

Evaluatie werkwijze Zorg op maat van Menzis

Onderzoek naar de consequenties van een nieuwe werkwijze met het pgb-Wlz

Auteurs dr. Patrick Jansen
Frank Terpstra
Ellen Geuzebroek MSc.

Opdrachtgever Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg

Kenmerk FT/20/0910/evwzom

Publicatiedatum 15 juni 2020

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Vraagstelling en aanpak.....	3	4.	Gevolgen voor de concessiehouder.....	21
1.1	Aanleiding onderzoek.....	3	4.1	Inzet van personeel en kosten van het proces.....	21
1.2	Vraagstelling.....	3	4.2	Consequenties voor de uitvoeringspraktijk.....	22
1.3	Aanpak	4	4.3	Administratieve lasten en doorlooptijden.....	24
2.	Beschrijving werkwijze Zorg op maat	7	4.4	Extra aandachtspunt	26
2.1	Betrokken partijen bij de uitvoering van het pgb.....	7	5.	Juridische aandachtspunten.....	27
2.2	Omschrijving werkwijze Zorg op maat.....	7	6.	Conclusies	29
2.3	Proces van Menzis en verschillenanalyse	9			
3.	Gevolgen voor budgethouders.....	13	Bijlage 1.	Processchema werkwijze Zorg op maat (BKG thuis)	32
3.1	Het resultaat van het toekennen van zorg op maat	13	Bijlage 2.	Processchema werkwijze Zorg op maat (BKG kantoor)..	33
3.2	Mate van ervaren eigen regie.....	16			
3.3	Consequenties voor de ingekochte zorg na het BKG	17			
3.4	Overige ervaringen van budgethouders	18			



1. Vraagstelling en aanpak

1.1 Aanleiding onderzoek

Het zorgkantoor van Menzis heeft een nieuwe werkwijze voor het toekennen van het pgb voor de Wlz-budgethouders. Dit zijn mensen die met een persoonsgebonden budget hun zorg en ondersteuning uit de Wlz bekostigen. Deze nieuwe werkwijze heet 'Zorg op maat'.

Met het werken volgens Zorg op maat wil Menzis ervoor zorgen dat de nadruk bij het pgb ligt op de zorgvraag en niet op de financiële aspecten of de administratieve uitvoering van het pgb. Het uitgangspunt van Menzis hierbij is dat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Het pgb is een manier om passende zorg te organiseren, waarbij de wens van de zorgvrager voorop staat om zijn leven in te richten zoals hij/zij dat wil. Dit betekent dat de zorg moet aansluiten bij de individuele zorgbehoefte van de zorgvrager. De nieuwe werkwijze houdt in dat de benodigde zorg, meer dan voorheen, op maat wordt toegekend.

Met het invoeren van deze pilot wil Menzis in de praktijk toewerken naar een situatie waarbij de zorginhoud centraal staat bij de aanvraag en effectuering van het pgb. Om hiertoe te komen wil Menzis een lerende organisatie zijn en monitort Menzis elk kwartaal de tevredenheid van de budgethouders. Op basis van deze monitor onderzoekt Menzis of verbeteringen in het proces mogelijk zijn.

In aanvulling op de interne monitor heeft Menzis, in samenwerking met het ministerie van VWS gevraagd naar een externe evaluatie van de werkwijze 'zorg op maat'. Er is behoefte aan een analyse van de

consequenties van de nieuwe werkwijze voor aan de ene kant de budgethouders en aan de andere kant het zorgkantoor. Het ministerie van VWS heeft, in afstemming met Menzis, bureau HHM gevraagd hier onderzoek naar te doen. In deze rapportage doen wij verslag van dit onderzoek.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag van het onderzoek:

Wat zijn de consequenties van de werkwijze 'Zorg op maat' in termen van tijd, geld en uitvoering en hoe ervaren budgethouders en medewerkers de nieuwe werkwijze?

Deze hoofdvraag is uitgesplitst naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het resultaat van het toekennen van zorg op maat in de beleving van budgethouders (wat levert dit hen nu op)?
2. Wat is de mate van ervaren eigen regie van de budgethouders?
3. Wat zijn de consequenties voor de hoeveelheid ingekochte zorg?
4. Hoe vaak wordt minder of meer toegekend dan beschikbaar is en hoe vaak en gedurende welke periode is bijstelling van de toekenningsbeschikking nodig?
5. Wat zijn de bijbehorende extra inzet, tijd en uitvoeringskosten voor de concessiehouder?
6. Wat zijn de consequenties in termen van de uitvoeringspraktijk, zoals bijscholing van personeel (op welke punten is bijscholing nodig), ervaringen/beleving en andere randvoorwaarden?
7. Wat zijn de consequenties voor de administratieve lasten en doorlooptijden?
8. Wat zijn juridische aandachtspunten? Biedt de huidige wet- en regelgeving voldoende ruimte voor deze werkwijze, om lager of hoger toe te kennen dan het maximale budget?

1

2

3

4

5

6



1.3 Aanpak

We hebben we het onderzoek uitgevoerd aan de hand van vijf stappen:



Figuur 1: De vijf onderzoekstappen

Stap 1) Voorbereiding

In de eerste stap van het onderzoek hebben we gesproken met de opdrachtgever, met Menzis en (telefonisch) met de overige concessiehouders. Hierin hebben we ons een beeld gevormd van de werkwijze van Menzis en de werkwijze die door de andere zorgkantoren wordt gehanteerd. Ook hebben we gevraagd welke kwantitatieve en eventueel kwalitatieve gegevens beschikbaar zijn.

Stap 2) Inventariseren

Kwantitatieve data

Aan de hand van de NZa-uitvoeringsverslagen en registraties van de acht concessiehouders¹ hebben we kwantitatieve gegevens verzameld over de toekenningen, bestedingen, doorlooptijden en kosten van het pgb-proces. Het betrof gegevens die beschikbaar zijn bij de concessiehouders en geen aanvullende registratie vereisten. Wel moesten de gegevens door de concessiehouders bij elkaar worden gebracht uit de verschillende systemen. We hebben hiertoe een format ontwikkeld en uitgezet bij de concessiehouders.

Kwalitatieve data

Daarnaast hebben we met een vertegenwoordiger van elke concessiehouder een semigestructureerd (aan de hand van een van te voren vastgestelde leidraad) telefonisch interview gehouden. Tijdens deze gesprekken hebben we een inhoudelijke toelichting gekregen op de werkwijze van elke concessiehouder voor al hun zorgkantoren.

Om een beeld te krijgen van de beleving van budgethouders hebben we allereerst gebruikgemaakt van de resultaten van de klanttevredenheidsonderzoeken die Menzis elk kwartaal uitvoert. We hebben gebruikgemaakt van de resultaten van het onderzoek over het vierde kwartaal van 2019. Het betreft 26 respondenten, waarvan 15 cliënten het Bewust Keuze Gesprek (BKG) thuis hebben gehad en 11 cliënten op kantoor. In aanvulling hierop hebben we vanuit bureau HHM enkele semi-gestructureerde telefonische interviews gehouden met vertegenwoordigers van budgethouders. We hebben gekozen voor vertegenwoordigers, omdat mensen met een Wlz-indicatie vaak moeite hebben

¹ Het betreft de volgende concessiehouders: CZ, De Friesland, DSW, Eno, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

zich (verbaal) te uiten over hun ervaringen met het pgb en meestal niet zelf het pgb beheren. In afstemming met de concessiehouders hebben we contact gezocht met vertegenwoordigers van cliënten verdeeld over drie groepen:

- 10-15 vertegenwoordigers van budgethouders Menzis, waarbij het gesprek op kantoor plaatsvond;
- 10-15 vertegenwoordigers van budgethouders Menzis, waarbij het gesprek bij de cliënt thuis plaatsvond en de formulieren achteraf zijn ingevuld;
- 10-15 vertegenwoordigers van budgethouders van andere concessiehouders.

Uiteindelijk hebben we per Menzis-groep 12 interviews gehouden en voor de derde groep 14 interviews (in totaal 38 interviews). De intentie van dit relatief beperkte aantal interviews was om een indruk te krijgen van mogelijke verschillen in ervaringen tussen de drie verschillende werkwijzen (de resultaten kunnen dus niet worden beschouwd als een landelijk representatieve weergave van de ervaringen met de pgb-werkwijzen).

De tijdsduur van deze interviews varieerde tussen de 10 en 30 minuten. Het betreft allemaal situaties waarbij cliënten in het jaar 2019 een pgb toegekend hebben gekregen (zodat de geïnterviewden konden spreken over een vrij recente ervaring en niet hoefden te putten uit de ervaringen van een ver verleden).

² Bewust Keuze Gesprek

Stap 3) Analyseren

In de derde stap hebben we de werkwijze van Menzis vergeleken met de werkwijze bij de overige concessiehouders. Daarbij maakten we ook onderscheid tussen de 'nieuwe' methode (het BKG² bij de cliënt thuis) en de 'oude' methode (het BKG op het zorgkantoor). Naast een vergelijking op inhoud hebben we ook gekeken naar kwantitatieve en kwalitatieve aspecten.

Stap 4) Interpreteren

Aan de hand van een verschillenanalyse hebben we vervolgens de inhoudelijke, kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen met elkaar in verband gebracht.

Deze bevindingen hebben we vervolgens voorgelegd aan de PGB-werkgroep van Zorgverzekeraars Nederland (waarbij vier concessiehouders aanwezig waren) en aan vier onafhankelijke cliëntondersteuners (OCO's). De OCO's zijn in overleg met Menzis benaderd door bureau HHM. We hebben één face-to-face duo-interview en twee individuele telefonische interviews afgenomen. De vier OCO's hebben in 2019 in totaal ongeveer 125 cliënten ondersteund bij het aanvragen van een PGB, bij vijf verschillende concessiehouders (waarvan ongeveer 80 bij Menzis). Deze OCO's beschikken dus over een brede ervaring met verschillende pgb-werkwijzen.

Het doel van deze gesprekken was het toetsen van onze bevindingen op juistheid en herkenbaarheid en het formuleren van aanbevelingen, bijvoorbeeld over de uitvoeringspraktijk, administratieve lasten en juridische aspecten.



Stap 5) Rapportage

Op basis van de reacties op de bevindingen van het ministerie van VWS, Menzis, de PGB-werkgroep van ZN en de OCO's, hebben we de rapportage opgesteld. Deze versie hebben we vervolgens besproken met het ministerie van VWS en Menzis.

Vervolgens is de rapportage besproken met de begeleidingscommissie met de volgende partijen: Menzis, een vertegenwoordiger van een PGB-budgethouder van Menzis, een onafhankelijke cliëntondersteuner van cliënten van Menzis, ZN, Per Saldo en VWS.

Na deze bijeenkomst hebben we de definitieve versie van de rapportage opgesteld.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de werkwijze Zorg op maat zoals die door Menzis wordt uitgevoerd. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de gevolgen van deze werkwijze voor de budgethouders en in hoofdstuk 4 de gevolgen voor het zorgkantoor. Nadat we in hoofdstuk 5 aandacht hebben besteed aan enkele juridische aspecten volgen in hoofdstuk 6 de conclusies.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



2. Beschrijving werkwijze Zorg op maat

In dit hoofdstuk beschrijven we feitelijk de werkwijze van het proces zorg op maat zoals Menzis dit toepast. Dit doen we op hoofdlijnen en vervolgens per processtap. Ook beschrijven we de verschillen tussen de werkwijze van Menzis en de andere concessiehouders.

2.1 Betrokken partijen bij de uitvoering van het pgb

Zorgkantoren voeren de Wet langdurige zorg (Wlz) uit. Een verzekerde kan een beroep op Wlz-zorg doen, via een aanvraag bij het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ). Als het CIZ tot de conclusie komt dat de verzekerde aanspraak maakt op zorg uit de Wlz, dan geeft het CIZ een indicatie af in de vorm van een zorgprofiel. In een zorgprofiel staat een omschrijving van de aard en inhoud van de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg.

Nadat de cliënt het zorgprofiel heeft ontvangen, kan de cliënt een keuze maken voor verschillende vormen van zorg in natura: Zorg in Natura met verblijf (Zin), een Volledig pakket thuis (Vpt) of Modulair pakket thuis (Mpt). De verzekerde ontvangt dan de zorg via een zorgaanbieder die het zorgkantoor heeft gecontracteerd. De cliënt kan ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Het pgb is een bedrag waarmee de verzekerde via de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zelf zorg kan inkopen.

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de toekenning en vaststelling van pgb's van verzekerden in hun regio. Om een pgb te kunnen toekennen, moeten de zorgkantoren een aantal stappen doorlopen. In deze stappen onderzoeken de zorgkantoren of de budgethouder (eventueel met gewaarborgde hulp) in staat is het pgb te beheren. Daarnaast controleren de zorgkantoren of de zorg die de verzekerde wil inkopen past binnen de kaders van de Wlz en of de zorgovereenkomsten hierbij aansluiten.

De SVB heeft landelijk een rol in het betalingsverkeer bij pgb's. Zij betalen de zorgverlener uit op basis van de declaraties die worden ingediend.

2.2 Omschrijving werkwijze Zorg op maat

Sinds enkele jaren experimenteert zorgkantoor Menzis, als eerste zorgkantoor, met het toekennen van een pgb op maat. Menzis noemt deze werkwijze: Zorg op maat. Deze nieuwe werkwijze geldt voor nieuwe zorgvragers met een pgb-aanvraag in de zorgkantoorregio's van Menzis (Groningen, Arnhem en Twente).

De nieuwe werkwijze wijkt op een aantal stappen af van die van de overige zorgkantoren. Hieronder staat de werkwijze van zorg op maat zoals Menzis deze heeft beschreven.

Uitgangspunt werkwijze Zorg op maat

Uitgangspunt van Menzis is dat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Het pgb is een manier om passende zorg te organiseren, waarbij de wens van de zorgvrager voorop staat om zijn leven in te richten zoals hij/zij wil. Dit betekent dat de zorg moet aansluiten bij de individuele zorgbehoefte van de zorgvrager.



De nieuwe werkwijze houdt in dat de benodigde zorg, meer dan voorheen het geval is, op maat wordt toegekend. Hoe dit proces precies verloopt wordt beschrijven we hierna. In de werkwijze voorafgaand aan Zorg op maat was de pgb-toekenning veelal een financieel administratief proces. De budgethouder had een standaard beschikbaar budget per zorgprofiel en communiceerde naar het zorgkantoor via een budgetplan (conform Rlz, artikel 5.8.) over hoe het budget ingezet wordt.

Doel werkwijze Zorg op maat:

'Meer maatwerk en ondersteuning van het zorgkantoor bij het invullen van de zorgvraag van de cliënt zodat hij zijn leven kan inrichten zoals hij wil.'

Concreet betekent dit:

- 1 In een vroeg stadium denkt het zorgkantoor mee en adviseert over de inkoop van de in te zetten kwalitatieve en verantwoorde passende zorg. Daarbij is de zorgvraag leidend en niet het budget. De keuzevrijheid van de budgethouder voor de invulling van zorg staat daarbij voorop. Naar verwachting van het zorgkantoor leidt dit tot een weloverwogen keuze, inkoop en organisatie van de benodigde zorg.
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 Een andere (intensievere) manier van contact leggen en onderhouden tussen het zorgkantoor en de budgethouder. Op deze manier monitort het zorgkantoor samen met de budgethouder of de (ingekochte) zorg kwalitatief is en nog toereikend is. Naar verwachting van het zorgkantoor vergroot deze werkwijze de kwaliteit van zorg en verkleint dit het risico op nadelige (financiële) gevolgen voor de zorgvrager. Voorbeelden hiervan zijn dat de

budgethouder geen zorg of een slechte kwaliteit van zorg ontvangt en geen terugvorderingen van pgb-gelden door het Zorgkantoor.

De werkwijze houdt in dat de zorgvrager, op basis van de zorgbehoefte, een zorgbudget op maat heeft. Menzis kent daarom het budget toe op basis van het budgetplan. Daarbij wordt in overleg met de budgethouder wel een marge gehanteerd, zodat het zorgkantoor en de budgethouder niet bij kleine veranderingen in de zorgvraag een administratief proces door moeten. Deze marge bestaat uit een extra percentage dat bovenop het budget wordt toegekend, meestal tussen de 5% en 10%. Met deze marge is het voor de budgethouder mogelijk om tijdelijk extra zorg in te zetten, bijvoorbeeld wanneer de budgethouder bij ziekte extra zorg nodig heeft. De marge die Menzis hanteert is zo afgestemd dat deze tijdelijke extra zorg in te zetten is, zonder dat de budgethouder hiervoor een nieuwe zorgovereenkomst hoeft op te stellen.

Menzis kan ook meer zorgbudget toekennen door gebruik te maken van de regeling Extra Kosten Thuis (EKT), zonder dat de budgethouder hiervoor extra formulieren hoeft in te vullen. Dit betekent dat de totale zorginzet tot 125% van het zorgprofiel kan worden toegekend zonder extra formulieren. Voorwaarde is dat de inzet van de zorg is beschreven in het budgetplan en dat Menzis het budgetplan heeft goedgekeurd.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de budgethouder recht blijft houden op het totale budget op basis van het zorgprofiel. Het toegekende budget kan gedurende het jaar via een toekenningsbeschikking worden aangepast.



Binnen de werkwijze Zorg op maat wordt alleen het benodigde budget uitgezet bij de SVB. Hiermee is de eerste stap gezet in het verleggen van de focus van het budgettaire kader naar de benodigde zorginzet.

2.3 Proces van Menzis en verschillenanalyse

Zoals hiervoor beschreven wordt een aantal processtappen doorlopen door het zorgkantoor en de cliënt voordat zorg ingekocht kan worden met een pgb. Het proces zoals Menzis dit uitvoert is als stroomschema opgenomen in bijlage 1. Hieronder beschrijven we de verschillende processtappen van het proces zoals Menzis dat uitvoert. Daarnaast beschrijven we of en hoe de andere concessiehouders deze processtappen uitvoeren.

Stap 1: Het zorgkantoor ontvangt de indicatie van het CIZ

Wanneer een cliënt aanspraak wil maken op zorg uit de Wlz, dan moet hij of zij een indicatie aanvragen bij het CIZ. Indien het CIZ besluit dat de cliënt recht heeft op zorg uit de Wlz, ontvangt de cliënt een indicatie. De cliënt kan bij het CIZ een voorkeur uitspreken voor Zorg in Natura of een pgb. Het CIZ verstuurt de indicatie naar het zorgkantoor. Indien de cliënt de voorkeur heeft voor een pgb, ontvangt de pgb-afdeling van Menzis de indicatie.

Overige concessiehouders

Dit proces is bij de overige concessiehouders gelijk.

Stap 2: Het zorgkantoor neemt telefonisch contact op met de cliënt nadat de indicatie is ontvangen

Op het moment dat Menzis de indicatie heeft ontvangen, neemt een medewerker van Menzis contact op met de cliënt. Tijdens dit telefoongesprek spreekt de medewerker van Menzis met de cliënt over wat het

pgb inhoudt en welke stappen de cliënt moet doorlopen om een pgb te ontvangen. Ook wordt tijdens dit gesprek het BKG gepland. Bij Menzis wordt het gesprek in principe bij de cliënt thuis gepland. Indien dit niet mogelijk is, is het mogelijk om het BKG op kantoor te houden. Vanuit Menzis heeft het gesprek thuis de voorkeur.

Overige concessiehouders

Dit proces verschilt per concessiehouder. Net als Menzis hebben vijf concessiehouders telefonisch contact nadat de indicatie is ontvangen. Twee concessiehouders hebben geen telefonisch contact na het ontvangen van de indicatie. Zij nodigen de budgethouders uit voor het BKG via e-mail of de post.

Stap 3: Cliënt vult de formulieren in om het pgb aan te vragen

Om in aanmerking te komen voor een pgb, moet een cliënt een aantal formulieren invullen:

- Aanvraagformulier: met dit formulier vraagt de budgethouder het pgb officieel aan.
- Budgetplan: in het budgetplan beschrijft de cliënt hoe hij of zij het budget gaat besteden.
- Formulier gewaarborgde hulp: bij de zorgprofielen 4 t/m 7 VV en 4 t/m 8 VG is het verplicht om een gewaarborgde hulp te hebben. Dit is een persoon die namens de budgethouder het pgb beheert. Wanneer de cliënt zelf het pgb niet kan beheren, dan neemt de gewaarborgde hulp deze taak op zich. In dit geval moet het formulier 'gewaarborgde hulp' ingevuld worden.

Naast bovenstaande standaard formulieren, heeft Menzis ook een formulier waarom de budgethouder een weekplanning moet maken. Dit formulier wordt niet bij alle budgethouder gebruikt, maar alleen

1

2

3

4

5

6



wanneer Menzis twijfels heeft of de budgethouder van plan is om voldoende en de juiste zorg in te kopen. Dit formulier helpt Menzis bij de afweging of ze het budget toe kunnen kennen.

Afhankelijk van of het BKG op kantoor of bij de cliënt thuis is gepland, stuurt Menzis de aanvraagformulieren wel, respectievelijk niet van tevoren toe. De reden dat Menzis bij een BKG thuis de formulieren niet toestuurt, is dat Menzis de cliënt wil aanmoedigen om eerst na te denken over de zorg die nodig is. De redenering van Menzis hierachter: als de cliënt de formulieren heeft voorafgaand aan het BKG, dan zal de cliënt meer bezig zijn met het invullen van de formulieren dan met nadenken over de zorg die passend en nodig is. De formulieren vormen op dat moment meer een beperking in het denken over de juiste zorg. De formulieren worden dan tijdens het BKG aan de cliënt overhandigd en tijdens of na het BKG ingevuld.

Overige concessiehouders

Bij de overige concessiehouders worden de formulieren altijd opgestuurd voordat het BKG plaatsvindt.

Stap 4: Extra telefonisch begeleidingsgesprek in geval van BKG op kantoor

Menzis voert, voordat het BKG plaatsvindt, een extra telefonisch begeleidingsgesprek met de cliënt. In dit gesprek wordt de cliënt gevraagd of alle formulieren duidelijk zijn en of de cliënt nog hulp nodig heeft om de formulieren in te vullen. Het doel hiervan is dat de cliënt door dit begeleidingsgesprek goed is voorbereid op het BKG.

Deze stap wordt alleen uitgevoerd bij het BKG op kantoor. Indien het BKG thuis plaatsvindt, vindt deze stap niet plaats.

Overige concessiehouders

Naast Menzis voeren drie andere concessiehouders een extra telefonisch begeleidingsgesprek voordat het BKG plaatsvindt. Bij de overige vier concessiehouders vindt deze stap niet plaats.

Stap 5: Controle van de ingevulde formulieren

Om een pgb te ontvangen, moeten alle formulieren die de cliënt in stap 3 heeft ontvangen, volledig en correct zijn ingevuld. Indien het BKG op kantoor plaatsvindt controleert Menzis de ingevulde formulieren tijdens het BKG. Indien het BKG thuis plaatsvindt controleert Menzis de formulieren tijdens het BKG (indien de formulieren samen tijdens het BKG worden ingevuld) of na het BKG (indien de formulieren na het BKG door de aanvrager alleen worden ingevuld).

Overige concessiehouders

De controle van de formulieren vindt bij de concessiehouders op verschillende momenten plaats. Drie concessiehouders controleren de formulieren voordat het BKG plaatsvindt, vier concessiehouders controleren de formulieren tijdens het BKG.

Stap 6: Het Bewuste Keuze Gesprek (BKG)

Het BKG is een gesprek tussen het betreffende zorgkantoor van de concessiehouder, de cliënt, (indien nodig) de gewaarborgde hulp en (indien gewenst) een onafhankelijke cliëntondersteuner. Tijdens het BKG wordt gesproken over de rechten en plichten van de cliënt als budgethouder. In het BKG wordt gesproken over de onderwerpen:

- Hoe wil de cliënt de zorg inkopen?
- Wie gaat de administratie van het pgb voeren?
- Welke rechten en plichten horen bij het pgb?
- Alle vragen die de cliënt heeft over het pgb.

1

2

3

4

5

6



Als het BKG thuis plaatsvindt, wordt dit in het huis van de cliënt gehouden. Omdat de cliënt bij het BKG thuis minder goed is voorbereid (de cliënt ontvangt immers de formulieren niet voor het gesprek, dus kan hij/zij zich minder goed voorbereiden), kan het voorkomen dat niet één BKG plaatsvindt, maar meerdere.

Als het BKG op kantoor plaatsvindt, wordt het gesprek gevoerd op één van de kantoorlocaties van Menzis (Groningen, Enschede of Wageningen).

Bij Menzis wordt het BKG altijd door één medewerker uitgevoerd. Dit is een medewerker die veel ervaring heeft binnen de zorg. Daarnaast moet deze medewerker inzicht hebben in het zorglandschap en over goede gesprekstechnieken beschikken. Deze medewerker bespreekt zowel het administratieve als het zorginhoudelijke gedeelte van het pgb. De medewerkers die dit uitvoeren hebben allemaal jarenlange ervaring binnen de zorg. Deze ervaring kan zowel binnen als buiten Menzis zijn opgedaan. Deze ervaring is belangrijk voor het goed kunnen uitvoeren van deze gesprekken. Daarnaast moeten deze medewerkers beschikken over goede gesprekstechnieken die ze tijdens de gesprekken moeten gebruiken om een goed beeld te vormen van de budgethouder en de zorg die de budgethouder wil gaan inkopen.

Overige concessiehouders

Vier concessiehouders voeren het BKG met twee personen uit. Naast Menzis voeren drie concessiehouders het BKG met één medewerker uit. De meeste BKG's worden door de concessiehouders uitgevoerd op kantoor. Vier concessiehouders geven aan het BKG alleen op kantoor uit te voeren. Drie concessiehouders geven aan dat het BKG standaard op kantoor wordt uitgevoerd, maar in uitzonderingsgevallen bij de

cliënt thuis, bijvoorbeeld wanneer de cliënt te ziek is om naar het kantoor te reizen.

Stap 7: Evaluatie en beslissing of zorg wordt toegekend

Nadat het BKG is geweest, besluit Menzis of het pgb wordt toegekend. Deze beslissing wordt gemaakt door de medewerkers die zijn betrokken bij de aanvraag van het pgb. Indien het BKG op kantoor is gehouden, kan deze beslissing direct na het BKG worden genomen. Indien het BKG thuis plaatsvond, wordt de beslissing genomen nadat de cliënt de formulieren, die in stap 3 zijn benoemd, heeft opgestuurd.

Overige concessiehouders

Bij de overige concessiehouders wordt de beslissing of een pgb wordt toegekend (direct of binnen circa één week) na het BKG genomen.

Stap 8: Toekennen van het pgb

Nadat de beslissing is genomen of het pgb wordt toegekend, stuurt Menzis de toekenningsbeschikking. De toekenningsbeschikking is gebaseerd op de bedragen die door de budgethouder zijn genoemd in het budgetplan.

Overige concessiehouders

In deze stap is er verschil tussen de werkwijze van Menzis ten opzichte van de overige concessiehouders. Dit verschil zit in de hoogte van de toekenning. Menzis baseert het bedrag dat ze toekennen op het budgetplan dat de cliënt heeft ingediend. De overige concessiehouders geven aan dat het bedrag dat ze toekennen is gebaseerd op het bedrag dat hoort bij het zorgprofiel (vastgesteld door de NZa). Eén concessiehouder heeft aangegeven aan het testen te zijn om, net als Menzis, ook op basis van het budgetplan toe te kennen. Dit gebeurt echter nog sporadisch.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Het bedrag in het budgetplan kan zowel lager als hoger zijn dan het bedrag dat hoort bij het zorgprofiel. Dit bedrag wordt vervolgens toegekend.

Stap 9: Opstellen van de overeenkomsten

Nadat het pgb is toegekend, stelt de cliënt zorgovereenkomsten op met de zorgverleners. De cliënt stuurt deze zorgovereenkomsten naar de concessiehouder.

Overige concessiehouders

Deze processtap is bij alle concessiehouders gelijk.

Stap 10: controleren van de zorgovereenkomsten

De zorgovereenkomsten worden inhoudelijk gecontroleerd door Menzis. Vervolgens worden de overeenkomsten door de SVB arbeidsrechtelijk gecontroleerd.

Overige concessiehouders

Deze stap is bij alle concessiehouders hetzelfde, behalve bij de concessiehouders die zijn overgestapt naar het nieuwe pgb-systeem (pgb 2.0). De concessiehouders die hierop zijn overgestapt, controleren de overeenkomsten zowel inhoudelijk als arbeidsrechtelijk. Het pgb 2.0-systeem is een nieuw ontwikkeld pgb-portaal waarin de budgethouders hun administratie kunnen bijhouden.

Conclusies verschillen werkwijze Menzis en overige concessiehouders

Op basis van bovenstaande processtappen, concluderen we dat deze verschillen tussen de werkwijze van Menzis en de overige concessiehouders het grootst zijn:

- Het BKG wordt in principe bij de budgethouder thuis gevoerd door Menzis. Om praktische redenen (doorlooptijd of wens van de budgethouder) kan het BKG echter ook nog op kantoor plaatsvinden. Bij de overige Zorgkantoren wordt het BKG in de meeste gevallen op kantoor gevoerd.
- Wanneer Menzis het BKG bij de cliënt thuis voert, stuurt Menzis geen pgb-formulieren vóórdat het BKG plaatsvindt. De reden hiervoor is dat Menzis de cliënt aanmoedigt om eerst na te denken over de zorg die nodig is. In de veronderstelling dat wanneer de cliënt de formulieren heeft vóór het BKG, de cliënt meer bezig zal zijn met het invullen van de formulieren dan met het nadenken over de zorg die passend en nodig is. De formulieren worden meegenomen naar het BKG. Vervolgens worden de formulieren tijdens of na het BKG ingevuld. De overige concessiehouders sturen de formulieren wel op voorafgaand aan het BKG.
- Het bedrag in de toekenningsbeschikking is bij Menzis gebaseerd op het budgetplan. Bij de overige concessiehouders is het bedrag in de toekenningsbeschikking gebaseerd op het bedrag dat hoort bij het zorgprofiel (tarief vastgesteld door de NZa).



3. Gevolgen voor budgethouders

In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgen van de werkwijze 'zorg op maat' voor budgethouders. Hiermee geven we een antwoord op de eerste vier onderzoeksvragen.

3.1 Het resultaat van het toekennen van zorg op maat

De eerste onderzoeksvraag luidt: *Wat is het resultaat van het toekennen van zorg op maat in de beleving van budgethouders (wat levert dit hen nu op)?* Dit kent een kwantitatieve (feitelijke budgettoekenning) en een kwalitatieve kant (beleving daarvan). We vergelijken steeds de werkwijze van Menzis met die van de andere concessiehouders. De vierde onderzoeksvraag luidt: *Hoe vaak wordt minder of meer toegekend dan beschikbaar is en hoe vaak en gedurende welke periode is bijstelling van de toekenningsbeschikking nodig?* Beide vragen pakken we hier samen onder de noemer 'resultaat van het toekennen van zorg op maat'.

Feitelijke budgettoekenning

In tabel 1 tonen we welk percentage van het totaal aan geïndiceerde pgb's in 2018 is besteed. Het gaat om gemiddelde percentages over 2018 binnen de verschillende concessiehouders (we kunnen hier geen onderscheid binnen de verschillende zorgkantoren van Menzis laten zien). De tabel laat zien dat het gemiddelde bestedingspercentage bij Menzis lager is dan bij de overige zorgkantoren. Budgethouders ontvangen gemiddeld dus minder budget bij Menzis dan bij de overige concessiehouders. Het is voor de concessiehouders mogelijk om ook

meer budget toe te kennen dan het zorgprofiel, via de EKT-gelden (extra kosten thuis). Het is in dit geval mogelijk dat een budgethouder meer budget verantwoordt dan het maximum van het zorgprofiel. In het onderzoek kwam naar voren dat alle concessiehouders die gegevens hebben aangeleverd, hiervan gebruik hebben gemaakt. We hebben tussen Menzis en de overige concessiehouders hierin geen verschil ontdekt. Alle concessiehouders kennen soms meer toe dan het zorgprofiel. Tabel 1 laat de gegevens zien van Menzis en drie andere concessiehouders. Van de overige concessiehouders hebben we geen gegevens ontvangen. Zij gaven aan dat de aanlevering hen te veel tijd kostte of dat ze op dat moment teveel werkzaamheden hadden om hier prioriteit aan te geven.

Concessiehouder	Percentage besteed
Menzis	75%*
CH 1	80%
CH 2	84%
CH 3	81%
CH 4-7	Niet aangeleverd

Tabel 1: Mate van budgetbesteding per concessiehouder in 2018

* Bij de cijfers van Menzis hebben we de gedeclareerde bedragen over heel 2018 vergeleken met de geïndiceerde bedragen over de maanden april t/m december. Menzis heeft aangegeven de toegekende bedragen over januari t/m maart niet aan te kunnen leveren wegens technische redenen. Het werkelijke bestedingspercentage ligt waarschijnlijk dus nog lager, omdat het jaarbudget in de meeste gevallen hoger is dan waar nu mee is gerekend.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Aantal keren meer of minder toegekend

In tabel 2 laten we zien hoe vaak meer of minder wordt toegekend (dan het budget op basis van het zorgprofiel) bij Menzis en hoe vaak bijstelling van het budget nodig is. We zien in de tabel dat bij het grootste deel van de budgethouders minder wordt toegekend dan het budget dat hoort bij het zorgprofiel. Bij een bijna even groot deel wordt het budget toegekend dat gelijk is aan het budget van het zorgprofiel en bij een klein deel van de budgethouders wordt meer budget toegekend dan het budget op basis van het zorgprofiel.

In tabel 3 geven we dit weer voor één andere concessiehouder die deze cijfers heeft aangeleverd. We zien dat bij deze concessiehouder veel minder vaak minder is toegekend dan het zorgprofiel en dat de meeste keren 100% is toegekend op basis van het zorgprofiel.

Meer/minder toegekend	Aantal maal voorgekomen	Percentage van totaal
Minder dan op basis van zorgprofiel	4.042	49%
Budget op basis van zorgprofiel	3.913	47,5%
Meer budget dan op basis van zorgprofiel	285	3,5%

Tabel 2: Meer of minder toegekend dan budget op basis van het zorgprofiel bij Menzis (N=8.240)

Meer/minder toegekend	Aantal maal voorgekomen	Percentage van totaal
Minder dan op basis van zorgprofiel	99	1,4 %
Budget op basis van zorgprofiel	5.264	73,6%
Meer budget dan op basis van zorgprofiel	1.782	24,9%

Tabel 3: Meer of minder toegekend dan budget op basis van het zorgprofiel bij CH1 (N=7.145)

Aantal keren dat het budget is bijgesteld

In tabel 4 laten we zien hoe vaak het budget is bijgesteld na toekenning van het budget bij Menzis. Ter vergelijking tonen we in die tabel ook hoe vaak het budget bij twee andere concessiehouder is aangepast. Het budget wordt bijgesteld als blijkt dat de budgethouder meer of minder budget nodig heeft dan in eerste instantie is vastgesteld. We zien dat bij Menzis in 77% van de gevallen geen noodzakelijke bijstelling van het budget heeft plaatsgevonden.

Wanneer het budget wel bijgesteld moest worden, zien we dat dit in de meeste gevallen één keer nodig was. In 2% van de gevallen was het nodig om het budget vier keer of meer bij te stellen. Dit zijn in de meeste gevallen budgethouders waarbij de zorgvraag gedurende het jaar snel verandert, waardoor het budget meerdere keren moet worden aangepast.

Als we de cijfers van Menzis vergelijken met twee andere concessiehouders die deze cijfers hebben aangeleverd, zien we dat bij Menzis vaker geen bijstelling van het budget heeft plaatsgevonden.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Aantal maal bijgesteld	Menzis	CH1	CH2
0	77%	73%	64%
1	13%	20%	17%
2	6%	4%	11%
3	3%	2%	5%
4 of meer	2%	1%	3%

Tabel 4: Aantal keren dat budget is bijgesteld na toekenning bij Menzis, CH1 en CH2

Beleving van budgethouders

We hebben de vertegenwoordigers van budgethouders van Menzis gevraagd of de ontvangen zorg aansluit bij wat is afgesproken, of het budget voldoende is en of voldoende zorg wordt ingekocht. Daarbij hebben we gevraagd naar de beleving. We konden niet controleren of ze een adequaat beeld hadden van de hoogte van hun budget omdat we, vanwege privacyredenen, geen inzage hebben gekregen in de vastgestelde budgetten per cliënt.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

De helft van de respondenten bij Menzis (N=12) geeft aan dat het toegekende budget voldoende is voor passende zorg. In totaal hebben negen mensen aangegeven dat het nu te vroeg is om te zeggen of het budget voldoende is. Dit heeft ermee te maken dat de geïnterviewden voor een korte tijd een pgb beheren (niet langer dan een half jaar). In totaal gaven drie van de 24 vertegenwoordigers van Menzis aan dat het budget onvoldoende is voor passende zorg. We hebben niet kunnen controleren welk percentage van het zorgprofiel de respondenten toegekend hebben gekregen. Het kan dus zijn dat de budgethouders

het maximale budget ontvangen. In dit geval heeft dit geen relatie met de werkwijze Zorg op maat.

Vervolgens hebben we gevraagd of de respondenten op de hoogte zijn van de omvang van het toegekende budget en de eventuele mogelijkheden die er zijn om extra budget aan te vragen wanneer het budget ontoereikend blijkt te zijn. In totaal gaven 17 van de 24 respondenten bij Menzis aan op de hoogte te zijn van het budget, en dat zij wisten welke acties ze moeten ondernemen als het budget niet toereikend is.

In totaal hebben zeven van de 24 respondenten bij Menzis aangegeven niet nadrukkelijk op de hoogte te zijn van het toegekende budget. Daarbij gaat het om vijf mensen met hey BKG thuis en om twee mensen met het BKG op kantoor. Mogelijke verklaring hiervoor is dat Menzis niet in termen van geld spreekt tijdens het BKG, maar over de inhoud van zorg en ondersteuning.

De vertegenwoordigers van budgethouders van andere zorgkantoren geven het volgende aan. Van de veertien respondenten vinden negen mensen hun budget voldoende, geven drie budgethouders aan dat het te vroeg is om daar nu al iets over te zeggen en zijn er twee die het te krap vinden. Van de veertien geven twaalf vertegenwoordigers aan dat de ingekochte zorg passend is. Op één respondent na zijn ze op de hoogte van het budget dat ze hebben.

De aantallen respondenten zijn niet dusdanig groot dat de vergelijking hard te maken is, maar er lijken weinig verschillen als het gaat om het hebben van voldoende budget of de mogelijkheid om passende zorg in te kopen. Wel lijken de vertegenwoordigers van budgethouders van de andere zorgkantoren beter op de hoogte van hun beschikbare budget.



3.2 Mate van ervaren eigen regie

De tweede onderzoeksvraag luidt: *Wat is de mate van ervaren eigen regie van de budgethouder?*

Menzis houdt elk kwartaal een klanttevredenheidsonderzoek onder budgethouders. De mate waarin budgethouders 'eigen' regie ervaren, maakt hiervan onderdeel uit. Uit het klanttevredenheidsonderzoek van Menzis van het vierde kwartaal van 2019 blijken de volgende scores:

- Bewuste keuze gesprek: 8,0
- Toekenningsbeschikking: 8,2
- Eigen regie: 8,0
- Passende zorg: 8,4

'Eigen regie' scoort hier dus goed. Als we kijken naar de verschillen tussen het BKG thuis en het BKG op kantoor, zien we dat het BKG thuis hoger scoort op eigen regie dan het BKG op kantoor. Het cijfer voor het BKG is echter bijna gelijk. Door het beperkt aantal respondenten (15 BKG thuis en 11 BKG op kantoor) tijdens deze monitor kunnen hier geen stevige conclusies aan verbonden worden.

Door het ontbreken van gegevens over deze aspecten bij andere concessiehouders kunnen we hierop geen vergelijking maken tussen Menzis en de overige concessiehouders.

We hebben wel algemene informatie over tevredenheid van budgethouders binnen de verschillende concessiehouders. Deze wordt namelijk elke twee jaar gemeten door een onafhankelijke cliëntenraadpleging. De resultaten hiervan zijn hieronder gepubliceerd en komen uit het uitvoeringsverslag van de NZa over 2018/2019.

Concessiehouder	Administratieve processen	Informatievoorziening en bereikbaarheid	Kwaliteit medewerker	Oordeel dienstverlening en uitvoering
Menzis	8,1	7,6	7,7	7,7
CH 1	8,1	7,6	8,1	7,8
CH 2	7,7	7,6	8,0	7,8
CH 3	7,7	7,6	8,1	7,7
CH 4	7,8	7,6	7,8	7,6
CH 5	8,2	7,5	7,7	7,6
CH 6	7,4	7,1	7,4	7,5
CH 7	7,6	7,2	7,6	7,4

Tabel 5: Gemiddelde scores van cliëntenraadpleging pgb uit het uitvoeringsverslag van NZa 2018/2019

Hieruit zien we dat de cliënttevredenheidsscores van de concessiehouders tussen de 7,1 en 8,2 liggen en dat de scores van Menzis gemiddeld zijn. Met andere woorden, de scores van Menzis wijken niet af van de andere concessiehouders.

Beleving van budgethouders over ervaren eigen regie

Wij hebben de mate van ervaren regie tijdens het pgb-proces bij Menzis uitgevraagd tijdens de interviews.

Van de 24 respondenten bij Menzis hebben zestien mensen aangegeven dat zij eigen regie hebben ervaren tijdens het proces van de pgb-aanvraag. Als toelichting werd daarbij door een aantal vertegenwoordigers aangegeven dat de cliënt graag zelf zijn beslissingen neemt (bijvoorbeeld omdat iemand liever zelf het voortouw neemt, een sterke persoonlijkheid heeft of omdat iemand altijd alleen is geweest en daarom gewend is zelf te beslissen). Daarbij gaf een enkeling aan dat de



medewerker van Menzis tijdens het BKG wel adviezen gaf of meedenkend was, wat als prettig werd ervaren. Nog eens twee respondenten bij Menzis hebben benoemd dat de regie bij de zorginstelling lag waar de cliënt het pgb wilde inzetten. Ook dit is als prettig ervaren.

In totaal gaven zes van de 24 respondenten bij Menzis aan dat zij beperkte regie hebben ervaren tijdens de aanvraag van het pgb. Kanttekeningen die zij noemen: sturing vanuit de medewerker van Menzis, die er soms toe leidde dat werd aangedrongen op Zorg in Natura (in enkele gevallen werd dit als bemoeienis ervaren) of tot een oordeel over de ernst van de situatie (bijvoorbeeld dat de CIZ-indicatie te hoog is; twee keer genoemd). Een cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat dit mogelijk niet aan het beleid van Menzis ligt, maar dat het waarschijnlijker is dat het te maken heeft met de specifieke medewerker van Menzis.

- 1 Wij hebben vanuit de interviews geen verschil geconstateerd tussen de ervaren eigen regie van mensen met het BKG thuis en het BKG op kantoor (in beide groepen heeft een aantal respondenten aangegeven wel regie te ervaren en een aantal beperkte regie).
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 Als we kijken naar de andere zorgkantoren is het beeld als volgt. Van de veertien respondenten gaven tien mensen aan dat ze 'eigen regie' hebben ervaren. Ze mochten zelf hun beslissingen nemen of wisten zelf al wat ze wilden. Ook werd aangegeven dat de verschillende mogelijkheden werden voorgelegd of dat informatie over zorg in natura werd gegeven en dat dit als prettig werd ervaren. Verder is aangegeven dat weliswaar kritische vragen werden gesteld, maar dat dit niet voelde als 'ter verantwoording' worden geroepen. In totaal gaven vier mensen aan

dat ze een beperkte eigen regie ervoeren, omdat het wel voelde alsof men ter verantwoording werd geroepen of omdat werd aangestuurd op inzet van mantelzorg en daar weinig discussie over mogelijk was.

Als we de werkwijzen met elkaar vergelijken zijn er zowel bij Menzis als bij de andere concessiehouders mensen die een grote mate van regie ervaren of geen problemen hebben ervaren en ook mensen die kanttekeningen plaatsen.

3.3 Consequenties voor de ingekochte zorg na het BKG

De derde onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de consequenties voor de hoeveelheid ingekochte zorg?*

Bespreken van inhoud van zorg tijdens het BKG

Een verschil tussen het BKG op kantoor en het BKG thuis door Menzis, is het inhoudelijk bespreken van de zorgbehoefte van de cliënt tijdens het BKG. Vanuit de interviews met de vertegenwoordigers van budgethouders bij Menzis komt naar voren dat de respondenten dit verschil in de praktijk niet ervaren. Acht respondenten bij Menzis met een het BKG thuis gaven aan dat de zorg inhoudelijk is besproken en acht respondenten met een BKG op kantoor. De overige respondenten (vier BKG thuis en vier BKG kantoor) gaven aan niet specifiek zorginhoudelijk gesproken te hebben tijdens het BKG, maar over de procesmatige en administratieve kant van het beheren van een pgb. Bij de overige zorgkantoren geven acht van de veertien mensen aan dat de zorg tijdens het BKG was besproken.

Zorgbehoefte in kaart gebracht voor het BKG

Van de 24 interviews die wij hebben gevoerd bij vertegenwoordigers bij Menzis kwam in slechts twee interviews naar voren dat de zorg die



ingekocht zou worden niet voorafgaand aan het BKG was uitgedacht door de vertegenwoordiger. De overige 22 respondenten hadden voor het BKG al nagedacht welke zorg zij met het pgb wilden inkopen. Van de 22 cliënten heeft de helft de zorg in samenwerking met een ander uitgedacht (vier met een casemanager, vijf met een zorgaanbieder en twee met het CIZ). Ook bij de overige zorgkantoren hebben budgethouders al helder wat ze willen voorafgaand aan het BKG. Dit gold voor alle veertien budgethouders die we hebben gesproken.

Ingekochte zorg

We hebben budgethouders ook gevraagd naar de zorg die ze hebben ingekocht na het BKG. In totaal hebben vijf vertegenwoordigers van de 24 uit de Menzischgroep aangegeven dat zij naar aanleiding van het BKG andere zorg hebben ingekocht dan zij aanvankelijk van plan waren (drie met BKG thuis en twee met BKG op kantoor). Hiervan geven twee respondenten aan dat het aantal uren is veranderd, bij twee mensen is een ander soort zorg en/of ondersteuning ingezet en twee mensen geven aan dat het algehele budgetplan niet is goedgekeurd. De meerderheid heeft uiteindelijk dus volgens het budgetplan ingekocht dat voorafgaand aan het BKG was opgesteld. Bij de andere concessiehouders is geen sprake van dat na het BKG andere zorg wordt ingekocht dan gedacht. Hier lijkt sprake van een effect van de andere benadering door Menzis.

3.4 Overige ervaringen van budgethouders

Tot slot hebben we ook nog naar enkele andere ervaringen van budgethouders gevraagd.

Voor- en nadelen BKG thuis of op kantoor

Tijdens het interview gaven acht van de 24 vertegenwoordigers van Menzis aan het belangrijk te vinden dat de medewerker van de concessiehouder de cliënt en zijn/haar leefomgeving ziet tijdens het BKG, zodat zij beter beeld hebben bij de situatie.

Gevraagd naar de ervaren meerwaarde voor de cliënt met betrekking tot de locatie van het BKG, kwam tijdens de interviews naar voren dat mensen veelal zelf invloed hebben gehad op de keuze voor de locatie. In negen van de 24 gevallen kwam nadrukkelijk naar voren dat Menzis rekening houdt met de voorkeur van de vertegenwoordiger voor het BKG thuis of op kantoor. Medezeggenschap in deze beslissing wordt als prettig ervaren door de respondenten.

Als voordelen van het BKG thuis zijn genoemd dat het prettig was in de vertrouwde omgeving te spreken over persoonlijke zaken, dat het makkelijk was qua vervoer en dat het minder belastend was voor de cliënt en zijn omgeving. Als nadeel is aangegeven dat het nadelig kan zijn voor (de gemoedstoestand van) de cliënt (twee keer genoemd).

Als voordelen van het BKG op kantoor zijn genoemd de professionele sfeer op kantoor en een kortere wachttijd tot het BKG. Daarnaast wordt het soms (twee keer genoemd van de twaalf respondenten met het BKG op kantoor bij Menzis) als nadeel ervaren dat de cliënt niet bij het BKG op kantoor aanwezig kon zijn en vaker juist als voordeel (acht van de twaalf).

De cliëntondersteuners (OCO's) adviseren om in complexe situaties het BKG thuis te houden, omdat op deze manier de medewerker die het BKG uitvoert een goed beeld bij de cliënt en leefomgeving heeft. Zo kan

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



de medewerker beter inschatten of de zorg die de budgethouder wil inkopen, passend is bij de situatie. Ook gaven zij aan dat het BKG op kantoor georganiseerd moet kunnen worden wanneer het BKG thuis stressvol is voor de cliënt of teveel prikkels oplevert.

Bij de overige concessiehouders hebben we met één vertegenwoordiger gesproken waar het BKG thuis plaatsvond en 13 waarbij dit op kantoor was. Als voordeel van thuis wordt genoemd dat hierdoor de situatie goed kon worden bekeken en dat dit logistiek eenvoudiger is. De ervaringen met het BKG op kantoor zijn deels (zes keer) positief (fijn, goed om elkaar gezien te hebben) en deels (zeven keer) niet positief (thuis was makkelijker geweest, 't was beter als het zorgkantoor de thuissituatie had gezien, had ook telefonisch gekund, zware belasting emotioneel en qua reisafstand).

Het lijkt erop dat mensen het in ieder geval prettig vinden zelf zeggenschap te hebben over de locatie van het BKG (thuis of op kantoor).

1

Wanneer zijn de aanvraagformulieren ontvangen?

Door Menzis is aangegeven dat de aanvraagformulieren bij het BKG thuis tijdens het BKG aan de vertegenwoordiger worden gegeven. Wanneer het BKG op kantoor is, stuurt Menzis de aanvraagformulieren toe voorafgaand aan het BKG. Vanuit de interviews is dit verschil onvoldoende naar voren gekomen. Van de twaalf mensen die het BKG thuis hadden, geeft de helft (zes) aan dat zij voor het BKG de aanvraagformulieren al in hun bezit hadden. Zij hadden dit bijvoorbeeld via een zorgorganisatie gekregen of zelf opgezocht op internet. Van de twaalf mensen die het BKG op kantoor hadden, geven ook zes mensen aan dat

2

3

4

5

6

zij de formulieren zelf hebben opgezocht of van een zorgorganisatie hebben gekregen.

Bij de overige concessiehouders ontvingen de budgethouders de formulieren hoofdzakelijk (dertien keer) van het zorgkantoor en heeft één respondent deze zelf van internet gehaald.

Wanneer zijn de aanvraagformulieren ingevuld?

Vervolgens hebben wij tijdens de interviews gevraagd wie de aanvraagformulieren heeft ingevuld. Hierop antwoordden negen van de twaalf mensen met het BKG op kantoor bij Menzis dat zij de formulieren zelf hebben ingevuld, tegenover vijf van de twaalf mensen waarbij het BKG thuis was. Bij het BKG thuis bij Menzis geven vier van de twaalf mensen aan dat de formulieren samen met of door een zorgorganisatie zijn ingevuld.

Daarnaast hebben wij de mensen gevraagd hoe zij het invullen van de formulieren hebben ervaren. Van de in totaal 24 respondenten van Menzis hebben twee de formulieren niet zelf ingevuld, beiden hebben het BKG thuis gehad. Van de overige 22 respondenten bij Menzis heeft de helft het invullen van de formulieren als moeilijk en/of veel ervaren. De andere helft vond het invullen van de formulieren prima of hadden hierover geen uitgesproken mening. Hierin is geen verschil te zien tussen het BKG thuis en op kantoor.

Bij de overige concessiehouders vond de meerderheid (tien van de veertien) het veel om in te vullen, maar nadrukkelijk als erg moeilijk.

Wachttijd tot het BKG

De verwachting is dat door de nieuwe werkwijze, waarbij het BKG thuis gehouden wordt, de wachttijd tot het BKG hoger op kan lopen. Tijdens de interviews hebben we gevraagd hoe de wachttijd is ervaren. Hieruit kwam naar voren dat niemand de wachttijd als lang heeft ervaren. Wel is naar voren gekomen dat het BKG op kantoor vaker als (erg) snel ervaren wordt dan bij het BKG thuis (tien ten opzichte van vijf mensen).

Ook bij de overige concessiehouders heeft niemand de wachttijd tot het BKG als lang ervaren.



4. Gevolgen voor de concessiehouder

In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgen van de nieuwe werkwijze voor de concessiehouder en de uitvoeringpraktijk binnen de concessiehouder. Hiermee geven we een antwoord op de onderzoeksvragen vijf tot en met zeven.

4.1 Inzet van personeel en kosten van het proces

De vijfde onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de bijbehorende extra inzet, tijd en uitvoeringskosten voor de concessiehouder?*

Uitvoeringstijd en -kosten

Om de uitvoeringskosten in kaart te brengen, hebben we in het kader van voorliggend onderzoek bij de concessiehouders een uitvraag gedaan. We hebben gevraagd naar de directe uitvoeringskosten. Van twee concessiehouders ontvingen we hiervan een overzicht. In deze overzichten hebben we verschillen in uitvoeringskosten geconstateerd.

Omdat de overige concessiehouders hebben aangegeven de kosten niet in beeld te kunnen brengen zoals we deze hebben uitgevraagd, kunnen we helaas geen goede kwantitatieve vergelijking maken.

In tabellen die hierna volgen hebben we de uitvoeringstijd en kosten inzichtelijk gemaakt op basis van informatie uit de interviews met medewerkers van de andere concessiehouders en cijfers uit de uitvoeringsverslagen. Deze informatie is aangevuld met kwantitatieve

gegevens die we van enkele concessiehouders hebben ontvangen. Omdat het proces grotendeels gelijk is tussen de concessiehouders, kijken we hierbij met name naar de twee grote verschillen in het proces die we hebben geconstateerd: toekenning op basis van het budgetplan en een onderscheid naar BKG thuis en BKG op het kantoor.

Uitvoeringskosten toekenning op basis van budgetplan ten opzichte van overige zorgkantoren

Indien toegekend wordt op basis van het budgetplan, moet de toekenning worden gewijzigd op het moment dat de cliënt meer zorg wil gaan gebruiken. Meer wijzigingen betekent meer inzet van medewerkers en dus hogere uitvoeringskosten. Dit zou in de cijfers terug te zien zijn in het aantal keren dat de toekenningsbeschikking is gewijzigd. Bij Menzis zou dit aantal significant hoger moeten liggen dan bij de overige concessiehouders. We hebben dit aantal in beeld gebracht en zien geen grote verschillen tussen de concessiehouders in het gemiddelde aantal keren dat een toekenningsbeschikking is gewijzigd en dat dit aantal bij Menzis niet veel hoger is dan bij de overige concessiehouders. Daarnaast heeft Menzis in de interviews aangegeven dat hun werkwijze niet leidt tot veel meerwerk.

Concessie-houder	Aantal keren gewijzigd	Aantal budgethouders	Gemiddeld aantal keer gewijzigd per budgethouder
Menzis	3.425	8.240	0,42
CH 1	156	401	0,39
CH 2	Niet aangeleverd	2.444	Niet aangeleverd
CH 3	2.879	7.145	0,40
CH 4-7	Niet aangeleverd	Niet aangeleverd	Niet aangeleverd

Tabel 6: Aantal wijzigingen toekenningsbeschikkingen

1

2

3

4

5

6



Uitvoeringstijd van het BKG thuis ten opzichte van BKG op kantoor
 Menzis heeft aangegeven dat het BKG thuis meer tijd in beslag neemt: 30 minuten extra per BKG. Echter geeft Menzis ook aan dat bij het BKG thuis geen extra begeleidingsgesprek plaatsvindt, waardoor 15 minuten wordt bespaard. Netto gezien kost het BKG thuis daarom 15 minuten extra bij Menzis. We zien dat Menzis het BKG met één medewerker voert en sommige andere concessiehouders met twee personen voeren. Daarnaast zien we dat de tijdsbesteding die Menzis heeft genoemd voor het BKG thuis, gelijk is aan de tijdsbesteding die de overige concessiehouders aangeven bij het BKG op kantoor (zie tabel 7).

Concessiehouder	Aantal medewerkers die BKG uitvoeren	Tijdsbesteding (minuten) BKG kantoor per medewerker	Tijdsbesteding (minuten) BKG thuis per medewerker
Menzis	1	60	90
CH 1	2	60 - 90	60 - 90
CH 2	2	60	n.v.t.
CH 3	1	90	Niet aangeleverd
CH 4	1	60	n.v.t.
CH 5	2	45 - 60	n.v.t.
CH 6	1	60 - 90	60 - 90
CH 7	1	120	n.v.t.

Tabel 7: Tijdsbesteding bewust keuzegesprek (BKG)

Op basis van de informatie aangeleverd door Menzis komen we tot de volgende conclusie: de uitvoering van het BKG thuis kost extra inzet, tijd en uitvoeringskosten ten opzichte van het BKG op kantoor bij Menzis. Als we echter naar de totale tijdsbesteding kijken van het BKG thuis ten opzichte van het BKG zoals de overige zorgkantoren dit

uitvoeren, is dit niet per definitie hoger. Een belangrijk punt hierbij is ook dat het BKG bij Menzis door één persoon wordt uitgevoerd en sommige andere zorgkantoren het BKG met twee personen uitvoeren.

4.2 Consequenties voor de uitvoeringspraktijk

De zesde onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de consequenties in termen van de uitvoeringspraktijk, zoals bijscholing van personeel (op welke punten is bijscholing nodig), ervaringen/beleving en andere randvoorwaarden?*

Om hier een goed inzicht in te krijgen, hebben we een groepsinterview gehouden met de medewerkers van Menzis die betrokken zijn bij dit proces. In deze gesprekken zijn we ingegaan op de volgende onderwerpen:

- ervaringen van medewerkers
- tijdsbesteding
- benodigde competenties en scholing

Het BKG thuis – eerst een gesprek, dan de formulieren invullen

Menzis kiest er in deze situatie voor om geen formulieren op te sturen voordat het BKG thuis plaatsvindt. Menzis wil hiermee bereiken dat de cliënt zonder belemmeringen (van formulieren) nadenkt over zijn of haar zorgbehoefte. Medewerkers geven aan dat hierdoor in het gesprek met de cliënt de zorgvraag centraal staat en niet de formulieren. De ervaring van de medewerkers is dat cliënten het prettig vinden om over de inhoud van de zorg te praten. Zowel de medewerkers van Menzis als de cliënten zelf krijgen op deze manier goed zicht op de zorgbehoefte van de cliënt. De medewerkers van Menzis geven aan dat ze dit een positieve manier van werken vinden.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Het BKG thuis ten opzichte van het BKG op kantoor

De medewerkers ervaren een voordeel van het voeren van het BKG in de thuissituatie. Op deze manier kunnen ze een betere inschatting maken van de zorgbehoefte van de cliënt en of de zorg die de cliënt wil gaan inkopen past in de situatie. In sommige situaties is het voeren van het gesprek thuis lastig. Bijvoorbeeld in de volgende situaties:

- Er zijn cliënten voor wie het gesprek te belastend is, bijvoorbeeld als sprake is van dementie. Omdat het gesprek bij de cliënt gehouden wordt, voelt de cliënt zich verplicht bij het gesprek aanwezig te zijn. De cliënt kan dan onnodig worden belast. Het gesprek zou in deze gevallen daarom beter op kantoor plaats kunnen vinden.
- In sommige situaties is de cliënt niet aanwezig bij het gesprek. De cliënt heeft bijvoorbeeld dagbesteding en de gewaarborgde hulp voert het gesprek namens de cliënt. De gewaarborgde hulp wil dan graag dat het gesprek wordt gevoerd bij hem of haar thuis. Menzis vindt het echter van belang om het gesprek te voeren op de locatie van de cliënt om praktische redenen (het is goed mogelijk dat de gewaarborgde hulp buiten de zorgkantorregio woont, het is dan praktisch niet mogelijk om de gewaarborgde hulp overal te bezoeken).

Uitvoeringspraktijk van het BKG in de thuissituatie

De BKG in de thuissituatie hebben de volgende gevolgen voor de uitvoeringspraktijk:

- De tijdbesteding per gesprek is hoger dan wanneer het gesprek plaatsvindt op kantoor. Dit heeft met name te maken met de reistijd die de medewerker heeft voor de gesprekken. Ook duurt het gesprek langer, omdat de cliënt de formulieren niet van tevoren heeft ontvangen.

- De tijdbesteding van de overige betrokken medewerkers dan de persoon die het BKG voert, zijn niet hoger dan wanneer het BKG op kantoor wordt gevoerd. In sommige gevallen is de tijdbesteding lager, omdat de formulieren niet meer apart hoeven worden opgestuurd voorafgaand aan het BKG gesprek. Ook is er geen telefonisch begeleidingsgesprek voor het BKG.
- Doordat de formulieren niet voor het BKG worden opgestuurd, kan het voorkomen dat cliënten nog niet voldoende hebben nagedacht over het invullen van hun zorgvraag. Op dat moment is het in een aantal gevallen nodig om meerdere gesprekken te plannen.
- Op het moment dat meerdere gesprekken nodig zijn, komen de doorlooptijden in sommige gevallen onder druk. Medewerkers van Menzis geven aan dat dit een aandachtspunt is. Medewerkers geven aan dat ze het dan belangrijker vinden dat passende zorg wordt ingekocht, dan dat de doorlooptijd precies klopt.

Budget toekennen op basis van budgetplan

- Menzis kent de budgetten toe op basis van het budgetplan. Medewerkers geven aan dat deze wijze van toekenning weinig tot geen extra inzet vergt van de medewerkers (in vergelijking tot toekenning op basis van het zorgprofiel). Als er een wijziging is in het budgetplan, moeten hiervoor nieuwe overeenkomsten worden opgesteld door de cliënt en gecontroleerd worden door de concessiehouder en de SVB. Dit is bij elke concessiehouder gelijk. De budgethouders bij Menzis moeten, naast de nieuwe zorgovereenkomsten, ook een nieuw budgetplan opstellen en Menzis moet op basis van dit budgetplan het extra budget beschikbaar stellen bij de SVB. Dit geldt alleen voor grotere wijzigingen, bij kleine wijzigingen die binnen de marge vallen die Menzis heeft ingesteld hoeft dit niet (Menzis past bij het toekennen

1

2

3

4

5

6



van het budget altijd een marge toe, waardoor de budgethouder bij kleine wijzigingen niet het budgetplan hoeft aan te passen). Menzis geeft aan dat het toekennen van extra budget bij grote wijzigingen niet veel extra inzet vergt.

- Deze werkwijze heeft geen invloed op de doorlooptijd.

Benodigde vaardigheden en competenties bij zorg op maat

De medewerkers die het BKG uitvoeren, zijn binnen Menzis allemaal ervaren medewerkers. Ze hebben geen speciale training gehad voor het voeren van deze gesprekken, maar sommige individuele medewerkers hebben wel trainingen gevolgd die zij van meerwaarde vinden voor deze functie. Medewerkers van Menzis geven aan dat de medewerkers die de BKG-gesprekken thuis voeren over de volgende competenties moeten beschikken:

- Medewerkers die deze gesprekken voeren moeten met name beschikken over goede gesprekstechnieken.
- Ook is het belangrijk dat de medewerker weet hoe de (lokale) zorg is ingericht.

Op dit moment ontwikkelt Menzis een cursus die de medewerkers moeten volgen die de BKG's mogen uitvoeren. Deze cursus is gericht op het ontwikkelen van de gesprekstechnieken van de medewerkers. Deze gesprekstechnieken zijn van belang bij het voeren van de BKG's.

4.3 Administratieve lasten en doorlooptijden

De zevende onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de consequenties voor de administratieve lasten en doorlooptijden?*

Administratieve lasten

De administratieve last wordt niet op een kwantitatieve wijze bijgehouden. Hierdoor hebben we de administratieve lasten op

kwantitatieve wijze inzichtelijk gemaakt, in de gesprekken met de medewerkers van Menzis.

De medewerkers van Menzis geven aan dat de administratieve last van Zorg op maat voor de budgethouder niet wezenlijk hoger is dan bij de reguliere werkwijze. Wel moet de budgethouder, wanneer hij meer geld wil uitgeven dan in het originele budgetplan, het budgetplan aanpassen. Deze stap ontbreekt bij de overige zorgkantoren. Het budgetplan kan echter samen met de nieuwe overeenkomsten worden opgestuurd, waardoor de extra administratie beperkt is. De extra administratieve last bij Menzis is dat ze alle wijzigingen in de budgetplannen moeten controleren, terwijl het in de werkwijze bij overige Zorgkantoren het mogelijk is om bij wijzigingen alleen een nieuwe zorgovereenkomst en zorgbeschrijving te controleren. Dit komt door het feit dat als de budgethouder meer budget wil uitgeven, Menzis ook meer budget moet toekennen voordat dit kan (immers is bij Menzis het budget op basis van het budgetplan en niet op basis van het zorgprofiel). Bij de overige zorgkantoren is het hogere budget al beschikbaar. Voor Menzis betekent dit dus een iets hogere administratieve last, echter geeft Menzis aan dat ze hierdoor beter zicht hebben op de wijzigingen die worden aangevraagd. Ook geeft Menzis aan dat de wijziging van het budgetplan aanleiding kan zijn om in gesprek te gaan met de budgethouder, om te bespreken met de budgethouder of de zorg nog passend is en eventueel advies te geven over de in te kopen zorg.

Belangrijk om hierbij op te merken is dat Menzis bij het toekennen op basis van het budgetplan, altijd een marge toepast, zodat het zorgkantoor en budgethouder niet bij kleine veranderingen in de zorgvraag een administratief proces door moeten. Deze marge bestaat uit een extra percentage dat boven op het budget wordt toegekend, meestal

1

2

3

4

5

6



tussen de 5% en 10%. Met deze marge is het voor de budgethouder mogelijk om tijdelijk extra zorg in te zetten, bijvoorbeeld wanneer de budgethouder bij ziekte extra zorg nodig heeft. De marge die Menzis hanteert is zo afgestemd op de zorgvraag van de cliënt dat deze tijdelijke extra zorg in te zetten is, zonder dat de budgethouder hiervoor een nieuw budgetplan hoeft op te stellen

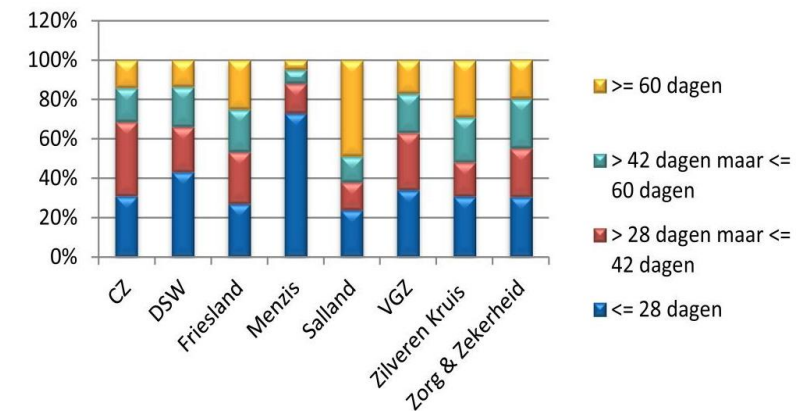
Doorlooptijden

Doordat het BKG-thuis nog niet zo lang wordt uitgevoerd, waren er nog geen gegevens beschikbaar met de verschillen tussen BKG-thuis en BKG-kantoor. Wel hebben we de verschillen in doorlooptijden tussen de zorgkantoren in beeld kunnen brengen. De doorlooptijden van het pgb-proces zijn in kaart gebracht door de NZa, in het samenvattend rapport "uitvoering Wet langdurige zorg door de zorgkantoren 2018/2019". Dit rapport is gebaseerd op de uitvoeringsverslagen van de Wlz-uitvoerders. Alle concessiehouders moeten in hun uitvoeringsverslag rapporteren over de doorlooptijden van het pgb-proces. Dit is de afhandeling van een pgb-aanvraag in kalenderdagen vanaf de datum van de pgb-aanvraag van nieuwe pgb-houders tot aan de datum van de afgifte van de toekenningsbeschikking pgb door het zorgkantoor. Hierbij moet worden opgemerkt dat de budgethouder ook veel invloed heeft op deze doorlooptijd. Wanneer een budgethouder bijvoorbeeld formulieren niet aanlevert op de afgesproken datum, dan verhoogt dit de doorlooptijd. Ook komt het voor dat een budgethouder de wens heeft om langer de tijd te nemen voor het toekennen van het budget, zodat de budgethouder de tijd heeft om zich te oriënteren op welke zorg hij of zij wil inkopen.

De NZa hanteert bij het in kaart brengen van de doorlooptijden vier categorieën:

- Minder dan 28 dagen
- Tussen de 28 dagen en 42 dagen
- Tussen de 42 dagen en 60 dagen
- Meer dan 60 dagen.

In figuur 2 zijn de resultaten weergegeven van de doorlooptijden. De NZa beschrijft in de toelichting op deze gegevens het volgende: "Menzis heeft dit proces het beste op orde: in 2018³ is bij 52% van de cliënten de aanvraag binnen 28 dagen afgehandeld, terwijl het bij 13% van de cliënten langer duurde dan 60 dagen."



Figuur 2: Doorlooptijden pgb-proces (bron: Uitvoering Wlz 2018/2019, NZa)

³ In 2018 vonden de BKG's van Menzis op kantoor plaats. Vanaf juli 2019 is Menzis gestart met BKG-bezoeken thuis.



4.4 Extra aandachtspunt

De eerste versie van het onderzoeksrapport is besproken in het overleg van de zorgkantoren. Tijdens dit overleg kwam een belangrijk voordeel van de werkwijze van Menzis naar voren, deze is als volgt.

De concessiehouders merken regelmatig dat aan het eind van het jaar door budgethouders het budget dat niet uitgegeven is, aan het eind van het jaar toch nog gebruiken. Ze doen dit bijvoorbeeld door het uurtarief van een zorgverlener aan het eind van het jaar te verhogen of nog extra uren te declareren. Op deze manier wordt aan het eind van het jaar het totaal beschikbare budget gebruikt, terwijl dit niet ten goede komt aan doelmatige zorg. De concessiehouders gaven in het overleg aan dat dit fenomeen zich niet meer kan voordoen bij de werkwijze van Menzis.

Vanuit Per Saldo is aangegeven dat dit ook wordt tegengegaan met het nieuwe Pgb 2.0 portaal



5. Juridische aandachtspunten

In dit hoofdstuk beschrijven we de juridische aandachtspunten bij de nieuwe werkwijze voor zorgkantoor. Hiermee geven we een antwoord op onderzoeksvraag 8.

De juridische aandachtspunten hebben we op de volgende manieren onderzocht:

- We hebben aan Menzis gevraagd naar hun eigen juridische onderbouwing.
- De juridisch onderbouwing hebben we laten toetsen door een extern deskundige op juridisch vlak.

Juridische onderbouwing vanuit Menzis

Een belangrijk verschil tussen de werkwijze van Menzis ten opzichte van de overige zorgkantoren, is dat Menzis de toewijzing van budgetten baseert op het budgetplan, terwijl de andere zorgkantoren dit baseren op het zorgprofiel. De regels rondom het toekennen van het pgb, staan in de Regeling langdurige zorg (Rlz). In artikel 5.1 van de Rlz is beschreven:

"Voor het persoonsgebonden budget is het basisbedrag, genoemd in bijlage H, beschikbaar, verminderd met de kosten van het modulair pakket thuis voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, logeeropvang, individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband en vervoer."

Het basisbedrag waar naar wordt verwezen in dit artikel, wordt in de begripsbepaling (artikel 1.1) van de Rlz toegelicht:

Basisbedrag: het maximumbedrag dat voor het modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget tezamen beschikbaar is voor de kosten van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, begeleiding in groepsverband, logeeropvang, vervoer en verpleging;

Omdat gesproken wordt over een maximumbedrag beschouwt Menzis het als mogelijk om het bedrag in de toekenningsbeschikking te baseren op het budgetplan en niet op het zorgprofiel.

Daarnaast is het mogelijk om op basis van artikel 5.13 het basisbedrag in bepaalde gevallen met een bepaald bedrag op te hogen, zoals bijvoorbeeld bij een kleinschalig wooninitiatief (*Artikel 5.13 lid 1: "Het zorgkantoor verhoogt het persoonsgebonden budget met € 4.480 voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief"*).

Juridisch toetsing door extern deskundige

Bovenstaande passage is getoetst door een jurist. Deze onderschrijft de juridische onderbouwing die Menzis heeft gegeven. De kanttekening hierbij is echter dat de Wlz een landelijke wet is die op een uniforme wijze moet worden uitgevoerd. Op het moment dat het proces van Menzis wezenlijk afwijkt van de andere zorgkantoren, kan sprake zijn van rechtsongelijkheid. De jurist heeft onderzocht of hier in dit geval sprake van rechtsongelijkheid is. Hierbij zijn de volgende punten van belang:



In artikel 5.1 van de Rlz staat beschreven dat voor het pgb een basisbedrag beschikbaar is. Het bedrag kan echter pas uitgegeven worden als er een, door het zorgkantoor goedgekeurd, budgetplan is waarin staat hoe het geld uitgegeven gaat worden.

Zowel bij Menzis als bij de overige zorgkantoren kan alleen geld worden uitbetaald door de SVB aan zorgverleners op basis van de zorgovereenkomst(en). En het komt ook bij de andere zorgkantoren voor dat de bedragen van de overeenkomst(en) lager kunnen zijn dan het maximumbedrag van het zorgprofiel. Hoewel bij de overige zorgkantoren dus direct het gehele bedrag van het zorgprofiel inzichtelijk is, kan de budgethouder alleen over het geld beschikken wat middels de zorgovereenkomsten is verantwoord. Met andere woorden: ook bij de overige zorgkantoren kan een budgethouder niet over meer geld beschikken dan de bedragen die in de zorgovereenkomsten staan beschreven.

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
- Het enige verschil is dat de budgethouders van Menzis niet direct het totale bedrag van het zorgprofiel inzichtelijk hebben bij de SVB (echter is via diverse openbare bronnen te achterhalen wat het maximale budget per zorgprofiel is). Dit verschil is dusdanig klein dat de jurist de conclusie heeft getrokken dat de kans op rechtsongelijkheid zo minimaal is, dat de rechtsongelijkheid er niet is.



6. Conclusies

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen. We hebben de antwoorden van de onderzoeksvragen elke keer opgedeeld in de twee belangrijkste onderdelen van Zorg op maat:

- 1) Het budget wordt sinds 2015 op maat, passend bij de zorgbehoefte, toegekend in plaats van een vast bedrag per zorgprofiel.
- 2) Budgethouders worden sinds juli 2019 intensiever ondersteund, zowel voorafgaand als na de toekenning van het budget door:
 - a. Het voeren van het bewust keuzegesprek (BKG) thuis
 - b. Het invullen van de pgb-formulieren tijdens of na het BKG

In de conclusies beschrijven we op meerdere plekken de antwoorden die we van budgethouders kregen tijdens de interviews. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat dit resultaten zijn van een beperkt aantal interviews, de resultaten kunnen dus niet worden beschouwd als een landelijk representatieve weergave van de ervaringen met de pgb-werkwijzen.

Wat is het resultaat van het toekennen van zorg op maat in de beleving van budgethouders (wat levert dit hen nu op)?

Het resultaat van het toekennen van zorg op maat is op te delen in een kwantitatief (feitelijk budgettoekenning) en een kwalitatief (wat is de beleving van budgethouders) gedeelte.

Als we kijken naar het kwantitatieve gedeelte, zien we dat bij Menzis minder budget wordt toegekend dan bij de overige concessiehouders. Dit komt doordat Menzis het budget toekend op basis van het budget-

plan en de overige concessiehouders het budget toekennen op basis van het zorgprofiel. We zien ook dat de budgethouders minder geld uitgeven ten opzichte van het totale budget op basis van het zorgprofiel dan de overige concessiehouders.

Als we kijken naar het kwalitatieve gedeelte, dan kun je stellen dat de budgethouders van Menzis minder op de hoogte zijn van het totale beschikbare budget. Budgethouders geven over het algemeen aan dat er voldoende budget is om zorg in te kopen bij zowel Menzis als de andere concessiehouders. Er lijken dus weinig verschillen als het gaat om het hebben van voldoende budget en mogelijkheden tot passende zorg.

Dus hoewel de budgethouders bij Menzis over het algemeen minder budget uitgeven voor de zorg, hebben we geen signalen ontvangen dat de zorg die ze inzetten onvoldoende is.

Wat is de mate van ervaren eigen regie van de budgethouder?

Het grootste deel van de budgethouders heeft aangegeven voldoende eigen regie te hebben ervaren tijdens het BKG. Er zijn wel budgethouders die kanttekeningen hebben geplaatst bij de eigen regie. Dit geldt voor de budgethouders van Menzis, maar ook voor de budgethouders van de overige concessiehouders. De werkwijze van Menzis heeft dus geen negatieve invloed op de ervaren regie van budgethouders.

1

2

3

4

5

6



Wat zijn de consequenties voor de hoeveelheid ingekochte zorg?

Het antwoord op deze vraag is op te delen in een kwantitatief gedeelte (welk percentage van het budget is besteed) en een kwalitatief gedeelte (is er andere zorg ingekocht)?

Als we naar het kwantitatieve gedeelte kijken, zien we dat het bestedingspercentage van de budgethouders van Menzis lager is dan van de budgethouders van de overige concessiehouders.

Als we kijken naar het kwalitatieve gedeelte, dan zien we dat in meerdere gevallen andere zorg is ingekocht naar aanleiding van het BKG-gesprek. Bij de overige concessiehouders zien we dit niet terug. Er lijkt hier dus wel sprake te zijn dat de werkwijze invloed heeft op de zorg die de budgethouders inkopen.

Hoe vaak wordt minder of meer toegekend dan beschikbaar is en hoe vaak en gedurende welke periode is bijstelling van de toekenningsbeschikking nodig?

1

2

3

4

5

6

Bij het grootste deel van de budgethouders (4,9%) wordt er minder toegekend dan het budget dat hoort bij het zorgprofiel. Bij een bijna even groot deel (47,5%) wordt het budget toegekend dat gelijk is aan het budget van het zorgprofiel en bij een klein deel (3,5%) van de budgethouders wordt meer budget toegekend dan het budget op basis van het zorgprofiel. Door andere concessiehouders wordt vrijwel altijd het budget van het zorgprofiel toegekend of meer dan dit budget.

De bijstelling van het budget is in meer dan 75% van de gevallen niet noodzakelijk. Wanneer het budget wel bijgesteld moest worden, dan

zien we dat dit in de meeste gevallen één keer nodig was. In een klein deel van de gevallen was het nodig om het budget 4 keer of meer bij te stellen.

Wat zijn de bijbehorende extra inzet, tijd en uitvoeringskosten voor het zorgkantoor?

De uitvoering van het BKG thuis kost extra inzet, tijd en uitvoeringskosten ten opzichte van het BKG op kantoor bij Menzis. Als we echter naar de totale tijdsbesteding kijken van het BKG thuis ten opzichte van het BKG zoals de overige concessiehouders dit uitvoeren, is dit niet per definitie hoger. Een belangrijk punt hierbij is ook dat het BKG bij Menzis door één persoon wordt uitgevoerd en sommige andere concessiehouders het BKG met twee personen uitvoeren.

Als we kijken naar de totale uitvoeringskosten per concessiehouder, dan zien we dat Menzis gemiddeld scoort.

Wat zijn de consequenties in termen van de uitvoeringspraktijk, zoals bijscholing van personeel (op welke punten is bijscholing nodig), ervaringen/beleving en andere randvoorwaarden?

Om de nieuwe werkwijze uit te voeren, is geen specifieke bijscholing van personeel nodig ten opzichte van de werkwijze voor invoering van Zorg op maat.

De medewerkers van Menzis ervaren het BKG thuis als prettig en staan achter de werkwijze van zorg op maat.

In de gesprekken met medewerkers van andere zorgkantoren is vaker naar voren gekomen dat de visie van Zorg op maat, het uitgaan van de



zorgvraag van de cliënt en niet van het budget uit het zorgprofiel, ondersteund wordt.

Wat zijn de consequenties voor de administratieve lasten en doorlooptijden?

De medewerkers van Menzis geven aan dat de administratieve last van Zorg op maat voor de budgethouder niet wezenlijk hoger is dan bij de reguliere werkwijze. Wel betekent dit dat de budgethouder bij wijzigingen het budgetplan opnieuw moet aanleveren en Menzis deze moet controleren, terwijl de budgethouders van de overige Zorgkantoren bij wijzigingen kunnen volstaan met een nieuwe Zorgovereenkomst en Zorgbeschrijving. Dit komt door het feit dat als de budgethouder meer budget wil uitgeven, Menzis ook meer budget moet toekennen voordat dit kan (immers is bij Menzis het budget op basis van het budgetplan en niet op basis van het zorgprofiel). Bij de overige zorgkantoren is het hogere budget al beschikbaar. Voor de budgethouder en Menzis betekent dit dus een iets hogere administratieve last, echter geeft Menzis aan dat ze hierdoor beter zicht hebben op de wijzigingen die worden aangevraagd. Ook zorgt dit ervoor dat er meer contact is tussen de budgethouder en Menzis. Tijdens dit contact kan Menzis de budgethouder advies geven over de in te kopen zorg.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

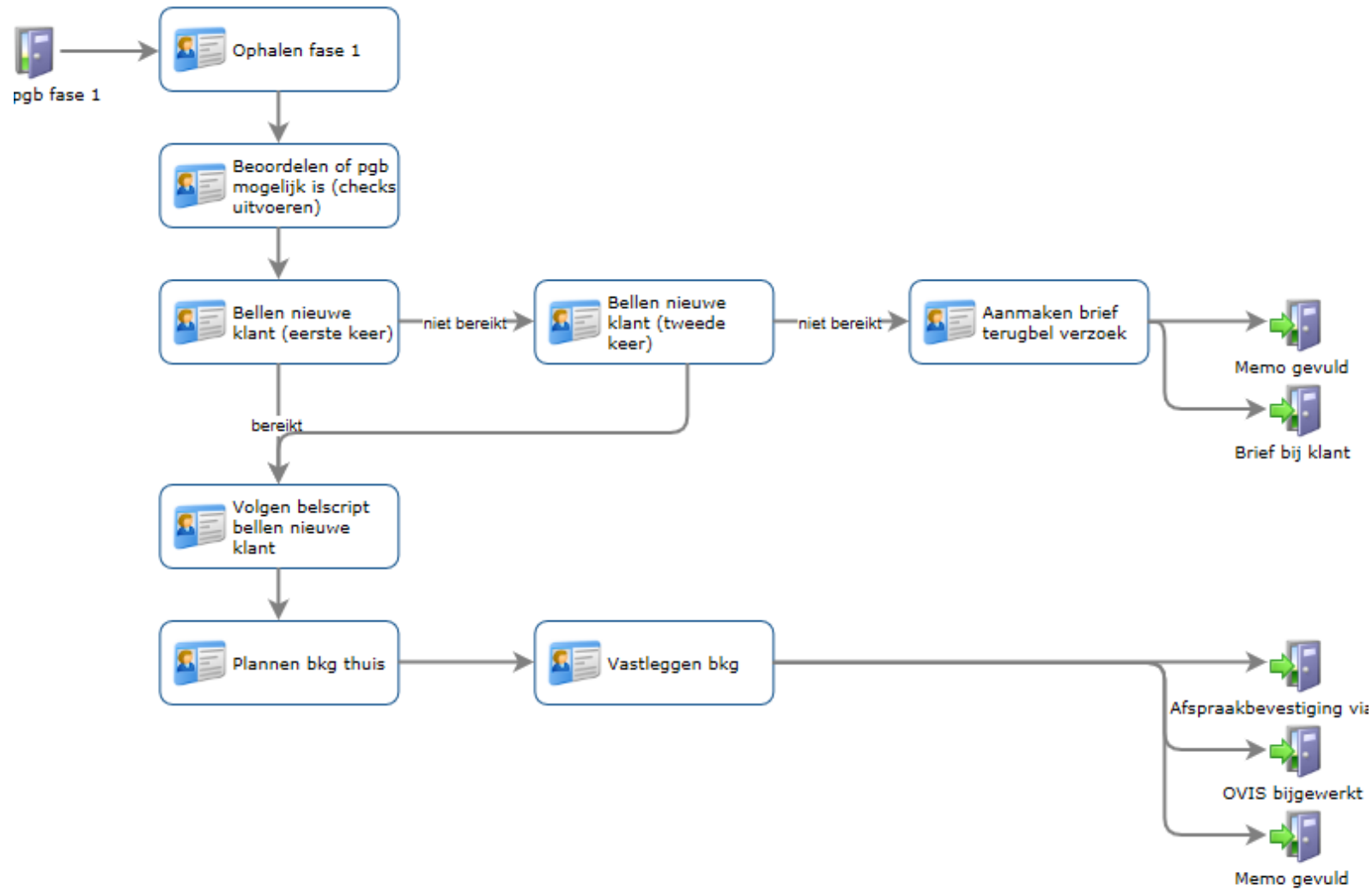
Wat betreft de doorlooptijden zien we dat er geen opmerkelijk verschil is tussen de reguliere werkwijze en de werkwijze Zorg op maat. Bij Menzis werd aangegeven dat het plannen van een BKG thuis meer tijd kost dan een BKG op kantoor en dit mogelijk kan zorgen voor een hogere doorlooptijd.

Wat zijn juridische aandachtspunten en biedt de huidige wet- en regelgeving voldoende ruimte voor deze werkwijze, om lager of hoger toe te kennen dan het maximale budget?

Als we kijken naar de juridisch onderbouwing, lijkt de ruimte er te zijn om de werkwijze van Menzis toe te passen. De kanttekening hierbij is echter dat de Wlz een landelijke wet is die op een uniforme wijze moet worden uitgevoerd. Op het moment dat het proces van Menzis wezenlijk afwijkt van de andere zorgkantoren, kan sprake zijn van rechtsongelijkheid. Op basis van een nadere analyse van een externe jurist is echter geconcludeerd dat dit verschil dusdanig klein is daardoor de kans op rechtsongelijkheid zo minimaal is, dat deze er niet is.



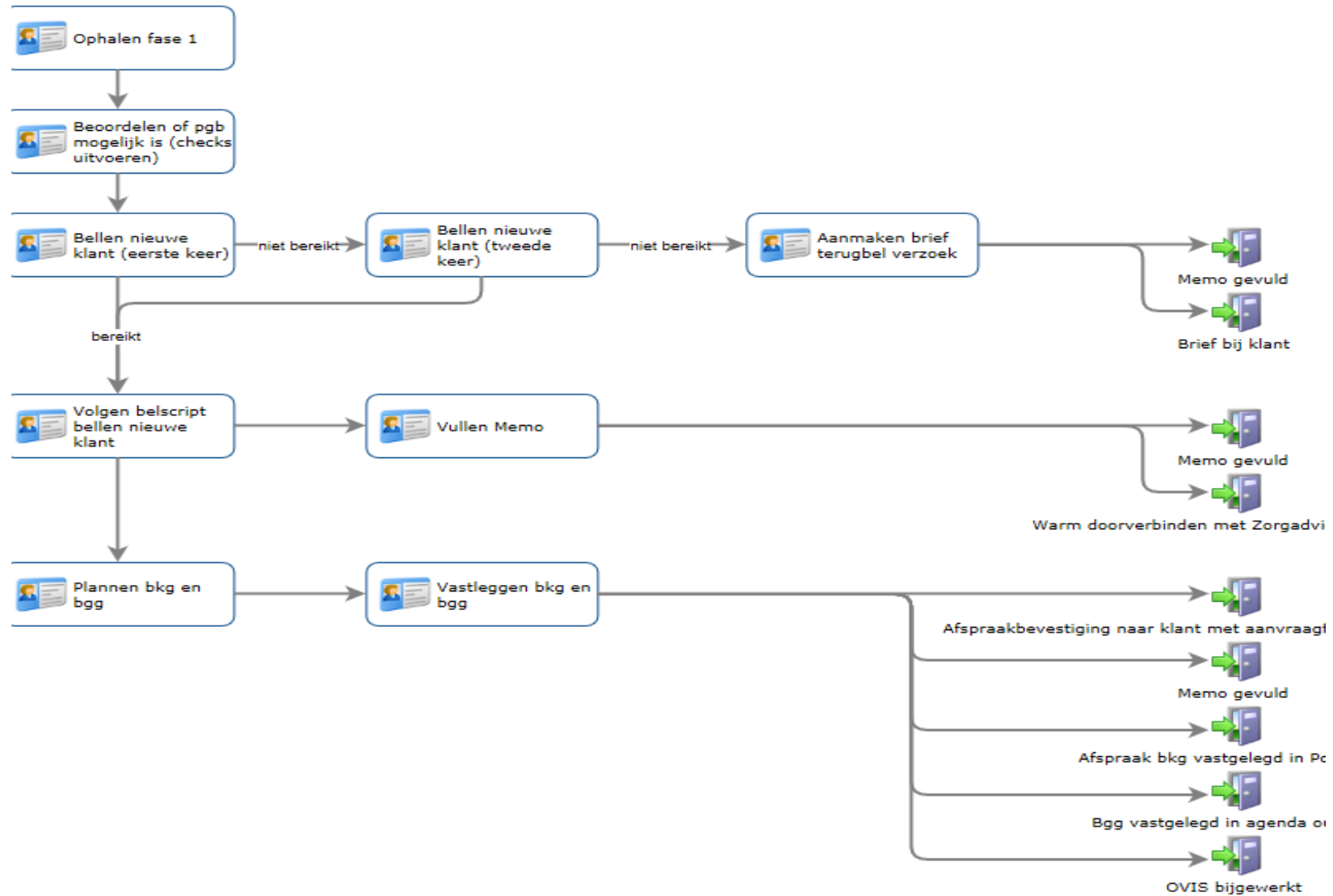
Bijlage 1. Processchema werkwijze Zorg op maat (BKG thuis)



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Bijlage 2. Processchema werkwijze Zorg op maat (BKG kantoor)



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

