

Reactie Zorgverzekeraars Nederland voor EenVandaag over herindicaties persoonsgebonden budget

“Verzekerden hebben dankzij het persoonsgebonden budget de mogelijkheid om zorg zelf in te kopen of zelf te verlenen aan een naaste. Zij kunnen daardoor de zorg nauw laten aansluiten op hun behoeften en de omgeving. Ieder mens en iedere situatie is tenslotte uniek. Het is een groot goed dat verzekerden in Nederland deze mogelijkheid hebben. Zorgverzekeraars hebben daarbij de wettelijke taak om erop toe te zien dat alle verzekerden via een eerlijk proces een passende vergoeding krijgen.”

Toelichting

Zorgverzekeraars hechten veel waarde aan een goed, objectief en zorgvuldig proces voor toekenning van persoonsgebonden budgetten. Niet in de laatste plaats omdat de impact hiervan groot is op degene die de zorg verleent en degene die de zorg ontvangt. Alle vragen en klachten over de toekenning van het pgb behandelen we dan ook met aandacht. We voelen ons daarnaast, samen met zorgaanbieders en de overheid, verantwoordelijk voor het behouden van het draagvlak voor ons zorgstelsel, waarin we de zorg voor elkaar en met elkaar betalen.

Herkomst klachten

Het proces van toekenning van een pgb verloopt meestal zonder problemen. Circa 1% van de ongeveer 20.000 budgethouders met een pgb uit de zorgverzekeringswet, dient een klacht in bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Vaak helpt de bemiddeling of toelichting door de Ombudsman. Driekwart van de klachten zijn daarna opgelost. Bijvoorbeeld omdat de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde zorg niet uit de zorgverzekeringswet kan worden vergoed, maar wel uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Andere veelvoorkomende zaken die leiden tot meldingen bij SKGZ en die in goed overleg kunnen worden opgelost, zijn onvoldoende toelichting (onderbouwing) van de indicatie en een afwijkende inschatting van de wijkverpleegkundige ten opzichte van die van collega's in (relatief) vergelijkbare situaties.

Herindicatie

In 2020 liepen relatief veel indicaties voor pgb's af. Dat komt omdat tot 2015, toen wijkverpleging onderdeel werd van de Zorgverzekeringswet, veel indicaties werden gesteld voor een periode van vijf jaar – nu is dat maximaal twee jaar. Bij de herindicatie bekijkt de wijkverpleegkundige opnieuw hoeveel zorg iemand nodig heeft; in vijf jaar kan de situatie tenslotte zijn veranderd. Wijkverpleegkundigen hebben in de afgelopen vijf jaar veel ervaring opgedaan met indicaties voor pgb's. Zij zijn daarbij meer eenduidig gaan werken, onder andere doordat zij zich steeds meer zijn gaan baseren op praktische richtlijnen van hun beroepsgroep. Hierdoor kunnen zij nu tot een andere inschatting komen. Deze ontwikkelingen verklaren, samen met de toegenomen bekendheid van de SKGZ bij pgb-houders, de recente toename van het aantal verschillen van inzicht tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

Proces voor toekenning

Het proces voor toekenning van een pgb is maatwerk. De overheid bepaalt voor alle verzekerden welke zorg zij vergoed krijgen op basis van de Zorgverzekeringswet. Wijkverpleegkundigen hebben daarnaast via hun beroepsvereniging richtlijnen opgesteld op basis waarvan zij bij mensen thuis vaststellen hoeveel en welke zorg iemand nodig heeft. Zorgverzekeraars hebben op hun beurt de wettelijke taak te beoordelen of de geïndiceerde zorg daadwerkelijk onder de zorgverzekeringswet valt (rechtmatig is) en of de zorg voor de betrokkenen passend en effectief is (doelmatig is). Zij kennen vervolgens op basis daarvan persoonsgebonden budget toe uit de Zorgverzekeringswet. Dit gaat in overleg met de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft vastgesteld. Als verzekerden vragen hebben over de toekenning, adviseren we hen om daarover contact op te nemen met hun zorgverzekeraar.