017) ongeveer gelijk gebleven, zoals is weergegeven in figuur 12. Het gegeven dat in de bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018 is afgesproken dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om zorg in natura aan te bieden als de gekozen zorgaanbieder een contract met de verzekeraar heeft, lijkt vooralsnog niet te betekenen dat het aandeel formele zorg afneemt (omdat dit deel verschuift naar zorg in natura) (zie paragraaf 3.2).



Figuur 11. Aantal budgetten per zorgvorm (formele verzorging, informele verzorging, formele verpleging en informele verpleging) in pgb per maand in 2017, op basis van gegevens van Vektis. Alleen betrekking hebbend op declaraties die rechtstreeks bij zorgverzekeraars zijn ingediend, dus exclusief SVB-declaraties. Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) buiten beschouwing gelaten, aangezien dit minder dan 0,5% van de totale declaraties omvat



Figuur 12. Verhouding formele verzorging, informele verzorging, formele verpleging en informele verpleging in budgetten, op basis van gegevens van Vektis. Alleen betrekking hebbend op declaraties die rechtstreeks bij zorgverzekeraars zijn ingediend, dus exclusief SVB-declaraties. Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) buiten beschouwing gelaten, aangezien dit minder dan 0,5% van de totale declaraties omvat

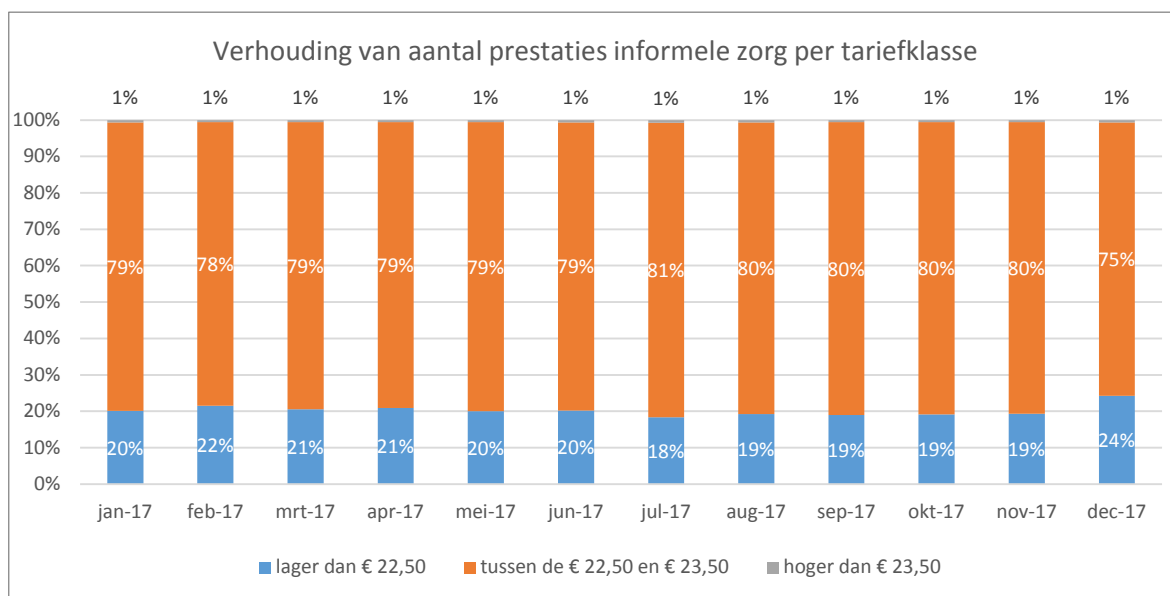
2.8 Overige bevindingen kwantitatieve en financiële gegevens

2.8.1 Gevoerde bewust-keuzegesprekken

49 Aanvullend op gevraagde informatie in monitors in voorgaande jaren, hebben wij dit jaar zorgverzekeraars gevraagd aan te geven hoeveel bewust-keuzegesprekken zij hebben gevoerd in 2017, omdat verzekeraars dit steeds meer lijken te hanteren als instrument om informatie over pgb te verstrekken en de motivatie van de budgethouder te toetsen (zie paragraaf 3.3). Twee van de tien verzekeraars waren niet in staat dit gegeven aan te leveren. Op basis van de gegevens van de overige verzekeraars lijken de meeste verzekeraars deze gesprekken te voeren. Het aantal gevoerde bewust-keuzegesprekken was in 2017 gelijk aan 90% van het aantal aanvragen dat is binnengekomen bij deze verzekeraars.

2.8.2 Gehanteerde tarieven formele en informele zorg in 2017

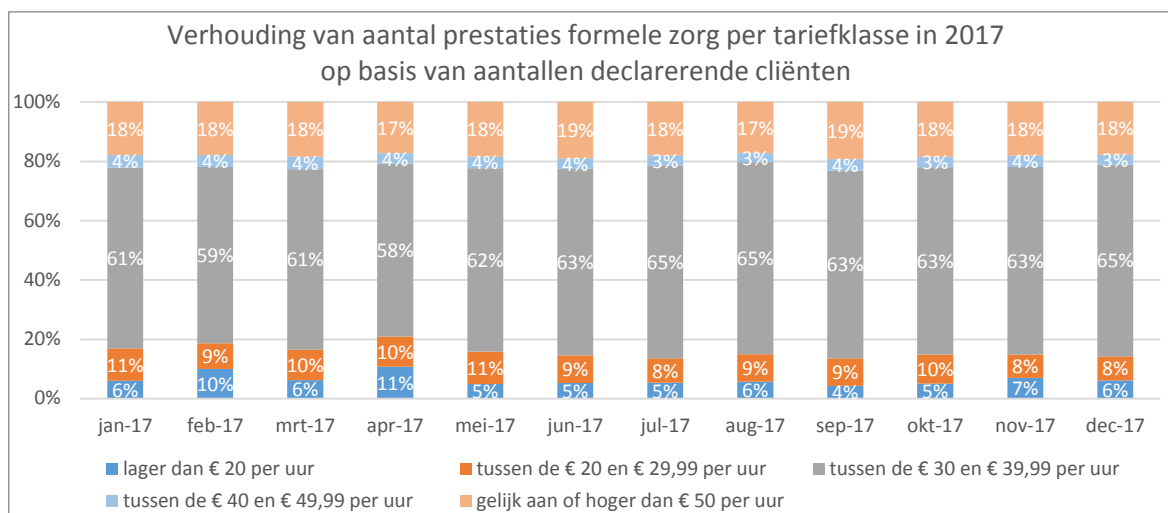
50 In deze paragraaf gaan wij in op tarieven die worden gehanteerd. Dit is door Vektis geoperationaliseerd op basis van de gemiddelde gedeclareerde kosten per uur.⁸ In 2017 lag bij 79% van de gedeclareerde prestaties voor informele zorg het tarief tussen de €22,50 en €23,50 (zie figuur 13). Dit duidt erop dat meestal het maximale tarief van €23,- wordt gehanteerd. In één van de vijf declaraties ligt het gemiddelde bedrag per uur onder €22,50. In monitors in voorgaande jaren is een andere indeling in tariefklassen gehanteerd, waardoor een vergelijking met gegevens over 2015 en 2016 niet mogelijk is.



Figuur 13. Verhouding aantal prestaties informatie zorg per tariefklasse in 2017, op basis van gegevens van Vektis

51 Tarieven voor formele zorg zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren en ook gedurende het jaar 2017 zijn geen noemenswaardige verschuivingen te zien in de tarieven die worden gehanteerd (zie figuur 14).

⁸ Hierbij zijn alleen declaraties meegenomen waarbij de aangeleverde tijdseenheid vijf minuten is of waarbij de tijdseenheid om te rekenen is naar vijf minuten. Dit betreft 73% van het totaal aan pgb-declaraties in 2017.

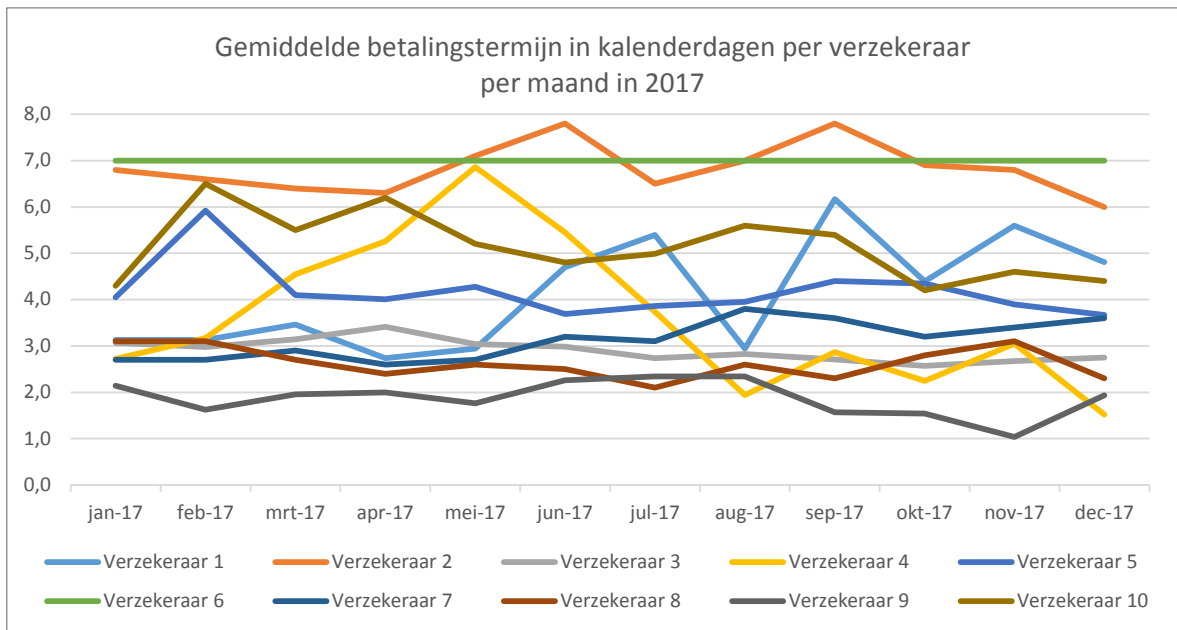


Figuur 14. Verhouding aantal prestaties formele zorg per tariefklasse in 2017, op basis van gegevens van Vektis

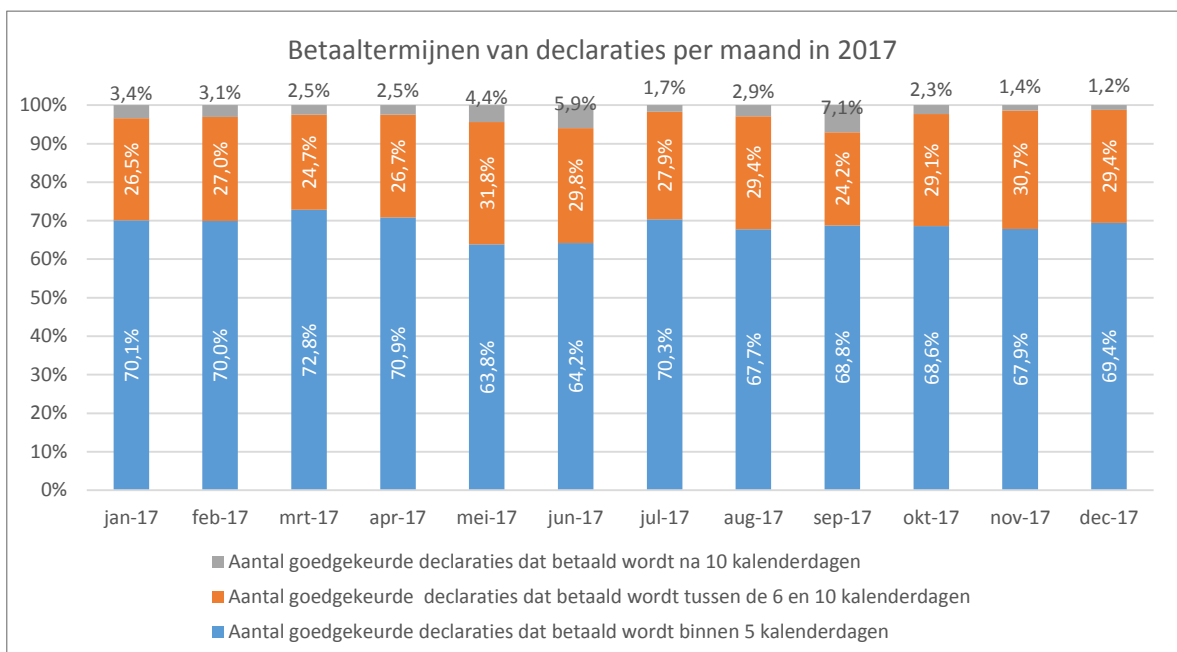
NB: verhouding gebaseerd op aantallen declarerende cliënten. Dit wijkt af van voorgaande monitors, waarin de verhoudingspercentages zijn gebaseerd op vergoede bedragen

2.8.3 Betalingstermijnen

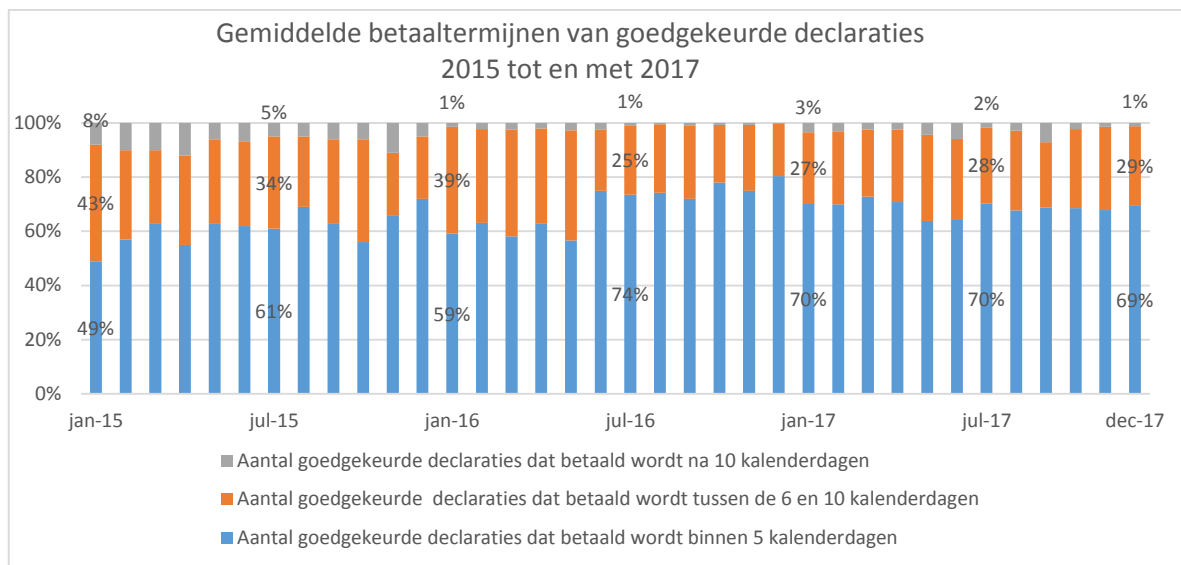
52 Net als in voorgaande monitors zijn ook dit jaar gegevens uitgevraagd over de betaaltermijnen die zorgverzekeraars realiseren voor declaraties die rechtstreeks bij hen binnenkomen. Het gaat hierbij om het aantal kalenderdagen tussen de eerste 'digitale' datum van binnenkomst van een declaratie tot de datum waarop een declaratie betaalbaar gesteld is aan de bank. De gegevens hierover zijn weergegeven in figuren 15 en 16. De gemiddelde betaaltermijn was in 2017 ongeveer vier dagen. Tussen zorgverzekeraars ligt de gemiddelde betalingstermijn tussen de twee en zeven dagen. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Sinds 2015 is het aantal declaraties dat betaald wordt binnen tien kalenderdagen toegenomen, van iets meer dan 90% in 2015 naar 97% in 2017 (zie figuur 17).



Figuur 15. Gemiddelde termijn van afhandeling van declaraties in kalenderdagen per maand per zorgverzekeraar, op basis van gegevens van zorgverzekeraars (heeft alleen betrekking op declaraties die rechtstreeks bij zorgverzekeraars binnenkomen)



Figuur 16. Gemiddelde termijn van afhandeling van declaraties in 2017, op basis van gegevens van zorgverzekeraars (heeft alleen betrekking op declaraties die rechtstreeks bij zorgverzekeraars binnenkomen)



Figuur 17. Gemiddelde betaaltermijnen van goedgekeurde declaraties, op basis van gegevens van zorgverzekeraars (heeft alleen betrekking op declaraties die rechtstreeks bij zorgverzekeraars binnenkomen)

2.9 Bij SKGZ voorgelegde klachten en geschillen⁹

53 In artikel 114, eerste lid, Zvw is door de wetgever bepaald dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie. Hiertoe is de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) door de zorgverzekeraars aangewezen. De SKGZ kent een Ombudsman Zorgverzekeringen die bemiddelt in kwesties betreffende ziektekostenverzekeringen. Daarnaast is er een Geschillencommissie Zorgverzekeringen die hierin - al dan niet bindend - adviseert.

2.9.1 Dossiers met een Zvw-pgb component

54 Sinds de introductie van het Zvw-pgb in 2015 heeft de SKGZ vele honderden zaken hierover behandeld. Met ingang van het jaar 2017 zijn de aantallen echter scherp gedaald, hetgeen is terug te voeren op het vervallen van de zogenoemde zorginhoudelijke criteria. Voorheen ging namelijk een groot deel van de voorgelegde kwesties over de planbaarheid van de zorg. In de eerste helft van het jaar was dit effect nog niet volledig zichtbaar, aangezien op grond van de toepasselijke reglementen een vrij ruime termijn geldt waarbinnen de verzekeringnemer of verzekerde een klacht of geschil kan voorleggen. Het ging hierdoor voor een deel nog om zaken uit 2016. In de tweede helft van het jaar hadden de zaken voornamelijk betrekking op het kunnen beheren van het Zvw-pgb en de hoogte van de indicatie.

55 Een aantal dossiers doorloopt eerst de fase van de bemiddeling door de Ombudsman om daarna door te gaan naar de Geschillencommissie. Deze zaken komen dus twee keer voor. De navolgende aantallen zien steeds op de dossiers in de betreffende fase van de procedure.

⁹ Deze paragraaf is geschreven door SKGZ en inhoudelijk integraal overgenomen door Significant. Significant heeft hierover enkel de eindredactie gevoerd.

56 Overigens kan worden opgemerkt dat evenals in 2015 en 2016 het aantal zaken veel lager is dan het aantal door de zorgverzekeraars ontvangen klachten met betrekking tot het Zvw-pgb, waaruit kan worden afgeleid dat veel van deze kwesties door de zorgverzekeraars worden opgelost.

2.9.2 Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

57 In het kalenderjaar 2017 zijn totaal 112 zaken met betrekking tot het Zvw-pgb afgewikkeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Doorlooptijden behandeling door Ombudsman Zorgverzekeringen

58 De doorlooptijd wordt, op grond van de Implementatiewet buitengerechtelijke geschilbeslechting consumenten, gemeten vanaf het moment dat de verzekerde alle voor de beoordeling noodzakelijke informatie heeft verstrekt. Hiertoe behoren in ieder geval: de eerste afwijzing door de zorgverzekeraar, het verzoek om heroverweging, de heroverweging door de zorgverzekeraar van zijn eerste besluit, de toestemmingsverklaring (om persoonsgegevens te kunnen registreren en informatie te kunnen uitwisselen met de zorgverzekeraar en het Zorginstituut), het polisblad, een beschrijving van de klacht en een beschrijving van de gewenste uitkomst. De doorlooptijd stopt zodra de Ombudsman de brief waarmee het bemiddelingsproces eindigt heeft ondertekend en deze wordt verzonden.

- De gemiddelde doorlooptijd voor de door de Ombudsman behandelde en afgesloten pgb-dossiers (Ombudsfase) bedroeg in 2017 35 (2016: 46) kalenderdagen;
- 95 pgb-dossiers zijn door de Ombudsman afgehandeld binnen de door de SKGZ als norm gestelde termijn van 56 dagen na aanlevering van de noodzakelijke gegevens;
- 17 dossiers die door de Ombudsman zijn behandeld hadden een doorlooptijd van meer dan 56 dagen.

	N	%
<i>Doorlooptijd minder of gelijk aan 56 dagen</i>	95	(85%)
<i>Doorlooptijd meer dan 56 dagen</i>	17	(15%)
Totaal	112	(100%)

Tabel 2. Doorlooptijden bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

59 De oorzaken van deze overschrijdingen zijn divers (zie tabel 3). De termijn van 56 dagen gaat uit van een normaal procesverloop, hetgeen inhoudt dat het dossier compleet is, de zaak tijdig aan de betrokken zorgverzekeraar wordt voorgelegd en deze tijdig en compleet antwoordt, zodat met één ronde van hoor en wederhoor de bemiddeling kan worden afgerond. Vertraging ontstaat vooral doordat partijen niet of te laat reageren of doordat de zorgverzekeraar besluit tot nader onderzoek en hiervoor om uitstel vraagt.

	N
<i>Nieuw ontvangen informatie van verzekerde was aanleiding een of meerdere keren de verzekeraar opnieuw aan te schrijven</i>	3
<i>Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekerde (rapport verzonden)</i>	5
<i>Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekeraar (rapport verzonden)</i>	1
<i>Overschrijding ten gevolge van verleend uitstel aan verzekeraar</i>	1
<i>Overschrijding < 10 dagen, diverse oorzaken</i>	7
Totaal	17

Tabel 3. Reden overschrijding doorlooptijd dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers met een doorlooptijd van meer dan 56 dagen)

60 De gemiddelde doorlooptijd van de door de Ombudsman Zorgverzekeringen behandelde pgb-dossiers (Ombudsfase) van 35 dagen is zeven dagen korter dan de gemiddelde doorlooptijd van alle in deze fase behandelde dossiers (42 dagen). Het teruglopen van de doorlooptijd van alle dossiers ten opzichte van 2016 heeft te maken met structurele verbeteringen in het proces waarmee in 2016 is gestart. Die verbetering is nog niet afgerond. Zo is in 2017 gestart met de SKGZ Berichtenbox, een medium om digitaal informatie te kunnen uitwisselen. Specifiek voor de zaken over het Zvw-rgb geldt daarnaast dat door de ervaring met de materie die in de voorafgaande twee jaren is opgedaan, zaken nu sneller kunnen worden afgehandeld dan voorheen.

Afwikkeling dossiers

61 De wijze waarop de pgb-dossiers zijn afgewikkeld inclusief de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is te vinden in tabel 4. Als de klacht ongegrond was, werd het dossier gesloten zonder dat werd bemiddeld. In die gevallen waarin wel werd bemiddeld, werd hetzij een oplossing bereikt waarmee de verzekerde kon instemmen, hetzij bleef een oplossing uit omdat de zorgverzekeraar zijn standpunt handhaafde. Verdere bemiddeling was in die laatste situatie niet zinvol.

	N	%
<i>Bemiddeling is gestaakt vanwege gebrek aan medewerking verzekerde</i>	1	(1%)
<i>Bemiddeling is gestaakt vanwege gebrek aan medewerking zorgverzekeraar</i>	0	(0%)
<i>Belang te gering/verzoek vexatoir</i>	0	(0%)
<i>Verzoek tot bemiddeling ingetrokken door verzekerde</i>	4	(3%)
<i>Ombudsman Zorgverzekeringen niet bevoegd</i>	6	(5%)
<i>Verzoek kennelijk niet ontvankelijk</i>	6	(5%)
<i>Verzoek kennelijk ongegrond</i>	22	(20%)
<i>Verdere bemiddeling niet zinvol</i>	55	(50%)
<i>Zorgverzekeraar komt naar de mening van verzekerde voldoende tegemoet</i>	18	(16%)
Totaal	112	(100%)

Tabel 4. Uitkomst dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers)

2.9.3 *Geschilbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen*

62 Al dan niet na bemiddeling door de Ombudsman kan de verzekerde zijn zaak voor een bindend advies voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Het bindend advies levert, anders dan een rechterlijk of arbitraal vonnis, geen executoriale titel op. Dit betekent dat indien aan de uitspraak van de commissie geen gevolg wordt gegeven door de verzekeraar de betrokken verzekerde naleving moet afdwingen door rechterlijke tussenkomst. In de praktijk is dit echter eigenlijk nooit nodig gebleken. De zorgverzekeraars hebben toegezegd loyaal te zullen meewerken en uitvoering te geven aan de bindende adviezen van de commissie. Indien de zorgverzekeraar dit niet doet, dan neemt de SKGZ contact op met de betreffende zorgverzekeraar. De ervaring is dat het bindend advies daarna alsnog wordt opgevolgd.

63 Is een van de betrokken partijen het niet eens met de uitkomst van de procedure, dan kan hij daartegen geen beroep instellen. Wel kan deze partij zich tot de bevoegde rechter wenden voor een marginale toetsing. Dit is evenwel zelden aan de orde, en er is tot op heden door de burgerlijke rechter geen enkel bindend advies van de commissie ontbonden.

Doorlooptijden behandeling door Geschillencommissie Zorgverzekeringen

64 De behandeling van een zaak door de Geschillencommissie kost per definitie meer tijd dan de bemiddeling door de Ombudsman. Eerst dient de verzekerde het entreegeld van € 37,- te voldoen, en dit liet in een aantal gevallen op zich wachten. Na ontvangst van het entreegeld wordt de zaak beoordeeld door een medewerker die niet eerder bij de behandeling betrokken is geweest. Deze kan het nodig achten nadere informatie op te vragen bij de verzekerde. Is het dossier compleet en zijn de geschilpunten helder, dan wordt de zorgverzekeraar om een reactie gevraagd. Een afschrift hiervan gaat naar de verzekerde. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw is de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland indien het geschil betrekking heeft op (de vergoeding van) de zorg of de overige diensten als bedoeld in artikel 11 Zvw. Hiertoe worden alle in het dossier aanwezige stukken aan het Zorginstituut gezonden. Met de advisering door deze instantie zijn in beginsel maximaal vier weken gemoeid. Aldus is bepaald in artikel 114, vierde lid, Zvw. Ten slotte wordt een hoorzitting gepland, waarbij partijen in de gelegenheid worden gesteld op het advies van het Zorginstituut en elkaars standpunten te reageren. Uiteindelijk brengt de Geschillencommissie een bindend advies uit. Dit wordt normaliter binnen twee weken na de hoorzitting aan partijen gestuurd en gepubliceerd op de website van het Kennisplein Ziektekostenverzekeringen (www.kpzv.nl). Waar in dit stuk wordt verwezen naar bindende adviezen, zijn deze op de site terug te vinden onder het zaaknummer.

65 In 2017 werden de volgende resultaten geboekt:

- Behandeld werden 33 zaken op het terrein van het pgb. Gerekend vanaf de datum van het voorleggen aan de Geschillencommissie bedroeg de gemiddelde doorlooptijd voor de afgesloten pgb-dossiers in 2017 126 (2016: 136) kalenderdagen;
- 32 pgb-dossiers zijn afgehandeld binnen de door de SKGZ als norm gestelde termijn van 180 dagen;
- 1 pgb-dossier dat is behandeld door de Geschillencommissie had een doorlooptijd van meer dan 180 dagen. Door diverse oorzaken beliep de doorlooptijd van dit dossier uiteindelijk 275 dagen.

66 In de monitor 2016 is aandacht besteed aan het verkorten van de doorlooptijd voor de behandeling van Zvw-pgb dossiers. Destijds zijn extra gelden ingezet om enerzijds het langs elektronische weg voorleggen van een zaak te vergemakkelijken door de bouw van een portal, en anderzijds extra zittingen te houden. Het uitgangspunt hierbij was de pgb-zaken zo vlot mogelijk af te wikkelen, echter zonder deze voorrang te geven ten opzichte van andere geschillen. Dit zou immers niet fair zijn naar verzekerden met een geschil op een ander terrein.

Uitkomst van de behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

67 In 2017 zijn 33 Zvw-pgb zaken afgehandeld. In tabel 5 is de verdeling naar uitkomst weergegeven. Indien een meerjarige vergelijking wordt gemaakt, moet worden opgemerkt dat de uitkomstregistratie in 2016 en 2017 iets afwijkt van die in 2015.

	N	%
<i>Geschillencommissie niet bevoegd</i>	0	(0%)
<i>Verzoek niet-ontvankelijk</i>	0	(0%)
<i>Belang te gering/verzoek vexatoir</i>	0	(0%)
<i>Verzoek ingetrokken</i>	1	(3%)
<i>Verzoek (gedeeltelijk) toegewezen</i>	4	(12%)
<i>Verzoek afgewezen</i>	28	(85%)
<i>Zorgverzekeraar komt naar de mening van verzekerde voldoende tegemoet</i>	0	(0%)
Totaal	33	(100%)

Tabel 5. Uitkomst dossiers Geschillencommissie Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers)

Diverse soorten Zvw-pgb-dossiers

68 In het voorafgaande werd al opgemerkt dat de zogenoemde zorginhoudelijke criteria met ingang van 1 januari 2017 zijn vervallen. In 2016 hadden 83 van de 118 in dat jaar afgehandelde dossiers (85%) hierop betrekking. In de tweede plaats kwamen toen de zaken over het kunnen beheren van het Zvw-pgb. In 2017 behandelde de Geschillencommissie zaken die betrekking hadden op kwesties die speelden in 2016 en 2017. Een overzicht van de verdeling van deze Zvw-pgb dossiers is opgenomen in tabel 6.

	N	%
<i>Indicatie</i>	8	(24%)
<i>Kunnen beheren pgb</i>	2	(6%)
<i>Zorginhoudelijke criteria</i>	13	(40%)
<i>Tarief formeel versus informeel tarief</i>	1	(3%)
<i>Overig</i>	9	(27%)
Totaal	33	(100%)

Tabel 6. Verdeling Zvw- pgb-dossiers 2017

69 In het navolgende worden de diverse hoofdcategorieën, zoals opgenomen in tabel 6, toegelicht.

Indicatie

70 Bij deze categorie gaat het met name om de door de zorgverzekeraar vastgestelde verzekerings-indicatie. Op grond van de regelgeving ligt het primaat bij de indicierend wijkverpleegkundige, niveau 5. De door deze gestelde indicatie vormt voor de zorgverzekeraar in beginsel een gegeven. Dit neemt niet weg dat de zorgverzekeraar kan vaststellen dat zorg in de indicatiestelling is betrokken die niet onder de Zvw valt maar bijvoorbeeld onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals begeleiding naar een arts of ziekenhuis. Of dat alternatieven voor verpleging en verzorging aangewezen zijn, zoals het gebruik van bepaalde hulpmiddelen. Dit kan ertoe leiden dat in overleg met de indicierend verpleegkundige tot een lagere indicatie wordt gekomen.

71 Voor Intensieve Kindzorg (IKZ) geldt onder andere als eis dat sprake moet zijn van een noodzaak tot permanent toezicht. Kan deze noodzaak niet worden onderbouwd, dan bestaat geen aanspraak (zaak GC 201700704).

Kunnen beheren van het Zvw-pgb

72 In artikel 2 van het (model)reglement is bepaald dat de verzekerde in staat moet zijn zelf of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het pgb te beheren. In 2017 behandelde de commissie een tweetal zaken waarin volgens de zorgverzekeraar niet aan deze eis werd voldaan. Het niet (goed) machtig zijn van de Nederlandse taal hoeft hierbij volgens de Geschillencommissie overigens geen beletsel te zijn. Soms volstaat het als een familielid als tolk kan optreden. Waar het om gaat is dat betrokkene in staat is de verplichtingen die aan een Zvw-pgb zijn verbonden goed na te komen. Iemand die als wanbetaler is aangemeld bij het Zorginstituut zal hieraan meestal niet voldoen. Het kunnen beheren van de eigen financiële administratie is een absolute voorwaarde voor een Zvw-pgb en de status van wanbetaler vormt een aanwijzing dat betrokkene hiertoe niet in staat is. Ook als hij of zij het wel kan, is er een bezwaar aangezien de zorgverzekeraar de bevoegdheid tot verrekening zal hebben bedongen en eventuele (andere) schuldeisers beslag zouden kunnen leggen op de pgb-gelden. Deze zouden bovendien kunnen worden ingezet om andere schulden te voldoen. Enkele zorgverzekeraars hebben, ter voorkoming van oneigenlijk gebruik van de pgb-gelden en om dubbele verstrekking te voorkomen (bij verrekening van het pgb met een openstaand bedrag bestaat immers recht op zorg in natura), in hun reglement opgenomen dat ingeval van een premieachterstand van vier maanden of meer dan wel aanmelding bij het Zorginstituut geen pgb wordt verstrekt, en dat gebruik kan worden gemaakt van zorg in natura. Aldus wordt tevens voorkomen dat pgb-gelden worden verrekend met achterstallige betalingen, waarna de verzekerde alsnog een beroep moet doen op zorg in natura en feitelijk dus sprake is van dubbele verstrekking (zaak GC 201700589).

Zorginhoudelijke criteria

73 Op grond van artikel 3 van het tot en met 31 december 2016 toepasselijke (model)reglement moest zijn voldaan aan één of meer van de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft vaak (meer dan driemaal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- De verzekerde 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 verzekerde heeft zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- Er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

74 Evenals in 2016, ging het in veel van de in 2017 behandelde zaken (die deels betrekking hadden op 2016), om de vraag of de zorg planbaar was. Door de betrokken verzekerden werd het toiletbezoek vaak aangevoerd als argument voor het niet-planbaar zijn van de zorg. Dit argument kan volgens de commissie niet altijd overtuigen. Vereist is dat de zorg deel uitmaakt van de indicatiestelling, dat sprake is van bijzondere omstandigheden, en dat een alternatieve oplossing - met name het gebruik van incontinentiemateriaal - niet toereikend is. Met enige regelmaat is door verzekerden aangevoerd dat een pgb is aangewezen in verband met bidden en/of rituele wassingen. De Geschillencommissie ging daar in voorkomend geval niet in mee.

Overig

75 Hieronder valt een breed scala van zaken. Deze betreffen onder andere privacyaspecten (zaak GC 201700619), de ingangsdatum van het Zvw-pgb, en samenloop met de Wlz of Wmo (zaak GC 201700239). Vermeldenswaard zijn hier nog de zaken waarin de zorg werd verleend door een daartoe door de (formele) zorgaanbieder in dienst genomen familielid, zonder dat de zorgverzekeraar hiervoor om toestemming was verzocht. Daarmee werd volgens de Geschillencommissie gehandeld in strijd met het reglement (bijvoorbeeld: zaak GC 201602094).

2.10 Beschouwing op kwantitatieve en financiële gegevens

76 De kwantitatieve en financiële gegevens in zijn geheel overziend, lijkt na grote veranderingen in 2015 en 2016 de situatie in 2017 wat meer te stabiliseren of te kenteren, afhankelijk van de indicator. Na een sterke daling in het aantal budgethouders in de eerste twee jaren, neemt het aantal budgethouders in 2017 toe. Het gemiddelde gedeclareerde bedrag per budgethouder is in 2017 iets hoger dan in 2016, maar dit verschil is relatief klein vergeleken met het verschil tussen 2016 en 2015. De totale uitgaven en de verhouding tussen pgb en zorg in natura zijn relatief stabiel. Hetzelfde geldt voor de verhouding in verschillende zorgvormen, gehanteerde tarieven en betalingstermijnen. Het aantal weigeringen en klachten is in de loop van de drie jaren sterk afgenomen en lijkt ook te stabiliseren in 2017. Deze ontwikkelingen duiden erop dat sinds de invoering van het Zvw-pgb per 2015 een grote doorontwikkeling is gemaakt in de uitvoering, met name door zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen, voor wie het Zvw-pgb in 2015 geheel nieuw was.

3. Doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb in de praktijk

77 Dit hoofdstuk gaat in op het tweede doel van de evaluatie: het verkrijgen van inzicht in de doeltreffendheid en de effecten van het pgb *in de praktijk*. De ervaringen van budgethouders, Per Saldo, zorgverzekeraars en indicerende wijkverpleegkundigen met het Zvw-pgb zijn onderdeel daarvan. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op diepte-interviews met budgethouders, wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars en belangenorganisaties (zie paragraaf 1.3).

78 In dit hoofdstuk geven wij eerst een algemene beschouwing, waarbij wij ingaan op bevindingen die overkoepelend zijn en op meerdere aspecten van het Zvw-pgb betrekking hebben. Vervolgens gaan wij in paragraaf 3.2 tot en met 3.6 in op de volgende verschillende aspecten van doeltreffendheid en effecten van het Zvw-pgb in de praktijk:

- a. Doeltreffendheid van het pgb in het algemeen;
- b. De toepassing van toegangsvoorwaarden;
- c. Indicatiestelling;
- d. (Zicht op) kwaliteit en doelmatigheid van de zorg;
- e. Overige bevindingen ten aanzien van informatievoorziening, aanvraagproces en administratieve lasten, fraude en oneigenlijk gebruik en de mate waarin de tarieven zijn.

Wij starten elke paragraaf met een kader waarin de belangrijkste bevindingen over het betreffende onderwerp zijn samengevat.

3.1 Algemene beschouwing



Op basis van gesprekken komen de volgende algemene bevindingen naar voren:

- Vanuit basisprincipes bestaan **verschillende belangen en visies op het Zvw-pgb**. Dit maakt het lastig afspraken op bestuurlijk niveau in de praktijk te implementeren;
- Er is **geen eenduidig beeld bij kwaliteit van zorg**: voor zorgverzekeraars gaat kwaliteit om het behalen van gezondheidsdoelen, werken aan zelfredzaamheid en beheersbaarheid. Deze aspecten zijn voor budgethouders veel minder van belang. Voor hen wordt kwaliteit van zorg gekenmerkt door onder andere de juiste bejegening, vaste zorgverleners en zorg op momenten dat het hen uitkomt;
- Op beleidsniveau wordt vaak een andere taal gesproken dan in de praktijk. Beleidstaal richt zich bijvoorbeeld op doelmatigheid van zorg en gezondheidsverbetering, terwijl deze thema's voor budgethouders niet centraal staan. Daarnaast is op beleidsniveau en onder zorgverzekeraars een **focus op** de gevallen die niet goed gaan. Dit zorgt voor een **negatieve beeldvorming**;
- Er is sprake van **wisselende kwaliteit van indicatiestelling onder wijkverpleegkundigen**. Factoren die hierbij een rol spelen zijn: ervaring, emotionele betrokkenheid bij de cliënt, vertrouwen in eigen professionaliteit en een gebrek aan intercollegiale toetsing en intervisie;
- Door een **strikte invulling van rollen en rolgebonden communicatie** tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen is (nog) geen sprake van een gelijkwaardige samenwerking en vindt beperkt verbetering van het proces plaats.

79 Op basis van gesprekken die wij hebben gevoerd met budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars, komt een aantal algemene bevindingen naar voren die overkoepelend zijn en op meerdere

aspecten van het Zvw-pgb betrekking hebben. Deze algemene bevindingen raken de volgende diverse thema's:

- a. Verschillende belangen en visies op pgb;
- b. Geen eenduidig beeld bij kwaliteit van zorg;
- c. Focus op negatieve beeldvorming;
- d. Professionaliteit en kwaliteit van beroepsgroep wijkverpleegkundigen is wisselend;
- e. Invulling van rollen belemmert samenwerking en lerend systeem.

In deze algemene beschouwing geven wij nader toelichting op deze verschillende thema's.

3.1.1 *Verschillende belangen en visies op Zvw-pgb*

80 Uit gesprekken blijkt dat budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars zeer verschillend aankijken tegen de doelen, randvoorwaarden en uitvoering van het Zvw-pgb. Hier zitten vaak verschillende basisprincipes achter. Een voorbeeld van een dergelijke tegenstelling is de behoefte aan eigen regie aan de kant van budgethouders versus de behoefte aan beheersbaarheid en doelmatigheid van de zorg en inzicht in kwaliteit aan de kant van zorgverzekeraars. Deze uiteenlopende perspectieven bestaan niet alleen tussen de verschillende belangengroepen, maar ook binnen deze groepen leven verschillende beelden.

81 Ondanks dat de goede intentie er is, en er stappen worden gezet, maakt dit het moeilijk om bestuurlijke afspraken in de praktijk te implementeren. Door verschillende beelden bij de doelen van de bestuurlijke afspraken en soms ook verschillende interpretaties over de betekenis van de afspraken voor de uitvoering in de praktijk wordt op delen van de bestuurlijke afspraken beperkt of op verschillende wijzen invulling gegeven in de praktijk (zie hoofdstuk 4).

82 Een voorbeeld hiervan is dat het beeld van eigen regie en 'recht hebben op' in combinatie met inkomensafhankelijkheid bij budgethouders het gesprek over kwaliteit en doelmatigheid van zorg, twee aspecten die voor zorgverzekeraars van belang zijn, bemoeilijkt. Dit spanningsveld lijkt daardoor ook de implementatie van het cyclisch proces van indiceren en evalueren te remmen. Door de indicatiestelling en evaluatie een doorlopend proces te maken, ervaren budgethouders namelijk dat de eigen regie en de zekerheid van een vaststaand budget onder druk komt te staan.

83 Een ander voorbeeld van beelden die op gespannen voet staan, is dat (een deel van de) budgethouders en wijkverpleegkundigen een tegenstelling ervaren tussen de afspraak dat de indicatie niet mag worden gesteld door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan de verzekerde zal gaan leveren (tenzij het een door de zorgverzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde zorgaanbieder is) en de voorkeur die zij zelf hebben om zorg verlenend verpleegkundigen een rol te geven bij de indicatiestelling (zie paragraaf 3.4). Daarnaast kan de 'onafhankelijkheidsafpraak' de implementatie van het cyclisch proces van leren en evalueren remmen, omdat in de praktijk wijkverpleegkundigen die niet bij de levering van de zorg betrokken zijn om verschillende redenen uit beeld raken na de indicatiestelling (zie ook paragraaf 3.4). Gerelateerd hieraan zijn er ook verschillende beelden bij wanneer een verpleegkundige onafhankelijk is. De beroepsvereniging zegt hierover dat een verpleegkundige die voldoet aan eigen beroepsnormen en code altijd onafhankelijk zou moeten zijn. Het maakt dan niet uit of een verpleegkundige de zorg zelf levert. Dit perspectief staat in contrast met het perspectief van zorgverzekeraars, die volledige onafhankelijkheid van

wijkverpleegkundigen in de praktijk niet ervaren. Zij hebben de indruk dat wijkverpleegkundigen meer afgaan op de *zorgvraag* van de budgethouder dan de *zorgbehoefte* (zie paragraaf 3.4.4.).

3.1.2 *Geen eenduidig beeld bij kwaliteit van zorg*

84 Verschillende belangen komen expliciet naar voren in het verschil in visie op kwaliteit van zorg. Voor zorgverzekeraars is kwalitatief goede zorg efficiënt, goed meetbaar, zorg die voldoet aan beroepsrichtlijnen en kwaliteitsstandaarden en zorg waarbij wordt gewerkt aan het behalen van gezondheidsdoelen en zelfredzaamheid. Bovenstaande aspecten zijn voor budgethouders veel minder van belang. Voor hen wordt de kwaliteit van zorg gekenmerkt door onder andere goede bejegening, vaste zorgverleners en voldoende beschikbare tijd op flexibele momenten die voor hen uitkomen.

85 Hierbij spelen daarnaast verschillen tussen informele en formele zorg en tussen verpleging en verzorging, die soms de discussie vertroebelen. Zorgverzekeraars vinden het met name bij informele zorg lastig dat zij beperkt grip hebben op de levering van de zorg en de kwaliteit ervan. Informele zorg kan, volgens wijkverpleegkundigen en budgethouders, echter alsnog op de verwachtingen aansluiten en voldoen aan richtlijnen en standaarden, zonder dat dat te meten is aan bijvoorbeeld bijscholing, registraties en certificaten. Aanvullend hierop is tussen verzorging en verpleging een verschil in kwaliteitsbeleving. Voor budgethouders zijn bij verzorging met name bejegening en waardigheid belangrijk. Bij verpleging draait kwalitatief goede zorg echter om het uitvoeren van voorbehouden handelingen en alle kwaliteitsstandaarden die hieraan verbonden zijn. Dit is zowel vanuit het perspectief van budgethouders als vanuit zorgverzekeraars van belang.

3.1.3 *Focus op negatieve beeldvorming*

86 Uit gesprekken met belangenvertegenwoordigers die betrokken zijn bij de beleidsontwikkeling en budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars die met de uitvoering van het Zvw-pgb te maken hebben, valt op dat op beleidsniveau een andere taal wordt gesproken dan in de praktijk. Beleidstaal richt zich bijvoorbeeld op doelmatigheid van zorg en het behalen van verbetering van gezondheid en zelfredzaamheid. Dit strookt echter niet met de belevingswereld van (een deel van de) budgethouders en wijkverpleegkundigen. Zij geven aan dat vaak geen verbetering mogelijk is en dat dit in die gevallen ook niet centraal staat in indicatiestelling en de zorgpraktijk. Zij kijken dan veel meer naar wat nodig is om de budgethouder een zo veel als mogelijk 'eigen leven te laten leiden' en 'het voorkomen van erger', in plaats van dat zij zich richten op verbetering.

87 In dit kader merken wij tevens op dat de focus op beleidsniveau en bij zorgverzekeraars vaak ligt op een klein deel van de budgethouders waar het niet goed gaat, waar bijvoorbeeld twijfels zijn over de mate waarin de budgethouder in staat is het pgb te beheren, waar samenloop is tussen domeinen of waar beperkt gewerkt wordt aan verbetering van gezondheid en zelfredzaamheid. Deze budgethouders vragen voor zorgverzekeraars veel aandacht en hun casuïstiek komt terug in meldingen en klachten, terwijl de budgethouders waar het goed gaat nauwelijks in beeld komen. Een groot deel van de budgethouders heeft het pgb-beheer goed geregeld, is zelf kritisch op de kwaliteit van zorg en zou liever minder dan meer zorg willen ontvangen.

3.1.4 *Professionaliteit en kwaliteit van beroepsgroep wijkverpleegkundigen is wisselend*

88 Zorgverzekeraars geven aan de kwaliteit van indicaties als erg wisselend te ervaren. Een belangrijke oorzaak hiervan lijkt een wisselende professionaliteit en kwaliteit van de beroepsgroep wijkverpleegkundigen te zijn, op het vlak van indicatiestellingen. Factoren die een rol spelen voor de professionaliteit van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige zijn: het ervaringsniveau van wijkverpleegkundigen in het aantal (pgb-)indicaties dat hij/zij heeft gesteld, emotionele betrokkenheid bij de cliënt, onzekerheid in het zelfstandig werken in de wijk en een gebrek aan intercollegiale toetsing en intervisie. Hierbij lijken beschikbare indicatietools, kennisbijeenkomsten en andere middelen de groep wijkverpleegkundigen die dit het meeste 'nodig heeft' - in de meeste gevallen de minst ervaren indicatiestellers - niet goed te bereiken.

3.1.5 *Strikte invulling van rollen belemmert samenwerking en lerend systeem*

89 Wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars hebben gescheiden rollen en houden zich hier strikt aan. Er is (op casusniveau) wel veel onderlinge communicatie, maar deze is voornamelijk rolgebonden: zorgverzekeraars nemen vaak pas contact op met wijkverpleegkundigen bij vragen over de indicatie vanuit een toetsende en controlerende rol, en wijkverpleegkundigen nemen vaak pas contact op met zorgverzekeraars als zij een vraag hebben over de mogelijkheden binnen het Zvw-pgb of in reactie op vragen van verzekeraars. Hierdoor is (nog) geen sprake van een gelijkwaardige samenwerking en vindt beperkt verbetering van het proces plaats. Een voorbeeld van een mogelijk te behalen verbetering is dat zorgverzekeraars meer pro-actief terugkoppeling geven aan wijkverpleegkundigen over de uitkomst van de pgb-toekenning. Ook bestaat een behoefte vanuit zorgverzekeraars om meer signalen te ontvangen vanuit wijkverpleegkundigen over de pgb-vaardigheid van budgethouders.¹⁰ Zo wordt een meer lerend systeem gecreëerd (zie ook paragraaf 5.1).

¹⁰ Opgemerkt moet worden dat hierbij privacy-overwegingen een rol spelen.

3.2 Doeltreffendheid van het pgb in het algemeen



**Er is geen eenduidige conclusie te trekken over de algemene doeltreffendheid van het Zvw-
pgb.** In het kader van doeltreffendheid spelen de volgende elementen een rol:

- **Het pgb biedt cliënten de mogelijkheid eigen regie te voeren.** Eigen regie zorgt voor waardigheid bij budgethouders en heeft ook maatschappelijke meerwaarde, doordat het budgethouders in staat stelt maatschappelijk te participeren. Wel staat de eigen regie onder druk door verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars bestedingsvrijheid bieden;
- **Volgens de wet is het Zvw-
pgb een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura, maar dit is door een aantal aspecten in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend.** Dit komt doordat cliënten niet altijd een bewust, goed geïnformeerde keuze voor pgb of ZiN maken op het juiste moment, bijvoorbeeld omdat standaard naar ZiN wordt verwezen. Anderzijds kiezen budgethouders soms voor pgb omdat het ZiN-aanbod voor hen ontoereikend is. In de beleving van zorgverzekeraars is geen sprake van gelijkwaardigheid, vanwege beperkte grip op kwaliteit en doelmatigheid van zorg bij pgb ten opzichte van ZiN;
- **Het behalen van gezondheidsdoelen** staat voor budgethouders niet centraal in hun belevingswereld. Voor zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen is dit wel een belangrijk thema. Ze ervaren daarbij geen of weinig controle op de toegang en de kwaliteit van de (informele) zorg;
- **De ervaren doeltreffendheid is verschillend voor verschillende doelgroepen budgethouders,** onder de randvoorwaarde dat de budgethouder in staat moet zijn het pgb te beheren. Er is bijvoorbeeld onder partijen overeenstemming dat het pgb doeltreffend is voor chronisch zieken met een complexe en stabiele zorgbehoefte. Maar voor een groep cliënten met een meer eenvoudige en/of instabiele zorgvraag verschillen verscheidene belangengroepen van mening over de mate waarin het Zvw-
pgb doeltreffend is.

90 Voordat wij ingaan op de verschillende aspecten van het Zvw-
pgb die bijdragen aan de doeltreffendheid en effectiviteit van het Zvw-
pgb in de praktijk (paragraaf 3.3 tot en met 3.6), is deze paragraaf gericht op de doeltreffendheid van het Zvw-
pgb in het algemeen. In het toetsingskader van de evaluatie (zie bijlage B) is de doeltreffendheid gedefinieerd als de vraag in hoeverre de beoogde doelen van het Zvw-
pgb worden behaald. In algemene zin omvatten deze beoogde doelen de volgende drie elementen:

1. De mate waarin ruimte voor eigen regie wordt ervaren;
2. Of het pgb als een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura wordt ervaren;
3. In hoeverre gezondheidsdoelen zoals in het zorgplan vastgesteld worden behaald.

In subparagrafen 3.2.1. tot en met 3.2.3. gaan wij achtereenvolgens in op deze drie elementen. In paragraaf 3.2.4. komen wij tot een 'conclusie' ten aanzien van de algemene ervaren doeltreffendheid van het pgb, waarbij wij onderscheid maken in verschillende doelgroepen van cliënten.

3.2.1 Eigen regie

91 Zowel budgethouders, wijkverpleegkundigen als zorgverzekeraars benoemen het feit dat het pgb er is en dat daardoor cliënten de mogelijkheid hebben om eigen regie te voeren als de succesfactor van het Zvw-
pgb. Het pgb biedt de mogelijkheid zelf te kunnen kiezen wie de zorg verleent, op momenten dat de budgethouder dat wil (meestal 's ochtends vroeg, 's avonds of 's nachts). Vaak kiezen budgethouders hierbij voor een kleine groep, bekende, zorgverleners. Het hebben van eigen regie heeft verschillende (positieve) effecten.

- 92 In de eerste plaats zorgt de eigen regie voor meer waardigheid voor budgethouders doordat bijvoorbeeld:
- a. Budgethouders hun leven kunnen inrichten op de door hen gewenste manier;
 - b. Een gelijkwaardige relatie en een sterke vertrouwensband tussen de budgethouder en (formele en informele) zorgverleners ontstaat. Op het moment dat budgethouders een werkgeversrol bekleden, voelen zij zich minder afhankelijk en/of bezwaard ten opzichte van hun zorgverleners;
 - c. Het pgb de mogelijkheid biedt op vakantie te gaan op de manier zoals de budgethouder dat wil. Het maakt het mogelijk te kiezen tussen bijvoorbeeld het op vakantie mee laten gaan van de eigen formele zorgverlener, zorg speciaal voor de vakantie in te kopen, of juist minder of geen gebruik te maken van formele zorg, omdat de partner op vakantie informele zorg verleent. Een deel van de budgethouders vindt het namelijk prettig op vakantie juist geen zorgverlener-zorgontvanger relatie te hebben;
 - d. Budgethouders zelf bepalen wat de kwaliteit van zorg is en deze kunnen bewaken;
 - e. Intieme verzorging door een bekende uitgevoerd wordt of door iemand met dezelfde culturele achtergrond.

93 Daarnaast is een belangrijk effect van het hebben van eigen regie dat het ervoor zorgt dat budgethouders in staat zijn maatschappelijk te participeren, bijvoorbeeld in de vorm van betaald werk. Dit levert niet alleen waardigheid voor de budgethouder op, omdat hij hierdoor het gevoel heeft van meerwaarde te zijn voor de maatschappij en zich daardoor minder afhankelijk voelt. Dit is ook een effect dat op maatschappelijk niveau van belang is (benoemd door budgethouders). Het pgb kan daarnaast voorkomen dat iemand wordt opgenomen in een zorginstelling, waar ook zowel de individuele budgethouder als de maatschappij baat bij kan hebben. Tot slot geven budgethouders aan dat het voor informele zorgverleners prettig is dat er compensatie is, wanneer de zorg het hebben van een (voltijds) baan onmogelijk maakt. Dit speelt bij uitstek bij ouders die een kind hebben met een intensieve zorgvraag. Zorgverzekeraars staan kritischer tegenover dit laatste punt, omdat het pgb een instrument is om zorg in te kopen en geen inkomensvoorziening.

94 Ondanks alle positieve effecten van eigen regie, staat deze in de praktijk in de ervaring van budgethouders soms onder druk, met name omdat de ervaren bestedingsvrijheid verschildt. Dit heeft betrekking op flexibiliteit om tijdelijk meer of minder zorg in te zetten en op de uitwisseling tussen verschillende zorgvormen. Specifieke voorbeelden hiervan zijn een budgethouder die een aanvullend pgb moet aanvragen als hij op vakantie gaat en het gegeven dat het pgb stopt op het moment dat de budgethouder wordt opgenomen in het ziekenhuis. In het laatste geval zorgt dit voor een knelpunt, omdat de budgethouder aan zijn verplichtingen als werkgever moet blijven voldoen en bij kinderen de verzorging in het ziekenhuis vaak alsnog op de schouders van de ouders terecht komt. Uit de Zorgvergelijker van Per Saldo blijkt ook dat er verschillen tussen zorgverzekeraars bestaan in de mate waarin zij deze bestedingsvrijheid bieden (zie bijlage E).

95 In het kader van eigen regie beleven budgethouders daarnaast minder flexibiliteit als de zorg die wordt geleverd door een voor naturazorg gecontracteerde zorgaanbieder wordt omgezet in zorg in natura. Met name omdat voor dit deel van de zorg voor de budgethouder de bestedingsvrijheid verloren gaat.

3.2.2 *Het Zvw-pgb als gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura*

96 Het is lastig om uitspraken te doen over de gelijkwaardigheid van het Zvw-pgb aan zorg in natura, omdat onderzoek naar het alternatieve zorg in natura-aanbod geen onderdeel vormt van deze evaluatie. Feitelijk gezien is volgens de wet het Zvw-pgb een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura. Toch zien wij dat een aantal aspecten ervoor zorgen dat de gelijkwaardigheid tussen beide verzilveringsvormen niet altijd vanzelfsprekend is.

97 In de eerste plaats maken cliënten niet altijd een bewuste, goed geïnformeerde keuze voor pgb of zorg in natura op het juiste moment. De keuze wordt in een aantal situaties voor hen gemaakt, doordat verwijzers vaak standaard verwijzen naar het zorg in natura-aanbod. Ook is niet bij iedere partij in het zorgproces voldoende informatie en kennis over het pgb. Enerzijds worden cliënten daardoor niet gewezen op het bestaan van het pgb, anderzijds komt het ook voor dat cliënten voor het pgb kiezen, zonder dat zij volledig op de hoogte zijn van alle rechten, plichten en randvoorwaarden.

98 De andere kant is dat een deel van de budgethouders aangeeft dat zij kiezen voor pgb, omdat voor hen het aanbod in zorg in natura ontoereikend is. Voor hen zou zorg in natura een goed alternatief zijn, als deze beter zou aansluiten op hun behoeften en geleverd kan worden op de door hen gewenste tijden, door hun gewenste zorgverleners. In de praktijk blijkt dit nu niet altijd te realiseren.

99 Tot slot merken wij uit gesprekken met zorgverzekeraars dat zij, ondanks dat pgb en zorg in natura feitelijk gezien gelijkwaardig zijn, voorkeur geven aan zorg in natura. Bij zorg in natura ervaren zij middels contracten met zorgaanbieders meer grip op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In dat opzicht ervaren zij geen volledige gelijkwaardigheid tussen beide leveringsvormen. In het onderzoek hebben wij geen concrete voorbeelden opgehaald waaruit blijkt dat dit betekent dat voor de budgethouder de gelijkwaardige keuze in gevaar komt. Per Saldo en budgethouders geven wel aan dat zij signalen krijgen dat sommige zorgverzekeraars proberen te sturen op zorg in natura, bijvoorbeeld in bewust-keuzegesprekken.

3.2.3 *Het behalen van gezondheidsdoelen*

100 Cliënten met een zorgvraag voor verpleging en verzorging hebben recht op goede zorg en eigen regie. De te behalen doelen ten aanzien van de gezondheid van de cliënt, die worden vastgelegd in een zorgplan, staan hierbij centraal. Hierbij wordt ingezet op verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van de gezondheid en waar mogelijk stimulering van zelfredzaamheid. Dit geldt voor zowel pgb als zorg in natura.

101 Ten aanzien van het behalen van gezondheidsdoelen in het Zvw-pgb, is sprake van verschillende perspectieven tussen budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars.

102 Een groot deel van de budgethouders ervaart het behalen van gezondheidsdoelen niet als een cruciaal thema. Het staat niet centraal in hun belevingswereld. Voor hen is eigen regie, met de bijbehorende mogelijkheden en waardigheid die dat voor hen oplevert ("Mijn leven kunnen leven zoals ik dat wil."), belangrijker. Tevens geldt voor een deel van de budgethouders dat geen herstel of afbouw van zorg mogelijk

is, gezien de chronische en continue aard van hun ziekte of aandoening. Gezondheidsdoelen zijn voor deze groep meer gericht op het goed kunnen functioneren en 'voorkomen van erger'.

103 Voor veel zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen staat het behalen van gezondheidsdoelen juist wel centraal. Vanwege geen of weinig controle op de toegang en de kwaliteit van de (informele) zorg, ervaren zij binnen het pgb echter beperkte grip op het behalen van gezondheidsdoelen. Tevens zien zij in het pgb een prikkel die herstel en het vergroten van zelfredzaamheid tegenhoudt. Deze prikkel ontstaat in de praktijk door gebrek aan mogelijkheden voor monitoring en evaluatie en soms ten gevolge van (inkomens)afhankelijkheid.

3.2.4 *Ervaren doeltreffendheid verschillend voor verschillende doelgroepen budgethouders*

104 In algemene zin moet opgemerkt worden dat alle betrokken partijen, zowel budgethouders, wijkverpleegkundigen, als zorgverzekeraars te kennen geven dat een belangrijke randvoorwaarde voor een doeltreffend pgb is dat de budgethouder, of zijn vertegenwoordiger, vaardig genoeg moet zijn om het pgb te beheren. Een budgethouder moet onder andere in staat zijn zelf zorg in te kopen en de kwaliteit ervan te bewaken, kunnen voldoen aan de verplichtingen die horen bij werkgeverschap en de administratie kunnen voeren.

105 Er is echter geen eenduidige conclusie te trekken over de doeltreffendheid van het Zvw-rgb in het algemeen. Partijen zijn namelijk verdeeld over de manier waarop en de mate waarin pgb doeltreffend is. Dit is verschillend voor de volgende (doel)groepen:

1. Mensen met een chronische ziekte met in meer of mindere mate een complexe en stabiele zorgbehoefte (bijvoorbeeld mensen met een handicap zoals een dwarslaesie of mensen met ziektes als MS of ALS);
2. Kinderen met een intensieve zorgvraag;
3. 'De rest': andere mensen die aanspraak maken op verpleging en verzorging thuis binnen de Zvw.

In gesprekken met betrokkenen zijn de eerste twee groepen expliciet vaker teruggekomen als voorbeeldgroepen waarvoor het pgb doeltreffend is of kan zijn. Andere specifieke groepen zijn niet veelvuldig benoemd. Dat betekent dat de derde groep een gemêleerde 'restgroep' betreft, waar mensen met verschillende zorgvragen onder vallen. Voor deze brede groep leven verschillende beelden tussen verschillende partijen over de mate waarin het pgb doeltreffend is. Hieronder lichten wij dat nader toe.

106 Over de eerste groep is er overeenstemming onder betrokkenen (budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars) dat het pgb voor deze groep doeltreffend is. Voor hen is het pgb van de grootste toegevoegde waarde, zij ervaren eigen regie en zijn vaak ook in staat goed met de plichten die bij de regierol horen om te gaan. Vaak behalen zij ook gezondheidsdoelen, in de zin dat deze budgethouders goed kunnen functioneren, en 'erger wordt voorkomen'.

107 Voor kinderen met een intensieve zorgvraag (groep 2), zien alle betrokken partijen dat met name de eigen regie die het pgb brengt voor deze groep zeer waardevol is. Ouders spelen vaak een belangrijke rol in de zorg voor hun kind, ook als deze niet-gebruikelijk is. Tevens is bij veel kinderen het bieden van vertrouwen en 'vaste gezichten' erg belangrijk. Het pgb biedt dan de mogelijkheid om informele zorg in te zetten en zorg in te kopen bij een kleine groep (bekende) zorgverleners. Vanuit zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen

kunnen bij deze doelgroep echter twijfels bestaan in hoeverre het pgb bijdraagt aan het realiseren van gezondheidsdoelen en het verbeteren van de zelfredzaamheid. Dit speelt bij intensieve kindzorg specifiek, vanwege de inkomensafhankelijkheid van het pgb die er soms is voor de ouders, en het gegeven dat wijkverpleegkundigen ervaren dat een deel van de ouders beschermend optreedt en moeilijk durft 'los te laten'.

108 De derde groep wordt gevormd door de overige budgethouders, waarbij geen sprake is van kindzorg en de zorgbehoefte niet sterk complex is en/of niet stabiel is. Zoals hierboven benoemd betreft dit een gemêleerde groep, waaronder ouderen met een eenvoudige zorgvraag en mensen bij wie sprake is van palliatief terminale zorg. Voor deze doelgroepen verschillen de verscheidene belangengroepen van mening over de doeltreffendheid van het Zvw-rgb. Budgethouders zien over het algemeen toegevoegde waarde van het pgb voor een brede doelgroep, mits de budgethouder in staat is het pgb te beheren. Dit blijkt vooral uit het belang dat zij hechten aan eigen regie en de succesfactoren die het pgb in dat opzicht met zich meebrengt. Zorgverzekeraars ervaren echter een lage doeltreffendheid voor deze brede doelgroep, met name vanwege geen of weinig controle op de toegang en de kwaliteit van de (informele) zorg en daarmee beperkte grip op behalen van gezondheidsdoelen (zie ook paragraaf 3.2.3.). Onder wijkverpleegkundigen verschillen de meningen over de doeltreffendheid van het pgb voor deze doelgroep. Sommige wijkverpleegkundigen voelen meer mee met de budgethouders, anderen zien meer de knelpunten die verzekeraars ten aanzien van het behalen van gezondheidsdoelen. Uit gesprekken blijkt wel dat zij vanuit hun rol in de praktijk op casusniveau vaak 'neutraal' staan tegenover de leveringsvorm.

109 Wij merken op dat geen zicht is op de omvang van de verschillende hierboven genoemde cliëntengroepen en ook de exacte samenstelling van de derde groep is niet inzichtelijk. De begeleidingscommissie van de evaluatie geeft aan hier wel behoefte aan te hebben. Dat vraagt nader onderzoek.

3.3 De toepassing van toegangsvoorwaarden



- Door **het loslaten de zorginhoudelijke criteria is de doelgroep** van budgethouders in de beleving van zorgverzekeraars **breder** geworden;
- Zorgverzekeraars ervaren dat **de toets op de toegangsvoorwaarden lastig toe te passen** is in de praktijk, omdat het lastig aan te tonen is of een budgethouder wel of niet pgb-vaardig is;
- Zorgverzekeraars gebruiken bij de meeste aanvragen een **bewust-keuzegesprek** om de motivatie en pgb-vaardigheid van de budgethouder te toetsen en de indicatie te duiden. De invulling hiervan varieert tussen zorgverzekeraars van aselect of selecte (telefonische) gesprekken tot aan een huisbezoek bij iedere aanvraag.

110 Ten aanzien van de toepassing van de toegangsvoorwaarden gaan wij in op de volgende onderwerpen:

- a. Loslaten van de zorginhoudelijke criteria;
- b. Toets op de toegangsvoorwaarden;
- c. Bewust-keuzegesprek.

3.3.1 Loslaten zorginhoudelijke criteria

111 Het loslaten van de zorginhoudelijke criteria heeft in de beleving van zorgverzekeraars gezorgd voor een soepelere toegang tot het Zvw-rgb: zorgverzekeraars beschikken over minder instrumenten om aanvragers te weigeren. Sinds het loslaten van de zorginhoudelijke criteria is in de beleving van verzekeraars de doelgroep breder geworden. Overige partijen zien het loslaten van de zorginhoudelijke criteria als een positieve ontwikkeling, omdat dit het Zvw-rgb meer toegankelijk en gelijkwaardig ten opzichte van zorg in natura heeft gemaakt.

3.3.2 Toets op de toegangsvoorwaarden

112 Ten aanzien van de bevindingen over de toepassing van de toegangsvoorwaarden merken wij nogmaals op dat de budgethouders die wij hebben gesproken vaak al (langdurig) een AWBZ-indicatie hadden (zie ook paragraaf 1.4). Zij hebben een herindicatie gehad en er is daarbij meestal (telefonisch) contact geweest met de zorgverzekeraar. In de meeste gevallen is het beheren van het rgb en het kennen van de rechten en plichten daarbij wel ter sprake gekomen, maar zij zijn in hun ervaring niet uitgebreid getoetst op motivatie en pgb-vaardigheid. Zij konden hun aanvraag goed onderbouwen, waardoor zorgverzekeraars hier in hun situatie vaak weinig vragen over hebben gesteld.

113 Wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars ervaren dat wat betreft bekendheid met rechten en plichten grote verschillen bestaan tussen budgethouders. Een deel van de budgethouders weet goed wat zijn rechten en plichten zijn (waaronder de meesten van de geïnterviewde budgethouders). Echter, verzekeraars zetten bij sommige budgethouders vraagtekens bij hun bewuste keuze en bekendheid met rechten en plichten. Dit leiden zij bijvoorbeeld af uit dat sommige budgethouders niet bekend zijn met het reglement of onvoorbereid een bewust-keuzegesprek in gaan. Hierdoor bestaan twijfels of budgethouders in alle gevallen (op voorhand) weten wat het Zvw-rgb inhoudt en met zich meebrengt.

114 Zorgverzekeraars voeren de toets op toegangsvoorwaarden voornamelijk uit door middel van een bewust-keuzegesprek (zie paragraaf 3.3.3.). Zij ervaren echter dat de toegangsvoorwaarden lastig toe te passen zijn in de praktijk, in de zin dat het lastig aan te tonen is dat een cliënt onvoldoende vaardig is om het pgb te beheren.

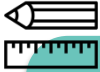
115 Wijkverpleegkundigen zien het toetsen van de motivatie en pgb-vaardigheid van budgethouders niet als primaire taak binnen hun professie. Zij geven dan ook aan dat zij in de praktijk een aanvraag voor een pgb bijna altijd overnemen en meestal niet met de cliënt bespreken of het pgb voor de cliënt de beste leveringsvorm is. Zij laten de beoordeling van de pgb-vaardigheid over aan de zorgverzekeraar. Een deel van de gesproken wijkverpleegkundigen geeft daarnaast aan dat zij niet altijd goed op de hoogte zijn van de pgb-voorwaarden, in het bijzonder niet van specifieke voorwaarden van individuele zorgverzekeraars. Zo weten niet alle wijkverpleegkundigen dat de zorginhoudelijke criteria zijn vervallen.

3.3.3 Bewust-keuzegesprek

116 Op basis van kwantitatieve gegevens voeren bij de meeste aanvragen zorgverzekeraars een bewust-keuzegesprek (zie paragraaf 2.8.1.). Het bewust-keuzegesprek heeft voor zorgverzekeraars meer doelen. Het gesprek draagt naast de toets op motivatie en pgb-vaardigheid ook bij aan het contact met de klant en een gelegenheid om de indicatie nader te duiden en toetsen. Zorgverzekeraars geven op verschillende manieren invulling aan het bewust-keuzegesprek. Dit varieert van een huisbezoek bij iedere verzekerde die een pgb-aanvraag doet, tot het voeren van telefonische gesprekken met een selectie van budgethouders. Deze selectie vindt soms aselekt plaats, maar soms ook selectief als bijvoorbeeld er op basis van de aanvraag vragen of twijfels zijn over de indicatie of pgb-vaardigheid van de budgethouder. In de keuze voor de mate van intensiteit en wijze waarop gesprekken worden gevoerd, spelen voor verzekeraars tijd en kosten een rol.

117 De geïnterviewde budgethouders hebben geen van allen een uitgebreid face-to-face bewust-keuzegesprek gehad. Dit heeft waarschijnlijk te maken met dat bij de overgang van het pgb naar de Zorgverzekeringswet het nog geen onderdeel van het beleid van verzekeraars was om met alle budgethouders, die al een pgb onder de voormalige AWBZ hadden, een bewust-keuzegesprek te voeren. Daarbij kan het een rol spelen dat bij de door ons geïnterviewde budgethouders geen twijfels bestonden over hun keuze en pgb-vaardigheid. Budgethouders geven wel aan positief te staan tegenover direct contact met hun zorgverzekeraar.

3.4 Indicatiestelling



Indicatiestelling omvat veel aspecten, waarover in het onderzoek de volgende belangrijkste bevindingen naar voren komen:

- De **kwaliteit van indicatiestelling is wisselend** en dit heeft invloed op de hoogte van de indicatie. Factoren die een rol spelen zijn: ervaring, specialisatie en type organisatie van de wijkverpleegkundige;
- Met uitzondering van intensieve kindzorg, ervaren budgethouders **het aantal toegekende uren meestal als toereikend** (in de 'reguliere situatie'). Wat betreft de hoogte van de indicatie bestaat het beeld dat wijkverpleegkundigen over het algemeen binnen de marges aan de bovenkant indiceren. Zorgverzekeraars stellen het aantal uren, na overleg met wijkverpleegkundigen, vaak naar beneden bij;
- **In het proces van indiceren**, vindt bij de afstemming tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige **vaak alleen contact plaats bij vragen** over de (onderbouwing van de) indicatie. Soms ervaren wijkverpleegkundigen zorgverzekeraars als erg star en kritisch;
- Wat betreft de **onafhankelijkheid** zijn er signalen bij zorgverzekeraars dat indicierend wijkverpleegkundigen bij de indicatie afgegaan op de *zorgvraag* en niet op de *zorgbehoefte* van de cliënt. **Wijkverpleegkundigen ervaren druk** van zowel (familie van) budgethouder als verzekeraar;
- Wijkverpleegkundigen en budgethouderhouders ervaren daarnaast een **spanningsveld** tussen de voorwaarde dat de indicatie niet gesteld mag worden door een wijkverpleegkundige die de zorg levert en hun ervaring dat een vertrouwensband bijdraagt aan de kwaliteit van de indicatie;
- Zowel vanuit budgethouders als wijkverpleegkundigen bestaan **dilemma's rond** (de uitvoering van) het **cyclisch proces van indiceren en evalueren**. Hierdoor is het in de praktijk nog beperkt van de grond gekomen en wordt de haalbaarheid ervan onderzocht;
- Wijkverpleegkundigen gebruiken **beschikbare instrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling** met name van hun **eigen organisatie of vanuit classificatiesystemen**. De recent beschikbaar gestelde 'Toolbox indicatieproces' moeten nog verder geïmplementeerd worden;
- Het Praktijkteam Zvw-pgb heeft een trialbijeenkomst gehad, waar op dit moment vervolg aan wordt gegeven. **Het Praktijkteam voorziet op dit moment (nog) niet in de wens van zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen** aan een onafhankelijke commissie waarbij individuele casuïstiek kan worden getoetst.

118 Rondom indicatiestelling gaan we in op de volgende onderwerpen:

- a. Kwaliteit van indicatiestellingen;
- b. Hoogte van indicaties;
- c. Proces van indiceren: afstemming tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige;
- d. Onafhankelijkheid van indicierend wijkverpleegkundigen;
- e. Cyclisch proces van indiceren en evalueren;
- f. Beschikbare ondersteunende instrumenten;
- g. Praktijkteam Zvw-pgb;
- h. Overige bevindingen rondom indicatiestelling.

3.4.1 *Kwaliteit van indicatiestellingen*

119 Zorgverzekeraars en belangenvereniging Per Saldo geven aan dat zij ervaren dat de kwaliteit van indicaties zeer wisselend is en dat dit invloed heeft op de hoogte van de indicatie. De onderbouwing is volgens zorgverzekeraars wisselend van kwaliteit en uitvoerigheid en bij samenhang tussen de domeinen wordt soms zorg geïndiceerd die buiten de Zvw valt. Er zijn diverse factoren van invloed op de kwaliteit, onderbouwing en de hoogte van de indicaties:

- a. **Het ervaringsniveau met indicatiestelling in het algemeen en indicatiestelling voor pgb specifiek.**
Wijkverpleegkundigen geven aan dat het hebben van ervaring met het stellen van (pgb-)indicaties van invloed is op de mate waarin een wijkverpleegkundige stevig in haar schoenen staat, durft te vertrouwen op haar eigen professionaliteit en ook bestand is tegen eventuele druk van de cliënt of de zorgverzekeraar;
- b. **De specialisatie van wijkverpleegkundigen.**
De specialisatie bepaalt de 'bril' waarmee een wijkverpleegkundige de indicatie stelt. Een wijkverpleegkundige noemde in dit kader het voorbeeld dat een wijkverpleegkundigen die weinig ervaring heeft met bijvoorbeeld nachtverpleging, dit niet indiceert omdat dit niet in haar referentiekader ligt of dat zij de veronderstelling heeft dat dit niet geïndiceerd mag worden binnen het pgb;
- c. **Het type organisatie van de wijkverpleegkundige.**
Ten slotte heeft de organisatie waar een wijkverpleegkundige in dienst is, invloed op het normenkader en de richtlijnen waarmee een wijkverpleegkundige indiceert. Enerzijds kan dit komen doordat de organisatie gerichte indicatiemethodiek meegeeft aan haar wijkverpleegkundigen, anderzijds door de manier van werken en de normen die binnen een organisatie bestaan. Zorgverzekeraars hebben hierbij de beleving dat wijkverpleegkundigen in dienst van een zorgaanbieder beter gefaciliteerd worden door tooling, kaders, intercollegiale toetsing, et cetera dan zzp'ers.

3.4.2 *Hoogte van de (toegekende) indicaties*

120 Zorgverzekeraars en Per Saldo hebben de indruk dat wijkverpleegkundigen binnen de marges over het algemeen aan de bovenkant indiceren. Sommige wijkverpleegkundigen bevestigen dit. Zij geven aan dat zij dit doen, om er zeker van te zijn dat de budgethouder een toereikend budget krijgt om adequate zorg te kunnen krijgen. Het beeld wordt tevens bevestigd door het feit dat zorgverzekeraars (binnen de wettelijke kaders) het aantal toegekende uren, meestal na overleg met de wijkverpleegkundige, vaak (aanzienlijk) naar beneden bijstellen ten opzichte van de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie. Zorgverzekeraars benoemen dat een deel hiervan voortkomt uit situaties waarin de wijkverpleegkundige zorg indiceert die niet binnen de Zvw valt.

121 In de gesprekken die wij hebben gevoerd met budgethouders, hebben wij geen geluiden gehoord dat het aantal toegekende uren te laag is. Een uitzondering hierop vormt de groep ouders die een pgb hebben voor een kind met een intensieve zorgvraag, bij deze groep is het aantal toegekende uren soms lager dan volgens hen nodig is. Daarnaast ervaren sommige budgethouders dat het toegekende budget volstaat in de 'reguliere situatie', maar dat deze - in combinatie met beperkte bestedingsvrijheid - geen ruimte biedt bij complicatie of ziekte.

3.4.3 *Proces van indiceren: afstemming tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige*

122 Wijkverpleegkundigen en budgethouders ervaren dat een goed onderbouwde indicatie meestal wordt overgenomen door de zorgverzekeraar. Toch komt het ook voor dat in bepaalde regio's of bij bepaalde zorgverzekeraars vaak vragen over de indicatie worden gesteld door zorgverzekeraars.¹¹ Budgethouders en wijkverpleegkundigen begrijpen dat de zorgverzekeraar vragen stelt en kritisch is. Zij vinden echter dat "de zorgverzekeraar niet op de stoel van de indicerend wijkverpleegkundige moet gaan zitten", aangezien de verzekeraar de cliënt vaak niet heeft gezien. Wijkverpleegkundigen en budgethouders ervaren in sommige situaties wel dat de verzekeraar deze rol inneemt. In de ervaring van wijkverpleegkundigen nemen zorgverzekeraars soms een starre houding aan als zij de indicatie bijstellen. Zij staan dan beperkt open voor discussie over de zorginhoudelijke aspecten van de indicatie.

123 Daarnaast horen wijkverpleegkundigen na het stellen van de indicatie vaak alleen wat terug van de zorgverzekeraar bij vragen, weigering of wijziging, voornamelijk als de zorgverzekeraar de indicatie naar beneden wil bijstellen. Als de indicatie (een-op-een) wordt overgenomen, is over het algemeen geen contact. De meeste vragen van zorgverzekeraars richting wijkverpleegkundigen gaan over de afbakening tussen domeinen, gebruikelijke zorg en over het afwijken van de normen voor verpleegkundige handelingen (die voorheen door CIZ werden gebruikt).

124 Wijkverpleegkundigen benoemen wel dat zij vinden dat de communicatie met zorgverzekeraars sinds 2015 is verbeterd.

3.4.4 *Onafhankelijkheid van indicerend wijkverpleegkundigen*

125 V&VN benadrukt dat onafhankelijkheid onderdeel is van de beroepsnormen van wijkverpleegkundigen en dat in de basis elke wijkverpleegkundige een onafhankelijke positie in zou moeten nemen bij de indicatiestelling.

126 Op basis van de hoogte en onderbouwing van indicaties zijn signalen bij zorgverzekeraars dat wijkverpleegkundigen bij de indicatie afgaan op de uitgesproken *zorgvraag* en niet op de *zorgbehoefte* van de cliënt. Zorgverzekeraars hebben de indruk dat (emotionele) betrokkenheid van de wijkverpleegkundige en druk door de budgethouder hierin een rol spelen. Wijkverpleegkundigen ervaren zelf ook regelmatig dat zij onder druk worden gezet door (de familie van) de budgethouder. Bij meer ervaren wijkverpleegkundigen speelt dit minder, omdat zij steviger in hun schoenen staan en daardoor beter in staat zijn zich onafhankelijk op te stellen, zowel richting budgethouder als zorgverzekeraar.

127 Wat betreft de voorwaarde dat de indicatie niet gesteld mag worden door een wijkverpleegkundige die de zorg levert, zien wijkverpleegkundigen een spanningsveld: enerzijds begrijpen zij dat onafhankelijkheid dan mogelijk beter kan worden geborgd, anderzijds geven zij aan dat een vertrouwensband met de cliënt bijdraagt aan de kwaliteit van de indicatie. Zo benoemt een wijkverpleegkundige dat zij ervaart dat cliënten bij een

¹¹ Het is op basis van de gevoerde gesprekken niet nader te duiden welke specifieke regio's en/of zorgverzekeraars dit betreft.

bekende meer open staan voor het gesprek over wat de cliënt zelf en/of mensen in zijn of/haar omgeving kunnen doen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat onafhankelijkheid ook gecreëerd kan worden door collegiale toetsing. Ook budgethouders geven voorkeur aan zorgverlenend verpleegkundigen een rol te geven bij de (her)indicatiestelling, omdat zij de situatie goed kennen. De indicatie is dan minder een momentopname (zie ook onder paragraaf 3.4.5.).

3.4.5 Cyclisch proces van indiceren en evalueren

128 Rondom de indicatiestelling bestaat vanuit het perspectief van budgethouders een dilemma: enerzijds ervaren zij de indicatiestelling als een momentopname en daardoor als sterk afhankelijk van de situatie op dat moment. Dat maakt meer regelmatige tussentijdse evaluatie wenselijk. Anderzijds is behoefte aan langer durende indicaties: de indicatiestelling (en eventuele tussentijdse evaluatie) is een spannend en belastend moment voor budgethouders. Vaak zijn budgethouders bang dat de indicatie (naar beneden) wordt bijgesteld. In het bijzonder bij budgethouders met een chronische (niet progressieve) ziekte of aandoening, zoals een dwarslaesie, leidt een korte indicatieduur met als gevolg regelmatig een nieuwe indicatiestelling tot frustratie. Doordat budgethouders bij iedere indicatie opnieuw 'hun verhaal moeten doen' - wat voor hen voelt als verantwoording afleggen - ervaren zij weinig vertrouwen vanuit zorgverzekeraars.

129 Wijkverpleegkundigen benoemen dat het cyclisch proces volgens veel wijkverpleegkundigen standaard onderdeel is van het professioneel verpleegkundig proces. Zij vinden het vaak ook wenselijk. Toch wordt het cyclisch proces in de praktijk beperkt toegepast. Hier zijn meerdere redenen voor:

- a. Het is afhankelijk van de **betrokkenheid en instelling van de wijkverpleegkundige** in hoeverre hij/zij hier zelf invulling aan geeft. Sommige wijkverpleegkundigen benoemen dat zij vanuit hun professionele standaard en betrokkenheid bij de cliënt graag 'in de gaten houden' hoe het met de cliënt en de zorg gaat. Voor anderen is de beschikbare tijd die zij hebben meer leidend (zie ook punt b.);
- b. Wijkverpleegkundigen hebben **niet de tijd tussentijds te evalueren**. Zij geven aan dat zij ervaren dat een tekort aan (indicierend) wijkverpleegkundigen hierbij een rol speelt;
- c. Het is **bewerkelijk een indicatie te wijzigen**. Wijkverpleegkundigen benoemen dat bij cliënten die zorg in natura ontvangen en waar zij zelf zorg verlenen, zij continu tijdens de zorgverlening in de gelegenheid zijn te monitoren of de zorg nog passend is. Een aanpassing van de indicatie is tevens eenvoudig verwerkt in het systeem. Bij pgb is dat anders, omdat dit een uitgebreid gesprek vraagt en voor een wijziging in de indicatie het gehele aanvraagformulier ingevuld moet worden;
- d. Een wijkverpleegkundige noemde dat zij ervaart dat zorgverzekeraars **niet bij alle aanvragen uren toekennen voor kwaliteitsbewaking en evaluatie**, zoals het bijstellen van het zorgplan en multidisciplinair overleg, ook al indiceert zij dit zelf wel. De reden hiervoor is volgens de wijkverpleegkundige dat zorgverzekeraars alleen uren voor de daadwerkelijke zorg opnemen in het pgb-budget en verwachten dat de budgethouder in staat is zelf de kwaliteit en doelmatigheid te bewaken. Hierbij moet opgemerkt worden dat voor evaluatie de zorg in natura-prestatie 'Indicatiestelling en evaluatie voor PGB Verpleging en Verzorging' (prestatiecode 1008) gedeclareerd kan worden. Uit gesprekken merken wij dat wijkverpleegkundigen zich hier niet allemaal bewust van zijn.

Tegelijkertijd zit het cyclisch proces soms indirect al 'ingebouwd' in afgegeven indicatie: wijkverpleegkundigen geven bij een instabiele situatie een indicatie voor kortere duur af om sneller te kunnen evalueren.

130 Bovenstaande dilemma's ten aanzien van de implementatie van het cyclisch proces zijn ook in eerdere onderzoeken teruggekomen en daarom reden dat op dit moment parallel aan deze evaluatie de haalbaarheid ervan wordt onderzocht.

3.4.6 Beschikbare instrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling

131 Verpleegkundigen (en zorgverzekeraars) hebben behoefte aan kaders en mogelijkheden voor intervisie en intercollegiale toetsing, in brede zin. Deze behoefte is er met name aan handvatten rondom gebruikelijke zorg (met name bij kindzorg¹²) en actuele informatie over pgb-voorwaarden. Wel willen verpleegkundigen de mogelijkheid hebben beargumenteed af te kunnen wijken van richtlijnen.

132 Op basis van antwoorden op de vraag van welke ondersteunende instrumenten wijkverpleegkundigen op dit moment gebruikmaken, lijken wijkverpleegkundigen in de praktijk meer gebruik te maken van scholing en tooling die door de eigen organisatie beschikbaar worden gesteld, en van handvatten die classificatie-systemen (zoals: Omaha) bieden dan van landelijke richtlijnen/normenkaders. Wijkverpleegkundigen zijn bijvoorbeeld vaak (nog) niet bekend met de recent beschikbaar gestelde 'Toolbox Indicatieproces' of gebruiken deze niet actief. Al geeft V&VN aan dat de implementatie van de toolbox nog verder vormgegeven moet worden. Per Saldo benoemt wel dat zij als knelpunt zien dat de toolbox gericht is op zorg in natura en geen informatie bevat over wat het pgb is en welke zorg in welke domeinen zit.

3.4.7 Praktijktteam Zvw-rgb

133 Het Praktijktteam Zvw-rgb is in november 2017 eenmaal bij elkaar geweest in een trialbijeenkomst. Deze trialbijeenkomst is vervolgens geëvalueerd.¹³ Er wordt op dit moment vervolg gegeven hieraan.

134 Zorgverzekeraars en ook sommige wijkverpleegkundigen geven aan een duidelijke behoefte te hebben aan een onafhankelijke commissie, waarmee casuïstiek besproken kan worden. Zorgverzekeraars zouden graag op individuele casussen een toets door een dergelijke commissie laten doen, die daar tevens een uitspraak over doet. Een deel van de zorgverzekeraars benoemt dat de huidige invulling van het Praktijktteam niet aansluit op deze wens, omdat daarin casuïstiek meer in algemene zin is besproken. Er zijn na de eerste bijeenkomst ook weinig wijkverpleegkundigen die op dit moment van het Praktijktteam gehoord hebben. Per Saldo benoemt dat het doornemen van casuïstiek door een praktijkteam waardevol kan zijn, maar dat volgens hen nog belangrijker is hoe opgehaalde inzichten verspreid worden onder alle partijen, zodat het een weg vindt onder hen die het nodig hebben (zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen).

¹² Voor gebruikelijke zorg is een factsheet opgesteld:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/11/03/factsheet-zorg-voor-kinderen-met-een-intensieve-zorgvraag-gebruikelijk-zorg>. Daarnaast is VWS (in samenwerking met Per Saldo, V&VN en ZN) bezig een handreiking 'Gebruikelijke zorg in de Zorgverzekeringswet' te schrijven.

¹³ Zorgverzekeraars Nederland (december 2017), Evaluatie van een trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-rgb.

3.4.8 Overige bevindingen rondom indicatiestelling

135 Ten aanzien van de indicatiestellingen zijn tot slot de volgende bevindingen relevant:

- a. Budgethouders ervaren dat het soms moeilijk is voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen te vinden voor het stellen van de indicatie, met lange wachttijden als gevolg. Dit geldt specifiek voor intensieve kindzorg, waarbij wachttijden kunnen oplopen tot enkele maanden. Een tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen is hier volgens partijen de oorzaak van. Tekorten zijn daarbij wel sterk regio-afhankelijk. Indicerend kindverpleegkundigen die wij hebben gesproken, ervaren dat zij steeds grotere werkgebieden krijgen;
- b. Door de overgang van de indicatiestellingen van het CIZ naar wijkverpleegkundigen zijn de normtijden niet meer van toepassing. Toch worden deze vaak nog wel gehanteerd bij de indicatiestelling, zowel door wijkverpleegkundigen als door zorgverzekeraars bij de toetsing. Er bestaan wisselende beelden of dit wenselijk is: het hanteren van deze normen leidt tot uniformiteit, maar draagt niet bij aan maatwerk.

3.5 (Zicht op) kwaliteit en doelmatigheid van de zorg



- **Zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen ervaren weinig zicht op kwaliteit en doelmatigheid** van de zorg. Zij hebben hier echter wel behoefte aan, respectievelijk vanuit hun verantwoordelijkheid voor de zorg of een professionele standaard;
- **Voor budgethouders is kwaliteit van zorg geen urgent thema.** Indicerend wijkverpleegkundigen ervaren een wisselende kwaliteit van met name informele zorg;
- Wat betreft **doelmatigheid van zorg** hebben **zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen soms zorgen** over het sturen op gezondheidsdoelen en verbeteren van zelfredzaamheid. Budgethouders lijken echter geen prioriteit te geven aan doelmatigheid;
- **Veel budgethouders zijn niet bewust bezig met 'zorgen voor verantwoorde zorg', zolang zij zelf tevreden zijn.** De meesten sturen vooral op basis van ervaring. Budgethouders hebben ieder een eigen manier om invulling te geven aan de aansturing van zorgverleners, zij doen dit zelf of besteden dit uit aan een derde.

136 Zoals wij hebben beschreven in paragraaf 3.1.2., kijken budgethouders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen verschillend naar wat kwalitatief goede zorg is. Belangrijke aspecten voor verzekeraars en wijkverpleegkundigen zijn 'werken aan gezondheidsdoelen en zelfredzaamheid', terwijl voor budgethouders aspecten als bejegening, 'vaste gezichten', voldoende tijd hebben en zorg op flexibele momenten van belang zijn.

137 In deze paragraaf gaan we in op de volgende elementen van kwaliteit en doelmatigheid van zorg:

- a. Zicht op kwaliteit;
- b. Ervaringen van kwaliteit;
- c. Doelmatigheid van zorg;
- d. Zorgen voor verantwoorde zorg en aansturing zorgverleners door budgethouders.

3.5.1 *Zicht op kwaliteit en doelmatigheid*

138 Op het gebied van kwaliteit ervaren zorgverzekeraars bij pgb's een spanningsveld: zij zijn verantwoordelijk voor de zorg, maar hebben beperkt grip op de kwaliteit en doelmatigheid ervan. Doordat binnen het Zvw-rgb de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg op papier is belegd bij de budgethouder, en dus niet bij de verzekeraar, zien zorgverzekeraars het als een 'vreemde eend in de bijt'. Dit wordt voor hen versterkt doordat middels het pgb informele en in sommige gevallen niet gekwalificeerde zorg kan worden ingekocht. Zorgverzekeraars hebben het minste zicht op de kwaliteit van informele zorg, terwijl ongeveer 75% van de geleverde Zvw-rgb zorg uit informele zorg bestaat (zie paragraaf 2.7).

139 Zorgverzekeraars ervaren weinig mogelijkheden om de kwaliteit te monitoren en beïnvloeden. Op basis van gesprekken lijken zij er op dit moment ook beperkt invulling aan te geven. Enkele zorgverzekeraars nemen hier wel initiatieven toe, of hebben de intentie dat meer te gaan doen. Dit doen zij op verschillende wijzen, onder andere door: materiële controles (vooral kwantitatief gericht), de beoordeling van zorgplannen door adviserend wijkverpleegkundigen en huisbezoeken.

140 Indicerend wijkverpleegkundigen geven aan weinig zicht te hebben op de kwaliteit van (informele) zorg, omdat zij na de indicatiestelling vaak uit beeld verdwijnen (zie ook paragraaf 3.4.5.). Dit zouden zij zelf vanuit hun professionele standaard soms wel graag meer willen, mede om te toetsen of de indicatie de juiste kwalitatief goede zorg mogelijk maakt.

3.5.2 *Ervaringen van kwaliteit van zorg*

141 Voor budgethouders is 'kwaliteit' van zorg geen urgent thema dat hen bezighoudt, men is over het algemeen tevreden met de zorg. Ondanks dat het thema en de term 'kwaliteit' bij budgethouders niet als zodanig leeft, is er wel een aantal aspecten binnen de zorg dat voor hen het belangrijkste is. Dit zijn de eerder genoemde bejegening, vaste gezichten en flexibiliteit.

142 Voor zover indicierend wijkverpleegkundigen er zicht op hebben, ervaren zij wisselende kwaliteit van zorg, specifiek ten aanzien van de kwaliteit van informele zorgverleners. Enerzijds merken wijkverpleegkundigen dat doordat informele zorgverleners de budgethouder goed kennen zij de zorg goed kunnen afstemmen op de wensen van de budgethouder en de bejegening goed is ("Zij zijn in staat om de meest liefdevolle zorg te leveren."). Tevens hebben informele zorgverleners door jarenlange ervaring vaak veel bekwaamheid gekregen in het uitvoeren van (voorbehouden) handelingen en hebben zij vaak kunnen leren van veel verschillende professionals. Anderzijds zien wijkverpleegkundigen het als een knelpunt dat informele zorgverleners vaak geen bijscholing volgen¹⁴ en dat weinig zicht is op de wijze waarop (voorbehouden) handelingen worden uitgevoerd. Zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen kennen voorbeelden van situaties waarbij door onjuist handelen van de informele zorgverlener de gezondheidstoestand van de budgethouder verslechterde. Tevens benoemen wijkverpleegkundigen dat informele zorgverleners vaak niet beschikken over de kennis die een wijkverpleegkundige heeft om preventief te werken.

¹⁴ Per Saldo geeft hierbij aan dat het tarief voor informele zorg in het pgb ook niet voorziet in scholing van informele zorgverleners.

3.5.3 Doelmatigheid van zorg

143 Zorgverzekeraars en indicierend wijkverpleegkundigen hebben soms zorgen over het sturen op gezondheidsdoelen en verbeteren van zelfredzaamheid. Deze zorgen leven met name als ouders informele zorg verlenen aan kinderen en als budgethouders een inkomensafhankelijkheid van het pgb lijken te ervaren. Wijkverpleegkundigen benoemen dat zij zien dat een deel van de ouders beschermend optreedt en moeilijk durft 'los te laten'. In het pgb zit in die gevallen volgens verzekeraars en wijkverpleegkundigen geen prikkel om zelfredzaamheid te bevorderen.

144 Tegelijkertijd lijken op basis van gesprekken budgethouders geen prioriteit te geven aan doelmatigheid. Het belangrijkste is voor hen dat zij passende zorg krijgen die ervoor zorgt dat zij eigen regie hebben over hun leven. Dit lijkt samen te hangen met het type zorgvraag van budgethouders: er is vaak sprake van chronische ziektebeelden, waarbij geen verbetering mogelijk is (zie ook paragraaf 3.2.3 ten aanzien van het behalen van gezondheidsdoelen).

3.5.4 Zorgen voor verantwoorde zorg en aansturing zorgverleners door budgethouders

145 Veel budgethouders zijn niet bewust bezig met sturen op kwaliteit en 'zorgen voor verantwoorde zorg', zolang zij zelf tevreden zijn. De meesten sturen vooral op basis van ervaring: als een zorgverlener niet bevalt, gaan zij op zoek naar een andere zorgverlener. Op basis van de gesprekken met de budgethouders, lijkt een deel van hen goed in staat kwaliteit van zorg te bewaken, ook als het om voorbehouden handelingen gaat, mede omdat zij zelf vaak jarenlange ervaring hebben met de zorg die nodig is voor hun aandoening.

146 Als het gaat om de aansturing van zorgverleners door budgethouders, dan hebben zij ieder hun eigen manier om hier invulling aan te geven. Dit kan via een zelf bijgehouden rooster zijn, of door de coördinatie aan een derde uit te besteden.

3.6 Overige bevindingen



De volgende belangrijkste overige bevindingen komen naar voren uit de evaluatie:

- Ondanks dat informatie voorhanden is, ervaart een deel van de budgethouders dat de **informatievoorziening door zorgverzekeraars (en verwijzers) beter kan**, met name bij de eerste aanvraag van het pgb. Dit zit voornamelijk in de vindbaarheid van informatie en beperkt persoonlijk contact;
- Wat betreft het **aanvraagproces en administratieve lasten** verschilt de mate waarin budgethouders dit als last ervaren per persoon. Stapeling van zorg speelt hierbij een rol. Budgethouders en wijkverpleegkundigen benoemen dat **vereenvoudiging en meer uniformering en digitalisering** van de aanvraag en declaratie de administratieve belasting zou verlichten;
- Het pgb bevat een aantal mogelijke 'triggers' van **fraude en oneigenlijk gebruik**. Zorgverzekeraars zien het in toenemende mate voorkomen, maar geven aan dat het soms lastig is fraude aan te tonen;
- Over het algemeen is onder budgethouders er **geen ontevredenheid over de mate waarin de tarieven toereikend zijn**.

147 De overige bevindingen hebben betrekking op:

- a. Informatievoorziening over het Zvw-rgb;
- b. Aanvraagproces en administratieve lasten;
- c. Fraude en oneigenlijk gebruik;
- d. De mate waarin tarieven toereikend zijn.

3.6.1 Informatievoorziening over het Zvw-rgb

148 Budgethouders die wij hebben gesproken hebben op verschillende manieren voor het eerst van het pgb gehoord, en op verschillende fases in het zorgproces. Dit kan verschillen van de huisarts, transfervrepleegkundige of iemand uit het netwerk. Een deel van de budgethouders is later, nadat zij al enige tijd zorg in natura ontvingen, pas bekend geworden met het pgb. In die gevallen verwees de verwijzer standaard naar zorg in natura.

149 Zorgverzekeraars bieden informatie over pgb via hun website en informeren budgethouders over wijzigingen in voorwaarden of tarieven meestal per brief of via een persoonlijke webportal. Verzekeraars geven echter aan dat zij terughoudend zijn in actieve promotie en informatievoorziening, omdat zij het pgb niet willen stimuleren (zie ook paragraaf 3.2.2. ten aanzien van gelijkwaardigheid). Ondanks dat informatie voorhanden is, ervaart een deel van de budgethouders dat de informatievoorziening door zorgverzekeraars (en verwijzers) beter kan. Zij vinden informatie moeilijk vindbaar en zijn nu vaak zelf op zoek gegaan naar informatie. Dat speelde bij hen met name bij de (eerste) aanvraag van het pgb. Tegelijkertijd ervaren zorgverzekeraars dat niet alle budgethouders goed op de hoogte zijn van rechten, plichten en voorwaarden (zie ook paragraaf 3.3.2).

150 Alle zorgverzekeraars hebben (al dan niet toegewijde¹⁵) pgb-teams, die verzekerden telefonisch te woord kunnen staan bij vragen. De ervaringen met het contact tussen zorgverzekeraar en budgethouder zijn over het algemeen positief en er wordt een duidelijke verbetering waargenomen ten opzichte van 2015.

151 Ten aanzien van de tijdigheid van informatie ervaren enkele budgethouders een obstakel. Vaak moeten zij de zorg al plannen op het moment dat het pgb-reglement nog niet bekend is. Zij weten dan nog niet zeker of de zorg wel verleend kan worden. Het reglement zou voor hen dus eerder bekend moeten zijn, in oktober of november van elk jaar. Zorgverzekeraars Nederland merkt hierbij op dat veel eerder niet mogelijk is, omdat zij ook afhankelijk zijn van de vaststelling van wet- en regelgeving.

3.6.2 *Aanvraagproces en administratieve lasten*

152 Budgethouders geven aan dat een pgb veel administratie met zich meebrengt, maar de mate waarin zij dit als last ervaren verschilt per persoon. Een meespelende factor bij de ervaren lasten, is dat budgethouders vaak verschillende vormen van zorg (uit meerdere domeinen) hebben, waardoor administratieve lasten opstapelen en budgethouders soms moeite hebben hun weg te vinden in systemen, formulieren en loketten.

153 Wat betreft de aanvraagprocedure benoemen budgethouders dat het met name bij de eerste aanvraag veel werk is; bij volgende aanvragen vinden de meesten het te overzien. Al leidt een herindicatie, in de ogen van budgethouders, vaak tot (onnodige) dubbele administratieve lasten, omdat zij dan dezelfde informatie voor een tweede keer moeten aanleveren.

154 Ten aanzien van het declaratieproces geven budgethouders aan dat sinds 2015 steeds minder fouten in het declaratieproces voorkomen. Wel benoemt een deel dat het declaratieproces op sommige onderdelen bewerkelijk is. Een voorbeeld hiervan is dat bij sommige zorgverzekeraars in de urenregistratie voor iedere zorgverlener een afzonderlijk document opgestuurd of geüpload dient te worden, soms handmatig. Budgethouders benoemen dat vereenvoudiging en meer digitalisering de administratieve belasting voor hen zou verlichten.

155 Wijkverpleegkundigen merken op dat het aanvraagproces voor hen bewerkelijk is. De aanvraag van een pgb is aanzienlijk meer werk dan de indicatiestelling bij zorg in natura. Deze tijd zit in het invullen van het aanvraagformulier, waarin veel moet worden gespecificeerd en afstemming met de zorgverzekeraar. De hoge administratieve lasten bij de aanvraag maken het stellen van pgb-indicaties minder aantrekkelijk voor wijkverpleegkundigen. Sommige wijkverpleegkundigen uiten de wens om formulieren meer te uniformeren tussen zorgverzekeraars.

3.6.3 *Fraude en oneigenlijk gebruik*

156 Hoewel deze evaluatie geen primaire focus heeft op fraude en oneigenlijk gebruik, hebben wij wel beelden opgehaald bij betrokkenen. Bij de groep budgethouders is dit echter moeilijk in kaart te brengen, een budgethouder, of diens vertegenwoordiger of zorgverlener, waarbij sprake is van frauduleus handelen, zal

¹⁵ Hiermee bedoelen we: toegewijd in takenpakket, dus uitsluitend met pgb belast.

zich immers niet beschikbaar stellen voor een interview. Budgethouders die wij hebben gesproken ervaren weinig controle op fraude. Zij begrijpen dat hierop gecontroleerd wordt, en vinden dat goed.

157 Op basis van de beelden die wij hebben opgehaald, stellen wij een aantal 'triggers' van fraude en oneigenlijk gebruik vast, maar zijn niet uitputtend en ook niet uitgebreid onderzocht. Mogelijke 'triggers' van fraude en oneigenlijk gebruik zijn:

- a. Inkomensafhankelijkheid die sommige budgethouders ervaren;
- b. Wijkverpleegkundigen die zich onvoldoende onafhankelijk opstellen; en,
- c. De kwetsbaarheid van cliënten, waar zorgverleners of zorgbureaus misbruik van maken. Zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen hebben bijvoorbeeld situaties gezien waarbij de familie van de budgethouder een pgb aanvraagt voor informele zorg, zonder dat de budgethouder daar zelf bewust van is, en waarbij het voor de zorgverzekeraar niet zeker is of de geïndiceerde informele zorg in de praktijk ook daadwerkelijk geleverd wordt.

158 Een voorbeeld dat duidt op risico op oneigenlijk gebruik is dat wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars situaties tegenkomen waarin budgethouders 'shopgedrag' vertonen bij de indicaties: zij laten dan meerdere indicaties stellen en dienen op basis van de hoogste indicatie een aanvraag in. Zorgverzekeraars hebben sinds 2017 een clauseule in de voorwaarden ingebouwd om dit te voorkomen.

159 Zorgverzekeraars zien in toenemende mate fraude en oneigenlijk gebruik, maar geven aan dat het soms lastig is fraude aan te tonen en om onderscheid te maken tussen fraude, oneigenlijk gebruik en 'onwetendheid'. Wel worden methoden genoemd om fraude in kaart te brengen en op te acteren. Een voorbeeld hiervan is de uitwisseling (in de vorm van een meldpunt) van signalen tussen verzekeraars of een samenwerking met het zorgkantoor.

3.6.4 Toereikendheid van tarieven

160 Over het algemeen is onder budgethouders er geen ontevredenheid over de hoogte van de tarieven. Een enkele budgethouder vindt het informele tarief te laag, of merkt op dat hij/zij met het formele tarief niet in staat is formele zorg in te kopen via de thuiszorgorganisatie. De oorzaak hiervan is dat het pgb-tarief voor formele zorg van de zorgverzekeraar dan lager is dan het door de NZa vastgestelde maximale tarief. Dit vraagt dan voor de budgethouder dat hij/zij in onderhandeling treedt over het tarief met de zorgaanbieder.

4. Bijdrage van bestuurlijke afspraken

161 Dit hoofdstuk heeft betrekking op de derde doelstelling van de evaluatie: het verkrijgen van inzicht in de in de bijdrage van de bestuurlijke afspraken aan de doeltreffendheid en effecten van pgb in de praktijk. Voordat wij hier op ingaan (paragraaf 4.2), geven wij eerst een korte beschrijving van de achtergrond en doelen van de bestuurlijke afspraken 2017-2018 (paragraaf 4.1).

4.1 Inleiding: doelen bestuurlijke afspraken 2017-2018

162 Met de overheveling van de wijkverpleging van de voormalige AWBZ naar de Zorgverzekeringswet per 2015 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt die de basis vormden voor de invoering van het Zvw-rgb per 1 januari 2015. De ervaringen van betrokken partijen met de uitvoering van het Zvw-rgb in 2015 en 2016 en de uitkomsten van de monitor over de uitvoering van het Zvw-rgb in 2015 waren aanleiding voor VWS, Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo om te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken. Er bestonden op dat moment enerzijds zorgen over de beheersbaarheid van kosten en kwaliteit van het Zvw-rgb en anderzijds zorgen over de toewijzing en de positie van de budgethouder. Tevens waren aanvullende afspraken gewenst om het Zvw-rgb volwaardig en goed ten uitvoer te brengen in de praktijk. Deze nieuwe bestuurlijke afspraken vormden dit keer een aanvulling op de inmiddels wettelijke verankering (1 januari 2017) van het Zvw-rgb in de Zorgverzekeringswet.

163 Voorbeelden van zorgen die uit de monitor Zvw-rgb 2015 bleken zijn:

- a. Niet altijd duidelijke afbakening Zvw-zorg versus andere domeinen en gebruikelijke zorg;
- b. Toegangscriteria worden gehanteerd als afwijzingscriteria;
- c. Toelatingscriteria niet goed uitvoerbaar en multi-interpretabel (bijvoorbeeld: planbare zorg);
- d. Zorgen over onafhankelijkheid van wijkverpleegkundigen bij de indicatiestelling;
- e. Weinig invloed voor verzekeraars op de toegang rgb en de hoogte indicatiestelling;
- f. Weinig instrumenten om zicht en grip te krijgen op kwaliteit van zorg;
- g. Geen tussentijdse evaluatie of de zorgvraag nog van hetzelfde niveau is.

164 De bestuurlijke afspraken 2017-2018 hebben als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de ingezette zorg te verbeteren en een betere positie van de verzekerde die wil kiezen voor een Zvw-rgb te borgen. Dit is vormgegeven met concrete afspraken gericht op:

- De toepassing van toegangsvoorwaarden aan de budgethouder en/of diens vertegenwoordiger;
- Te realiseren verbeteringen in de indicatiestelling;
- Zicht op kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Zie bijlage A voor de belangrijkste punten uit de bestuurlijke afspraken.

165 In dit hoofdstuk gaan wij op basis van bevindingen uit het onderzoek in op de mate waarin de bestuurlijke afspraken hebben bijgedragen aan de gestelde doelen.

4.2 Bijdrage van bestuurlijke afspraken

166 Ten aanzien van het behalen van de bestuurlijke afspraken, maken wij onderscheid in een beoordeling op bestuurlijk niveau en een beoordeling van de implementatie van afspraken in de praktijk. Hieronder geven wij nader toelichting op beide niveaus.

4.2.1 Bestuurlijk niveau: goede intentie, maar aan de voorkant verschillende visies en verwachtingen

167 Deze evaluatie richt zich met name op de effecten van het Zvw-pgb *in de praktijk*. Dit betekent dat wij geen uitgebreid onderzoek hebben gedaan naar alle ontwikkelingen die plaatsvinden op bestuurlijk niveau. Op basis van gesprekken met VWS en belangenorganisaties merken wij echter een aantal dingen op.

168 Uit gesprekken merken wij dat alle partijen de goede intentie hebben om (de uitvoering van) het Zvw-pgb verder te verbeteren. Met de bestuurlijke afspraken is geprobeerd dergelijke verbeteringen instrumenteel te maken. In dat opzicht is dat gelukt, omdat VWS benoemt dat door de bestuurlijke afspraken af kon worden gezien van het stellen van nadere regels bij of krachtens AMvB (met uitzondering van de voorwaarden die aan de budgethouder of dienst vertegenwoordiger worden gesteld). Op bestuurlijk niveau worden tevens stappen genomen om invulling te geven aan verschillende afspraken, denk bijvoorbeeld aan de trialbijeenkomst die heeft plaatsgevonden met het Praktijkteam Zvw-pgb en het verwerken van een aantal relevante aspecten voor het pgb in de Toolbox indicatieproces.

169 Wij merken echter op basis van gesprekken dat de effectiviteit van de bestuurlijke afspraken op voorhand onder druk stond, omdat betrokken partijen verschillende interpretaties en visies hadden op de te behalen doelen met de bestuurlijke afspraken. Voor Per Saldo was bijvoorbeeld het loslaten van de zorginhoudelijke criteria een belangrijk speerpunt om het pgb toegankelijk te houden voor een brede doelgroep. Terwijl voor zorgverzekeraars de focus meer lag op het maken van afspraken om de kwaliteit van het indicatieproces en het zicht op kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren, waarbij hun verwachting was dat het praktijkteam en het cyclisch proces van indiceren hier aan zouden bijdragen. Er bestonden daarnaast verschillende interpretaties over de betekenis van de afspraken voor de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk. Hierdoor kost afstemming over de implementatie van de afspraken veel tijd. Ook bemoeilijkt dit eenduidige communicatie over de afspraken richting de professionals in de praktijk (wijkverpleegkundigen en pgb-beoordelaars bij zorgverzekeraars). Dit heeft er mogelijk aan bijgedragen dat aan een deel van de afspraken in de praktijk beperkt invulling is gegeven (zie paragraaf 4.2.2.).

170 Tevens kan belemmerend hebben gewerkt dat V&VN niet betrokken was bij het maken van de afspraken, ondanks de centrale rol van wijkverpleegkundigen in het indicatieproces en de bijdrage die werd verwacht van V&VN in de uitvoering van sommige afspraken.

4.2.2 Implementatie van bestuurlijke afspraken in de praktijk gedeeltelijk behaald

171 In tabel 6 hebben wij voor de belangrijkste bestuurlijke afspraken weergegeven hoe deze in de praktijk hun uitwerking hebben gehad.

Bestuurlijke afspraak	Uitwerking in de praktijk
1 Loslaten van zorginhoudelijke criteria.	Hier wordt in de praktijk uitvoering aan gegeven.
2 Indien een aanbieder een contract voor zorg in natura heeft, kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen dat deel van de zorg in natura aan te bieden.	Uit gesprekken met Per Saldo en budgethouders blijkt dat in de praktijk (een deel van) het pgb vaak wordt omgezet naar zorg in natura.
3 Indiciestelling vindt plaats door een wijkverpleegkundige die niet de zorg levert (tenzij het een door de zorgverzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is).	Op basis van gesprekken met belangenorganisaties en wijkverpleegkundigen is het beeld dat dit in de praktijk wordt uitgevoerd. Het neemt echter niet weg dat er nog discussie is over wat onafhankelijkheid is, hoe je dat het beste bereikt, en of dit in de praktijk ook het gewenste effect heeft (zie ook paragraaf 3.1.1. en 3.4.4.).
4 Ontwikkeling van handvatten om vast te stellen wat gebruikelijke zorg is en aandachtspunten ten aanzien van Zvw-rgb worden opgenomen in de 'Toolbox indicatieproces':	De toolbox is inmiddels beschikbaar, maar er moet nog gevolg worden gegeven aan de implementatie ervan. Per Saldo geeft aan dat de toolbox, die is gericht op zorg in natura, geen informatie bevat over wat het pgb en welke zorg in welke domeinen zit. Tevens zijn wijkverpleegkundigen (en zorgverzekeraars) (nog) beperkt bekend met de toolbox en hebben zij nog behoefte aan handvatten. Uit gesprekken met wijkverpleegkundigen en budgethouders blijkt daarnaast dat in de praktijk nog vaak discussie is over gebruikelijke zorg (zie ook paragraaf 3.4.6.). De effecten van deze afspraak zijn daarom in de praktijk nog beperkt merkbaar.
5 Inbouwen van cyclisch proces van indiceren en evalueren	Hier is in de praktijk nog geen invulling aan gegeven. Er bestaan nog veel knelpunten om het in de praktijk te brengen (zie ook paragraaf 3.4.5). De haalbaarheid van het inbouwen van het cyclisch proces wordt daarom onderzocht.
6 Instelling van een tijdelijke onafhankelijke adviescommissie	Met het Praktijkteam heeft deze afspraak een andere invulling gekregen. Het Praktijkteam is één maal bij elkaar gekomen in een trialbijeenkomst. Uit de evaluatie hiervan blijkt dat het Praktijkteam meerwaarde heeft, maar zorgverzekeraars geven aan dat in de huidige vorm het Praktijkteam (nog) niet voldoet aan de verwachtingen. Wijkverpleegkundigen zijn er niet of beperkt bekend mee (zie ook paragraaf 3.4.7.).

Tabel 7. Bestuurlijke afspraken en uitwerking in de praktijk

172 Samengevat zijn met uitzondering van het cyclisch proces van indiceren en evalueren op elk van de maatregelen stappen gezet en zijn de eerste drie maatregelen uit tabel 7 (loslaten zorginhoudelijke criteria, aanbieden van zorg in natura bij gecontracteerde aanbieders en onafhankelijke indicatiestelling) in de praktijk gebracht. Op het gebied van indicatiestelling en zicht op kwaliteit van zorg (de laatste drie maatregelen in tabel 7) zijn effecten echter nog beperkt merkbaar in de praktijk. In deze evaluatie komt naar voren dat met name op deze laatste twee aspecten nog knelpunten worden ervaren (zie paragraaf 3.4 en 3.5).

173 Wij merken daarbij op dat op basis van het onderzoek geen (eenduidige) uitspraken kunnen worden gedaan over de mate waarin de bestuurlijke afspraken daadwerkelijk hebben bijgedragen aan het vergroten van de doeltreffendheid van het Zvw-rgb. In de eerste plaats is dit moeilijk meetbaar, omdat ook andere factoren een rol spelen. Tevens is niet te zeggen wat het effect zou zijn geweest als voor een andere vorm was gekozen om verbeteringen te realiseren. Bijvoorbeeld door: nadere regelingen bij of krachtens een AMVB te stellen. Tot slot zullen verschillende partijen op sommige gebieden tegengestelde effecten ervaren, ook als alle afspraken in de praktijk zouden zijn gebracht. Dit is bijvoorbeeld het geval bij afspraak 3 in tabel 7, gezien

de discussie die nog leeft over hoe onafhankelijkheid in indicatiestelling het best kan worden geborgd. Ook speelt dit bij het aanbieden van zorg in natura bij gecontracteerde zorgaanbieders: zorgverzekeraars ervaren hierdoor meer grip op kwaliteit en doelmatigheid, terwijl budgethouders minder eigen regie ervaren.

5. Aanbevelingen

174 Op basis van de bevindingen ten aanzien van de kwantitatieve en financiële gegevens (hoofdstuk 2), de doeltreffendheid en effecten van het pgb in de praktijk (hoofdstuk 3) en de bijdrage van de bestuurlijke afspraken (hoofdstuk 4) komen wij in dit hoofdstuk tot aanbevelingen die gericht zijn op het vergroten van de doeltreffendheid en effecten van het pgb en het verbeteren van het pgb-proces. Hoewel sinds de invoering van het Zvw-rgb in 2015, de bestuurlijke afspraken (2015/2016 en 2017/2018) en de wettelijke verankering in 2017 al veel stappen zijn gezet, is er nog voldoende ruimte voor verbetering. Verbetermogelijkheden zijn met name op het gebied van de samenwerking tussen partijen en het delen van kennis en informatie. Concreet gaat het om de volgende aanbevelingen, die wij in het vervolg van dit hoofdstuk nader toelichten:

- a. Werk aan een lerend systeem dat zoveel mogelijk 'bottom-up' wordt georganiseerd;
- b. Professionalisering van de indicatiestelling;
- c. Vereenvoudig het aanvraag- en declaratieproces;
- d. Schenk in een eventueel vervolg op de bestuurlijke afspraken expliciet aandacht aan het onderkennen van verschillende perspectieven en de implementatie van afspraken in de praktijk.

5.1 Werk aan een lerend systeem

175 Om verdere verbetering in het Zvw-rgb te realiseren is een lerend systeem nodig, dat zoveel mogelijk 'bottom-up' wordt georganiseerd. Hieronder beschrijven wij vier aspecten die bijdragen aan het creëren van een lerend systeem, dit zijn:

- a. Stimuleer het gesprek tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen;
- b. Onderzoek op welke wijze de informatievoorziening richting potentiële budgethouders, in de oriënterende fase, kan verbeteren;
- c. Doorontwikkeling van het Praktijktteam Zvw-rgb;
- d. Delen van goede voorbeelden.

5.1.1 *Stimuleer het gesprek tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen*

176 Momenteel is nog beperkt sprake van gelijkwaardige samenwerking tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen (zie paragraaf 3.1.5). Om een cultuur van lerend evalueren te creëren is regelmatige terugkoppeling en kennisoverdracht tussen beide partijen gewenst, zowel rondom de indicatie als de levering van zorg. Een betere wisselwerking tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige draagt bij aan bredere informatie, een betere toets op de voorwaarden en betere borging van kwaliteit van indicatie en zorg. Hierbij is het van belang dat beide partijen duidelijkheid richting elkaar scheppen over elkaars rollen en verwachtingen en met elkaar onderzoeken hoe verbetering kan worden gerealiseerd. Dit gesprek kan starten op beleidsniveau in een eventueel vervolg op bestuurlijke afspraken (zie paragraaf 5.4).

177 Voor het creëren van een cultuur van lerend evalueren en meer gelijkwaardige samenwerking denken wij primair aan meer regelmatige en beter onderbouwde terugkoppeling richting elkaar op casusniveau. Maar ook (regionale) bijeenkomsten kunnen hier aan bijdragen, zeker binnen regio's waar wijkverpleegkundigen veel indicaties stellen voor verzekerden bij dezelfde zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar geeft hier op dit moment al invulling aan door bijeenkomsten te organiseren bij zorgaanbieders van wijkverpleegkundige zorg.

Uitgangspunt bij deze bijeenkomsten is het gesprek op gang brengen tussen partijen, en dus niet eenzijdig informeren.

- 178 Voorbeelden van mogelijk te behalen verbeteringen in afstemming en communicatie op casusniveau zijn:
- a. Wijkverpleegkundigen kunnen vanuit hun contact met budgethouders een signalerende functie vervullen richting zorgverzekeraars over de pgb-vaardigheid van de budgethouder. Dit helpt om cliënten naar een passende zorgvorm toe te leiden. Daarbij is het nadrukkelijk niet het doel dat wijkverpleegkundigen actief gaan toetsen op pgb-vaardigheid, dit is immers niet hun rol. Zij kunnen vanuit hun observatie echter soms wel hun inzichten meegeven aan zorgverzekeraars. Opgemerkt moet worden dat hierbij aandacht moet zijn voor de privacy van cliënten;
 - b. Een meer gelijkwaardig gesprek voeren in de afstemming over de hoogte van de indicatie, met als doel over en weer meer begrip te creëren over enerzijds de professionele inschatting van de wijkverpleegkundige en anderzijds de visie van de zorgverzekeraar ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dit betekent dat wijkverpleegkundigen al gedurende het indicatieproces bij twijfels of vragen over eisen van verzekeraars in contact kunnen treden met zorgverzekeraars. En dat tegelijkertijd zorgverzekeraars meer pro-actief en gemotiveerd terugkoppeling kunnen geven aan wijkverpleegkundigen over overwegingen ten aanzien van de pgb-toekenning. Waarbij zorgverzekeraars dit niet alleen bij wijzigingen of afwijzingen doen, maar ook bij positieve toekenningen. Het gewenste effect hiervan is dat enerzijds indicaties minder vaak herzien of gewijzigd worden en nauwer aansluiten op de praktijk en dat anderzijds bij wijkverpleegkundigen een groter bewustzijn ontstaat ten aanzien van de doel- en rechtmatigheid van de zorg.

5.1.2 *Onderzoek op welke wijze de informatievoorziening richting potentiële budgethouders, in de oriënterende fase, kan verbeteren*

179 Uit de evaluatie blijkt dat cliënten niet altijd een bewuste keuze voor pgb of zorg in natura maken en dat als een keuze wel bewust is, budgethouders ervaren dat informatie - die wel voorhanden is - moeilijk vindbaar is. Door pro-actieve informatievoorziening en persoonlijk contact in een vroeg stadium kunnen cliënten bewust worden gemaakt van wat er komt kijken bij een pgb, met mogelijk een meer bewuste keuze en betere kwaliteit van zorg als gevolg. Een beter ingelichte en bewustere keuze voor het pgb heeft als gewenst effect dat een betere selectie en toegang wordt gerealiseerd. Hierin ligt voor verschillende partijen een rol. Het is aan te raden te onderzoeken op welke wijze de informatievoorziening in de oriënterende fase van cliënten kan worden verbeterd en welke rol verschillende partijen hierin kunnen nemen.

180 Voor zorgverzekeraars speelt hierbij het spanningsveld dat voor hen een potentiële budgethouder pas later in beeld komt, op het moment dat de aanvraag voor pgb wordt gedaan. Er ligt echter wel potentie voor zorgverzekeraars meer uitnodigend te zijn richting verzekerden om contact op te nemen op het moment dat zij voor het eerst met een zorgvraag te maken krijgen. Wijkverpleegkundigen en verwijzers kunnen daarnaast een rol nemen in het bespreekbaar maken van de mogelijkheid van een pgb en wijzen op informatie die voorhanden is. Op die manier worden potentiële budgethouders in een zo vroeg mogelijk stadium op het pgb gewezen en hierover geïnformeerd.

5.1.3 Doorontwikkeling van het Praktijkteam Zvw-pgb

181 In de vorm van het Praktijkteam Zvw-pgb is op een alternatieve wijze invulling gegeven aan de bestuurlijke afspraak om een tijdelijke, onafhankelijke adviescommissie indicatiestellingen in te stellen. Dit Praktijkteam is op dit moment eenmaal bij elkaar gekomen in een trialbijeenkoms. Zowel zorgverzekeraars als wijkverpleegkundigen geven aan dat, mede om de reden dat er in de praktijk nog weinig van terug wordt gezien, in de huidige vorm het Praktijkteam (zie paragraaf 3.4.7.) nog niet voorziet in de behoefte aan intervisie en het toetsen van casuïstiek. Terwijl het Praktijkteam juist kan bijdragen aan het lerend systeem en uit de evaluatie van de trialbijeenkoms¹⁶ de meerwaarde ook wordt gezien. Het is daarom aan te bevelen om het Praktijkteam voort te zetten, frequent te organiseren en door te ontwikkelen. Voor de doorontwikkeling verwijzen wij naar de aanbevelingen die in de evaluatie van de trialbijeenkoms zijn gedaan. Op basis van bevindingen in deze evaluatie is specifiek aandacht nodig voor de behoefte van verzekeraars en wijkverpleegkundigen om individuele casuïstiek te kunnen toetsen en voor kennisdeling na de bijeenkomsten. Op het moment van oplevering van deze evaluatie zijn inmiddels reeds drie vervolgafspraken met het Praktijkteam gepland.

5.1.4 Delen van goede voorbeelden

182 Zoals al een aantal keer benoemd zijn al veel goede initiatieven (in ontwikkeling) met betrekking tot het delen van kennis en informatie. Door deze initiatieven meer bekendheid te geven via de beroeps-, branche- en belangenverenigingen, VWS of andere kanalen en door plekken te faciliteren waar deze voorbeelden gedeeld kunnen worden (denk bijvoorbeeld aan een platform, zie ook in paragraaf 5.2), krijgen zij hopelijk ook opvolging op andere plekken.

5.2 Professionalisering van de indicatiestelling

183 Als het gaat om indicatiestelling is nog winst te behalen in de professionalisering van wijkverpleegkundigen (zie paragraaf 3.4.1). De volgende aspecten zijn hierbij van belang:

- a. Aandacht voor informatievoorziening over pgb en het laten 'landen' van indicatie-instrumenten;
- b. Organiseren van intervisie en 'vraagbaak';
- c. Gesprek voeren over de wijze waarop de indicatiestelling is georganiseerd;
- d. Indien haalbaar, stimuleren van het cyclisch proces van indiceren en evalueren;
- e. Rol voor beroepsorganisatie V&VN in het stimuleren van de professionaliteit van wijkverpleegkundigen.

In het vervolg van deze paragraaf geven wij nader toelichting hierop.

5.2.1 Aandacht voor informatievoorziening over pgb en het laten 'landen' van indicatie-instrumenten

184 Uit diepte-interviews blijkt dat wijkverpleegkundigen soms beperkt bekend zijn met de mogelijkheden en voorwaarden die worden gesteld aan het pgb en dat zij behoefte hebben aan kaders (zie paragraaf 3.4.6.). Tevens merken zorgverzekeraars dat een deel van de bijstellingen van budgetten ten opzichte van de indicatie voortkomen uit dat zorg is geïndiceerd die niet onder de Zvw valt. Dit duidt erop dat

¹⁶ Zorgverzekeraars Nederland (december 2017), Evaluatie van een trialbijeenkoms van het praktijkteam Zvw-pgb.

wijkverpleegkundigen beperkte kennis hebben over de scheiding tussen de domeinen Zvw, Wmo en Wlz (zie paragraaf 3.4.2.). Tegelijkertijd is de landelijk uitgerolde toolbox indicatieproces (nog) niet bij alle wijkverpleegkundigen bekend of wordt deze niet actief gebruikt. Per Saldo geeft tevens aan dat deze toolbox gericht is op zorg in natura, niet op pgb. In de toolbox zit volgens Per Saldo geen informatie over wat het pgb is en welke zorg in welke domeinen zit (zie ook paragraaf 3.4.6. en hoofdstuk 4).

185 Het stimuleren van professionalisering op het gebied van indiceren kan worden vormgegeven door meer aandacht te geven aan informatievoorziening over het pgb en de scheiding tussen verschillende domeinen richting wijkverpleegkundigen en het laten 'landen' van tooling die ondersteunend is aan de indicatiestelling. Om een brede doelgroep te bereiken is het hierbij belangrijk aan te sluiten op wat wijkverpleegkundigen gebruiken in de praktijk. Zo merken wij uit gesprekken met wijkverpleegkundigen dat richtlijnen, kaders en normen vanuit de organisaties waar de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn eerder omarmd worden en beter aansluiten op de (lokale) praktijk dan landelijke instrumenten. Het advies hierin is dan ook om zo veel als mogelijk landelijke instrumenten te integreren met de beschikbare tooling van thuiszorgorganisaties en dus ook op dit vlak een meer 'bottom-up' benadering toe te passen.

5.2.2 *Organiseren van intervisie en vraagbaak*

186 Wijkverpleegkundigen geven aan dat een onafhankelijke vraagbaak helpend zou zijn, voor het beantwoorden van vragen rondom bijvoorbeeld: wetwijzigingen, nieuwe voorwaarden, bestuurlijke afspraken, beschikbare tooling, enzovoort. Naast een onafhankelijke vraagbaak ligt bij wijkverpleegkundigen ook een behoefte aan intervisie en intercollegiale toetsing. Zowel intervisie, intercollegiale toetsing als het creëren van een vraagbaak kan binnen organisaties worden georganiseerd, maar de behoefte is ook breder, over organisaties heen. Dit speelt met name bij zelfstandig werkende wijkverpleegkundigen. Dit kan plaatsvinden via online en offline platforms en regionale bijeenkomsten. Dergelijke initiatieven zijn er in de praktijk ook wel, maar is vaak afhankelijk van lokaal of regionaal initiatief en komen niet bij iedere groep wijkverpleegkundigen vanzelf van de grond. Het is dus aan te bevelen hier centraal en actief op te sturen en bijeenkomsten en platformen te stimuleren. Daarbij is het van belang om bestuurlijk niveau afspraken te maken over welke partij(en) daarin een rol nemen.

5.2.3 *Gesprek voeren over de wijze waarop de indicatiestelling is georganiseerd*

187 Daarnaast is het aan te bevelen om de huidige organisatie van de pgb-indicatiestelling te onderzoeken en er discussie over te voeren in de beroepsgroep. Onder wijkverpleegkundigen verschillen de meningen namelijk over wat de beste wijze van organisatie is. Het is van belang dat indicatiestelling goed is georganiseerd, omdat pgb-indicaties kennis vragen van pgb-voorwaarden en goede vaardigheden behoeven, bijvoorbeeld om stevig in de schoenen te staan en zo onafhankelijkheid ten opzichte van zowel budgethouder als zorgverzekeraar te waarborgen (zie ook paragraaf 3.4.4.). Wijkverpleegkundigen geven aan dat het hebben van ervaring met (pgb-)indicaties daarvoor cruciaal is en van grote invloed is op de kwaliteit van de indicatie. Terwijl tegelijkertijd in de huidige praktijk veel wijkverpleegkundigen slechts een beperkt aantal pgb-indicaties per jaar stellen.

188 Om het opbouwen van ervaring te bevorderen pleiten Per Saldo en enkele wijkverpleegkundigen in dit onderzoek voor meer specialisatie binnen de indicatiestelling. Sommige organisaties richten dit op dit moment al zo in door een selectie van wijkverpleegkundigen de indicatiestelling te laten uitvoeren. Dit idee heeft echter geen breed draagvlak onder alle betrokkenen, omdat dan minder gevoel behouden blijft met de zorgpraktijk. Daarnaast is een tegenargument dat het anders organiseren van de indicatiestelling een aantal problemen oplost, maar onvermijdelijk ook weer nieuwe problemen teweeg brengt. Wij adviseren betrokken partijen na te denken over de wijze waarop de organisatie van de indicatiestelling de professionaliteit ervan het meest bevordert.

5.2.4 *Indien haalbaar, stimuleren van het cyclisch proces van indiceren en evalueren*

189 In de bestuurlijke afspraken 2017/2018 onderschrijven partijen de gedachte dat het cyclisch proces van het indiceren en evalueren van de zorgvraag, zoals gebruikelijk is bij verpleging en verzorging, ook voor het Zvw-pgb van toegevoegde waarde is. Ook in dit onderzoek geven betrokken partijen, met name zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen, aan dat het cyclisch proces de (zichtbaarheid op) kwaliteit en doelmatigheid van zorg bevordert. Uit voortschrijdend inzicht, dat ook wordt bevestigd in deze evaluatie, blijkt echter dat ook dilemma's bestaan of de implementatie van dit cyclisch proces überhaupt haalbaar is (zie paragraaf 3.4.5.). Parallel aan deze evaluatie vindt daarom op dit moment een onderzoek plaats naar de haalbaarheid van het inbouwen van het cyclisch proces bij het Zvw-pgb. Als uit dit onderzoek blijkt dat dit haalbaar is, dan is het echter wenselijk verder te stimuleren dat in de praktijk daadwerkelijk uitvoering wordt gegeven aan dit cyclisch proces, aangezien het op dit moment zeer beperkt van de grond komt. Een voorbeeld dat hierbij kan werken is het onder de aandacht brengen van de mogelijkheid een pgb-evaluatie in zorg in natura te declareren, door gebruik te maken van de zorg in natura-prestatie 'Indicatiestelling en evaluatie voor PGB Verpleging en Verzorging' (prestatiecode 1008). Uit gesprekken merken wij namelijk dat wijkverpleegkundigen hier niet allemaal bewust van zijn (zie paragraaf 3.4.5.).

5.2.5 *Rol beroepsvereniging V&VN in het stimuleren van de professionaliteit van wijkverpleegkundigen*

190 Voor het stimuleren van professionaliteit van wijkverpleegkundigen is vooral voor de beroepsvereniging V&VN een rol weggelegd, door in afstemming met VWS, zorgverzekeraars en Per Saldo onder andere:

- a. Informatie te bieden aan wijkverpleegkundigen;
- b. Intervisie en kennisuitwisseling aan te moedigen en te faciliteren;
- c. Het creëren van een 'vraagbaak' te stimuleren;
- d. In de beroepsgroep discussie te voeren over de organisatie van de indicatiestelling.

5.3 Vereenvoudig het aanvraag- en declaratieproces

191 De derde aanbeveling is het vereenvoudigen van het aanvraag-, administratie- en declaratieproces. Op deze terreinen is al veel verbetering geboekt de afgelopen jaren. Zo komen ten opzichte van 2015 veel minder fouten in het declaratieproces proces voor. Het verbeterpotentieel zit met name in het beter aansluiten van de systemen op de leefwereld van budgethouders en wijkverpleegkundigen (door uniformering, vereenvoudiging en digitalisering van systemen) en duidelijke en vindbare informatie over het persoonsgebonden budget op een centrale plek.

5.3.1 Aansluiting van systemen op budgethouders en wijkverpleegkundigen

192 Budgethouders hebben soms moeite om hun weg te vinden in systemen, formulieren en loketten, eens te meer omdat zij vaak te maken hebben met verschillende vormen van zorg uit verschillende wetten en dus ook diverse (administratieve) systemen. Daarnaast geven budgethouders aan dat sommige onderdelen van het administratieve proces arbeidsintensief zijn en soms nog onnodig met papier gaan. Hierin kan vereenvoudiging en digitalisering de administratieve belasting verlichten. Ten slotte geldt voor wijkverpleegkundigen dat een verdere standaardisering van het aanvraagformulier, waar mogelijk meer uniform over alle zorgverzekeraars, het administratieve proces zou verlichten, in combinatie met (meer) digitalisering van het aanvraagproces.

193 Een belangrijke stap die in de andere wetten (Wlz, Wmo en Jeugdwet) voor het pgb is gezet, is de ontwikkeling van het 'pgb 2.0' systeem.¹⁷ Dit portaal moet voor een vereenvoudiging voor de budgethouder zorgen, onder andere door reeds bekende gegevens vooraf in te vullen. Het helpt als ook het Zvw-pgb hier snel op aangesloten wordt. Op dit moment worden de mogelijkheden hiervoor reeds verkend door Zorgverzekeraars Nederland.

5.3.2 Duidelijke en vindbare informatie op een centrale plek

194 Kennis over wat het pgb is, voor wie het bedoeld is en hoe de wetsdomeinen gescheiden zijn, is lastig te vinden voor budgethouders en wijkverpleegkundigen. Voor beide partijen is dit belangrijke informatie, die bijdraagt aan de kwaliteit van indiceren en het maken van een goed geïnformeerde keuze voor het pgb. Een centrale plek waarop deze informatie volledig, duidelijk en overzichtelijk wordt weergegeven is daarom wenselijk. Het breder onder de aandacht brengen van bestaande initiatieven zoals Het Juiste Loket (www.juisteloket.nl) draagt hier aan bij. Waar mogelijk is het tevens raadzaam informatie te integreren in het nieuwe systeem en om via een dergelijk portaal te verwijzen naar de zorgverzekeraar specifieke informatie.

5.4 Schenk in een eventueel vervolg op de bestuurlijke afspraken expliciet aandacht aan het onderkennen van de verschillende perspectieven en de implementatie van afspraken in de praktijk

195 Gegeven nog bestaande knelpunten waar bovenstaande aanbevelingen uit voortkomen lijken er aanknopingspunten te zijn voor een vervolg op de bestuurlijke afspraken. Daarbij kunnen naast de concrete genoemde aanbevelingen in dit hoofdstuk ook andere bevindingen en dilemma's uit deze evaluatie onderwerp van gesprek zijn. Een voorbeeld hiervan is dat vanuit het perspectief van de budgethouder de flexibiliteit van het pgb en daarmee de eigen regie soms onder druk staat, omdat zorgverzekeraars in verschillende mate bestedingsvrijheid bieden (paragraaf 3.2.1.). Een ander voorbeeld is dat - na nader onderzoek - mogelijk doelgroepbenadering gewenst is, gegeven de verschillend ervaren doeltreffendheid van het pgb voor

¹⁷ Kamerbrief: Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 25 657, nr. 298 2:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/05/17/kamerbrief-over-de-invoering-van-het-nieuwe-pgb2.0-systeem>

verschillende doelgroepen (paragraaf 3.2.4.). Daarnaast hebben partijen ieder afzonderlijk mogelijk nog aanvullende punten om te verbeteren, waarover afstemming met andere partijen wenselijk is.

196 In het onderzoek merken wij dat onder betrokken partijen op beleidsniveau de intentie er is het pgb verder te verbeteren en dat hierin stappen worden gezet, maar dat implementatie van afspraken in de praktijk nog aandacht behoeft. In een eventueel vervolg op bestuurlijke afspraken is het belangrijk hier expliciet aandacht aan te geven. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat alle partijen waarop de afspraken van invloed zijn, betrokken zijn bij de totstandkoming van de afspraken. Het is daarom aan raden dat ook V&VN aanschuift in de gesprekken over eventuele nieuwe afspraken en bij voorkeur de afspraken ook ondertekent. Dit was bij voorgaande afspraken niet het geval.

197 Daarnaast is het belangrijk het gesprek te voeren over de verschillende belangen en beelden die leven bij het Zwv-pgb en deze verschillen te onderkennen en er betekenis aan te geven richting de implementatie van afspraken in de praktijk. Hierbij helpt het expliciet te maken op welke wijze implementatie van de afspraken kan worden bereikt en wanneer het doel is bereikt, zodat eenduidig begrip daarover ontstaat.

A. Overzicht nadere regels AMvB en bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

	AMvB	Bestuurlijke afspraken 2017
Doelgroep / type zorg		
Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.	✓	✓
Verblijf voor <18 (intensieve kindzorg) kan ook worden vergoed vanuit pgb	✓	
Voor verblijf <18 jaar en verpleegkundige dagopvang maken partijen de keuze deze vooralsnog <u>niet in het Zvw-pgb</u> op te nemen. Daarbij zijn afspraken gemaakt om aan keuzevrijheid te voldoen.		✓
Doelgroep Zvw-pgb: palliatief terminale zorg of langdurige zorgvraag (>1 jaar)		✓
Met betrekking tot de toegang van zorg		
De zorgverzekeraar toetst bij de pgb-aanvraag of voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de polis en het bijbehorende reglement Zvw-pgb. 4 Voorwaarden conform AMvB: De verzekerde is naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat te achten op eigen kracht of met behulp van een vertegenwoordiger...:		
a. met het Zvw-pgb op <u>doelmatige wijze</u> te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van <u>goede kwaliteit</u>	✓	✓
b. de aan het Zvw-pgb verbonden <u>taken en verplichtingen</u> op verantwoorde wijze uit te voeren	✓	✓
c. de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is van <u>verantwoorde zorg</u>	✓	✓
d. te motiveren dat hij zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen	✓	✓
Zorgverzekeraars kunnen verzekerden weigeren indien:		
a. de verzekerde bij eerdere verstrekking van een Zvw-pgb <u>niet in staat is gebleken</u> om zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden <u>taken en verplichtingen</u>	✓	
b. de verzekerde blijktens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres	✓	
c. de verzekerde <u>rechtens zijn vrijheid is ontnomen</u>	✓	
d. de vertegenwoordiger van de verzekerde <u>niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriele regeling</u> aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of het waarborgen van de hulp.	✓	
Er worden geen speciale eisen meer gesteld aan de zorgvraag	✓	✓
Voor zover de verzekerde de zorg wil inzetten bij een voor naturazorg gecontracteerde aanbieder of een pgb-aanbieder, als het concern waartoe deze aanbieder behoort gecontracteerd is, kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen dat deel van de zorg in natura aan te bieden.		✓
De vertegenwoordiger van de budgethouder moet zijn een wettelijk vertegenwoordiger of een door de budgethouder aangewezen bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad of partner.		✓

	AMvB	Bestuurlijke afspraken 2017
Met betrekking tot de indicatiestelling		
Wanneer andere zorg dan zvw-pgb is geïndiceerd dan wordt voor die zorg de aanvraag van het pgb afgewezen		✓
Vanaf 2017 zijn er handvatten beschikbaar voor indicierend wijk- en kinderverpleegkundigen om uniform vast te stellen wat gebruikelijke zorg (en dus geen zvw) is.		✓
Indicatiestelling door onafhankelijke wijkverpleegkundige, dus geen zorg verlenende wijkverpleegkundige		✓
Zorgverzekeraars kunnen eisen stellen aan de wijze waarop de indicatiestelling tot stand is gekomen om de onafhankelijkheid te borgen		✓
Partijen bekijken of het mogelijk is om in 2017 te starten met een pilot cyclisch indiceren en evalueren, met als doel het cyclische proces in 2018 definitief in te bouwen		✓
VWS verzoekt V&VN om in het plan van aanpak "Ondersteuning bij verpleegkundige indicatiestelling" aandachtspunten ten aanzien van het Zvw-pgb op te nemen		✓
Per 1 januari 2017 zal een tijdelijke, onafhankelijke adviescommissie indicatiestellingen worden ingesteld. Deze commissie kan op verzoek van de zorgverzekeraar een second opinion geven over de gestelde indicatie.		✓
De zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag op basis van: 1) vastgestelde zorgbehoefte door de wijkverpleegkundige 2) aanvraagformulier en overige documenten en 3) eventueel een bewust keuze gesprek.		✓
Met betrekking tot de inzet en kwaliteit van zorg		
Budgethouder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingezette zorg		✓
Budgethouder geeft gemotiveerd bij zijn zorgverzekeraar welke zorgverleners hij wil inzetten. Mag ook informele zorgverlener zijn mits >15		✓
Als er sprake is van voorbehouden handelingen door een informele zorgverlener, moet de budgethouder aan kunnen tonen dat de zorgverlener kundig genoeg is om deze handelingen uit te voeren.		✓
Overige besluiten		
De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in de AMvB	✓	
Bestuurlijke afspraken mogen niet leiden tot oproepen tot herindicatie		✓

B. Toetsingskader Evaluatie Zvw-pgb

Versie 26 april 2018

Het toetsingskader is bedoeld om vast te stellen welke onderwerpen in de evaluatie van het Zvw-pgb aan bod komen en welke partijen wij op de verschillende onderwerpen bevragen. In de inleiding van dit toetsingskader gaan wij eerst nader in op de doelstellingen van de evaluatie en de beleidsachtergrond die ten grondslag ligt aan het Zvw-pgb en bestuurlijke afspraken die daarover zijn gemaakt. Deze beleidstheorie biedt kaders voor uitvoering van de evaluatie: het geeft focus aan het onderzoek (dit is waar de evaluatie zich op richt) en op basis van de beleidstheorie worden termen als doeltreffendheid en effectiviteit concreet. Het toetsingskader op pagina 5 en verder bevat vervolgens een overzicht van alle onderwerpen die aan bod komen, en de wijze waarop we deze onderwerpen in de evaluatie onderzoeken.

Doelstellingen evaluatie

Het evaluatieonderzoek kent de volgende doelstellingen:

1. Het verkrijgen van kwantitatief- en financieel inzicht in het gebruik van het Zvw-pgb. Ten behoeve hiervan worden gegevens over 2017 opgevraagd. Op basis van gegevens over 2015, 2016 (uit voorgaande monitors) en 2017 ontstaat inzicht in een driejarige ontwikkeling;
2. Verkrijgen van inzicht in de doeltreffendheid en de effecten van het pgb in de praktijk. De ervaringen van budgethouders, Per Saldo, zorgverzekeraars en indicerende wijkverpleegkundigen met het Zvw-pgb zijn onderdeel daarvan;
3. Verkrijgen van inzicht in de *in de bijdrage van de bestuurlijke afspraken aan de doeltreffendheid en effecten van pgb in de praktijk*.
In de bestuurlijke afspraken staat dat hierbij in ieder geval de volgende punten aan de orde komen: De indicatiestelling, de toepassing van de voorwaarden die gesteld zijn aan de budgethouder of diens vertegenwoordiger en het zicht op de kwaliteit van zorg. Rekening moet worden gehouden met het gegeven dat niet alle maatregelen uit de nieuwe bestuurlijke afspraken (in werking getreden op 1 januari 2017) ten tijde van de evaluatie (eerste helft van 2018) lang genoeg zijn geëffectueerd, om definitieve conclusies te trekken;
4. Signaleren van eventuele knelpunten en het doen van aanbevelingen.

Beleidsachtergrond

Om invulling te geven aan de doelstellingen van de evaluatie is het relevant om in beeld te hebben:

1. Wat de doelen zijn van het Zvw-pgb: waar moet het Zvw-pgb aan bijdragen? (onderzoeksvraag 2)
2. Wat werd beoogd met de (verbetermaatregelen die zijn vastgelegd in de) bestuurlijke afspraken (en de wettelijke verankering)? (onderzoeksvraag 3)

Tussen beide aspecten zit een grote samenhang, aangezien de bestuurlijke afspraken erop zijn gericht de doeltreffendheid van het Zvw-pgb te verbeteren, specifiek gericht op het verbeteren van de indicatiestelling, toegang en kwaliteit van zorg.

Doelen Zvw-pgb

Cliënten met een zorgvraag voor verpleging en verzorging hebben recht op goede zorg en eigen regie. De te behalen doelen ten aanzien van de gezondheid van de cliënt, die worden vastgelegd in een zorgplan, staan hierbij centraal. Hierbij wordt ingezet op verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van de gezondheid en waar mogelijk stimulering van zelfredzaamheid. Het Zvw-pgb biedt cliënten de mogelijkheid invulling te geven aan de eigen regie door zelf zorgverleners in te huren en afspraken te maken over zorg die zij geven, op de tijd, plaats en wijze zoals de cliënt dat wenst. Dit kan in het bijzonder bijvoorbeeld wenselijk zijn als zorg slecht is in te plannen en/of nodig is op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen en/of locaties, of als zorg nodig is die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.¹⁸

Bij invulling van de zorg via Zvw-pgb spelen randvoorwaarden die van belang zijn. Zoals dat de kwaliteit van de zorg niet onder de norm van verantwoorde zorg komt, dat de zorg doelmatig is en dat de budgethouder of diens vertegenwoordiger in staat is de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren (zoals werkgeverschap en financieel beheer).

Doelen bestuurlijke afspraken

Met de overheveling van de wijkverpleging van de voormalige AWBZ naar de Zorgverzekeringswet per 2015 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt die de basis vormden voor de invoering van het Zvw-pgb per 1 januari 2015. De ervaringen van betrokken partijen met de uitvoering van het Zvw-pgb in 2015 en 2016 en de uitkomsten van de monitor over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2015 waren aanleiding voor partijen om te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken. Er bestonden op dat moment enerzijds zorgen over de beheersbaarheid van kosten en kwaliteit van de Zvw-pgb en anderzijds zorgen over de toewijzing en de positie van de budgethouder. Tevens waren aanvullende afspraken gewenst om het Zvw-pgb volwaardig en goed ten uitvoer te brengen in de praktijk.

Voorbeelden van zorgen die uit de monitor Zvw-pgb 2015 bleken zijn:

- Niet altijd duidelijke afbakening Zvw-zorg versus andere domeinen en gebruikelijke zorg;
- Toegangscriteria worden gehanteerd als afwijzingscriteria;
- Toelatingscriteria niet goed uitvoerbaar en multi-interpretabel (bijvoorbeeld: planbare zorg);
- Zorgen over onafhankelijkheid van wijkverpleegkundigen bij de indicatiestelling;
- Weinig invloed voor verzekeraars op de toegang pgb en de hoogte indicatiestelling;
- Weinig instrumenten om zicht en grip te krijgen op kwaliteit van zorg;
- Geen tussentijdse evaluatie of de zorgvraag nog van hetzelfde niveau is.

De bestuurlijke afspraken hebben als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de ingezette zorg te verbeteren en een betere positie van de verzekerde die wil kiezen voor een Zvw-pgb te borgen. Dit is vormgegeven met concrete afspraken gericht op:

¹⁸ Het Zvw-pgb is echter niet beperkt tot deze zorgvraag.

- De toepassing van toegangsvoorwaarden aan de budgethouder en/of diens vertegenwoordiger;
- Te realiseren verbeteringen in de indicatiestelling;
- Zicht op kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Vertaling naar onderzoeksvragen en toetsingskader

Op basis van de beleidsachtergrond van het Zvw-pgb in het algemeen en specifiek de bestuurlijke afspraken wordt duidelijk hoe doeltreffendheid gedefinieerd kan worden. Het geeft antwoord op de vraag: worden de doelen zoals vooraf bedoeld daadwerkelijk in de praktijk behaald? De vervolgvraag is welke bijdrage de bestuurlijke afspraken hieraan hebben gehad. In onderstaande werken wij kort uit hoe dit vorm krijgt voor de specifieke thema's waar in de evaluatie de focus op ligt.

Doeltreffendheid en effecten van pgb

In onderstaande opsomming gaan wij in op wat wij in de evaluatie onderzoeken en in welke mate dit bijdraagt aan de doeltreffendheid en effecten van pgb in de praktijk:

a. **De doeltreffendheid van het pgb in het algemeen**

Hier gaat het om inzicht te krijgen in hoeverre in de praktijk de beoogde doelen van het Zvw-pgb worden behaald. Het betreft de volgende vragen: In hoeverre ervaren mensen met een hulpvraag pgb als gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura? In hoeverre ervaren budgethouders ruimte voor eigen regie? In welke mate worden gezondheidsdoelen zoals in het zorgplan vastgesteld behaald?

b. **De toepassing van toegangsvoorwaarden**

De gedachte achter deze voorwaarden is dat als een Zvw-pgb een bewuste keuze is, budgethouders en/of hun vertegenwoordigers in staat zijn taken en verplichtingen uit te voeren en in staat zijn zorg te dragen voor verantwoorde en doelmatige zorg, dit zal bijdragen aan het behalen van gezondheidsdoelen en de kwaliteit van de zorg. Tevens kan hiermee mogelijk fraude worden ingeperkt (neveneffect, zie ook punt e);

c. **Indicatiestelling**

In de bestuurlijke afspraken zijn (proces)afspraken gemaakt die erop gericht zijn de indicatiestelling te verbeteren, met als doel: de positie van de budgethouder te verbeteren, de druk van wijkverpleegkundigen te verminderen, zorg beter te kunnen afbakenen en de indicatie beter te laten aansluiten op gezondheidsdoelen en veranderende omstandigheden. Gezamenlijk heeft dit als doel kosten en kwaliteit van de zorg beheersbaar te houden, zowel zorginhoudelijk als wat betreft ervaringen van budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars. In de evaluatie kijken wij enerzijds naar de mate waarin de gemaakte afspraken daadwerkelijk ten uitvoer zijn gebracht (proces) en anderzijds wat ervaringen van betrokkenen met de indicatie zijn (outcome);

d. **(Zicht op) kwaliteit en doelmatigheid van de zorg**

De gedachte is dat hoe meer zicht hier op is (vanuit zorgverzekeraars), hoe beter de kwaliteit bewaakt kan worden en hoe beter erop gestuurd kan worden, door zowel budgethouder, wijkverpleegkundige als zorgverzekeraar;

e. **Neveneffecten**

Naast bovenstaande meest relevante thema's onderzoeken wij in de evaluatie neveneffecten die van invloed zijn op ervaringen van budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars. Denk aan ervaringen met de aanvraag en het administratieve proces en de aanpak en bevindingen van fraude.

Bijdrage van bestuurlijke afspraken

In de beantwoording van onderzoeksvraag 2 gaan wij in op of bereikt is wat was bedoeld. In de beantwoording van onderzoeksvraag 3 onderzoeken wij in welke mate de bestuurlijke afspraken hebben bijgedragen aan eventuele gemaakte doelen.

Hierbij gaan wij zowel in op proces als outcome: als voorgenomen maatregelen immers nog beperkt zijn geëffectueerd, zal de bijdrage van de bestuurlijke effecten ook beperkt zijn.

Toetsingskader

In de kolom 'criteria' zijn specifieke te onderzoeken onderwerpen opgenomen, die wij in de eerste en tweede kolom hebben geclusterd naar respectievelijk de doelstellingen van de evaluatie en de relevante onderwerpen uit de bestuurlijke afspraken en wettelijke verankering (AMvB). In de laatste negen kolommen met 'vinkjes' hebben wij aangegeven met welke partijen wij de onderwerpen willen bespreken (zie ons plan van aanpak).

		criteria	Interviews								Casusgericht onderzoek		
			Per Saldo	Budgethouders	V&VN	Indicerend wijk-verpleegkundigen	zorgverlenend wijkverpleegk. ¹	ZIN	Zorgverzekeraars	Praktijkteam Zvw-pgb		VWS	
Algemeen	Ontwikkelingen	• Verklaringen voor ontwikkelingen in het volume van het Zvw-pgb over de jaren 2015, 2016 en 2017.	✓		✓			✓			✓		
	Beleidstheorie	• Wat zijn de belangrijkste doelen en gewenste effecten van het Zvw-pgb?	✓		✓			✓			✓		
		• Wat was vooraf beoogd met de bestuurlijke afspraken?	✓		✓			✓			✓		
		• Visie op voor welke cliënten en welke zorgvraag Zvw-pgb bedoeld zou moeten zijn.	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		
	Algemeen	• De samenwerking tussen partijen.	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
		• Algemene knelpunten en oorzaken van de knelpunten.	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
• Succesfactoren.		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
Doeltreffendheid en effecten pgb in de praktijk	Doeltreffendheid van het pgb in het algemeen	• In hoeverre wordt het Zvw-pgb ervaren als een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura - in hoeverre hebben mensen met een hulpvraag de keuze gehad tussen zorg in natura en pgb?	✓	✓		✓		✓	✓			✓	
		• In hoeverre worden doelen ten aanzien van gezondheid, die worden vastgelegd in een zorgplan, behaald?	✓	✓		✓	✓		✓				✓
	Toepassing van voorwaarden	• Bekendheid van verzekerden over rechten en plichten.	✓	✓					✓				
		• In hoeverre zijn zorgverzekeraars in staat de toets op voorwaarden uit te voeren?							✓	✓			✓
		• Ervaringen van budgethouders en wijkverpleegkundigen met toets door zorgverzekeraars.	✓	✓	✓	✓	✓						✓
	• Verschil in ervaringen tussen 2017 en daarvoor van budgethouders, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars met de toepassing van voorwaarden; welke gevolgen heeft het loslaten van de zorginhoudelijke criteria?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	

	criteria	Interviews									Casusgericht onderzoek
		Per Saldo	Budgethouders	V&VN	Indicerend wijk-verpleegkundigen	zorgverlenend wijkverpleegk. ¹	ZIN	Zorgverzekeraars	Praktijkteam Zvw-pgb	VWS	
Doelmatigheid en effecten pgb in de praktijk		• Aantal keer dat bewust-keuzegesprek wordt gevoerd.						✓			
		• Ervaringen met bewust-keuzegesprek - De wijze waarop de motivatie van verzekerden met betrekking tot het willen en kunnen krijgen van een pgb, wordt getoetst.	✓	✓					✓		✓
		• Relatie vertegenwoordigers met budgethouder (wettelijke vertegenwoordigers of bloedverwanten 1e/2e graad of partner).		✓							✓
		• Aantal keer dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg hebben opgenomen.						✓			
	Indicatiestelling	• Stand van zaken plan van aanpak 'Ondersteuning bij verpleegkundige indicatiestelling' (onderdeel van de 'toolbox'): in hoeverre zijn aandachtspunten pgb meegenomen?			✓			✓			
		• Stand van zaken handvatten voor wijkverpleegkundigen bij indicering, rondom gebruikelijke zorg (onderdeel van de 'toolbox').			✓			✓			
		• Bekendheid met en gebruik van (door V&VN) beschikbaar gestelde handvatten voor indicatiestelling.			✓	✓		✓			
		• Stand van zaken gesprekken over de wijze waarop het cyclisch proces van indiceren en evalueren ook bij het Zvw-pgb kan worden ingebouwd.			✓			✓		✓	
		• Wijze waarop het cyclisch proces van indiceren en evalueren vorm krijgt en ervaringen met dit proces.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		• Invulling onafhankelijke commissie van deskundigen (praktijkteam Zvw-pgb).			✓			✓		✓	✓
		• Ervaringen met werking van tijdelijk ingestelde onafhankelijke commissie (praktijkteam Zvw-pgb) in de praktijk.			✓	✓		✓	✓	✓	
		• Bekendheid met en informatievoorziening over Zvw-pgb.	✓	✓		✓	✓		✓		
		• Ervaringen met proces van indicatiestelling.	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
		• Ervaringen met vaststellen omvang indicatie (gebruikelijke zorg).	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	• Ervaringen met hoogte en onderbouwing van afgegeven indicaties .	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

	criteria	Interviews									Casusgericht onderzoek	
		Per Saldo	Budgethouders	V&VN	Indicerend wijkverpleegkundigen	zorgverlenend wijkverpleegk. 1	ZIN	Zorgverzekeraars	Praktijkteam Zvw-pgb	VWS		
Doeltreffendheid en effecten pgb in de praktijk	• Ervaringen met beschikbaarheid van indicierend wijkverpleegkundigen.	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	
	• Ervaren onafhankelijkheid indicierend wijkverpleegkundige.	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	
	• In hoeverre voelen indicierend wijkverpleegkundigen zich onder druk gezet?			✓	✓							
	• Ervaringen met ervaren kwaliteit indicierend wijkverpleegkundige.	✓	✓	✓				✓			✓	
	• Mate waarin zorgverzekeraars aanvragen herzien en weigeren.	✓	✓		✓			✓				
	• Aantal keer dat zorgverzekeraar visie van de indicierend wijk- of kinderverpleegkundige vraagt (achteraf na aanvraag) en hoe vaak leidt dit tot een wijziging in de indicatie?							✓				
	• Ervaringen met indicatiestelling en afspraken rondom verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg.	✓	✓	✓	✓			✓			✓	
	Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	• De ervaren bestedingsvrijheid door budgethouders: is het bijvoorbeeld mogelijk verschillende typen zorg uit te wisselen? In hoeverre bestaan hiertussen verschillen tussen zorgverzekeraars?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
		• In hoeverre zijn informele zorgverleners geïnstrueerd om voorbehouden verrichtingen uit te voeren, en op welke wijze gebeurt dit?		✓		✓	✓		✓			✓
		• In hoeverre hebben zorgverzekeraars zicht op de kwaliteit van (informele) zorg?						✓	✓			✓
		• Ervaringen van budgethouders met kwaliteit van zorg (zowel formeel als informeel), bijvoorbeeld in hoeverre deze aansluit bij (zorg)behoefte en tevredenheid.	✓	✓								✓
		• Ervaringen van wijkverpleegkundigen met kwaliteit van zorg (zowel formeel als informeel).			✓	✓	✓					✓
		• Ervaringen met de doelmatigheid van de zorg: in hoeverre wordt ingezet op verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van de gezondheid?	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓
		• In hoeverre zijn budgethouders in staat zorg te dragen voor verantwoorde zorg.	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
		• In hoeverre zijn budgethouders in staat door hem/haar verkozen zorgaanbieders aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen.	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
		• Toereikendheid van de tarieven, met name bij gespecialiseerde tarieven.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

		criteria	Interviews									Casusgericht onderzoek
			Per Saldo	Budgethouders	V&VN	Indicerend wijk-verpleegkundigen	zorgverlenend wijkverpleegk. ¹	ZIN	Zorgverzekeraars	Praktijkteam Zvw-pgb	VWS	
Neveneffecten	Aanvraag en administratief proces	• Ervaringen met aanvraagproces (onder andere: administratieve lasten).	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓
		• Ervaringen met contact met zorgverzekeraar.	✓	✓		✓	✓		✓			✓
		• Ervaringen met het declaratieproces.	✓	✓			✓	✓	✓			✓
	Aanpak en bevindingen fraude	• Het aantal opgespoorde fraudegevallen of gevallen van oneigenlijk gebruik en hoe dit aantal zich verhoudt tot voorgaande jaren.							✓			
		• Welke en hoe vaak andere maatregelen worden ingezet om fraude aan te pakken, bijvoorbeeld huisbezoeken.						✓	✓			
		• Ervaringen van budgethouders en wijkverpleegkundigen met maatregelen van zorgverzekeraars om fraude aan te pakken, bijvoorbeeld middels huisbezoeken.	✓	✓	✓	✓	✓					

C. Format uitvraag kwantitatieve gegevens bij Vektis en bij zorgverzekeraars

C.1 Format uitvraag kwantitatieve gegevens bij Vektis

C.1.1 Tabblad gedeclareerd via zorgverzekeraars

Aantal cliënten

Prestatiecode	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1009	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1010	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1011	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1012	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1020	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Vergoed bedrag

Prestatiecode	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1009	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1010	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1011	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1012	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1020	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

C.1.2 Tabblad gedeclareerd via SVB

Aantal cliënten

Prestatiecode	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1013	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Vergoed bedrag

Prestatiecode	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1013	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

C.1.3 Tabblad totale uitgaven

Categorie	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
Uitgaven PGB totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Uitgaven ZIN 0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Uitgaven ZIN 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Uitgaven ZIN 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Uitgaven ZIN totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

C.1.4 Tabblad tarieven informeel

Aantal cliënten

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1. <22,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. 22,50-23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. >23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Percentage van vergoed bedrag

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
lager dan € 22,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
tussen de € 22,50 en € 23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
hoger dan € 23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Percentage van aantal prestaties

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
lager dan € 22,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
tussen de € 22,50 en € 23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
hoger dan € 23,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

C.1.4 Tabblad tarieven formeel

Aantal cliënten

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1. <20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. 20-29	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. 30-39	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. 40-49	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. >=50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Percentage van vergoed bedrag

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
1. <20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. 20-29	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. 30-39	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. 40-49	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. >=50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Percentage van aantal prestaties

Tariefklasse	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Totaal 2017
lager dan € 20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
tussen de € 20 en € 29	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
tussen de € 30 en € 39	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
tussen de € 40 en € 49	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
gelijk aan of hoger dan € 50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

C.2 Format uitvraag kwantitatieve gegevens bij zorgverzekeraars

C.2.1 Tabblad aantal budgethouders

Aantal budgethouders																					
#	Vraag	Toelichting	Op peildatum						In de betreffende maand												In het gehele jaar
			1-1-2015	31-12-2015	1-1-2016	31-12-2016	1-1-2017	31-12-2017	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17		totaal 2017
1	Aantal pgb-toekenningen in deze maand	Het gaat hier om het aantal afgegeven toekenningen (inclusief verlengingen/ herindicaties) in de betreffende maand	n. v. t.																		
2	Totaal aantal budgethouders	Het gaat hier om het aantal budgethouders met een budget in de betreffende maand of op de specifiek genoemde peildatum. Let op: tel ook budgethouders mee die een gedeelte van de maand een budget hadden																			

C.2.2 Tabblad declaraties

Aantal declaraties																			
#	Vraag		Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	
1	Som van alle gedeclareerde, en goedgekeurde, bedragen per maand en het gehele jaar	Totaal van alle declaraties	Periode gebaseerd op de <i>zorgbehandeldatum</i> (de datum waarop de zorg is geleverd)																
		Declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar zijn ingediend - <u>niet</u> via de SVB																	
		Declaraties die zijn verlopen <u>via</u> de SVB																	
2	Gemiddeld gedeclareerde bedrag per budgethouder per maand, en voor het gehele jaar		Het gaat hierbij om het gemiddelde bedrag over declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar zijn ingediend, die dus <u>niet via de SVB</u> zijn verlopen. Periode gebaseerd op de <i>zorgbehandeldatum</i> (de																
3	Aantal budgethouders dat zorg heeft gedeclareerd	Formele verzorging	Het gaat hierbij alleen om declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar zijn ingediend, die dus <u>niet via de SVB</u> zijn verlopen.																
		Informeel verzorging																	
		Formele verpleging	Periode gebaseerd op de <i>zorgbehandeldatum</i> (de datum waarop de zorg is geleverd).																
		Informeel verpleging																	

C.2.3 Tabblad aantal aanvragen en weigeringen

Aantal aanvragen en weigeringen Zvw-Pgb																		
#	Vraag	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Opmerkingen
1	Aantal aanvragen	Het gaat hierbij om het totaal aantal aanvragen dat in de betreffende maand is binnengekomen.													n.v.t.			
2	Aantal weigeringen	aanvragen dat is geweigerd. De maand gebaseerd op de maand waarin de aanvraag is binnengekomen.																
Rubricering van weigeringen																		
#	Rubricering van aantal	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Opmerkingen
1	Behoort niet tot de doelgroep van het Zvw-														n.v.t.			
2	Client voldoet niet aan toegangsvoorwaarden rondom 'pgb-																	
3	....	voeg hier naar wens uw eigen rubricering toe																
4	....	voeg hier naar wens uw eigen rubricering toe																
5	....	voeg hier naar wens uw eigen rubricering toe																
6	....	voeg hier naar wens uw eigen rubricering toe																
7	Totaal																	
Aantal herziene aanvragen of gevoerde keuzegesprekken																		
#	Over de hele maand	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Opmerkingen
1	Aantal herziene en/of aangepaste aanvragen	herziening/aanpassing wel zijn toegekend (dus weigeringen uitgesloten)													n.v.t.			
2	Aantal gevoerde bewuste-keuzegesprekken	Indien het mogelijk is om deze gegevens aan te leveren																

C.2.4 Tabblad termijn afhandeling declaraties

Termijn van afhandeling van declaraties																
#	Vraag	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2017	
1	Totaal aantal declaraties dat binnenkomt per maand*	De eerste 'digitale' datum dient hierbij als uitgangspunt genomen te worden, oftewel de eerste datum in het systeem														
2	Aantal afgewezen declaraties															
3	Aantal goedgekeurde declaraties dat betaald wordt binnen 5 kalenderdagen															
4	Aantal goedgekeurde declaraties dat betaald wordt tussen de 6 en 10 kalenderdagen															
5	Aantal goedgekeurde declaraties dat betaald wordt tussen de 11 en 15 kalenderdagen	Het gaat hierbij om het aantal kalenderdagen tussen de eerste 'digitale' datum van binnenkomst van een declaratie tot de datum waarop een declaratie betaalbaar gesteld is aan de bank														
6	Aantal goedgekeurde declaraties dat betaald wordt tussen de 16 en 20 kalenderdagen															
7	Aantal goedgekeurde declaraties dat betaald wordt na 20 kalenderdagen															
8	Gemiddeld aantal kalenderdagen waarbinnen goedgekeurde declaraties worden betaald															

*het gaat in dit overzicht om declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar zijn ingediend, die dus niet via de SVB zijn verlopen.

C.2.5 Tabblad klachten

Aantal klachten over de Zvw-pgb																
#	Vraag	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2017	
1	Aantal klachten Zvw-pgb	Het gaat hier om het aantal klachten die via de formele klachtenprocedure zijn gelopen														
#	Rubricering klachten	Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal 2017	
2	<i>afwijzing toekenning pgb</i>	Het gaat hier om het aantal klachten die via de formele klachtenprocedure zijn gelopen														
3	<i>beëindiging pgb</i>															
4	<i>niet eens met hoogte pgb</i>															
5	<i>niet eens met hoogte tarief</i>															
6	<i>niet eens met ingangsdatum</i>															
7	<i>afhandeling van de aanvraag</i>															
8	<i>afhandeling van het declaratieproces</i>															
9	....														
10	....														
11	....														
12	....														
13	Totaal															
#	Rubricering klachten		Toelichting	jan-17	feb-17	mrt-17	apr-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	2017
12	<i>ongegronnd</i>	Het gaat hier om het aantal klachten die via de formele klachtenprocedure zijn gelopen														
13	<i>gegrond</i>															
14	<i>coulance</i>															
15	<i>nog niet afgehandeld</i>															
16	Totaal															

D. Overzicht respondenten diepte-interviews en begeleidingscommissie

D.1 Budgethouders

Het benaderen van budgethouders voor de diepte-interviews is met een oproep via belangenvereniging Per Saldo gedaan. Op deze oproep zijn ongeveer 40 reacties gekomen. Uit deze reacties hebben wij in eerste instantie een achttal budgethouders geselecteerd. Bij de selectie hebben wij gestreefd naar een evenwichtige verdeling van budgethouders, aan de hand van een aantal kenmerken:

- a. Type zorg (kindzorg/reguliere zorg, verpleging en/of verzorging);
- b. Informele en/of formele zorg;
- c. Zorgverzekeraar;
- d. Regio.

Budgethouder	Type zorg	Formeel/informeel	Zorgverzekeraar	Woonachtig in regio
1	Kindzorg: verpleging en verzorging	Beide	IZA (VGZ)	Rivierenland
2	Kindzorg: verpleging en verzorging	Beide	Menzis	Twente
3	Regulier: verzorging (verpleging via ZiN)	Informeel	Zilveren Kruis	Hollands-Midden
4	Regulier: verpleging en verzorging	Beide	CZ	Zuid-Oost Brabant
5	Regulier: verpleging en verzorging	Informeel	ONVZ	Rijnmond
6	Regulier: verpleging en verzorging	Beide	Delta Lloyd (CZ)	Rijnmond
7	Regulier: verzorging	Informeel	DSW	Noordoost-Brabant
8	Regulier: verzorging	Informeel	Menzis	Twente
9	Kindzorg: verzorging	Informeel	VGZ	Noordoost-Brabant

Tabel 8. Overzicht van geïnterviewde budgethouders (geanonimiseerd)

In een later stadium is via Per Saldo een nieuwe oproep geplaatst om budgethouders te selecteren voor casusgerichte onderzoeken. Deze oproep is ook via andere kanalen (wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars) uitgezet. Uiteindelijk is het niet gelukt om voldoende casussen te selecteren voor het casusonderzoek en heeft er slechts één casusonderzoek plaatsgevonden. Omdat één casusonderzoek te weinig is om bevindingen op te doen, hebben we er voor gekozen om dit casusonderzoek in de analyse als

negende diepte-interview mee te nemen. Dit casuonderzoek is daarom in het respondentenoverzicht van de diepte-interviews opgenomen, zoals in tabel 8 is te zien.

D.2 Wijkverpleegkundigen

198 Het selecteren van wijkverpleegkundigen is via beroepsvereniging V&VN gedaan. Bij de selectie is zoveel mogelijk rekening gehouden met een gelijke verdeling over de volgende kenmerken:

- a. Type dienstverband (in dienst bij een organisatie of werkzaam als zzp'er);
- b. Type verpleegkundige (kind- of wijkverpleegkundige);
- c. Indicerend of zorg verlenend verpleegkundige (scheiding is niet altijd strikt);
- d. Werkgebied.

In tabel 9 is een geanonimiseerd overzicht opgenomen van geïnterviewde wijkverpleegkundigen.

Wijkverpleegkundige	Dienstverband	Type verpleegkundige	Indicerend/ zorg verlenend	Werkgebied
1	In dienst bij organisatie	Kindverpleegkundige	Beide (voornamelijk indicierend)	Utrecht
2	In dienst bij organisatie	Kindverpleegkundige, zorgcoördinator	Indicerend	Zuid-Nederland
3	In dienst bij organisatie	Regulier	Beide (voornamelijk zorgverlenend)	Utrecht
4	In dienst bij organisatie	Regulier	Beide (voornamelijk zorgverlenend)	Nijmegen
5	In dienst bij organisatie	Adviserend verpleegkundige	Beide, adviserende rol naar uitvoerend wijkverpleegkundigen	Landelijk
6	Zzp'er	Regulier	Beide (voornamelijk zorgverlenend)	Zuid-Limburg
7	Zzp'er	Regulier	Beide (voornamelijk indicierend)	Noordelijk Zuid-Holland / zuidelijk Noord-Holland
8	Zzp'er, aangesloten bij collectief van zzp'ers	Regulier	Beide (voornamelijk zorgverlenend)	Nijmegen

Tabel 9. Overzicht van geïnterviewde kind- en wijkverpleegkundigen

D.3 Zorgverzekeraars

199 Naast de diepte-interviews met wijkverpleegkundigen en budgethouders zijn diverse gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn benaderd via de reeds bestaande contacten voor het kwantitatieve deel van het onderzoek of via Zorgverzekeraars Nederland. Bij de selectie van zorgverzekeraars is geprobeerd een representatieve selectie te maken, waarbij wij de grootste zorgverzekeraars hebben benaderd met daarnaast twee kleinere verzekeraars (De Friesland en ONVZ). Hieronder is een overzicht te zien met de zorgverzekeraars die wij gesproken hebben.

Zorgverzekeraars
Zilveren Kruis
CZ
VGZ
Menzis
De Friesland
ONVZ

Tabel 10. Overzicht van geïnterviewde zorgverzekeraars

D.4 Overige geïnterviewde organisaties

200 In onderstaande tabel staat een overzicht van beroeps-, branche- en belangenorganisaties waarmee wij een diepte-interview hebben gehouden.

Overige organisaties
Ministerie van VWS
Zorgverzekeraars Nederland
Per Saldo
V&VN
Belangenvereniging IKZ

Tabel 11. Overzicht van geïnterviewde beroeps-, branche- en belangenorganisaties

D.5 Samenstelling begeleidingscommissie

Begeleidingscommissie
Onafhankelijk voorzitter: Janneke Bok-Wicherts (Algemene Bestuursdienst)
Ministerie van VWS (zowel directie zorgverzekeringen als directie curatieve zorg)
Zorgverzekeraars Nederland
Per Saldo
V&VN
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Sociale Verzekeringsbank
Ministerie van Financiën (Inspectie der Rijksfinanciën)

Tabel 12. Samenstelling begeleidingscommissie

E. Samenvatting uitkomsten Zorgvergelijker Zvw-pgb van Per Saldo

²⁰¹ Zorgverzekeraars geven op verschillende wijzen uitvoering aan het Zvw-pgb. Dit blijkt ook uit de Zorgvergelijker Zvw-pgb, die Per Saldo beschikbaar stelt aan haar leden (en ook alleen voor leden toegankelijk is). Verschillen uiten zich in de volgende aspecten:

- a. Toegangscriteria zijn bij elke zorgverzekeraar hetzelfde, er zijn echter verschillen in uitvoeringsbeleid;
- b. Zorgverzekeraars hanteren verschillende tarieven voor de formele zorgverleners;
- c. Zorgverzekeraars stellen het budget op verschillende manieren vast;
- d. De meeste zorgverzekeraars hanteren rektarieven voor het bepalen van de hoogte van het budget en een maximaal te declareren bedrag;
- e. De mogelijkheden tot het uitwisselen van uren tussen zorgfuncties en de bestedingsvrijheid verschillen;
- f. Het is mogelijk een combinatie van pgb en zorg in natura te krijgen, maar de voorwaarden die daaraan worden gesteld verschillen per zorgverzekeraar.