



Panteia

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016

Martin Belder; Henri Faun

Zoetermeer, 14 juni 2017

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 De monitor Zvw-pgb	7
1.2 Opzet en inhoud monitor 2016	7
1.3 Veranderingen in Zvw-pgb in 2016	9
1.4 Leeswijzer	9
2 Aantal budgethouders, declaraties en betalingen	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Gegevens van Vektis	11
2.3 Gegevens zorgverzekeraars	18
3 Klachten en geschillen	23
3.1 Klachten binnengekomen bij zorgverzekeraars	23
3.2 SKGZ	24
Bijlage	
Achtergrondinformatie over Zvw-pgb wijkverpleging	31



Samenvatting

In dit rapport zijn de belangrijkste ontwikkelingen in het persoonsgebonden budget (pgb) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het jaar 2016 in beeld gebracht. De gegevens hiervoor zijn verzameld via de zorgverzekeraars zelf en Vektis. Daarnaast heeft de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars (SKGZ) gegevens aangeleverd over de afhandeling van dossiers binnen het Zvw-pgb.

Budgethouders

Gedurende het jaar is het aantal budgethouders (opgave zorgverzekeraars) afgenomen van iets meer dan 19.400 tot ruim 16.900. Deze afname van circa 2.500 budgethouders hangt grotendeels samen met de herindicaties van oude indicaties afgegeven onder de AWBZ. Deze moesten uiterlijk in het eerste kwartaal van 2016 plaatsvonden. De afname komt doordat cliënten die onder de AWBZ een indicatie voor wijkverpleging op basis van een pgb hadden, hierop onder de zvw geen aanspraak meer maakten, niet meer in aanmerking voor een pgb kwamen of zich niet gemeld hebben voor een herindicatie. Vooral dit laatste kwam volgens zorgverzekeraars veelvuldig voor. De daling in budgethouders deed zich bij vrijwel alle zorgverzekeraars voor. Alleen bij drie kleinere zorgverzekeraars was er sprake van een toename van budgethouders.

Declaraties en uitgaven

Van de budgethouders diende het grootste deel ook daadwerkelijk declaraties in. Evenals het aantal budgethouders, nam ook het aantal declarerende budgethouders gedurende het jaar met circa 3.650 af: van ruim 17.800 in januari 2016 tot iets minder dan 14.200 in december. Dit is een afname van ruim 20 procent. Gemiddeld werd er maandelijks circa 25,6 miljoen euro uitgekeerd, hetgeen neerkomt op ruim 1.600 per budgethouder per maand.

In totaal werd er in 2016 ruim 307 miljoen euro aan pgb uitgekeerd. Dit is ongeveer 10 procent van de totale uitgaven aan pgb en zorg in natura samen.

Formele versus informele zorg

De meeste cliënten gebruikten het pgb om informele verpleging en verzorging in te kopen. Van de direct bij de zorgverzekeraars gedeclareerde zorg, was 62 procent informele verzorging en 12 procent informele verpleging, versus 18 procent en 8 procent voor respectievelijk formele verzorging en verpleging.

Tarieven

De invoering van het maximale tarief van 23 euro per uur voor informele zorg heeft ertoe geleid dat voor meer dan 90 procent van de informele zorg een tarief van tussen de 20 en 30 euro wordt gehanteerd. Daarnaast wordt circa 8 procent van de informele zorg ingekocht voor een lager tarief. Voor de formele zorg worden meer verschillende tarieven gehanteerd. In de meeste gevallen is dit een tarief van tussen de 30 en 40 euro. Opvallend is dat in de formele zorg het aandeel lagere tarieven afneemt ten opzichte van de tarieven van meer dan 50 euro per uur.

Aanvragen en weigeringen

De meeste aanvragen voor een pgb werden aan het begin en aan het einde van het jaar gedaan. De piek in het eerste kwartaal is toe te schrijven aan de aanvragen voor herindicaties voor budgethouders die onder de AWBZ al een pgb hadden. Deze moesten oorspronkelijk voor 1 januari 2016 een nieuwe indicatie hebben. Deze termijn is



echter met drie maanden verlengd. Aan het einde van het jaar neemt het aantal aanvragen toe doordat veel indicaties ambtshalve tot eind 2016 waren verlengd. Aan het einde van het jaar vroegen veel budgethouders dus een indicatie aan. Bovendien traden er per 1 januari 2017 nieuwe regels in werking, waardoor zorgverzekeraars minder aanvragen voor een pgb afwezen.

Gemiddeld werd iets minder dan een derde van de aanvragen geweigerd. Dit aandeel was aan het begin van het jaar (ten tijde van de herindicaties) hoger dan aan het einde van het jaar. De zorgverzekeraars geven aan dat zij aan het einde van het jaar minder aanvragen weigerden omdat zij de aanvragen niet meer op zorginhoudelijke criteria afwezen (dit zijn de nieuwe regels per 1 januari 2017).

Betaaltermijnen

Vrijwel alle zorgverzekeraars betalen de declaraties binnen 10 kalenderdagen, waarvan het grootste deel zelfs binnen 5 dagen. De gemiddelde betaaltermijn is gedurende 2016 korter geworden. De exacte betaaltermijnen verschillen wel per zorgverzekeraar en kunnen ook per maand fluctueren.

Klachten

De zorgverzekeraars hebben elk een eigen wijze van klachtenregistratie, daardoor zijn ze onderling niet vergelijkbaar. Wel is te zien dat het klachten na een piek in februari tot september fors afnam. Daarna bleef het aantal redelijk constant.

De SKGZ ontving in 2016 totaal 389 klachten in de bemiddelingsfase en 142 klachten in de geschilfase. In totaal zijn er 397 klachten behandeld (inclusief een deel van de klachten die eind 2015 waren binnengekomen). De ombudsman behandelde pgb-dossiers gemiddeld binnen 46 kalenderdagen. In 192 van de 397 behandelde gevallen was verdere bemiddeling niet zinvol. Verder kwam de zorgverzekeraar in 78 gevallen voldoende tegemoet aan de verzekerde en bleek het verzoek in 77 gevallen ongegrond.

De geschillencommissie zorgverzekeringen handelde de pgb-dossiers gemiddeld binnen 136 kalenderdagen af. In 5 van de 118 behandelde gevallen werd het verzoek (gedeeltelijk) toegewezen. Veelal werd een verzoek afgewezen (66 keer) of werd het verzoek ingetrokken (31 keer).



1 Inleiding

1.1 De monitor Zvw-pgb

In het onderhandelingsresultaat 'Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb' van maart 2014 zijn door VWS, ZN en Per Saldo afspraken gemaakt over de voorwaarden waaronder per 1 januari 2015 een persoonsgebonden budget (pgb) kan worden verstrekt voor wijkverpleegkundige zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is afgesproken dat partijen vanaf de start de uitwerking van het Zvw-pgb in de praktijk nauwlettend zullen volgen. Doel daarvan is "om in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen."

Begin 2016 is daarom de eerste editie van de Monitor Zvw-pgb wijkverpleging opgesteld, met daarin inzicht in de ontwikkeling in 2015 van het aantal verzekerden met een Zvw-pgb, de uitgaven, de betaaltermijnen van declaraties en het aantal klachten en geschillen in Zvw-pgb-zaken.

Voor het jaar 2016 heeft Panteia een actualisatie van de monitor gemaakt. In deze geactualiseerde monitor zijn de ontwikkelingen in de periode 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016 geschetst. De monitor werd uitgevoerd onder begeleiding van een commissie bestaande uit het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en Per Saldo.

1.2 Opzet en inhoud monitor 2016

Om de gegevens van 2015 en 2016 onderling vergelijkbaar te maken, zijn dezelfde gegevens verzameld en is dit op dezelfde wijze gebeurd. Dit betekent dat er op basis van een voorgeschreven format gegevens zijn opgevraagd bij individuele zorgverzekeraars en bij Vektis. Bovendien heeft de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars (SKGZ) informatie aangeleverd over de klachtenafhandeling.

In de tabel op de volgende pagina zijn alle gegevens opgenomen in de monitor 2016 weergegeven, inclusief de bron van herkomst.

Aanpassing ten opzichte van 2015

De inhoud en opzet van de monitor over 2016 is grotendeels hetzelfde zijn als de editie van afgelopen jaar. Het enige noemenswaardige verschil is de kwalitatieve analyse. In de vorige editie van de monitor zijn diepte-interviews met meerdere zorgverzekeraars gehouden. Voor de huidige editie is alleen aan een zorgverzekeraar met de (relatief) grootste toename in pgb-houders en aan twee zorgverzekeraars met de relatief grootste afname om een toelichting gevraagd op de gesignaleerde ontwikkelingen.



Onderwerp	Bron
I Aantal budgethouders en vergoedingen	
1. Aantal budgethouders met een Zvw-pgb volgens Vektis en de zorgverzekeraars (tabel en grafiek) per maand en per 1 januari en 31 december in totaal.	Zorgverzekeraars en Vektis
2. Uiterste toe- of afname in procenten van het aantal budgethouders volgens de verzekeraars, met een verklaring van het verschil tussen de 2 verzekeraars met deze uitersten.	Zorgverzekeraars
3. Uitgaven Zvw-pgb en ZIN per maand en als totaal volgens Vektis (tabel en grafiek), tevens percentage uitgaven Zvw-pgb van de totale kosten wijkverpleging. De totale uitgaven Zvw-pgb worden gesplitst in uitgaven aan rechtstreeks bij de zorgverzekeraars ingediende declaraties en uitgaven via de SVB.	Vektis
4. Gemiddeld gedeclareerde bedrag per budgethouder per maand, gemeten over december, en per jaar.	Zorgverzekeraars
5. De pgb's die zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraars worden uitgesplitst naar aantal budgethouders per maand dat formele of informele verpleging of formele of informele verzorging declareert (tabel en grafiek).	Zorgverzekeraars
6. De pgb's die zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraars worden uitgesplitst naar totale uitgaven formele en informele verpleging en formele en informele verzorging en als percentage van de totale pgb-uitgaven formele en informele zorg (tabel).	Vektis
7. Totale uitgaven pgb per maand worden uitgesplitst naar uitgaven formele en informele zorg tegen tarieven tot 20 euro per uur, 20-30, 30-40 40-50 en hoger dan 50 euro per uur, als percentage van de totale uitgaven per maand formele en informele zorg (tabel).	Vektis
II Aanvragen en weigeringen	
1. Aantal aanvragen en weigeringen Zvw-pgb in 2016, per maand en in totaal (tabel en grafiek).	Zorgverzekeraars
III Betaaltermijnen	
1. Beschrijving proces van afhandeling declaraties door de SVB met doorlooptijd.	SVB
2. Termijnen afhandeling rechtstreekse declaraties van budgethouders bij de zorgverzekeraars per maand, per zorgverzekeraar, uitgesplitst naar percentage declaraties betaald binnen 5 kalenderdagen, 5-10, 11-15, 16-20 en meer dan 20 kalenderdagen (tabel en grafiek).	Zorgverzekeraars
IV Klachten en geschillen	
1. Zorgverzekeraars: aantal binnengekomen klachten per maand.	Zorgverzekeraars
2. SKGZ: aantal binnengekomen dossiers met een Zvw-pgb-component per maand en als totaal (grafiek), onderscheiden naar hoofdgroepen (absoluut en procentueel).	Onderdeel IV Klachten en geschillen is aangeleverd door de Stichting Klachten en Geschillen en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
3. Totaal aantal na bemiddeling door de Ombudsman afgesloten zaken, voorzien van uitkomst en gemiddelde doorlooptijd.	
4. Aantal afgesloten zaken met een doorlooptijd korter en langer dan 56 dagen, met reden van overschrijding doorlooptijd van 56 dagen.	
5. Aantal bij de Geschillencommissie aanhangig gemaakte zaken, met stand van zaken per 31 december.	
6. Uitkomsten van de gegeven bindende adviezen.	



1.3 Veranderingen in Zvw-pgb in 2016

Ten opzichte van 2015 zijn er in 2016 enkele veranderingen doorgevoerd in het Zvw-pgb. Deze veranderingen kunnen gevolgen hebben voor de omvang van de aantallen budgethouders en de tarieven. Het gaat om de volgende veranderingen:

- **In 2016 is het bij alle zorgverzekeraars mogelijk om een combinatie van pgb en zorg in natura te krijgen.** In de wet en regelgeving was dit al in 2015 toegestaan, maar sommige verzekeraars pasten dit niet in de praktijk toe. In 2016 is het in het pgb-reglement expliciet toegestaan.
- **Het informele tarief is verhoogd naar maximaal 23 euro** Dit is een all-in tarief waar ook reiskosten, werkgeverslasten en vakantiegeld van betaald moeten worden. Het informele tarief (van toen nog 20 euro) is in 2015 ingevoerd voor 'nieuwe' budgethouders. Voor bestaande budgethouders gold, totdat de budgethouder was geherindiceerd, in 2016 een overgangsregeling. In de loop van 2015 zijn steeds meer mensen na herindicatie overgegaan op het informele tarief. Per 1 januari 2016 moesten alle herindicaties zijn afgerond. Dat is niet bij alle verzekeraars gelukt. Per 1 april 2016 waren wel alle herindicaties gedaan, en zijn alle budgethouders in het Zvw-pgb dus over op het informele tarief. Daarnaast is per 1 januari 2016 het informele tarief verhoogd van 20 euro naar 23 euro. Dat is gebeurd naar aanleiding van de evaluatie van het informele tarief.
- **Het pgb kan in 2016 ook worden ingezet voor palliatief terminale zorg.** Onder de AWBZ was geëxpliciteerd dat een verzekerde niet in aanmerking kwam voor een pgb, als hij een indicatiebesluit had met een geldigheidsduur korter dan een jaar, tenzij sprake was van een langdurige zorg behoefte. Onder de AWBZ was vanzelfsprekend dat verzekerden die palliatief terminale zorg nodig hadden een langdurige zorgbehoefte hadden, omdat de zorgvraag tot het einde van het leven was. Dat was in de bestuurlijke afspraken (die in 2015 de basis waren voor het zvw-pgb) over het Zvw-pgb niet geëxpliciteerd, waardoor hierover onduidelijkheid is ontstaan. Het is altijd de bedoeling geweest dat verzekerden met een palliatief terminale zorgbehoefte in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb, ook als de zorgvraag korter is dan een jaar. Daarbij toetst de zorgverzekeraar uiteraard wel of de verzekerde en zijn zorgvraag aan de afgesproken inhoudelijke voorwaarden voldoen. Voor 2016 is geëxpliciteerd dat een Zvw-pgb ook ingezet kan worden voor palliatief terminale zorg.

1.4 Leeswijzer

De indeling van de monitor is iets aangepast ten opzichte van de editie van vorig jaar. Dit houdt in, dat we na deze inleiding in hoofdstuk 2 direct de gegevens presenteren over aantallen budgethouders, declaraties en betalingen. In hoofdstuk 3 komen de klachten en geschillen aan bod. In de bijlage lichten we het Zvw-pgb nader toe, middels een beschrijving van de doelgroep, aanvraag, typen zorgverleners, de berekening van de tarieven, de rol van de SVB en de klachten- en geschillenprocedure.



2 Aantal budgethouders, declaraties en betalingen

2.1 Inleiding

Aan de hand van data die door Vektis en individuele zorgverzekeraars is aangeleverd, laten we in dit hoofdstuk zien wat de omvang is van de populatie van budgethouders en hoe hoog de uitgaven zijn aan de Zvw-pgb. We laten van deze aantallen en bedragen zien hoe ze zich per maand over 2016 hebben ontwikkeld. Daarnaast gaan we in op de gehanteerde uurtarieven en de termijnen waarbinnen zorgverzekeraars de gedeclareerde bedragen uitkeren.

2.2 Gegevens van Vektis

De data van Vektis zijn gebaseerd op de declaraties voor wijkverpleging die bij de verschillende zorgverzekeraars zijn gedaan. Belangrijk detail hierbij is dat het mogelijk is dat cliënten niet over alle maanden declaraties indienen. Wanneer dit het geval is, wordt de cliënt in kwestie in de desbetreffende maand niet meegeteld.

2.2.1 Aantal budgethouders en vergoedingen

In tabel 1 en figuur 1 zien we allereerst de aantallen budgethouders die per maand declareerden. Er is een dalende trend waarneembaar. Met uitzondering van de maanden september en oktober zien we een vrij consistente daling. Tussen januari en december daalt het aantal budgethouders met ongeveer 3.650, hetgeen neerkomt op een daling van ongeveer 20 procent.

De totale uitgaven laten in grote lijn ook een dalende trend zien. Deze verloopt echter een stuk grilliger, met meer uitschieters naar boven en naar beneden. Wanneer we de procentuele daling tussen januari en december bekijken, zien we echter een procentuele daling van 18 procent - ruwweg vergelijkbaar met de procentuele daling van het aantal budgethouders.

De totale uitgaven bedroegen ruim 307 miljoen euro, oftewel circa 25,6 miljoen euro per maand. Over het hele jaar berekend is het gemiddelde bedrag per pgb-houder per maand €1.614 euro.

Vergelijking met 2015

De dalende trend in declarerende budgethouders en uitgaven was er ook in 2015. Wel is er rond de jaarwisseling sprake van een trendbreuk: in januari 2016 was het aantal declarerende budgethouders ruim 10 procent hoger dan eind 2015. Aan het einde van 2015 waren er namelijk ruim 16.000 budgethouders. Het totale uitgekeerde bedrag lag zelfs rond de 40 procent hoger. Deze toename is grotendeels te verklaren doordat budgethouders soms pas in januari over het hele afgelopen jaar declareren. Vanaf februari 2016 ligt het aantal declarerende budgethouders meer in lijn met het aantal van eind 2015. De (structurele) toename van enkele honderden budgethouders en de hogere uitgekeerde bedragen zijn toe te schrijven aan nieuwe indicaties per 1 januari 2016.

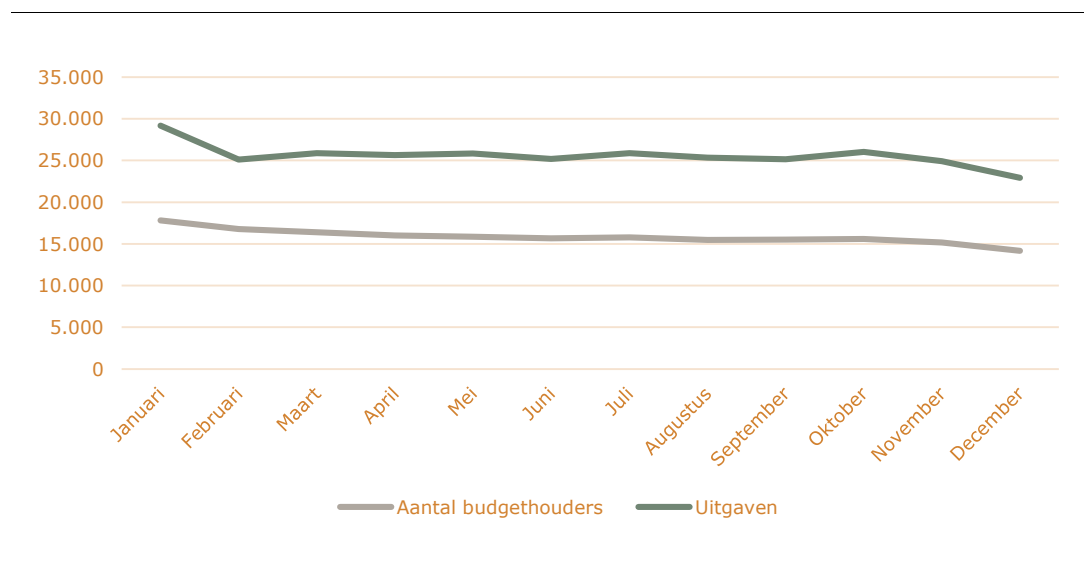


tabel 1 Aantal cliënten vergoede bedragen Zvw-pgb volgens Vektis, 2016

	<i>Aantal declarerende budgethouders</i>	<i>Uitgaven</i>	<i>Gemiddeld per declarerende budgethouder</i>
Januari	17.826	€ 29.161.457	€ 1.636
Februari	16.799	€ 25.100.917	€ 1.494
Maart	16.389	€ 25.889.135	€ 1.580
April	16.020	€ 25.645.854	€ 1.601
Mei	15.870	€ 25.818.416	€ 1.627
Juni	15.672	€ 25.170.713	€ 1.606
Juli	15.775	€ 25.890.101	€ 1.641
Augustus	15.486	€ 25.344.672	€ 1.637
September	15.518	€ 25.143.063	€ 1.620
Oktober	15.607	€ 26.045.474	€ 1.669
November	15.157	€ 24.912.931	€ 1.644
December	14.177	€ 22.938.980	€ 1.618

Bron: Vektis, bewerking Panteia

figuur 1 Aantal declarerende budgethouders en hoogte van de uitgaven* Zvw-pgb per kalendermaand volgens Vektis, 2016



Bron: Vektis, bewerking Panteia

* Declaraties, opgeteld over alle budgethouders heen. De grafiek geeft de totale uitgaven per maand in euro's, gedeeld door 1.000

In tabel 2 en bijbehorende grafiek 2 zien we de totale uitgaven aan de pgb, afgezet tegen de uitgaven aan Zorg in Natura (ZIN). In de meest rechter kolom zien we hoe groot het aandeel van de pgb in het totaal (optelsom pgb en ZIN). Er lijkt zich een lichte daling van dit aandeel voor te doen – dit aandeel daalt van 11 procent in januari



2016 naar 9 procent in december van hetzelfde jaar. Op basis van de data is echter moeilijk vast te stellen of hier sprake is van een structurele trend: met name de totale uitgaven aan de ZIN lijken nogal te fluctueren.

Vergelijking met 2015

Ten opzichte van 2015 is het aandeel pgb binnen de totale uitgaven iets afgenomen. In 2015 was dit namelijk nog 12%. Gezien de absolute toename van de uitgaven aan pgb, is dit vooral toe te schrijven aan een relatief grotere toename van de uitgaven aan ZIN.

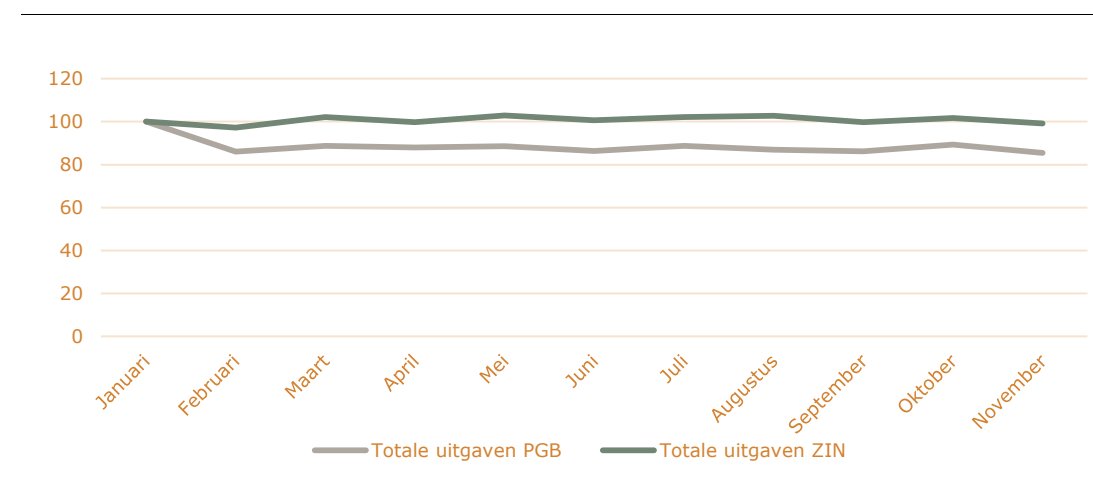
tabel 2 Uitgaven pgb en ZIN volgens Vektis, 2016

	<i>Totale uitgaven pgb</i>	<i>Totale uitgaven ZIN</i>	<i>Totaal (pgb+ZIN)</i>	<i>% pgb binnen totaal</i>
Januari	€ 29.161.457	€ 239.298.147	€ 268.459.604	11%
Februari	€ 25.100.917	€ 232.666.489	€ 257.767.406	10%
Maart	€ 25.889.135	€ 244.583.431	€ 270.472.566	10%
April	€ 25.645.854	€ 238.829.460	€ 264.475.314	10%
Mei	€ 25.818.416	€ 246.200.352	€ 272.018.767	9%
Juni	€ 25.170.713	€ 240.741.105	€ 265.911.818	9%
Juli	€ 25.890.101	€ 244.502.194	€ 270.392.295	10%
Augustus	€ 25.344.672	€ 245.831.016	€ 271.175.688	9%
September	€ 25.143.063	€ 238.606.752	€ 263.749.815	10%
Oktober	€ 26.045.474	€ 243.306.639	€ 269.352.112	10%
November	€ 24.912.931	€ 237.455.029	€ 262.367.960	9%
December	€ 22.938.980	€ 234.251.317	€ 257.190.297	9%
Totaal 2016	€ 307.061.711	€ 2.886.271.930	€ 3.193.333.642	10%

Bron: Vekts, bewerking Panteia



figuur 2 Ontwikkeling van de uitgaven aan Zvw-pgb en ZIN, 2016 (index: januari 2016 = 100)



Bron: Vektis, bewerking Panteia

2.2.2 Verpleging en verzorging, formeel en informeel¹

In tabel 3 zien we de uitgaven die op jaarbasis aan de verschillende typen zorg: formeel en informeel, verpleging en verzorging. De meeste uitgaven worden gedaan aan de informele zorg, namelijk 74 procent. De overige 26 procent betreft formele zorg.

tabel 3 uitgaven pgb naar inzet (selectie budgethouders die rechtstreeks bij de verzekeraars declareren)

	<i>pgb formeel verzorging</i>	<i>pgb informeel verzorging</i>	<i>pgb formeel verpleging</i>	<i>pgb informeel verpleging</i>	<i>Totaal</i>
2016	€ 36.573.828	€ 127.772.425	€ 17.895.810	€24.434.456	€ 206.676.519
2016	18%	62%	8%	12%	100%

Bron: Vektis, bewerking Panteia

In tabel 4 en figuur 3 (volgende pagina) zien we de aantallen budgethouders per type zorg waarvoor wordt gedeclareerd. Het betreft hier uitsluitend cliënten die rechtstreeks bij hun zorgverzekeraar declareren. Vergelijkbare data over cliënten die bij de SVB declareren zijn niet voorhanden.

Zoals al uit de kosten kan worden afgeleid, maken verreweg de meeste cliënten gebruik van informele zorg. We zien dat het aantal declaranten vrij consistent en geleidelijk afneemt in alle typen zorg, waardoor de verhouding in de loop van 2016 hetzelfde blijft. Het totaal aantal cliënten, in de rechter kolom in tabel 4, geeft het totale aantal unieke cliënten weer. Aangezien één cliënt gebruik kan maken van meerdere vormen van formele en informele zorg tegelijk, is het totale aantal kleiner dan de optelsom van de vier kolommen ervoor.

¹ NB de gegevens in deze paragraaf gepresenteerde inzet van pgb en uitgaven aan formele en informele zorg is exclusief de zorg die via de SVB is gedeclareerd.

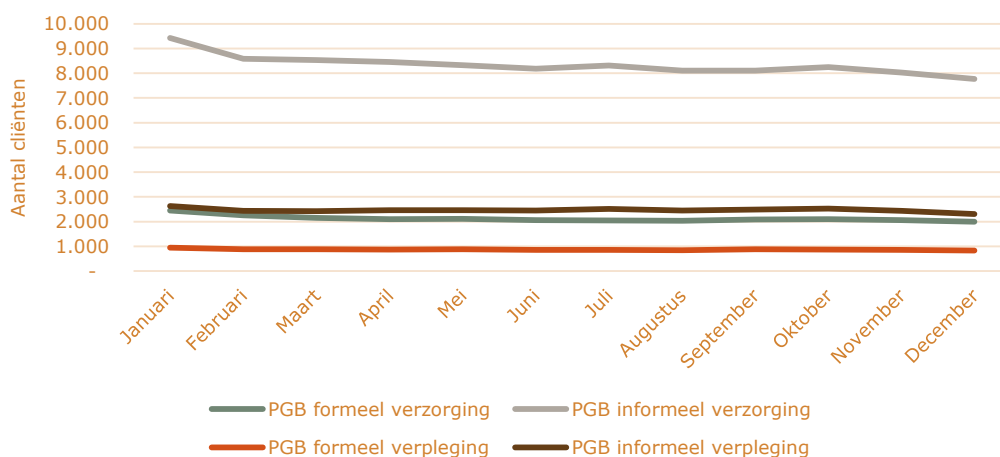


tabel 4 Inzet pgb volgens Vektis, (selectie budgethouders die rechtstreeks bij de verzekeraar declareren)

<i>Inzet pgb</i>					
	<i>Formeel verzorging</i>	<i>Informeel verzorging</i>	<i>Formeel verpleging</i>	<i>Informeel verpleging</i>	<i>Totaal aantal cliënten</i>
<i>Aantallen</i>					
Januari	2.450	9.421	952	2.636	11.685
Februari	2.261	8.581	890	2.441	10.711
Maart	2.146	8.529	882	2.427	10.579
April	2.099	8.458	865	2.462	10.445
Mei	2.107	8.321	884	2.464	10.311
Juni	2.062	8.178	863	2.444	10.151
Juli	2.045	8.318	863	2.519	10.286
Augustus	2.029	8.103	851	2.451	10.054
September	2.086	8.101	882	2.484	10.107
Oktober	2.102	8.241	874	2.540	10.271
November	2.065	8.028	857	2.441	10.012
December	1.999	7.765	831	2.307	9.700

Bron: Vektis, bewerking Panteia

figuur 3 Inzet pgb volgens Vektis, 2016 (selectie budgethouders die direct bij de verzekeraar declareren)



Bron: Vektis, bewerking Panteia

Vergelijking met 2015

De trend van geleidelijke afname in alle categorieën was een jaar eerder ook al gesignaleerd. Er is een trend waarneembaar dat er steeds meer informele verzorging en verpleging plaatsvindt ten opzichte van de formele verzorging en verpleging.



2.2.3 Tarieven

In tabel 5 zien we het aandeel per (categorie van) uurtarief de aantallen declarerende cliënten en de aandelen van de tarieven binnen totale uitgaven aan informele zorg met een pgb. Ook deze tabel is uitsluitend gebaseerd op cliënten die direct bij hun zorgverzekeraar declareren – vergelijkbare data van cliënten die bij de SVB declareren is niet voorhanden.

Voor het overgrote deel (rond de 99 procent) van de informele pgb-zorg wordt voor een uurtarief van minder dan 30 euro per uur ingekocht. Het merendeel hiervan valt vervolgens in de categorie met uurtarief van tussen de 20 en 30 euro. Dit toont aan dat het instellen van (en het handhaven op) een maximumtarief op 23 euro effect heeft gehad: de meerderheid van de cliënten werkt met dit tarief. Het zeer kleine aantal cliënten dat voor een hoger tarief inkoop valt waarschijnlijk onder een speciaal afgesproken overgangsregime (van AWBZ naar Wlz).

Gedurende het jaar is er een voortdurende afname van het gebruik van het laagste tarief, tot de maand oktober. Dan loopt het gebruik van het laagste tarief weer op en vooral in december werd veel op dit tarief gedeclareerd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat cliënten wachten tot het einde van het jaar om alle zorg tegen een laag tarief in één keer te declareren. Daarnaast kan het ook met nieuwe toekenningen te maken hebben.

tabel 5 Aantallen declarerende cliënten en totale uitgaven informele zorg naar gehanteerd tarief, 2016 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij een zorgverzekeraar declareren en die hun declaraties hebben ingediend in tijdseenheden van 5 minuten)

	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Tarieven informeel: aantallen declarerende cliënten (unieke Burgerservicenummers)												
<20 euro per uur	1.236	978	952	816	767	698	710	684	650	688	693	1.048
20-30 euro per uur	5.790	5.434	5.521	5.627	5.588	5.532	5.658	5.517	5.523	5.614	5.435	5.018
30-40 euro per uur	27	22	21	12	10	15	< 10	12	< 10	< 10	< 10	< 10
40-50 euro per uur	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
> 50 euro per uur	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10			< 10	
Tarieven informeel: percentage van vergoed bedrag voor informele zorg												
<20 euro per uur (% tov totaal)	10%	10%	9%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	6%	9%
20-30 euro per uur (% tov totaal)	88%	89%	90%	91%	92%	92%	92%	93%	93%	93%	93%	90%
30-40 euro per uur (% tov totaal)	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
40-50 euro per uur (% tov totaal)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
> 50 euro per uur (% tov totaal)	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Totaal (totale uitgaven in euro's)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Vektis, bewerking Panteia

Als we vervolgens naar de tarieven voor formele verpleging en/of verzorging vanuit een pgb kijken (tabel 6), zien we meer spreiding over de verschillende tariefcategorieën dan bij de informele zorg. Met name zorg met een tarief van meer dan 50 euro per uur en zorg met een uurtarief van tussen de 30 en 40 euro per uur vormen grote



categorieën: Tussen de 75 en 85 procent van de uitgaven aan formele pgb-zorg hanteert één van deze twee tariefcategorieën.

In de periode januari tot en met november is er een (absolute) afname van gedeclareerde zorg in alle categorieën te zien. De afname is het grootst in de tarieven onder de 30 euro en het kleinst in de categorie boven de 50 euro. Hierdoor neemt het aandeel declaraties met een uurtarief van meer dan 50 euro per uur relatief toe, tussen januari en december zien we een toename van 6 procentpunt. In december was er een toename van aantallen declaraties in de categorie van tarieven tot en met 20 euro. Dit heeft mogelijk te maken met cliënten die wachten met declareren tot het einde van het jaar. Ook kan het voortkomen uit correcties over het voorgaande jaar.

Vergelijking met 2015

In de informele tarieven is duidelijk te zien dat er in 2015 nog geen vastgesteld maximum van 23 euro per uur voor informele zorg was: er werd in dat jaar aanzienlijk meer gebruik gemaakt van tarieven lager dan 20 euro of hoger dan 30 euro per uur. De tarieven van de formele zorg zijn tussen 2015 en 2016 met name richting de categorie 30-40 euro per uur geschoven. Eind 2015 was nog bijna 28 procent uitbetaald aan tarieven tot 30 euro per uur en minder dan 47 procent tussen de 30 en 40 euro per uur.

tabel 6 Aantallen declarerende cliënten en totale uitgaven formele zorg naar gehanteerd tarief, 2016 (selectie budgethouders die rechtstreeks bij een zorgverzekeraar declareren en die hun declaraties hebben ingediend in tijdseenheden van 5 minuten)

	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aua	Sep	Okt	Nov	Dec
Tarieven formeel: aantallen declarerende cliënten (unieke Burgerservicenummers)												
<20 euro per uur	124	100	92	90	83	65	61	51	61	72	78	142
20-30 euro per uur	457	417	316	285	288	286	280	259	263	264	260	277
30-40 euro per uur	1.363	1.268	1.247	1.273	1.269	1.252	1.256	1.243	1.296	1.268	1.229	1.156
40-50 euro per uur	154	150	141	142	133	132	129	117	118	119	117	110
> 50 euro per uur	467	421	451	436	466	453	461	453	466	463	444	418
Tarieven formeel: percentage van vergoed bedrag voor formele zorg												
<20 euro per uur (% tov totaal)	2%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%
20-30 euro per uur (% tov totaal)	15%	14%	12%	10%	10%	10%	10%	10%	9%	9%	9%	10%
30-40 euro per uur (% tov totaal)	55%	55%	56%	59%	57%	58%	59%	61%	58%	59%	57%	56%
40-50 euro per uur (% tov totaal)	7%	7%	7%	7%	7%	7%	6%	5%	6%	6%	6%	6%
> 50 euro per uur (% tov totaal)	21%	22%	24%	23%	25%	24%	25%	24%	26%	26%	27%	27%
Totaal (totale uitgaven in euro's)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Vektis, bewerking Panteia



2.3 Gegevens zorgverzekeraars

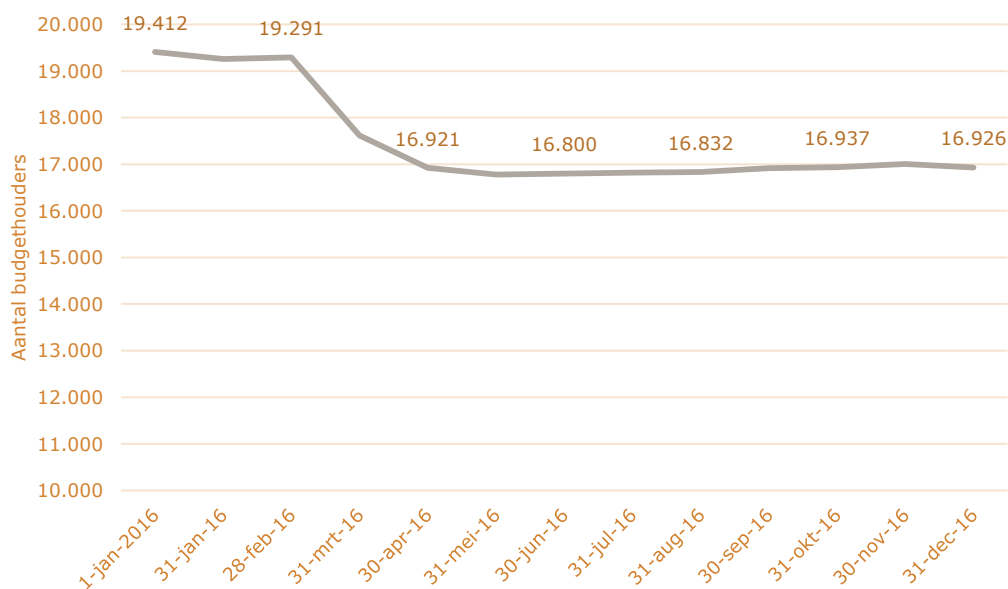
In deze paragraaf gaan we in op de gegevens zoals deze door de zorgverzekeraars zelf zijn aangeleverd. Deze gegevens zijn gebaseerd op de aantallen budgethouders, zonder daarbij het onderscheid te maken of deze daadwerkelijk declareren of niet.

2.3.1 Aantal budgethouders

Op 1 januari 2016 waren er ruim 19.400 budgethouders (figuur 4). Na het eerste kwartaal van 2016 is het aantal budgethouders sterk afgenomen tot minder dan 17.000. Vervolgens bleef het aantal budgethouders tot het einde van het jaar redelijk constant, rond de 16.900.

De afname van bijna 2.400 budgethouders aan het einde van het eerste kwartaal heeft te maken met herindicaties. Bij de overgang van de AWBZ naar de Zvw moesten alle cliënten voor 1 januari 2016 opnieuw worden geïndiceerd. Aan het einde van 2015 bleek dit echter niet haalbaar. Het was voor de wijkverpleegkundigen niet mogelijk om tijdig alle indicaties te stellen en ook de administratieve afhandeling kostte meer tijd. Daarom is afgesproken dat de cliënten uiterlijk op 1 april 2016 een nieuwe indicatie moesten hebben, en hun indicatie tot die tijd geldig zou blijven. Veel cliënten hebben zich echter –ondanks herhaalde oproepen van de zorgverzekeraars– niet gemeld voor een nieuwe indicatie. Daarnaast kwam ook een deel van de cliënten niet in aanmerking voor een pgb of maakten ze geen aanspraak op bekostiging vanuit de Zvw. Zo doende verviel hun indicatie per 1 april 2016 en hebben de meeste budgethouders ook later geen nieuwe indicatie aangevraagd.

figuur 4 Aantal budgethouders Zvw op peildatum volgens de opgave van verzekeraars



Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia



Vergelijking met 2015

De afname van het aantal budgethouders tussen januari en juni 2016 was een voortzetting van de dalende trend in 2015. In dat jaar nam het aantal budgethouders tussen januari en december af van ruim 30.600 tot minder dan 23.500². Dit houdt in dat er tussen 31 december 2015 en 1 januari 2016 ook een forse afname in het aantal budgethouders plaatsvond, tot de genoemde 19.400. Deze afname is toe te schrijven aan het vervallen van indicaties per 1 januari 2016.

Verschillen tussen zorgverzekeraars

De afname van het aantal budgethouders na het eerste kwartaal deed zich bij vrijwel alle zorgverzekeraars voor, waaronder enkele grote zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar met de grootste (relatieve) afname had op 31 december 26% minder budgethouders dan op 1 januari 2016. Naast de reeds gegeven verklaring van herindicaties aan het einde van het eerste kwartaal, was er geen bijzondere reden voor deze sterke afname. Wel gaf deze zorgverzekeraar aan bij alle aanvragen goed te hebben gekeken of deze binnen de (toen geldende) criteria voor een pgb vielen. Relatief veel aanvragen werden geweigerd op grond van de criteria dat het planbare zorg was, dat er geen noodzaak was voor wisselende en ongebruikelijke tijdstippen/locaties en/of dat er geen noodzaak was voor een vaste zorgaanbieder. Mede hierdoor nam het aantal budgethouders ook na 1 april verder af.

Drie relatief kleinere zorgverzekeraars vormen een uitzondering op de algehele trend. Bij deze zorgverzekeraars is er over het hele jaar gezien juist een toename geweest. De zorgverzekeraar met de grootste toename in budgethouders groeide over het hele jaar gezien met 91%. In dat laatste geval gaat het echter om kleine aantallen in absolute zin. Desgevraagd schreef de zorgverzekeraar de toename toe aan de kleine aantallen waarover het gaat.

2.3.2 Aanvragen en weigeringen

Maandelijks kregen de zorgverzekeraars gemiddeld bijna 1.500 aanvragen voor een zvw-pgb (tabel 7 en figuur 5). Daarvan werd gemiddeld bijna een derde geweigerd (472).

Er lijkt een zekere seizoensinvloed in de aanvragen te zitten: aan het begin van het jaar werden de meeste aanvragen gedaan. Dit aantal nam af tot en met de maand oktober. In de laatste twee maanden van het jaar nam het aantal aanvragen juist weer toe. Eenzelfde ontwikkeling deed zich voor in 2015. De piek aan het begin van het jaar hangt samen met de herindicaties die voor 31 maart moesten plaatsvinden. Daarnaast is een deel van de oude (AWBZ) indicaties ambtshalve tot 31 december 2016 verlengd. Dit zorgde voor een toename van aanvragen in de laatste maanden van 2016.

In tegenstelling tot het aantal aanvragen bleef het aantal weigeringen gedurende het hele jaar afnemen, ook toen het aantal aanvragen in november en december weer toenam. Hierdoor daalde de verhouding tussen het aantal aanvragen en weigeringen aanzienlijk: in de eerste vier maanden werd tussen de 32 en 39 procent geweigerd, terwijl in december slechts 19 procent werd geweigerd.

² Dit aantal is exclusief een relatief kleine zorgverzekeraar met maximaal rond de 600 cliënten.



Het relatief grote aantal weigeringen aan het begin van het jaar is toe te schrijven aan de herindicaties, waaruit bleek dat niet iedereen op basis van de toen geldende criteria in aanmerking kwam voor een pgb. Voor 2017 zijn de criteria aangepast. Zo mag (onder andere) planbare zorg en zorg die niet door een vaste zorgaanbieder geleverd hoeft te worden vanaf 2017 ook op basis van een pgb worden ingekocht. De meeste zorgverzekeraars zijn deze criteria reeds aan het einde van 2016 gaan hanteren. De zorgverzekeraars geven aan dat dit de reden is dat er aan het einde van het jaar relatief minder weigeringen waren.

Vergelijking met 2015

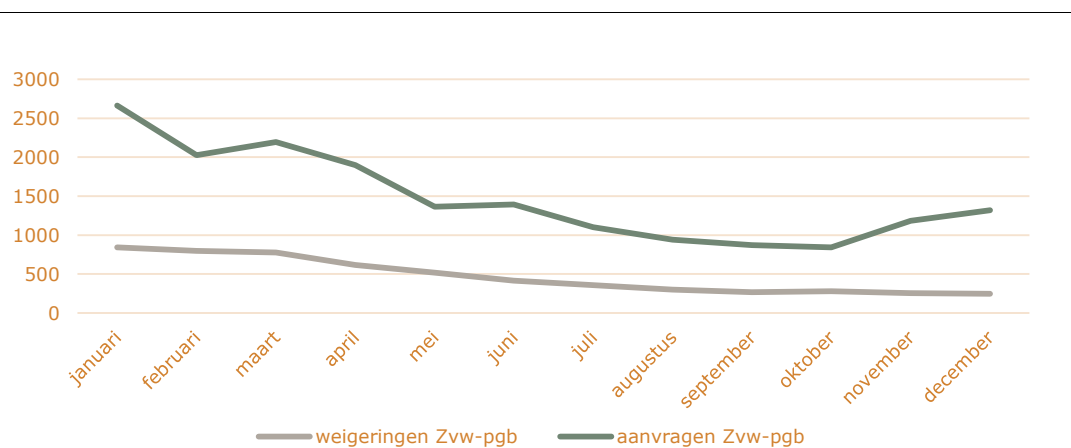
Zowel het aantal aanvragen als het aantal weigeringen lag in 2015 hoger dan in 2016. Dit is te verklaren door het grote aantal herindicaties dat in 2015 bovenop de nieuwe aanvragen moest worden gedaan. Het beeld van de aanvragen en weigeringen in 2015 is daarmee vergelijkbaar met de eerste vier maanden van 2016. Over heel 2015 werd 35% van de aanvragen geweigerd. Dit is drie procentpunt meer dan 2016. Opvallend is dat er ook in 2015 een terugloop in aantal aanvragen was in de maanden juli tot en met september.

tabel 7 Aanvragen en weigeringen Zvw-rgb, 2016 (opgeteld over verzekeraars)

	jan	feb	maa	april	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Totaal
Aanvragen Zvw-rgb	2.666	2.028	2.196	1.898	1.364	1.392	1.102	940	870	843	1.182	1.317	17.798
Weigeringen Zvw-rgb	843	797	777	616	518	414	357	299	266	279	254	246	5.666
Percentage weigeringen	32%	39%	35%	32%	38%	30%	32%	32%	31%	33%	21%	19%	32%

Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia

figuur 5 Aanvragen en weigeringen Zvw-rgb, 2016 (opgeteld over verzekeraars)



Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia

2.3.3 Betaaltermijnen

In deze paragraaf gaan we in op de declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend. Een deel van de declaraties verloopt echter via de SVB (zie verderop). In tabel 8 zien we de termijn waarbinnen zorgverzekeraars de declaraties uitbetalen. Het overgrote deel van de declaraties werd binnen 10 dagen betaald,



waarvan bovendien een meerderheid binnen 5 dagen. Betalingen met een termijn van meer dan 10 dagen kwamen slechts sporadisch voor.

Uit de data komt de algemene trend naar voren dat de betaaltermijnen korter lijken te worden: tussen januari en december steeg het aantal declaraties dat binnen 5 dagen werd betaald met ongeveer 20 procentpunt. Eveneens met 20 procentpunt daalde het aandeel van de declaraties dat tussen 6 en 10 kalenderdagen werd betaald.

Vergelijking met 2015

Ten opzichte van 2015 is de gemiddelde betaaltermijn in 2016 afgenomen. In 2015 werd ongeveer 61 procent binnen 5 kalenderdagen en 6 procent van de declaraties tussen de 11 en 15 kalenderdagen uitbetaald. In 2016 was dit respectievelijk 69 en 1 procent. Het aandeel declaraties dat tussen de 6 en 10 kalenderdagen werd uitbetaald bleef ongeveer gelijk.

Tabel 8 Betaaltermijnen van declaraties, 2015 (selectie van budgethouders die het geld via de verzekeraar krijgen)

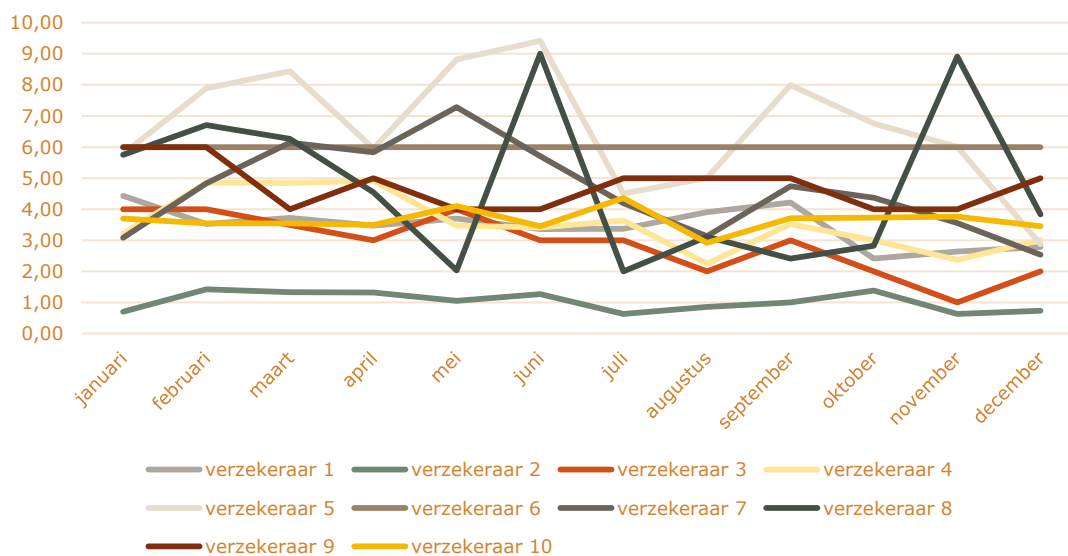
	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Aantal declaraties per maand	14.055	16.066	18.494	17.376	17.613	17.821	16.794	16.324	16.540	16.107	16.714	16.037
Aandeel declaraties betaald:												
binnen 5 kalenderdagen	59%	63%	58%	63%	57%	75%	74%	74%	72%	78%	75%	80%
tussen de 6 en 10 kalenderdagen	39%	35%	39%	35%	41%	23%	25%	25%	27%	21%	24%	19%
tussen de 11 en 15 kalenderdagen	1%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	0%
tussen de 16 en 20 kalenderdagen	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
na 20 kalenderdagen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia

In figuur 6 zien we de gemiddelde betaaltermijn van alle individuele zorgverzekeraars in één grafiek. Uit deze data blijkt dat de betaaltermijnen uiteenlopen en dat de trend van het steeds sneller uitbetalen van declaraties zich met name manifesteert bij bepaalde zorgverzekeraars.



figuur 6 Verschillen tussen zorgverzekeraars in gemiddelde betalingstermijn, 2016)



Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia

Declaraties via de SVB

Declaraties die voor de 10e van de maand bij de SVB zijn ingediend, worden door de SVB verwerkt en in dezelfde maand ter goedkeuring voorgelegd aan de zorgverzekeraar. De zorgverlener Zvw wordt één keer per maand uitbetaald. De uitbetalingsdata staan op de website van de SVB. De contracten met een vast maandloon worden aan het begin van de volgende maand uitbetaald. Bij de urendeclaratie is dat een maand later; een urendeclaratie over de maand januari wordt begin maart uitbetaald (mits het voor 10 februari bij de SVB is ingediend). De betaaltermijn van correct ingediende en goedgekeurde declaraties bedraagt daarmee circa 3 weken.

Wat betreft de tijdigheid van de afhandeling van declaraties kan de SVB geen gegevens aan leveren, specifiek voor het Zvw-pgb. In het algemeen (circa 97 procent) heeft de SVB in 2016 binnen de gestelde normen de betalingen Zvw uitbetaald.



3 Klachten en geschillen

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

In dit hoofdstuk behandelen we de klachten die zijn binnengekomen bij de zorgverzekeraars en de gegevens omtrent klachten en geschillen die zijn aangeleverd door SKGZ.

3.1 Klachten binnengekomen bij zorgverzekeraars

Naast de gegevens over budgethouders, aanvragen, weigeringen en betaaltermijnen hebben de zorgverzekeraars ook de aantallen klachten van cliënten per maand aangeleverd. De zorgverzekeraars zijn vrij in wat zij onder een klacht verstaan. Dit betekent dat sommige zorgverzekeraars alleen de aantallen formele klachten over de dienstverlening (bijvoorbeeld de bejegening door medewerkers) hebben aangeleverd. Anderen verstaan onder klachten ook de aanvragen voor herbeoordeling van een afwijzing voor een indicatie.

Doordat de definitie van een 'klacht' varieert tussen de zorgverzekeraars, zijn de gegevens van de verzekeraars onderling niet vergelijkbaar. Ook is het absolute aantal klachten niet maatgevend. Wel kan er gekeken worden naar de trend in het aantal klachten.

Uit de analyse van de trend is te zien dat het aantal klachten het grootst was in het eerste kwartaal van 2016 (figuur 7). Dit hangt samen met het grote aantal herindicaties en daarbij behorende weigeringen dat in die periode plaatsvond. Wanneer cliënten om een herbeoordeling vroegen is dat bij meerdere zorgverzekeraars als een klacht geregistreerd. Later in het jaar waren er minder weigeringen voor een indicatie. Daardoor nam ook het aantal geregistreerde klachten tot september af. Daarna bleef het aantal klachten redelijk constant.

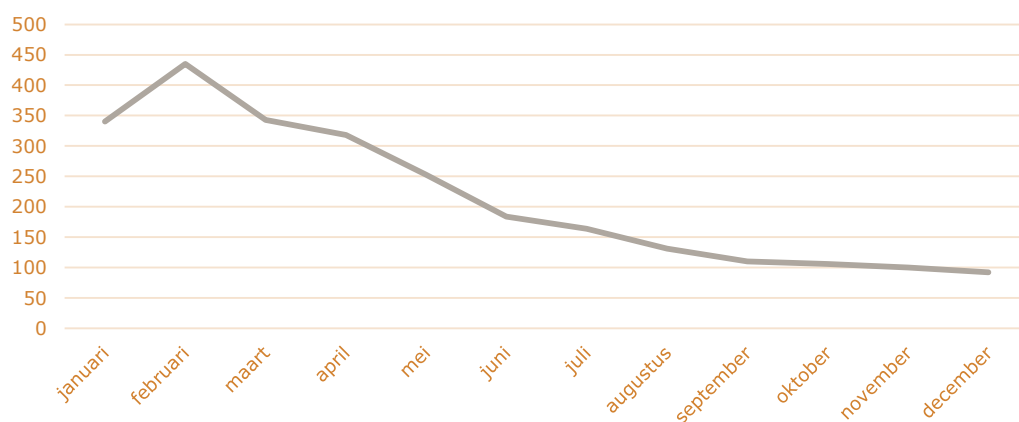
Vergelijking met 2015

Ervan uitgaande dat de verzekeraars de klachten op eenzelfde wijze als een jaar eerder hebben geregistreerd en aangeleverd, sluit de piek aan het begin van het jaar aan op de gegevens van het einde van 2015³. Destijds nam het aantal klachten gedurende vrijwel het hele jaar toe tot een vergelijkbare omvang als aan het begin van 2016. In tegenstelling tot 2015, was er afgelopen jaar na februari sprake van een constante daling van het aantal klachten.

³ Daarbij dient opgemerkt te worden dat in de monitor van 2015 de gegevens over klachten van twee zorgverzekeraars ontbraken.



figuur 7 Aantal klachten met betrekking tot het Zvw-pgb dat ik de loop van 2016 is binnengekomen bij zorgverzekeraars



Bron: Gegevens zorgverzekeraars, bewerking Panteia

3.2 SKGZ⁴

In deze paragraaf komen de geschillen aan bod die zijn voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De procedures van de SKGZ zijn in de bijlage beschreven.

3.2.1 Aantallen dossiers met een pgb-component

De SKGZ ontving in het kalenderjaar 2016 totaal ruim 3.100 zaken. Hiervan had een aantal betrekking op het Zvw-pgb. In de bemiddelingsfase ging het hierbij om 389 zaken, in de geschilfase om 142. Hierbij moet worden bedacht dat van deze 142 Geschilzaken een aanzienlijk deel eerst is bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Evenals in 2015 is het aantal zaken veel lager 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.

Gezien de verwachte grote instroom van pgb-dossiers in 2016 hebben het ministerie van VWS en zorgverzekeraars ervoor gezorgd dat deze dossiers door de SKGZ vlot kunnen worden afgewikkeld. In het vervolg wordt nog teruggekomen op de wijze waarop deze versnelling vorm heeft gekregen en welke resultaten dit heeft gehad.

3.2.2 Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

In het kalenderjaar 2016 zijn totaal 397⁵ zaken met betrekking tot het Zvw-pgb afgewikkeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Doorlooptijden behandeling door Ombudsman Zorgverzekeringen

De doorlooptijd wordt 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

⁴ Deze paragraaf is geschreven door de SKGZ, Panteia heeft hierover enkel de eindredactie gevoerd.

⁵ Dit omvatte ook een aantal zaken welke in 2015 waren ontvangen.



de zorgverzekeraar en het Zorginstituut), het polisblad, een beschrijving van de klacht en 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 bij de Ombudsman bedroeg in 2016 46 kalenderdagen.
- 250 pgb-dossiers zijn afgehandeld door de Ombudsman binnen de door de SKGZ gehanteerde termijn van 56 dagen na aanlevering van de noodzakelijke gegevens.
- 147 dossiers die door de Ombudsman zijn behandeld hadden een doorlooptijd van meer dan 56 dagen.

De oorzaken van deze overschrijdingen zijn divers (zie tabel 9). 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.

tabel 9 Reden overschrijding doorlooptijd dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers met een doorlooptijd van meer dan 56 dagen)

Reden	Aantal
Nieuw ontvangen informatie van verzekerde was aanleiding een of meerdere keren de verzekeraar opnieuw aan te schrijven	35
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekerde (rapport verzonden)	36
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekeraar (rapport verzonden)	21
Overschrijding ten gevolge van verleend uitstel aan verzekeraar	19
Overschrijding < 10 dagen, diverse oorzaken	36
Totaal	147

Bron: SKGZ

De gemiddelde doorlooptijd van de door de Ombudsman Zorgverzekeringen behandelde pgb-dossiers bij de Ombudsman Zorgverzekeringen van 46 dagen is 10 dagen korter dan de gemiddelde doorlooptijd van alle in deze fase behandelde dossiers (56 dagen). De extra ter beschikking gestelde middelen waren voldoende om deze versnelling voor het jaar 2016 mogelijk te maken. Met deze middelen zijn daarnaast structurele verbeteringen in het proces aangebracht, die ook in 2017 en verder hun effect zullen hebben.

Het aantal dossiers dat een langere doorlooptijd kent dan de doelstelling van 56 dagen of korter is in 2016 nominaal toegenomen, maar is overigens in dezelfde verhouding als in 2015. In ongeveer 40% van de dossiers handelt één van de partijen zodanig dat er een vertraging optreedt. De SKGZ tracht partijen tot vlot handelen aan te zetten, maar dat leidt niet altijd tot het gewenste effect.

Afwikkeling dossiers

De wijze waarop de pgb-dossiers zijn afgewikkeld inclusief de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is te vinden in tabel 10. Hierbij kan worden aangete-



kend dat de vergelijking met de resultaten van 2015 enigszins wordt bemoeilijkt doordat de ADR-richtlijn en de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumentenzaken voor de SKGZ aanleiding hebben gevormd de registratie op basis van afsluitgronden aan te passen. In de meeste gevallen heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd en was verdere bemiddeling niet zinvol, was de klacht kennelijk ongegrond en is het dossier daarom gesloten zonder dat is bemiddeld danwel een oplossing is bereikt waarmee verzekerde kon instemmen.

tabel 10 Uitkomst dossiers Ombudsman Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers)

Uitkomst	Aantal
Bemiddeling is gestaakt vanwege gebrek aan medewerking verzekerde	15
Bemiddeling is gestaakt vanwege gebrek aan medewerking zorgverzekeraar	0
Belang te gering/verzoek vexatoir	0
Verzoek tot bemiddeling ingetrokken door verzekerde	14
Ombudsman Zorgverzekeringen niet bevoegd	10
Verzoek kennelijk niet ontvankelijk	11
Verzoek kennelijk ongegrond	77
Verdere bemiddeling niet zinvol	192
Zorgverzekeraar komt naar de mening van verzekerde voldoende tegemoet	78
Totaal	397

Bron: SKGZ

3.2.3 Geschilbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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. Gebeurt dit niet, dan neemt de SKGZ contact op met de betreffende zorgverzekeraar, waarna het bindend advies alsnog wordt opgevolgd.

Tegen het bindend advies staat de mogelijkheid open van marginale toetsing door de overheidsrechter. Dit is evenwel zelden of nooit aan de orde: tot op heden heeft het nog nooit tot een dergelijke zaak geleid.

Doorlooptijden behandeling door Geschillencommissie Zorgverzekeringen

De behandeling van een zaak door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost per definitie meer tijd dan de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Eerst dient de verzekerde het entreegeld van 37 euro te voldoen. 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. Alle in het dossier aanwezige stukken worden aan het Zorginstituut gezonden indien het geschil betrekking heeft op (de vergoeding van) de zorg of de overige diensten als bedoeld in artikel 11 Zvw. Met deze advisering zijn in beginsel maximaal vier weken gemoeid. Ten slotte wordt een hoorzitting gepland, waarbij partijen in de gelegenheid worden gesteld om op het advies van het Zorginstituut en elkaars standpunten te reageren. Uiteindelijk brengt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een bindend advies uit. Dit wordt normaliter binnen twee weken na de hoorzitting aan partijen gestuurd en gepubliceerd op de website van het Kennisplein Zorgverzekeringen (www.kpzv.nl).

In 2016 werden de volgende resultaten geboekt:

- De gemiddelde doorlooptijd voor de afgesloten pgb-dossiers bij de Geschillencommissie bedroeg 136 kalenderdagen.
- 93 pgb-dossiers zijn afgehandeld binnen de door de SKGZ gehanteerde termijn van 180 dagen na betaling van het entreegeld.
- 25 pgb-dossiers die zijn behandeld door de Geschillencommissie hadden een doorlooptijd van meer dan 180 dagen. In tabel 10 worden de oorzaken van de overschrijdingen toegelicht.

tabel 10 Reden overschrijding doorlooptijd dossiers Geschillencommissie Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers met een doorlooptijd van meer dan 180 dagen)

Reden	Aantal
Nieuw ontvangen informatie van verzekerde was aanleiding een of meerdere keren de verzekeraar opnieuw aan te schrijven	5
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekerde (rappel verzonden)	9
Overschrijding ten gevolge van niet/te laat reageren door verzekeraar (rappel verzonden)	3
Overschrijding ten gevolge van verleend uitstel aan verzekeraar	5
Overschrijding < 10 dagen, diverse oorzaken	3
Totaal	25

Bron: SKGZ

In het kader van eerder genoemde versnelling kan worden opgemerkt dat de extra gelden zijn ingezet om enerzijds het langs elektronische weg voorleggen van een zaak te vergemakkelijken door de bouw van een portal, en anderzijds extra zittingen te kunnen houden. Het uitgangspunt hierbij was de pgb-zaken zo vlot mogelijk af te wikkelen, echter zonder deze voorrang te geven. Mede dankzij de medewerking van het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraars – die specifiek voor deze zaken behandelaars hebben aangewezen – kon de gemiddelde doorlooptijd worden bekort van 148 naar 136 dagen.

De relatief lange doorlooptijd in pgb-zaken is te verklaren door dat het vaak de vraag naar de indicatie betreft, waarin het Zorginstituut moet adviseren. Voor de behandeling van een adviesaanvraag staat maximaal vier weken. Voor een goed beeld van de doorlooptijd van de SKGZ moet dus gekeken worden naar de gemiddelde doorlooptijd van de dossiers waarin een advies van het Zorginstituut noodzakelijk was met uitzondering van de pgb-dossiers, en de gemiddelde doorlooptijd van de pgb-dossiers. Dat verschil bedraagt 173 dagen min 136 dagen, oftewel 37 dagen.



Uitkomst van de behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

In 2016 zijn 142 Zvw-pgb zaken aanhangig gemaakt. Ten aanzien van de in dat jaar afgehandelde dossiers (118) is de verdeling naar uitkomst weergegeven in onderstaande tabel. Ook hierbij past de kanttekening dat de uitkomstregistratie iets afwijkt van die in 2015.

tabel 11 Uitkomst dossiers Geschillencommissie Zorgverzekeringen (selectie afgesloten dossiers)

Uitkomst	Aantal
Geschillencommissie niet bevoegd	0
Verzoek niet-ontvankelijk	6
Belang te gering/verzoek vexatoir	0
Verzoek ingetrokken	31
Verzoek (gedeeltelijk) toegewezen	5
Verzoek afgewezen	66
Zorgverzekeraar komt naar de mening van verzekerde voldoende tegemoet	10
Totaal	118

Bron: SKGZ

3.2.4 Diverse soorten pgb-dossiers

In het voorafgaande werd al opgemerkt dat relatief veel pgb-zaken betrekking hebben op de indicatiestelling. De in 2016 door de Geschillencommissie afgehandelde zaken betreffen de jaren 2015 en 2016 en in deze jaren was een reglement van toepassing met de hierin opgenomen zorginhoudelijke criteria. Deze criteria, die onder andere zien op de planbaarheid van de zorg, zijn met ingang van 2017 vervallen. Naast indicatiengeschillen zijn enkele andere hoofdgroepen te onderscheiden. Een overzicht hiervan is opgenomen in tabel 12.

tabel 12 Verdeling pgb-dossiers, SKGZ 2016

Soorten pgb-dossiers	Aantal
Hoogte Zvw-pgb ten opzichte van het AWBZ-pgb	3
Kunnen beheren pgb	16
Zorginhoudelijke criteria	83
Tarief formeel versus informeel tarief	4
Overig	12
Totaal	118

Bron: SKGZ

Hieronder worden de diverse hoofdcategorieën, zoals opgenomen in bovenstaande tabel, toegelicht.

Hoogte van het Zvw-pgb ten opzichte van het AWBZ-pgb



Veel verzekerden hadden tot 1 januari 2015 een pgb op grond van de AWBZ. Deze aanspraak eindigde op genoemde datum zonder dat was voorzien in een wettelijke overgangsregeling. Een zodanige overgangsregeling was wel opgenomen in het (model)reglement. Hierin was bepaald dat een bestaande indicatie zou worden geëerbiedigd, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Volgens sommige zorgverzekeraars mocht ook in deze gevallen op het Zvw-rgb worden gekort. Reeds in 2015 oordeelde de Geschillencommissie in een voorgelegde zaak hierover echter anders. Omdat niet duidelijk was welke artikelen van het reglement wel, en welke geen uitgestelde werking hadden, behield betrokkene aanspraak op het hogere tarief. Ook in 2016 zijn nog enkele zaken over dit onderwerp aanhangig gemaakt.

Kunnen beheren van het Zvw-rgb

In artikel 2 van het (model)reglement is bepaald dat de verzekerde in staat moet zijn om zelf of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het pgb te beheren. In 2016 behandelde de commissie een aantal zaken waarin niet aan deze eis werd voldaan. Het betrof hierbij met name verzekerden die de Nederlandse taal niet (goed) machtig waren. Volgens de Geschillencommissie hoeft dit 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-rgb zijn verbonden goed na te komen. Iemand die als wanbetaler is aangemeld bij het Zorginstituut zal hier meestal niet aan voldoen. Enkele zorgverzekeraars hebben daarom in hun reglement opgenomen dat in die situatie 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. In hetzelfde artikel 2 staat dat de verzekerde langer dan een jaar op verpleging en/of verzorging moet zijn aangewezen. Of dit het geval is, is niet altijd op voorhand duidelijk. Soms staat echter vast dat de gezondheidssituatie van betrokkene niet zal verbeteren, en kan de zorgverzekeraar zich niet erop beroepen dat de aanvraag exact één jaar betreft.

Zorginhoudelijke criteria

Op grond van artikel 3 van het (model)reglement zijn bepaalde zorginhoudelijke criteria van toepassing. Er moet in dat verband 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.

In veel van de in 2016 behandelde zaken ging het er om of de zorg planbaar was. Dit criterium is in 2017 komen te vervallen.

Formeel tarief voor gezinslid

In het (model)reglement wordt onderscheid gemaakt tussen het tarief voor formele en informele zorgverleners. Het formele tarief is aanzienlijk hoger, zodat gezinsleden die over de juiste kwalificaties beschikken en zorg verlenen aan een verzekerde hierop



aanspraak wensen te maken. Het (model)reglement voorziet er echter in dat naaste familieleden worden betaald op basis van het informele tarief.

Overig

Hieronder valt een breed scala van zaken. Deze betreffen onder andere fraude met het pgb, de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren, de ingangsdatum van het pgb, terugvordering van het pgb, samenloop met de Wlz, en de verrekening met achterstallige betalingen.



Bijlage: achtergrondinformatie over Zvw-pgb wijkverpleging

Sinds 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen te vervallen en zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor wijkverpleegkundige zorg. Het gaat hierbij om de extramurale verpleging en verzorging (thuis), die onder de aanspraak 'wijkverpleging' in de Zvw is gebracht. Er is één integrale aanspraak op zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Voor de aanspraak wijkverpleging is voor een afgebakende groep en onder toepassing van criteria een Zvw-pgb mogelijk gemaakt op basis van restitutie.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de doelgroep, aanvraag, typen zorgverleners, de berekening van de tarieven, de rol van de SVB en de afhandeling van klachten.

Doelgroep

Het Zvw-pgb wijkverpleging was in 2016 toegankelijk voor specifieke doelgroepen:

1. Verzekerden tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht of;
 - b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.
Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd.
2. Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en aangewezen zijn op verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Te indiceren door een medisch specialist.
3. Verzekerden die langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op wijkverpleging zijn aangewezen. Hierbij zijn verzekerden:
 - a. in staat op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger (een wettelijk vertegenwoordiger, zoals ouder, een curator, een bewindvoerder of een mentor) de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgverleners en om taken te verrichten zoals aanwerving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
 - b. in staat op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de door hen verkozen zorgaanbieders en/of zorgverleners op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
4. Verzekerden die palliatieve zorg ontvangen (sinds 2016, zie paragraaf 1.3).

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

- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de budgethouder nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen;



- de budgethouder heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- de budgethouder heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- de budgethouder heeft zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.

Aanvraag van een Zvw-pgb

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

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

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

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

Informeel en formeel zorgverleners en tarieven

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

Voor zorgverleners die bloed- of aanverwant zijn van de pgb-houder in de eerste of tweede graad, en voor zorgverleners die de zorg verlenen zonder te beschikken over een KvK-inschrijving of een BIG-registratie gold voor 2016 een maximum tarief van 23 euro per uur.



Varianten voor berekening hoogte budget

Er zijn drie varianten voor het berekenen van de hoogte van het budget:

1. het aantal geïndiceerde uren maal het formele tarief;
2. het aantal geïndiceerde uren maal het informele, dan wel het formele tarief;
3. het aantal geïndiceerde uren maal het vaststellingstarief.

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

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

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

Rol van de SVB

Budgethouders met een Zvw-pgb die een zorgverlener in loondienst hebben, zijn zelf verantwoordelijk voor het naleven van de werkgeversverplichtingen. Budgethouders die dat wensen worden hierbij door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ondersteund. Deze ondersteuning bestaat onder uit:

- Het voeren van salarisadministratie en het maken van loonstroken en jaaropgaven.
- De netto uitbetaling van zorgverleners op basis van declaraties.
- Het verzorgen van afdrachten aan de Belastingdienst.
- Collectieve regeling voor loondoorbetaling bij ziekte of zwangerschap van zorgverleners.
- Collectief arbocontract.
- Collectieve regeling voor schade en rechtsbijstand.
- Het namens de verzekerde indienen van de declaraties bij de zorgverzekeraar.

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



Klachten en geschillen

Wanneer een budgethouder het niet eens met beslissing van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over de hoogte van zijn pgb, dan geldt meteen de privaatrechtelijke rechtsgang. Dit komt doordat in de Zvw sprake is van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen de Zvw-verzekerde en zijn zorgverzekeraar. De budgethouder dient dus eerst een klacht in bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de budgethouder zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan is in de Zvw bepaald dat geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschilleninstantie. Hier toe is de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) door de zorgverzekeraars aangewezen.

Wanneer het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten vraagt de SKGZ advies aan het Zorginstituut Nederland.

De procedure binnen de SKGZ is als volgt:

1. Bij binnenkomst wordt de zaak geregistreerd en wordt gekeken of de SKGZ bevoegd is en het verzoek ontvankelijk.
2. Zo nodig wordt aanvullende informatie gevraagd bij verzekerde of zijn gemachtigde.
3. Is het dossier compleet, dan wordt indien mogelijk bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen.
4. Is bemiddeling niet mogelijk of geeft betrokkene aan een uitspraak te wensen, dan gaat het dossier direct door naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Die weg staat ook open als de verzekerde het niet eens is met de uitkomst van de bemiddeling door de Ombudsman.
5. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen brengt een bindend advies uit, waartegen geen beroep mogelijk is. Wel bestaat de mogelijkheid dit bindend advies marginaal te laten toetsen door de rechter.

In de tussentijd heeft de verzekeraar wel zorgplicht en moet zorgverzekeraar deze op een goede manier invullen.

