

Vergaderjaar 2015–2016

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 248

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 juni 2016

Hierbij doe ik u toekomen de monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015¹. Daarnaast stuur ik u hierbij een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)². In deze brief rapporteert de NZa over de bij hen binnengekomen signalen over de toereikendheid van de vergoedingen inzake Zvw-pgb. Deze rapportage heb ik u toegezegd bij de behandeling van het wetsvoorstel Zvw-pgb.

Monitor Zvw-pgb

De monitor is uitgevoerd door ITS Radboud Universiteit Nijmegen en begeleid door een commissie bestaande uit Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een aantal zorgverzekeraars, de Sociale Verzekeringsbank (SVB), Per Saldo en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De monitor geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal verzekerden met een Zvw-pgb, de uitgaven, de betaaltermijnen van declaraties, het aandeel van de pgb's dat aan informele zorg wordt besteed en het aantal klachten en geschillen in Zvw-pgb-zaken. Deze gegevens zijn aangevuld met de ervaringen van alle zorgverzekeraars met de uitvoering van het pgb.

De monitor biedt helaas geen inzicht in de door pgb-houders ervaren kwaliteit van zorg en hun ervaringen met de dienstverlening door de zorgverzekeraar. De geplande enquêtes onder een te selecteren groep budgethouders konden vanwege privacywetgeving, niet op de voorgenomen wijze worden uitgevoerd. Zorgverzekeraars mogen conform deze wetgeving budgethouders niet steekproefsgewijs uit hun bestand van verzekerden selecteren ten behoeve van een enquête, terwijl dat noodzakelijk is om een goede afspiegeling van de budgethouderpopulatie te

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

bereiken. Andere methodes die op korte termijn konden worden uitgevoerd zouden geen betrouwbaar beeld geven. In de volgende monitor zullen de enquêtes naar de klanttevredenheid alsnog op een alternatieve wijze worden gehouden.

De monitor bevat een aantal aanbevelingen m.b.t. de inrichting van de monitor 2016. Deze zal ik verwerken in de opzet voor deze monitor. Eén van de onderwerpen waar in 2016 dieper op in zal worden gegaan zijn de precieze redenen voor afwijzing van een Zvw-pgb.

In de bijlage bij deze brief treft u voor een goed begrip van de monitor een korte uiteenzetting aan van het Zvw-pgb en een weergave van de belangrijkste bevindingen.

De monitor is voor mij aanleiding te komen tot nadere afspraken over het Zvw-pgb. In overleg met ZN en Per Saldo heb ik de volgende verbeterpunten geïnventariseerd.

Nader verkend worden:

- voor welke specifieke zorgvragen het Zvw-pgb een oplossing biedt en wie in staat is hier op een goede manier mee om te gaan;
- de mogelijkheden om de indicatiestelling door de (wijk)verpleegkundige en het proces van aanvraag en beoordeling door de zorgverzekeraar «aan de voorkant» te verbeteren (zorginhoudelijke voorwaarden en criteria voor het kunnen beheren van het pgb, waaronder afspraken over de toepassing daarvan);
- de manier waarop het zicht en de grip op de kwaliteit van zorg is te verbeteren;
- de mogelijkheden om de aanpak van misbruik en oneigenlijk gebruik te intensiveren.

Over de uitwerking van bovengenoemde punten ben ik reeds met partijen in gesprek. Ik ben voornemens om met hen te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken. Zoals ik heb aangegeven tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zvw-pgb is mijn inzet erop gericht om daar met de betrokken partijen gezamenlijk uit te komen. Mocht dat niet het geval zijn of mocht bij het maken van de bestuurlijke afspraken blijken dat nadere regelgeving gewenst is, dan heb ik de mogelijkheid om op grond van de wet bepaalde voorwaarden in lagere regelgeving op te nemen (de «kan»-amvb). Met het oog op de eventuele gevolgen van nieuwe bestuurlijke afspraken voor de zorgverzekeringspolissen en de pgb-reglementen voor 2017, streef ik ernaar voor 1 oktober a.s. met partijen overeenstemming te bereiken. Ik zal de Kamer na de zomer informeren over de stand van zaken van de gesprekken met partijen.

Brief NZa toereikendheid tarieven in Zvw-pgb

De NZa rapporteert in haar brief over de binnengekomen signalen met betrekking tot de toereikendheid van de tarieven in het Zvw-pgb. Vanaf 1 januari 2015 tot 9 juni 2016 zijn vijf signalen binnen gekomen bij de NZa.

Kern van de meeste signalen is dat de gekozen zorgaanbieders tarieven hanteren die niet passen binnen het pgb. Bij twee van de vijf signalen kwam het signaal van een zorgaanbieder. De signalen zijn in een aantal gevallen opgelost doordat de zorgverzekeraar de mogelijkheid biedt dezelfde zorg af te nemen in natura. Ook heeft in één geval de zorgaanbieder zijn tarief alsnog naar beneden bijgesteld.

De NZa zit op dit moment geen aanleiding om het toezicht op dit onderwerp te intensiveren. De ontwikkelingen worden door de NZa uiteraard in de gaten gehouden. Mocht daar in de toekomst wel aanleiding toe zijn, dan kan de NZa haar toezicht intensiveren.

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

I. Het Zvw-pgb wijkverpleging

Met ingang van 1 januari 2015 maakt wijkverpleegkundige zorg (persoonlijke verpleging en verzorging thuis) deel uit van het basispakket van de Zvw. Verzekerden die door de wijkverpleegkundige zijn geïndiceerd, kunnen ervoor kiezen deze zorg zelf met een pgb in te kopen. Het pgb-reglement van de zorgverzekeraar, dat bij de zorgverzekeringspolis hoort, bevat de voorwaarden waaronder een pgb wordt verstrekt. De zorgverzekeraar bepaalt ook de hoogte van de uurtarieven voor pgb-zorg. Het reglement is opgesteld met inachtneming van de bestuurlijke afspraken³ die in maart 2014 zijn gemaakt.

Er is in de Zvw geen sprake van een trekkingsrecht, zoals in de overige domeinen. Uitgangspunt is dat verzekerden de geleverde zorg rechtstreeks declareren bij hun eigen zorgverzekeraar. Op vrijwillige basis kunnen pgb-houders die een dienstverband hebben met een zorgverlener, gebruik maken van de diensten van de SVB. De SVB voert dan de administratieve werkgeverstaken uit. Daartoe behoren het namens de verzekerde indienen van declaraties bij de zorgverzekeraar, het uitbetalen van zorgverleners en de afdracht van belastingen en premies aan de Belastingdienst.

Onder de Zvw-pgb-regeling vallen budgethouders met een AWBZ-indicatie met overgangsrecht en verzekerden die na 1 januari 2015 zijn ge(her)ïndiceerd. Budgethouders met een geldige indicatie op 31 december 2014 die doorloopt in 2015, bezitten een geldige verwijzing voor een Zvw-pgb. De wijkverpleegkundige beoordeelt in de loop van 2015/2016 of zij nog steeds zijn aangewezen op wijkverpleging. Deze herindicaties vinden ook plaats voor zorg in natura.

In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen de verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Eventuele geschillen hierover lopen via de klachtenregeling van de zorgverzekeraar, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ) en eventueel de kantonrechter.

II. Belangrijkste bevindingen uit de monitor

Aantallen en kosten

Uit de monitor blijkt dat het totaal aantal verzekerden met een Zvw-pgb in heel 2015 is gedaald met circa 23%, van ruim 30.600 op 1 januari tot bijna 23.500⁴ op 31 december. Deze ontwikkeling verschilt per zorgverzekeraar. Bij één verzekeraar is een lichte stijging te zien van 7%. Bij een andere verzekeraar is er sprake van een afname van 53%.

In totaal werd in 2015 ruim € 297,5 mln. uitgegeven aan het Zvw-pgb. Dit is bijna 10% van de totale uitgaven dat jaar aan wijkverpleegkundige zorg.

³ Kamerstuk 25 657, nr. 104

⁴ Volgens de cijfers van de zorgverzekeraars, die betrekking hebben op verzekerden met een geldige indicatie. De opgave van Vektis laat lagere aantallen zien: deze aantallen hebben alleen betrekking op verzekerden met een Zvw-pgb die over 2015 een declaratie hebben ingediend. De absolute daling van het aantal verzekerden met een Zvw-pgb is volgens beide opgaven nagenoeg gelijk.

Formele en informele zorg

De pgb-uitgaven zijn gesplitst in verpleging en verzorging, verleend tegen het formele en informele tarief. 79% van de totale uitgaven betreft verzorging, de rest verpleging. Bijna 74% van de totale uitgaven betreft informele zorg⁵, de rest formele zorg.

Aanvragen en afwijzingen

In 2015 werden in totaal bijna 19.500 pgb's voor wijkverpleegkundige zorg aangevraagd en bijna 6.800 afgewezen. Deze aanvragen en weigeringen hebben zowel betrekking op geherindiceerde verzekerden met overgangrecht, als op nieuwe aanmeldingen.

Betaaltermijnen declaraties

Meer dan 90% van de declaraties die door verzekerden rechtstreeks zijn ingediend bij de zorgverzekeraars, is binnen 10 kalenderdagen betaald. Het overgrote deel zelfs binnen 5 kalenderdagen. Circa een derde van het aantal budgethouders heeft gekozen voor ondersteuning door de SVB. Zij dienen daar hun declaraties in. De SVB toets de declaratie aan de zorgovereenkomst en voert de salarisberekening uit. Omdat het pgb-budget wordt beheerd door de zorgverzekeraar, legt de SVB deze declaratie, namens de budgethouder, voor aan de zorgverzekeraar. Deze controleert of er voldoende budget is om de zorgverlener uit te betalen. Goedgekeurde declaraties worden door de SVB uitbetaald aan de zorgverlener. De betaaltermijn van correcte Zwv-urendeclaraties die bij de SVB zijn ingediend en door de zorgverzekeraar zijn goedgekeurd, bedraagt ongeveer drie weken, gerekend vanaf de uiterste datum van indiening.

Klachten en geschillen

Uit het overzicht van de bij zorgverzekeraars ingediende klachten blijkt dat het aantal klachten in de eerste helft van 2015 toenam tot circa 300 per maand, vervolgens bijna halveerde tot augustus om daarna weer toe te nemen tot 300. Daarbij dient te worden aangetekend dat deze telling tot stand is gekomen zonder definitie wat precies onder een klacht wordt verstaan.

De SKGZ ontving vorig jaar 273 zaken met een Zwv-rgb-component. De meeste zaken betroffen een klacht of geschil over de afwijzingen van een rgb-aanvraag vanwege de planbaarheid van zorg en het niet kunnen beheren van het rgb. Ook de hoogte van het budget en het tarief, waren onderwerp van geschil.

In 2015 zijn 151 zaken na behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen afgesloten. Deze zaken hoefden niet te worden voorgelegd aan de Geschillencommissie. De gemiddelde doorlooptijd hiervan was 50 kalenderdagen, gerekend vanaf het moment van betaling van het entreegeld door de verzekerde. 113 dossiers zijn afgehandeld binnen de maximale streeftermijn van 56 dagen. In 38 gevallen was de doorlooptijd langer.

Het aantal bij de Geschillencommissie van de SKGZ in 2015 aanhangig gemaakte rgb-zaken bedraagt 41. 5 daarvan zijn afgehandeld. De gemiddelde doorlooptijd van deze zaken bedroeg 137 dagen. Dit is

⁵ Het informele tarief is voor zorgverleners die bloed- of aanverwant zijn van de rgb-houder in de eerste of tweede graad en voor zorgverleners die de zorg verlenen zonder te beschikken over een KvK-inschrijving voor zorg of een BIG-registratie.

inclusief korter lopende dossiers die gedurende de procedure door de verzekerde zijn ingetrokken. De gemiddelde doorlooptijd van zaken waarin een bindend advies is uitgebracht, is 183 dagen.

Meldingen bij Per Saldo

In 2015 zijn bij per Saldo in totaal 264 meldingen binnengekomen over het Zvw-pgb. 67% daarvan had betrekking op de indicatiestelling, 18% op het overgangsrecht. 8% van de meldingen betrof verzekerden die vanuit de AWBZ niet waren aangemeld bij de zorgverzekeraar. In het laatste kwartaal van 2015 werden vooral veel meldingen gedaan over intensieve kindzorg.

Om een scherper beeld te krijgen van het type meldingen dat bij Per Saldo binnenkomt, is gedurende een afgebakende periode van 6 weken (1 september-medio oktober) bijgehouden waar deze meldingen betrekking op hadden. Het ging bij deze meldingen ondermeer om de inzet van mantelzorg, de korting op het pgb, de toegangscriteria en de afwijzing om reden van planbare zorg. Meldingen waren er ook over de indicatiestelling door de (wijk)verpleegkundige en de dienstverlening door de zorgverzekeraar. Uit een analyse van 10 door Per Saldo aangereikte afwijzingen van een pgb-aanvraag om reden van planbaarheid van zorg, blijkt dat zorgverzekeraars deze afwijzing verschillend beargumenteren.

Ervaringen van zorgverzekeraars

De onderzoekers hebben kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van alle zorgverzekeraars met de uitvoering van het Zvw-pgb in 2015, door met hen diepte-interviews te houden.

Volgens de onderzoekers hebben de zorgverzekeraars veel geïnvesteerd in een goede inbedding van het pgb in de Zvw en is de uitvoering relatief arbeidsintensief. De zorgverzekeraars stellen, binnen de kaders van de Zvw, eigen regels voor de manier waarop het budget wordt vastgesteld en de mogelijkheden voor substitutie tussen verpleging en verzorging. Ook ten aanzien van het bewuste keuze gesprek zijn er verschillen. De meeste zorgverzekeraars voeren een dergelijk gesprek met alle pgb-aanvragers. Anderen doen dat alleen met nieuwe aanvragers of indien er twijfels zijn. Een klein aantal verzekeraars voert geen bewuste keuze gesprek. De indicaties die worden afgegeven door (kinder)verpleegkundigen, worden door verzekeraars als bindend beschouwd. Er vindt wel overleg plaats tussen de zorgverzekeraar en de verpleegkundige als er bij één of beide partijen twijfel bestaat over de indicatie of bij een sterke toename van het aantal geïndiceerde uren. Volgens de zorgverzekeraars dienen (kinder)verpleegkundigen beter toegerust te worden om goed onderbouwde indicaties te stellen. Verduidelijkt dient te worden wat niet-planbare zorg is en hoe gebruikelijke zorg moet worden meegewogen bij de indicatiestelling. Om verstrengeling van belangen te voorkomen zien sommige zorgverzekeraars tevens graag dat de indicatiestelling onafhankelijk van de zorgverlener gebeurt. Verzekeraars hebben geen invloed op de omvang van de indicatiestelling en weinig mogelijkheden om het Zvw-pgb financieel beheersbaar te houden. Bovendien kunnen zij, vanuit hun zorgplicht, slecht beoordelen of pgb-houders de kwalitatief goede zorg krijgen waar zij recht op hebben.

Zorgverzekeraars en verzekerden hebben in 2015 te maken gehad met onduidelijkheid over de vraag tot welke domein bepaalde zorgvragen behoren. In de praktijk blijken de grenzen tussen de verschillende domeinen soms onvoldoende duidelijk. Ook hebben de zorgverzekeraars naar eigen zeggen geen mogelijkheden om verzekerden met een Zvw-indicatie door te verwijzen naar de Jeugdwet, de Wmo 2015 of de

Wlz. Dit kan aan de orde zijn wanneer het type zorgvraag of de zorgzwaarte volgens de zorgverzekeraar niet past binnen de aanspraak wijkverpleging.

Een aantal zorgverzekeraars is voornemens om huisbezoeken af te leggen. Dit om bijvoorbeeld te toetsen of de zorg nog wel passend is bij de zorgvraag en mantelzorgers niet overbelast zijn geraakt, waardoor de kwaliteit van zorg in het gedrang kan komen. Een aantal zorgverzekeraars is voornemens om materiële controles uit te voeren, bijvoorbeeld bij hoge budgetten of in geval er twijfels zijn over de pgb-vaardigheid van de verzekerde.