

Experimenteren met de hakken in het zand

Rapportage regelingen pgb-ggz van de zorgverzekeraars

PerSaldo



LPGGz

Dit rapport vormt een onderdeel van het project 'Versterking eigen regie via het pgb-ggz in de Zorgverzekeringswet'. Dit is een project van Per Saldo en het Landelijk Platform GGZ en is mogelijk gemaakt door een subsidie van het Fonds Patiënten-, Gehandicapten- en Ouderenorganisaties (PGO) in het kader van het programma ZekereZorg. Het Landelijk Platform heeft de uitvoering van het project uitbesteed aan de Stichting Kwadraad.

Auteurs: Audrey de Vries en Nic Vos de Wael, Kwadraad
September 2008

Voor meer informatie:

Per Saldo
Postbus 19161
3501 DD Utrecht
0900 - 74 24 857
www.pgb.nl

Landelijk Platform GGz
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
030 - 2363765
www.platformggz.nl

Stichting Kwadraad
Postbus 8197
3503 RD Utrecht
030 - 2970876
www.kwadraad.info

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	4
2. Conclusies	6
3. Plussen en minnen	7
Deel 1	8
4. Evaluatie pgb-ggz regelingen van zorgverzekeraars.....	8
4.1 Voorlichting	8
4.2 Verwijzing	9
4.3 Aanvraag	10
4.4 Omvang	11
4.5 Toekenning	12
4.6 Gebruik	14
4.7 Verantwoordingstermijnen en –wijze	15
4.8 Overig	16
5. Pgb ggz-regeling per verzekeraar	17
Deel 2	25
6. De impasse in het experiment pgb-ggz Zvw	25
6.1 Geschiedenis en achtergrond van het experiment.....	25
6.2 Het perspectief van zorgverzekeraars	26
6.3 Het cliëntenperspectief	27
6.4 De impasse	29
6.5 Een nieuwe impuls voor het experiment pgb-ggz.....	29
6.6 Oplossingen buiten kader experiment pgb-ggz	30
6.7 Tot slot	31

1. Inleiding

Bij wet is geregeld dat zorgverzekeraars per 1 januari 2008 de keuze voor een persoonsgebonden budget (pgb) aanbieden voor mensen die geneeskundige zorg nodig hebben ter herstel van een psychiatrische aandoening. Enkele regels daarvoor zijn vastgelegd in de algemene maatregel van bestuur (AMvB) 464 van 25 september 2006. Verder hebben de zorgverzekeraars veel vrijheid hoe zij de pgb-regeling invullen. Het was al mogelijk om een pgb te krijgen voor enkele ggz-zorgfuncties die uit de AWBZ worden betaald. Door deze nieuwe regeling is het nu ook mogelijk om een budget te krijgen voor ggz-zorg die uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) (basisverzekering) betaald wordt. Het hoofddoel van het pgb in de zorgverzekeringswet is dat verzekerden meer regie krijgen over de zorg die zij gebruiken. Een belangrijk ander doel is innovatie van het zorgaanbod en van het zorgverzekeringsaanbod. Vooralsnog betreft deze regeling een experiment voor de duur van twee jaar. Daarna zal op basis van een evaluatie besloten worden of de regeling blijft bestaan. Dit experiment pgb-ggz betreft een uitbreiding van het experiment pgb Zvw dat reeds per 1 januari 2007 is gestart. Sinds die datum kunnen mensen met een visuele handicap een persoonsgebonden budget aanvragen voor hulpmiddelen.

Om zorgverzekeraars te ondersteunen hun pgb-regelingen op een klantgerichte manier in te vullen heeft Per Saldo kwaliteitscriteria vanuit budgethoudersperspectief ontwikkeld. Deze criteria zijn opgesteld door een groep van (ervarings)deskundigen. Per Saldo en het Landelijk Platform GGz (LPGGz) hebben aan de hand van deze kwaliteitscriteria alle pgb-ggz regelingen van zorgverzekeraars beoordeeld. Deze evaluatie wordt beschreven in het eerste deel van het rapport. In deel 1 worden ook per verzekeraar de hoofdpunten van hun reglementen weergegeven, zodat een relatief snelle vergelijking mogelijk is. Voor dit eerste deel van het rapport is gebruik gemaakt van de informatie en pgb-regelingen zoals die begin juni 2008 op de websites van de verschillende zorgverzekeraars stonden, aangevuld met informatie uit gesprekken die Per Saldo en het LPGGz met verzekeraars hebben gevoerd.

Deel 2 bevat een algemene beschouwing over de stand van zaken in het experiment pgb-ggz Zvw. Deze beschouwing is gebaseerd op de bevindingen uit het eerste deel van het rapport en op informatie uit de gesprekken die gevoerd zijn met verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In dit deel is ook gebruik gemaakt van signalen die Per Saldo en het LPGGz hebben gekregen van verzekerden, pgb-steunpunten en steunpunten ggz.

Dit rapport heeft drie doelgroepen:

1. Mensen met psychische of psychiatrische problematiek. Dit rapport informeert hen over de verschillende pgb-regelingen van zorgverzekeraars. Bij welke verzekeraar kan je goed terecht als je een pgb wilt, bij welke minder goed, en waarom?
2. Zorgverzekeraars. Met dit rapport hopen Per Saldo en LPGGz er een bijdrage aan te leveren dat zorgverzekeraars op een goede manier invulling gaan geven aan de pgb-regelingen. Het belangrijkste criterium daarbij is dat de pgb-regeling een volwaardig alternatief is voor zorg in natura. Helaas blijkt uit deze evaluatie dat dit vooralsnog niet het geval is.
3. Ministerie van VWS, de NZa, ZN en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Dit rapport laat een fors aantal knelpunten zien in de uitvoering van het pgb-ggz in de zorgverzekeringwet. De landelijke partijen zijn betrokken bij de evaluatie van dit nieuwe pgb. Dit rapport reikt ingrediënten voor die evaluatie aan en biedt suggesties voor het vlottrekken van het experiment.

Deze rapportage is onderdeel van het project 'Versterking eigen regie via het pgb-ggz in de Zorgverzekeringwet'. Dit project is een project van Per Saldo en het Landelijk Platform GGz. In de feitelijke uitvoering zijn de taken van het LPGGz merendeels overgenomen door medewerkers van de stichting Kwadraad. Het project is mogelijk gemaakt met een subsidie van het Fonds PGO in het kader van het programma ZekereZorg.

Na deze inleiding volgen in hoofdstuk 2 de conclusies en in hoofdstuk 3 worden pluimen uitgedeeld aan verschillende verzekeraars. De evaluatie van de pgb-regelingen wordt beschreven in hoofdstuk 4. De verkorte weergave van de verschillende pgb-regelingen vindt u in hoofdstuk 5.

Deel 2 (hoofdstuk 6) omvat een algemene beschouwing van de stand van zaken in het experiment pgb-ggz Zvw. In dit deel worden ook voorstellen gedaan voor het vervolg van het experiment.

2. Conclusies

Over het algemeen lijken verzekeraars niet erg enthousiast over het experiment pgb-ggz in de zorgverzekeringswet. Dit blijkt onder andere uit de manier waarop invulling is gegeven aan dit experiment. Verzekeraars geven weinig ruimte aan het experiment en bieden niet méér en soms zelfs minder mogelijkheden dan dat zij wettelijk verplicht zijn. De ene regeling komt weliswaar meer tegemoet aan de belangen van de budgethouders dan de andere, maar uiteindelijk verschillen de pgb-regelingen niet veel van elkaar.

In de eerste plaats lijken de verzekeraars het gebruik van het pgb-ggz Zvw te willen ontmoedigen door zo min mogelijk (begrijpelijke) informatie te geven over de regeling. Op de verschillende sites wordt ook nauwelijks melding gemaakt van de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget voor de behandeling van psychische problemen.

De belangrijkste doelstelling van dit experiment is dat cliënten meer keuzevrijheid en meer zelf de regie over hun eigen behandeling krijgen. Per Saldo en LPGA constateren dat met de huidige invulling van de pgb-regelingen deze doelstelling van het experiment niet gehaald zal worden. Het pgb-ggz Zvw is in veel gevallen geen volwaardig alternatief voor verstrekking in natura omdat de hoogte van het budget niet voldoende is. Daarnaast creëren de verzekeraars nog dusdanig veel voorwaarden en beperkingen, dat de budgethouders niet de gewenste mate van keuzevrijheid en regie krijgen.

Deze terughoudendheid bij verzekeraars is gebaseerd op twijfel over de meerwaarde van het pgb-ggz in de zorgverzekeringswet. De opgelegde beperkingen lijken voornamelijk voort te komen uit de overtuiging van verzekeraars dat verzekerden moeilijk zelf kunnen bepalen welke zorg goed voor hen is en wat kwalitatief goede zorg is. Daarnaast bestaat de indruk dat verzekeraars betwijfelen of budgethouders op een verantwoordelijke manier met het geld om kunnen gaan.

Een andere doelstelling van het pgb-experiment is om innovatie te bevorderen. Maar de meeste verzekeraars geven de regeling dusdanig vorm dat die zoveel mogelijk lijkt op een restitutiepolis (geen innovatie in het zorgverzekeringsaanbod) en dat innovatie in het zorgaanbod niet gestimuleerd wordt (het tegendeel lijkt eerder het geval te zijn).

3. Plussen en minnen

De verschillen tussen de polissen zitten in de details, geen enkele verzekeraar heeft het pgb-ggz Zvw werkelijk budgethoudersvriendelijk vormgegeven.

Op onderdelen kunnen Per Saldo en LPGGz pluimen geven:

- Aan Delta Lloyd, DSW, De Friesland, ONVZ en IZA, omdat zij via het pgb-ggz evenveel zorgkosten vergoeden als bij zorg in natura (de werkelijke kosten).
- Aan Salland, Delta Lloyd, DSW, ONVZ, Fortis en Zorg en Zekerheid, omdat zij het pgb-ggz (duidelijk) als voorschot uitbetalen.
- Trias, omdat zij naast de informatie in de polis en het reglement pgb-ggz in begrijpelijke taal apart uitleg geven over de mogelijkheden van het pgb-ggz.
- ONVZ en Delta Lloyd, omdat zij expliciet de mogelijkheid van een start-rgb aanbieden, waarmee de kosten voor intake en diagnostiek betaald kunnen worden.
- Achmea, Azivo, Delta Lloyd, DSW, Fortis, De Friesland, ONVZ, Salland, Univé, IZA, VGZ en Zorg en Zekerheid, omdat zij het pgb-ggz in geld uitbetalen en niet in vouchers of coupons.

Tegenover deze complimenten staat dat een aantal verzekeraars in strijd handelt (of heeft gehandeld) met de uitgangsprincipes van het experiment pgb-ggz Zvw en soms zelfs met wettelijke bepalingen:

- Agis en Trias verstrekken geen pgb-ggz voor zorg van een reeds gecontracteerde aanbieder.
- Agis en Trias keren het pgb-ggz uit aan de zorgaanbieder in plaats van aan de verzekerde.
- CZ en Trias hanteren erg lage percentages om de hoogte van het pgb-ggz te bepalen (resp. 75% en 60% van het tarief voor een gecontracteerde aanbieder).
- Zorg en Zekerheid accepteert bij de aanvraag alleen medische informatie van een door hen gecontracteerde aanbieder.

Bovenstaande informatie is gebaseerd op informatie die verzekeraars in juni 2008 zelf op hun websites gaven.

Deel 1

4. Evaluatie pgb-ggz regelingen van zorgverzekeraars

Per Saldo heeft kwaliteitscriteria opgesteld vanuit budgethoudersperspectief. De pgb-regelingen van verzekeraars zouden hieraan moeten voldoen om klantvriendelijk te zijn. In onderstaande evaluatie worden deze criteria gebruikt om de pgb-regelingen van verzekeraars te toetsen.

In verband met de omvang en leesbaarheid is voor deze evaluatie een selectie gemaakt van de kwaliteitscriteria die het meest relevant zijn voor ggz-cliënten. Voor de evaluatie is gebruikgemaakt van de informatie zoals die begin juni 2008 op de websites van de verschillende zorgverzekeraars beschikbaar was.

4.1 Voorlichting

De informatie over het persoonsgebonden budget is duidelijk, helder en toegankelijk

Begin juni 2008 is op de websites van 17 verzekeraars gezocht naar duidelijke en toegankelijke informatie over het pgb-ggz Zvw. Helaas blijkt over het algemeen de informatie minimaal te zijn. Doorgaans bieden de verzekeraars alleen informatie over het pgb-ggz in hun polisvoorwaarden en/of reglementen pgb-ggz. Op één uitzondering na (Trias geeft een goed leesbare toelichting op het pgb-ggz) zijn er geen aparte folders of brochures beschikbaar waar de regeling voor het pgb-ggz in heldere taal beschreven wordt en waarin duidelijk uitgelegd wordt wat de (on)mogelijkheden zijn van het pgb-ggz en eventuele voor- en nadelen. Dit is een gemiste kans aangezien het experiment maar twee jaar duurt en het dus van belang is dat er in die periode zoveel mogelijk ervaring opgedaan wordt met deze vorm van zorgbesteding.

Sowieso zijn de verschillende sites niet bijzonder helder en overzichtelijk. Het meest opvallend is dat zelfs via de zoekfunctie geen informatie over het pgb-ggz Zvw gevonden wordt. Als al iets gevonden wordt over een pgb, dan gaat het om het pgb voor hulpmiddelen of het pgb voor de AWBZ. Bij één verzekeraar wordt men voor informatie over het persoonsgebonden budget doorverwezen (met een link) naar het zorgkantoor. Op die site wordt inderdaad veel duidelijke en praktische informatie gegeven over het pgb voor de ggz. Het betreft dan echter het pgb vanuit de AWBZ en niet het pgb-ggz voor de zorgverzekeringwet. Voor potentiële budgethouders is dit bijzonder onduidelijk en verwarrend.

Ook het reglement pgb-ggz is niet altijd goed te vinden. Het is handig wanneer deze direct achter de polisvoorwaarden te vinden is, maar in veel gevallen moet het reglement apart gezocht worden. Op enkele sites is het pgb-reglement helemaal niet te vinden en moet deze opgevraagd worden. Voor potentiële budgethouders kan dit een extra drempel zijn om de mogelijkheden voor een pgb-ggz uit te zoeken. Per Saldo en het Landelijk Platform GGz zien graag dat de informatie niet alleen toegankelijk is, maar dat verzekeraars het pgb-ggz Zvw ook actief onder de aandacht brengen, zodat meer cliënten interesse krijgen.

4.2 Verwijzing

De indicatiestelling c.q. verwijzing is objectief, onafhankelijk, transparant en functiegericht.

Bij vrijwel alle verzekeraars is het mogelijk om een pgb-ggz aan te vragen met een verwijzing van een huisarts. Daarnaast is het bij een meerderheid van de verzekeraars ook mogelijk om met een verwijzing van een bedrijfsarts, een medisch specialist of eventueel een jeugdgezondheidsarts een pgb-ggz Zvw aan te vragen.

Eén verzekeraar is minder expliciet, die stelt alleen dat 'de verzekerde aannemelijk heeft gemaakt dat hij behoefte heeft aan desbetreffende zorgvorm'. Een andere verzekeraar is meer beperkend: daar dient de verzekerde medische informatie te overleggen van een door hen gecontracteerde behandelaar. Deze regel gaat in tegen het doel van het pgb-ggz: een grotere keuzevrijheid voor de cliënt - ook in de keuze van een behandelaar - en is daarmee onwenselijk.

Voor de toegankelijkheid van het experiment is het belangrijk dat de voorwaarden waaronder een pgb-ggz aangevraagd kan worden, niet te zwaar zijn. Uit de polissen blijkt echter dat toekomstige budgethouders vrij veel informatie aan moeten leveren. Zo willen de meeste verzekeraars bijvoorbeeld dat een behandelplan opgestuurd wordt. Om de drempel te verlagen is het wenselijk dat het voor verzekerden mogelijk is om een soort 'startbudget' aan te vragen. Dit is een budget waarmee de verzekerde de intake en diagnostiek kan betalen en zo nodig ook het opstellen van een behandelplan. Helaas bieden slechts twee verzekeraars expliciet de mogelijkheid om een pgb aan te vragen ter bekostiging van de intake en/of diagnostiek.

4.3 Aanvraag

De aanvraagprocedure voor een persoonsgebonden budget is eenvoudig, transparant, toegankelijk en zowel schriftelijk als digitaal te doen. De administratieve lasten voor de klant zijn zo laag mogelijk.

Voor het aanvragen van een pgb-ggz moeten verzekerden in het algemeen vrij veel gegevens leveren: naast een verwijsbrief gaat het om de behandelindicatie voor de zorgvorm (eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ), de aard, inhoud en duur van de beoogde zorg, de kwalificatie van de beoogde hulpverlener (al dan niet met zijn AGB-code) en eventueel een DBC-code. Veel verzekeraars vragen expliciet om een behandelplan. Deze hoeveelheid gegevens doet de transparantie en toegankelijkheid van de aanvraagprocedure geen goed.

Enkele verzekeraars hebben een aanvraagformulier voor het pgb-ggz, andere laten het aan de verzekerde over hoe ze de aanvraag indienen. Zij vermelden slechts dat de verzekerde om een pgb-ggz kan verzoeken. Een enkele verzekeraar geeft totaal geen informatie over hoe een pgb-ggz aangevraagd kan worden en welke informatie geleverd moet worden. Dit werpt voor verzekerden een extra drempel op om een pgb aan te vragen.

Voor zover er aanvraagformulieren beschikbaar zijn, zijn deze redelijk standaard van opzet. Dezelfde vragen worden gesteld, het verschil in kwaliteit van de formulieren wordt voornamelijk bepaald door de overzichtelijkheid in de lay-out.

Als vermeld wordt hoe een pgb-ggz aangevraagd kan worden, dan is dit altijd schriftelijk. Aangezien de nodige documenten (verwijzing, rekeningen) nog niet digitaal beschikbaar zijn, zal het voorlopig ook niet mogelijk zijn om telefonisch of digitaal een pgb-ggz aan te vragen. Per Saldo hoopt dat het in de toekomst wel mogelijk zal zijn om het pgb digitaal aan te vragen en te verantwoorden.

4.4 Omvang

Het tarief voor het persoonsgebonden budget stelt de klant in staat zorg, hulp, hulpmiddelen en begeleiding in te kopen op hetzelfde kwaliteitsniveau als in geval van de keuze voor zorg in natura.

Het persoonsgebonden budget is zo opgebouwd dat de klant zorg, hulp, hulpmiddelen of begeleiding van goede kwaliteit kan inkopen.

Het doel van het pgb-ggz is om de keuzevrijheid van cliënten te vergroten en hen meer invloed te geven op de zorg die zij krijgen. Deze keuzevrijheid mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg die men ontvangt. Daarom is het nodig dat het pgb-tarief de cliënt in staat stelt om zorg in te kopen van hetzelfde kwaliteitsniveau als dat men zou krijgen zonder pgb.

In de nota van toelichting op de Zorgverzekeringswet is over pgb-tarieven het volgende vastgelegd:

- bij een naturapolis: het pgb moet gelijk zijn aan het bedrag dat anders vergoed wordt voor een niet-gecontracteerde aanbieder. Kiest de pgb-houder alsnog voor een gecontracteerde zorgaanbieder, dan krijgt hij het resterende bedrag vergoed;
- bij een restitutiepolic: de hoogte van het pgb is gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.

Doorgaans geldt bij een naturapolis dat de verzekeraar zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor 80% vergoedt. Sommige verzekeraars zitten onder dat percentage en in dat geval geldt dus ook een lager pgb-tarief. Ondanks dat in de toelichting op de Zorgverzekeringswet is bepaald dat een budgethouder het resterende bedrag vergoed krijgt wanneer blijkt dat hij naar een gecontracteerde aanbieder is gegaan, vergoeden acht verzekeraars dit resterende bedrag niet. Althans: zij geven dit niet aan in hun voorlichting en reglement pgb-ggz. Afgezien van de vraag of zij hiermee niet onwettelijk handelen, moet geconstateerd worden dat zij een extra barrière opwerpen voor mensen die een pgb zouden overwegen. Drie verzekeraars vergoeden alsnog 100% van de kosten wanneer blijkt dat de budgethouder voor een gecontracteerde aanbieder heeft gekozen. Tot slot blijkt uit de pgb-ggz reglementen dat vijf verzekeraars de omvang van het pgb-ggz baseren op de werkelijke kosten. Zij maken dus geen onderscheid tussen wel of niet gecontracteerde aanbieders.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat in meerdere polissen de informatie over de hoogte van het budget zeer onduidelijk is. Juridisch gezien is de tekst correct, maar voor cliënten is het taalgebruik ingewikkeld. Met name het doorverwijzen naar andere artikelen in de polisvoorwaarden doet de transparantie en helderheid van de informatie geen goed.

4.5 Toekenning

De zorgverzekeraar dient het toegekende budget vooraf te verstrekken, zodat de klant met het budget de zorg, hulp, hulpmiddelen en begeleiding kan kopen die hij of zij nodig heeft.

De zorgverzekeraar keert, bij een terugkerende hulpvraag, het bedrag in termijnen uit. In overleg met de klant wordt afgesproken in welke termijnen het budget wordt uitgekeerd. De zorgverzekeraar keert een persoonsgebonden budget voor een hulpmiddel in één keer uit.

Wat betreft de toekenning/uitbetaling van het persoonsgebonden budget spelen er verschillende issues.

Volgens de AMvB waarin het experiment pgb-ggz geregeld is, is het pgb 'een voorschot op het bedrag aan vergoeding van een prestatie waarop een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering recht heeft'. Het gaat dus duidelijk om een voorschot en moet daarom vóóraf aan de behandeling aan de verzekerde uitbetaald worden. Verantwoording en verrekening volgen achteraf.

Dit betekent bovendien dat het pgb uitbetaald moet worden aan de verzekerde en niet aan de zorgaanbieder, zoals veel verzekeraars gewend zijn te doen. Gezien de doelstelling van het pgb-ggz is het ook voor de hand liggend dat de cliënt zelf controle krijgt over het geld waarvan zijn zorgkosten betaald worden.

De NZa heeft in februari 2008 een groot aantal verzekeraars erop geattendeerd dat hun pgb-ggz regelingen op dit punt in strijd waren met de wettelijke bepalingen. Deze verzekeraars stelden in hun reglement dat zij het pgb achteraf uitkeerden en/of dat zij het pgb direct aan de zorgaanbieder en niet aan de verzekerde uitkeerden. In de gesprekken die Per Saldo en LPGGz in de periode april tot en met augustus 2008 met verzekeraars hebben gevoerd, meldden de betreffende verzekeraars hun polis op dit punt inmiddels te hebben aangepast.

Begin juni 2008 zijn van 17 verzekeraars de polissen en reglementen pgb-ggz Zvw verzameld. Op dat moment hadden drie verzekeraars nog de bepaling in hun polis opgenomen dat het pgb-ggz wordt uitbetaald aan de zorgaanbieder. Een maand later bleek één van hen zijn reglement pgb-ggz in de tussentijd aangepast te hebben. De andere twee polissen waren nog altijd in strijd met de wettelijke regeling.

Vijf verzekeraars gaven in juni 2008 volgens informatie op hun eigen website geen voorschot (waaronder de twee die rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen). De andere drie verzekeraars zijn onderdeel van een (gefuseerde) verzekeringscombinatie. Zij betalen het pgb-ggz rechtstreeks uit aan de verzekerde, maar doen dit achteraf op

basis van de ontvangen nota's. Feitelijk is dan sprake van een restitutiepolis en niet van een pgb. Het is – zoals gezegd – ook in strijd met de wettelijke regeling.

In de polissen van de laatste zes verzekeraars is het onduidelijk of zij een voorschot verstrekken of dat cliënten de rekeningen kunnen declareren, dit wordt niet expliciet vermeld. In de eerste plaats wil Per Saldo deze verzekeraars adviseren hun informatievoorziening te verbeteren en hun cliënten te voorzien van heldere informatie. Bij twee van deze verzekeraars wekt de polis wel de indruk dat zij een voorschot verstrekken, maar dat is niet duidelijk.

Al met al constateren Per Saldo en LPGGz dat een aantal verzekeraars, nadat zij hun reglementen op orde hadden gebracht, hun verzekerden wettelijk onjuiste informatie zijn blijven verstrekken. Dit is natuurlijk onacceptabel.

Van de 17 verzekeraars betalen 8 het persoonsgebonden budget uit via een voorschot. Van hen houdt een enkeling zich het recht voor om vouchers of coupons te verstrekken in plaats van geld. Per Saldo is geen voorstander van het verstrekken van vouchers. Vouchers zijn om te beginnen fraudegevoeliger dan geld (mogelijkheden tot kopiëren of misbruik door een ander dan de verzekerde). Maar ook is er de zorg dat budgethouders problemen krijgen bij het verzilveren van vouchers. Bovendien zorgen vouchers voor extra administratieve lasten. Minimale voorwaarde is dat vouchers in geen geval de bestedingsvrijheid van de verzekerde mogen beperken. Daarom moeten deze beschikbaar zijn in kleine coupures en door alle zorgaanbieders geaccepteerd te worden. Verder verstrekken twee van de verzekeraars het pgb-ggz weliswaar in de vorm van een voorschot, maar helaas doen zij dat in evenveel termijnen als waarin de zorgaanbieder de zorg in rekening brengt. Veel bestedingsvrijheid zit daar niet in.

Meerdere verzekeraars behouden zich het recht voor om het pgb-ggz in termijnen uit te betalen. Enerzijds omdat men bang is dat de verzekerde aan het eind van het jaar (wellicht dus ergens middenin de pgb-termijn) overstapt naar een andere verzekeraar. Anderzijds omdat de gedachte leeft dat budgethouders niet in staat zouden zijn om het pgb op verantwoorde wijze uit te geven. Bij kortere termijnen zal eerder blijken of er sprake is van wanbeheer. In verband met de keuzevrijheid en het beperken van de administratieve lasten, pleit Per Saldo ervoor dat zo min mogelijk termijnen vastgesteld worden.

4.6 Gebruik

De budgethouder heeft bestedingsvrijheid bij het inkopen van zorg, hulp en begeleiding. De klant kiest daarbij zelf zijn zorgverlener of begeleider uit. Hij is vrij om de hulp in te kopen bij een instelling of een natuurlijke persoon.

De budgethouder is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, hulp of begeleiding die hij inkoop met een PGB.

Dat het belangrijk is dat cliënten kwalitatief goede zorg ontvangen, zal niemand ter discussie stellen. Maar 'kwaliteit' is geen eenduidig begrip en de vraag is wie het beste in staat is om te bepalen of bepaalde zorg van goede kwaliteit is. Enerzijds hebben verzekeraars de plicht om kwalitatief goede zorg in te kopen voor hun verzekerden. Daarbij baseren zij zich op professionele normen, gebruikte protocollen, certificaten enzovoort. Anderzijds zijn het de cliënten die de resultaten van de behandeling ervaren, dus uiteindelijk kunnen zij het beste bepalen welke zorg hen het beste helpt. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg komt het perspectief van de verzekeraar niet altijd overeen met het kwaliteitsoordeel van cliënten. Veel cliënten, vooral zij die chronisch last hebben van psychische problemen, vinden bovendien het reguliere zorgaanbod te beperkt. Terwijl juist zij in de loop van de jaren veel ervaringskennis hebben opgebouwd en goed in kunnen schatten welke hulp zij in specifieke situaties nodig hebben. Er is soms behoefte aan zorg die buiten het standaardpakket valt, maar op dit moment zijn de mogelijkheden om die zorg in te kopen beperkt. Verzekeraars stellen dat de verzekerde met een pgb kwalitatief verantwoorde zorg in moet kopen. Maar het zijn de verzekeraars die bepalen wat 'kwalitatief verantwoorde zorg' is, want cliënten moeten zich wenden 'tot een zorgverlener die bevoegd is tot het verlenen van zorg'. Dit houdt in dat cliënten alleen naar hulpverleners mogen gaan die BIG-geregistreerd zijn.

Per Saldo en LPGGz pleiten ervoor dat verzekeraars voor cliënten belangrijke GGZ-interventies, zoals cliëntgestuurde zorg en zelfhulp, in de toekomst gaan vergoeden. Deze vormen van zorg worden over het algemeen niet aangeboden door BIG-geregistreerde hulpverleners, maar dit neemt niet weg dat veel cliënten er baat bij hebben. Per Saldo en LPGGz zien dan ook graag dat verzekeraars de mogelijkheid bieden om deze zorg met een pgb-ggz in te kopen. Het experiment pgb-ggz biedt een bijzonder goede gelegenheid om hier ervaring mee op te doen. Dit pgb is immers ook bedoeld om meer vraagsturing –en daarmee innovatie- in het zorgaanbod mogelijk te maken. Bij de evaluatie van het pgb-ggz kan dan blijken of cliënten daadwerkelijk verantwoorde keuzes maken bij het inkopen van zorg en behandeling.

In deel 2 van dit rapport wordt uitvoeriger ingegaan op de mogelijkheden om het experiment pgb-ggz beter te benutten voor vergroting van keuzevrijheid en zorginnovatie.

Een andere bepaling die veel verzekeraars oorspronkelijk hadden opgenomen in hun polis, is dat verzekerden geen pgb-ggz kunnen krijgen voor zorg die geleverd wordt door een aanbieder die al een contract heeft met de betreffende verzekeraar. Het idee was dat verzekerden in dat geval beter een 'gewone' restitutiepolis kunnen nemen omdat dan alle kosten vergoed worden, terwijl bij gebruik van een pgb-ggz meestal slechts een percentage vergoed wordt. De NZa heeft de verzekeraars in februari 2008 echter laten weten dat deze bepaling onrechtmatig is. Budgethouders hebben recht op keuzevrijheid, inclusief het recht om met hun pgb toch zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder in te kopen.

Begin juni 2008 hadden vier verzekeraars volgens het pgb-ggz reglement op hun website nog steeds de voorwaarde dat een pgb-ggz niet mogelijk is voor zorg van een al door hen gecontracteerde aanbieder. Ook hier geldt dat deze verzekeraars onwettelijk handelen dan wel in hun voorlichting informatie verschaffen die wettelijk onjuist is. In juli 2008 bleek dat twee van de vier verzekeraars in de tussentijd hun pgb-ggz reglement op dit punt aangepast hadden.

4.7 Verantwoordingstermijnen en –wijze

De zorgverzekeraar legt zo min mogelijk verantwoordingstermijnen vast. De verzekeraar verstrekt eenvoudige, bruikbare formulieren om te verantwoorden. Daarnaast biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om digitaal te verantwoorden.

Niet alle verzekeraars hebben regels opgesteld voor de verantwoording van uitgaven door de budgethouder. Het is dus niet duidelijk welk beleid deze verzekeraars op dit punt voeren.

Geen enkele verzekeraar maakt melding van de mogelijkheid om digitaal te verantwoorden. Dit is ook niet waarschijnlijk, omdat voor de verantwoording sowieso de originele nota's opgestuurd moeten worden.

Sommige verzekeraars voorzien in een verantwoordingsformulier. Zo'n formulier maakt het voor potentiële budgethouders eenvoudiger om een pgb te verantwoorden, omdat het duidelijk is welke informatie de verzekeraar nodig heeft.

Voor zover verzekeraars wel bepalingen opgenomen hebben over de verantwoording, zijn de regels verschillend. Enkele geven aan dat op de toekenning een datum vermeld staat

waarop de verzekerde uiterlijk verantwoording afgelegd moet hebben. Andere verwachten dat de verzekerde binnen vier weken na afloop van de voorschotperiode verantwoording aflegt.

De meeste verzekeraars houden zich het recht voor om het pgb-ggz in termijnen uit te betalen. Wanneer de verzekeraar het pgb-ggz in termijnen uitbetaalt, verwacht men dat de verzekerde tussentijds verantwoording aflegt. Hoe vaker de budgethouder zich moet verantwoorden, hoe groter de administratieve last voor hem of haar wordt. Om die reden geeft Per Saldo er de voorkeur aan dat het pgb-ggz niet in termijnen of in zo weinig mogelijk termijnen uitbetaald wordt.

4.8 Overig

Terminologie

Tot slot een opmerking over terminologie die verwarrend kan zijn. In de AMvB wordt gesproken over de mogelijkheid van een pgb voor 'geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening...'. Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars spreken in hun polis en/of pgb-reglement ook over het herstel van een psychiatrische aandoening, maar de andere helft heeft het over het herstel van psychische aandoeningen.

Hoewel deze termen in het dagelijks taalgebruik door elkaar gebruikt worden, is er wel degelijk een verschil tussen psychische en psychiatrische problemen. Dit kan voor verzekerden verwarrend zijn en de indruk wekken dat voor hun problemen geen pgb-ggz mogelijk is.

Ons voorstel is dan ook dat heldere en eenduidige taal gebruikt wordt. Bij voorkeur wordt gesproken over de mogelijkheid van een pgb voor 'geneeskundige zorg die gericht is op het herstel van psychische problemen of een psychiatrische aandoening'.

5. Pgb ggz-regeling per verzekeraar

Hieronder wordt per verzekeraar de pgb-regeling kort samengevat. Genoemd worden de punten die voor cliënten het meest relevant zijn en die in de voorgaande evaluatie al aan de orde zijn geweest.

Wanneer bij een onderwerp niets is ingevuld, dan betekent dat dat een verzekeraar over dat punt geen informatie heeft opgenomen in het pgb-reglement.

Onderstaande informatie is gebaseerd op de pgb-ggz reglementen, zoals die in juni 2008 op de websites van de zorgverzekeraars gepubliceerd stonden.

Agis

Voorlichting	Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz
Verwijzing	Verwijzing door huisarts of bedrijfsarts
Aanvraag	Behandelplan van de beoogde zorgaanbieder
Omvang PGB	De hoogte van het pgb wordt bepaald op basis van de werkelijke kosten. Het uit te keren percentage van de kosten bedraagt 90% als de verzekerde, volgens zijn verzekering, de zorg moet vragen van een door Agis gecontracteerde of in dienst genomen zorgaanbieder. In andere gevallen: 100% van de vastgestelde kosten, verminderd met een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg.
Uitbetaling	Uitkering van het pgb gebeurt door betaling van de kosten aan zorgaanbieder.
Gebruik PGB	Men krijgt geen pgb voor zorg van een reeds gecontracteerde aanbieder.
Verantwoording	--

Achmea

Voorlichting	Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz
Verwijzing	Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts
Aanvraag	Behandelplan van de beoogde zorgaanbieder
Omvang PGB	De hoogte van het pgb is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde aanbieder. Deze vergoeding is bij een combinatiepolis maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Bij een restitutiepolis bedraagt de vergoeding maximaal het marktconforme bedrag.
Uitbetaling	Het pgb wordt uitgekeerd aan de verzekerde. Het pgb wordt in evenveel termijnen uitgekeerd als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht door de zorgaanbieder.

Gebruik PGB	Verzekerde krijgt geen pgb voor zorg van een aanbieder die al gecontracteerd is door Achmea.
Verantwoording	--

Azivo

Voorlichting	Voornamelijk informatie in polisvoorwaarden GGZ
Verwijzing	Verwijzing van huisarts of psychiater
Aanvraag	Behandelplan van de beoogde zorgaanbieder
Omvang PGB	Het pgb bedraagt 100% van de kosten als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde aanbieder. Wanneer de verzekerde naar een niet door Azivo gecontracteerde/in dienst genomen aanbieder gaat, is het uit te keren bedrag 80% van de kosten.
Uitbetaling	Het is niet duidelijk of dit vooraf of achteraf gebeurt. Ook is niet duidelijk of aan de verzekerde betaald wordt of aan de zorgaanbieder.
Gebruik PGB	--
Verantwoording	Na afloop van het pgb. De verzekerde moet ervoor te zorgen dat declaratie van de zorgverlener gespecificeerd is naar: aard van de behandeling, datum behandeling, duur van de behandeling, gedeclareerde bedrag, het uurtarief, het sofi-nummer en de naam en het adres van de zorgverlener.

CZ/OZ

Voorlichting	Alleen informatie in polisvoorwaarden en (in zeer beknopt) reglement pgb-ggz
Verwijzing	Pgb is mogelijk als verzekerde aannemelijk heeft gemaakt dat hij behoefte heeft aan de betreffende zorg.
Aanvraag	--
Omvang PGB	De hoogte van het pgb is 75% van de vergoeding voor een gecontracteerde aanbieder.
Uitbetaling	Het pgb wordt verstrekt in door de verzekeraar te bepalen termijnen. De zorgverzekeraar houdt zich het recht voor om coupons te verstrekken in plaats van geld.
Gebruik PGB	De verzekerde moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en moet zich daartoe wenden tot een bevoegde zorgverlener of instelling.

Verantwoording De verzekerde moet binnen 4 weken na het einde van een termijn verantwoording afleggen over de verrichte betalingen

Delta Lloyd

Voorlichting Alleen (redelijke uitgebreide) informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz

Verwijzing Op basis van een verwijfsbrief van een huisarts én een behandelplan van de zorgverlener die de behandeling uit gaat voeren.

Aanvraag --

Omvang PGB De hoogte van het bedrag is gelijk aan de vergoeding voor GGZ zonder gebruikmaking van een pgb. Dit houdt in dat het bedrag voor het pgb gelijk is aan de kosten van de geestelijke gezondheidszorg tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag.

Uitbetaling Het pgb wordt verstrekt in de vorm van een voorschot.

Gebruik PGB De verzekerde moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en moet zich daartoe wenden tot een bevoegde zorgverlener of instelling.

Verantwoording Bij toekenning van het pgb vermeldt Delta Lloyd een einddatum waarop de kosten uiterlijk verantwoord moeten zijn. Als het budget in termijnen wordt toegekend, kan tussentijds een verantwoording worden gevraagd.

DSW

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz

Verwijzing Verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of specialist.

Aanvraag Op basis van behandelplan van beoogde zorgaanbieder

Omvang PGB De hoogte wordt bepaald op basis van de werkelijke kosten.

Uitbetaling De verzekerde ontvangt een voorschot.

Verantwoording De frequentie waarmee de verzekerde verantwoording moet afleggen wordt individueel bepaald en zal in de toekenningsbeschikking worden vastgelegd.

Fortis

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz

Verwijzing Verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of specialist.

Aanvraag Op basis van behandelplan van beoogde zorgaanbieder

Omvang PGB	De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wanneer uit de originele rekening blijkt dat de verzekerde naar een gecontracteerde aanbieder is gegaan, dan heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten die het voorschot te boven gaan.
Uitbetaling	Het pgb wordt verstrekt in de vorm van een voorschot.
Gebruik PGB	--
Verantwoording	--

De Friesland

Voorlichting	Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz
Verwijzing	Verwijzing door huisarts
Aanvraag	Op basis van behandelplan van beoogde zorgaanbieder
Omvang PGB	De hoogte van het pgb wordt bepaald op basis van de werkelijke kosten.
Uitbetaling	Het pgb wordt verstrekt in de vorm van een voorschot, in zoveel termijnen als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht.
Gebruik PGB	--
Verantwoording	Verrekening van de uitbetaalde voorschotten met het verschuldigde bedrag vindt plaats na ontvangst van de originele nota.

Menzis

Voorlichting	Alleen informatie in polisvoorwaarden (reglement pgb-ggz is niet te vinden op de site)
Verwijzing	Schriftelijke verwijzing door huisarts of specialist
Aanvraag	Met een aanvraagformulier en daarbij de verwijzing en een behandelplan van de beoogde zorgaanbieder.
Omvang PGB	De hoogte van het pgb is 80% van de werkelijke kosten van de zorg waarvoor het is toegekend.
Uitbetaling	Bij een pgb krijgt de verzekerde een budget toegekend waarvoor hij zelf diagnostiek en behandeling kan inkopen. Dat kan een bedrag in geld zijn, maar het pgb kan ook in de vorm van vouchers worden verstrekt.
Gebruik PGB	Het pgb hoeft niet besteed te worden bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

Verantwoording De verzekerde moet bewijzen dat hij het pgb heeft besteed aan de zorg waarvoor hij het pgb heeft gekregen door aan Menzis de originele nota's van de zorgaanbieder(s) te overleggen. Uit de nota's moet blijken dat de verzekerde ze heeft betaald.

N.B. Het is onduidelijk hoe Menzis dit ziet. Over het algemeen blijkt uit een nota immers niet of die betaald is of niet.

Als Menzis besluit het pgb in gedeelten uit te keren, moet de verzekerde tussentijds een verantwoording over de uitgaven doen.

ONVZ

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz

Verwijzing Verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, specialist of jeugdarts.

Aanvraag Met motivatie van zorgverlener: indicatie, aard, inhoud en duur van beoogde zorg, kwalificatie van beoogde zorgverlener, eventuele DBC

Omvang PGB De hoogte van het pgb is gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn.

Uitbetaling Het budget wordt verstrekt in de vorm van een voorschot. Als het pgb wordt verstrekt voor zorg die pas later geboden zal worden, dan kan de zorgverzekeraar bepalen dat het toegekende budget in termijnen wordt uitgekeerd.

Gebruik PGB De verzekerde moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en moet daarom naar een bevoegde zorgverlener gaan.

Verantwoording De verzekerde is verplicht uiterlijk op de op de toekenning vermelde datum aan de zorgverzekeraar verantwoording af te leggen over de betalingen die hij heeft gedaan.

Wanneer het budget in termijnen wordt uitgekeerd, moet tussentijds verantwoording worden afgelegd over de besteding van het budget.

De verzekerde moet ervoor te zorgen dat de declaratie van de zorgverlener gespecificeerd is.

PNO ziektekosten

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden en reglement pgb-ggz

Verwijzing Verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of specialist.

Aanvraag Op basis van behandelplan van beoogde zorgaanbieder

Omvang PGB De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wanneer uit de overlegde

originele rekening blijkt dat de verzekerde naar een gecontracteerde aanbieder is gegaan, dan heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten die het voorschot te boven gaan.

Uitbetaling

De zorgverzekeraar voldoet het (voorschot op het) budget in redelijke door hem te bepalen termijnen. De zorgverzekeraar houdt zich het recht voor om coupons te verstrekken in plaats van geld.

Gebruik PGB

De verzekerde moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en moet zich daartoe wenden tot een bevoegde zorgverlener of instelling.

Verantwoording

De verzekerde moet op eigen initiatief binnen vier weken na het einde van een voorschotperiode aan de zorgverzekeraar de verrichte betalingen verantwoorden d.m.v. het overleggen van de originele (gespecificeerde) nota.

Salland

Voorlichting

Alleen informatie in polisvoorwaarden (reglement pgb-ggz is niet te vinden op de site)

Verwijzing

Verwijzing door huisarts, jeugdarts of specialist.

Aanvraag

Schriftelijk, met een verwijzing van een zorgaanbieder waaruit de objectieve behoefte aan zorg blijkt.

Omvang PGB

De hoogte van het pgb is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde aanbieder.

Uitbetaling

Het budget wordt verstrekt in de vorm van een voorschot dat in één keer uitbetaald wordt. Er geldt een voorschotperiode van 6 maanden.

Gebruik PGB

--

Verantwoording

De verzekerde moet binnen vier weken na afloop van een voorschotperiode verantwoording afleggen, door het indienen van een ingevuld verantwoordingsformulier en de nota's.

N.B.

Salland bepaalt dat zij het pgb kunnen weigeren bij ernstig vermoeden dat het pgb niet gebruikt gaat worden voor de aangevraagde zorg of als de verzekerde zich bij een eerder verleend pgb niet heeft gehouden aan de verplichtingen die daar bij horen.

UVIT (Univé, Trias, Iza Vgz)

Deze vier verzekeraars hebben in hun pgb-ggz reglement een bepaling opgenomen dat het de doelstelling van het pgb-ggz Zvw is om de verzekerde maximale inbreng en verantwoordelijkheid te geven bij de zorgverlening die voor hem nodig is.

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden (reglement pgb-ggz is niet te vinden op de site)

Trias: Vooraf aan het reglement pgb-ggz geeft Trias in begrijpelijke taal een toelichting op het pgb-ggz

Univé: 'PGB-set' met informatiebrief, het reglement pgb-ggz en een aanvraagformulier. Helaas is het erratum hierin niet opgenomen.

Verwijzing Verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of specialist.

Aanvraag Aanvraagformulier pgb samen met verwijsbrief

Omvang

IZA: De werkelijke kosten

Trias/VGZ/Univé: De hoogte van het pgb is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Uitbetaling

IZA/VGZ/Univé: De kosten van zorg worden uitbetaald aan de verzekerde, in evenveel termijnen als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht.

Trias: Uitkering van het pgb-ggz vindt niet plaats door een betaling aan de verzekerde, maar door betaling van de kosten van zorg aan de zorgaanbieder

Gebruik PGB

Trias: Als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee Trias een overeenkomst heeft gesloten, dan is een aanvraag voor een pgb-ggz niet aan de orde.

Verantwoording --

Zorg en Zekerheid

Voorlichting Alleen informatie in polisvoorwaarden (reglement pgb-ggz is niet te vinden op de site)

Verwijzing De verzekerde heeft aanspraak op een pgb indien hij aannemelijk heeft gemaakt, door overlegging van medische informatie van een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde behandelaar, dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm.

Aanvraag --

Omvang PGB De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wanneer uit de originele rekening blijkt dat de verzekerde naar een gecontracteerde aanbieder is gegaan, dan heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten die het voorschot te boven gaan.

Uitbetaling	Het pgb wordt verstrekt in de vorm van een door Zorg en Zekerheid te bepalen voorschot.
Gebruik PGB	--
Verantwoording	--

Deel 2

6. De impasse in het experiment pgb-ggz Zvw

Het experiment pgb-ggz in de zorgverzekeringswet biedt in principe een belangrijke mogelijkheid om keuzevrijheid, eigen regie en zorginnovatie binnen de geneeskundige ggz te bevorderen. De praktijk is echter dat het experiment in een impasse verkeert. Zorgverzekeraars zien de meerwaarde van dit pgb niet en tonen geen enkele ambitie om het experiment te laten slagen; ze experimenteren met de hakken in het zand. Zorggebruikers maken slechts zeer mondjesmaat gebruik van de nieuwe pgb-mogelijkheid, deels omdat ze nog slecht geïnformeerd zijn, deels omdat de pgb-regelingen die verzekeraars hanteren hun weinig perspectief bieden op echt meer keuzevrijheid of eigen regie.

In dit deel van de rapportage maken Per Saldo en LPGGz een analyse van de ontstane impasse en doen we voorstellen om die te doorbreken.

6.1 Geschiedenis en achtergrond van het experiment

Het experiment pgb-ggz in de zorgverzekeringswet is gelijktijdig ingegaan met de overheveling van de geneeskundige ggz naar de zorgverzekeringswet(Zvw) per 1 januari 2008. Het besluit om het experiment in te voeren viel op een moment (medio 2006) dat de activerende begeleiding nog in zijn geheel op de nominatie stond om mee overgeheveld te worden van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Daarmee zou ook een aanzienlijke groep cliënten met een pgb voor activerende begeleiding overgaan naar de Zvw. Pas in november 2007, kort voor de overheveling, is – mede onder druk van Per Saldo en andere cliëntenorganisaties – de overheveling beperkt tot geneeskundige behandeling en een klein deel van de activerende begeleiding, namelijk de op genezing gerichte begeleiding die in combinatie met behandeling wordt aangeboden. Deze laatste wijziging heeft tot gevolg gehad dat slechts een zeer gering aantal budgethouders de overstap van AWBZ naar de Zvw hoefden te maken. Het experiment pgb-ggz in de Zvw heeft nu vooral betrekking op behandeling en betreft dus een vorm van zorg waarvoor in het verleden nog geen pgb bestond. We spreken over een nieuw pgb voor een nieuwe doelgroep. Het experiment kan met recht een experiment genoemd worden en het is een uitdaging voor zowel zorgverzekeraars als cliënten(organisaties) om daar vorm aan te geven.

Per Saldo en het LPGGz zijn warme voorstanders van een pgb in de Zvw. Het is echter niet zo dat zij om dít experiment in déze vorm gevraagd hebben. Juist omdat het om een nieuwe vorm van persoonsgebonden financiering gaat, hebben zij van meet af aan

vraagtekens gezet bij de grootschalige opzet van het experiment. Een kleinschalig experiment in de vorm van een pilot had meer voor de hand gelegen.

De vraag op welke wijze de mogelijkheden, kansen en risico's van een pgb voor ggz-behandeling het best onderzocht kunnen worden, is nog steeds actueel.

6.2 Het perspectief van zorgverzekeraars

Hoewel zorgverzekeraars in principe een grote mate van vrijheid hebben om het pgb-ggz-experiment naar eigen inzicht in te vullen, onderscheiden zij zich hierin nauwelijks van elkaar. Uit de gesprekken die Per Saldo en LPGGz met zorgverzekeraars gevoerd hebben, blijkt dat zij collectief de meerwaarde van dit pgb betwisten en dat zij geen enkele ambitie tonen om van dit experiment een succes te maken. De wijze waarop verzekeraars hun polissen en pgb-reglementen hebben ingevuld, bevestigt deze conclusie. Het wordt op geen enkele wijze aantrekkelijk gemaakt om voor de pgb-optie te kiezen.

Op de vraag waar hun weerstand zit tegen het pgb-experiment geven zorgverzekeraars verschillende antwoorden:

- Het is geen weerstand, maar we hebben het zo druk met de overheveling zelf dat we nauwelijks tijd hebben om hier beleid op te maken.
- We hebben geen idee wat ons te wachten staat; gezien de explosieve groei van het pgb in de AWBZ zijn we terughoudend.
- Onze restitutiepolis biedt al volledige keuzevrijheid; het pgb biedt niets extra's, behalve een hoop rompslomp.
- Wij willen kwaliteit waarborgen, zijn daartoe ook wettelijk verplicht. Extra keuzevrijheid zou inhouden dat een cliënt ook een charlatan als behandelaar kan kiezen. Daar kunnen en willen wij de verantwoordelijkheid niet voor dragen. (Veel verzekeraars koppelen het kwaliteitscriterium aan de vraag of de behandelaar wel of niet BIG-geregistreerd is).
- Wij willen alleen evidence based interventies vergoeden. Klanten mogen soms een voorkeur hebben voor een andere vorm van zorg, maar de meest prettige zorg is nu eenmaal niet altijd de meest effectieve zorg.
- Behandeling (Zvw) leent zich in tegenstelling tot begeleiding (AWBZ) niet voor persoonsgebonden financiering. Behandeling vergt een veel specifiekere deskundigheid en de cliënt zelf kan over de kwaliteit daarvan minder goed oordelen.
- De DBC-systematiek (prijsbepaling achteraf) verhoudt zich slecht met de pgb-systematiek (bevoorschotting).
- De suggestie kan ontstaan dat mensen zonder aanvullende verzekering via een pgb toch zorg kunnen inkopen die onder het aanvullend pakket valt; dat zou niet eerlijk zijn, want zij betalen niet voor dat aanvullende pakket.

De bezwaren van de zorgverzekeraars zijn deels technisch van aard; dit geldt bijvoorbeeld voor het werken met pgb's binnen de DBC-systematiek. Diverse verzekeraars geven aan dat deze problemen met enige creativiteit goed zijn op te lossen. Het grootste en meest principiële bezwaar zit hem in de extra keuzevrijheid die het pgb zou moeten bieden. Zorgverzekeraars willen niet verder gaan dan de keuzevrijheid die een restitutiepolis biedt en hun argument is dat zij anders de kwaliteit onvoldoende kunnen waarborgen. Het criterium waaraan zij de kwaliteit doorgaans afmeten is de vraag of de behandelaar wel of niet BIG-geregistreerd is. Dit criterium is opvallend, aangezien het in de reguliere zorg heel gebruikelijk is dat hulpverleners niet BIG-geregistreerd zijn; de eindverantwoordelijkheid ligt dan wel bij een BIG-geregistreerde behandelaar, maar die bevindt zich vaak op grote afstand van de feitelijke uitvoeringspraktijk.

Wanneer zorgverzekeraars los van het pgb-experiment spreken over meer keuzevrijheid, meer eigen regie of zorginnovatie toont een aantal van hen wel degelijk warme belangstelling. Veel zorgverzekeraars willen zeker hierin investeren en willen op dit gebied ook graag samenwerken met organisaties van cliënten en direct betrokkenen. Zij zien het pgb-experiment echter niet als het juiste instrument om de genoemde doelen te bereiken.

6.3 Het cliëntenperspectief

Er zijn nog weinig mensen die gebruikmaken van het pgb-ggz in de Zorgverzekeringswet. Veel cliënten zijn nog niet geïnformeerd over de mogelijkheid, maar ook onder mensen die wel geïnformeerd zijn is de animo beperkt. Uit de voorlichting die Per Saldo en LPGGz hebben gegeven aan leden van Per Saldo (vaak budgethouders AWBZ), aan steunpunten GGz en aan cliënten- en familieorganisaties, blijkt dat men het pgb pas als volwaardig alternatief ziet, wanneer:

- er werkelijk sprake is van een grotere keuzevrijheid (bestedingsvrijheid)
- er echt eigen regie mogelijk is (inclusief eigen beheer)
- het pgb-ggz financieel een volwaardig alternatief is
- randvoorwaarden goed geregeld zijn (met name beperking van administratieve lasten).

In de praktijk doet zich een aantal knelpunten voor.

De voorlichting over het pgb-ggz Zvw is minimaal. In deel 1 van deze rapportage is al geconstateerd dat zorgverzekeraars het pgb bij hun verzekerden niet actief en als een volwaardig of zelfs aantrekkelijk alternatief voorleggen. De informatie is minimaal, daarnaast soms onjuist of onduidelijk. Tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten van Per Saldo en LPGGz is gebleken dat verschillende mensen die geïnteresseerd waren in een

pgb voor ggz-behandeling door de klantenservice van de verzekeraar het bos in zijn gestuurd: dat pgb bestaat niet, u moet bij het zorgkantoor zijn,

Het ministerie van VWS besteedt in zijn voorlichting over de overheveling van geneeskundige ggz naar de zorgverzekeringswet geen enkele aandacht aan het pgb. Ook op een website als kiesbeter.nl is het vergeefs zoeken naar informatie over het pgb-ggz in de Zvw. En zelfs bij cliëntenorganisaties laat de informatievoorziening over dit onderwerp te wensen over.

Een tweede knelpunt is dat de pgb-tarieven in de zorgverzekering het voor verzekerden vaak ook niet aantrekkelijk maken om voor deze optie te kiezen.

Een derde knelpunt is dat enkele verzekeraars het pgb in vouchers willen uitkeren of in het midden laten of zij het pgb in geld of in vouchers verstrekken. Vouchers betekenen extra administratieve lasten; bovendien kunnen zich allerlei praktische problemen in de uitvoering voordoen. Wat bijvoorbeeld als iemand tussentijds van behandelaar wil wisselen?

Dit knelpunt is overigens relatief. Op dit punt onderscheiden zorgverzekeraars zich wel van elkaar en de consument heeft altijd de mogelijkheid om te kiezen voor een verzekeraar die het pgb in geld uitkeert.

Het vierde en wellicht grootste knelpunt is de keuzevrijheid of bestedingsvrijheid. Onder mensen met psychische/psychiatrische problematiek bestaat grote belangstelling voor zorginnovatie en vormen van behandeling die (nog) niet onder de reguliere zorg vallen. Het pgb zou pas echt een meerwaarde bieden als die vormen van behandeling ook beter bereikbaar worden.

Eenzijds gaat het om behandelingen die vaak worden aangeduid als aanvullend of complementair. De week van de psychiatrie 2008 stond in het teken van deze vormen van behandeling. Uit onderzoek ter gelegenheid hiervan bleek hoe groot de belangstelling onder de ggz-doelgroep is voor deze vormen van behandeling.

Anderzijds gaat het om interventies die ontwikkeld zijn door of in samenwerking met cliëntenorganisaties, familieorganisaties of cliëntgestuurde projecten of die door deze organisaties worden aanbevolen. In het kader van het project Op je Tellen Passen heeft het Verwey-Jonker Instituut ruim 300 van deze interventies in kaart gebracht. Het betreft overigens ook interventies op het gebied van begeleiding of op het grensvlak van behandeling en begeleiding.

Ook budgethouders en cliëntenorganisaties hebben er uiteraard belang bij dat met pgb's kwalitatief goede zorg wordt ingekocht. De overwegingen die zij daarbij hanteren zijn echter niet altijd dezelfde als die van de zorgverzekeraars:

- Wat goede kwaliteit is, bepaalt uiteindelijk de cliënt. Ervaringsdeskundigheid en experience based of practice based kennis tellen evenzeer als evidence based kennis.
- Zeker in de ggz is de kwaliteit van behandeling van vele factoren afhankelijk. Naast de inhoud van de behandeling wegen de relatie tussen behandelaar en cliënt en de context waarbinnen de behandeling plaatsvindt zwaar mee bij het uiteindelijke resultaat.
- Nieuwe vormen van behandeling hebben vaak tijd nodig om zich te bewijzen. Dat gold/geldt bijvoorbeeld voor behandelingen als EMDR, running therapy, herstelcursussen. Voor aanvullende vormen van behandeling of interventies die vanuit cliëntenperspectief ontwikkeld zijn, geldt bovendien dat daar nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar plaatsvindt.

Vanuit cliëntenperspectief is de eenzijdige koppeling die zorgverzekeraars maken tussen kwaliteit en BIG-registratie daarom moeilijk te begrijpen en te accepteren.

6.4 De impasse

Bij een experiment hoort het dat betrokken partijen nieuwe dingen uitproberen, grenzen verkennen en verleggen, bereid zijn enig risico te nemen. Dit is bij het experiment pgb-ggz in de zorgverzekeringswet allemaal niet het geval. Het experiment verkeert in een impasse; er is geen beweging.

Zoals hiervoor toegelicht, is het voornaamste struikelblok de keuzevrijheid, ofwel de vrijheid die een budgethouder krijgt om zijn of haar pgb naar eigen inzicht te besteden. Doordat zorgverzekeraars collectief vasthouden aan de eis van BIG-registratie, is de keuzevrijheid voor een budgethouder feitelijk niet groter dan voor een cliënt met een restitutiepolis. Daarmee wordt de meerwaarde van een pgb wel heel mager. Financieel is een pgb hooguit gelijkwaardig – en vaak minderwaardig – aan restitutie; bovendien brengt een pgb aparte administratieve lasten met zich mee.

Tenzij de impasse kan worden doorbroken heeft het weinig zin om het experiment voort te zetten. Per Saldo en LPGGz pleiten ervoor om het experiment vlot te trekken. Dat betekent: het experiment als experiment serieus nemen en werkelijk buiten bestaande kaders treden. In de volgende paragraaf worden hiervoor voorstellen gedaan.

6.5 Een nieuwe impuls voor het experiment pgb-ggz

Er zijn diverse oplossingen, al of niet in combinatie met elkaar, mogelijk om de impasse in het experiment pgb-ggz te doorbreken:

- a. selectie van een aantal aanvullende behandelingen/interventies die met een pgb kunnen worden ingekocht; bij de selectie zou men bijvoorbeeld uit kunnen gaan van behandelingen die door cliënten- en familieorganisaties worden aanbevolen

cq. (mede) ontwikkeld zijn. In het project Op je Tellen Passen zijn ruim 300 van dergelijke interventies verzameld.

- b. Uitbreiding van de pgb-mogelijkheid naar de aanvullende verzekering.
- c. Behandeling door niet-BIG-geregistreerde behandelaars toestaan. Om een minimum-kwaliteit te waarborgen is het mogelijk aanvullende voorwaarden te formuleren, bijvoorbeeld op het gebied van opleiding, klachtenregeling, aansluiting bij een beroepsvereniging, enzovoort. Een alternatief is om niet-BIG-behandelaars te laten werken onder supervisie van een BIG-behandelaar (dit gebeurt ook in reguliere zorginstellingen, binnen het natura-aanbod).
- d. Extra investeringen om het experiment nieuw leven in te blazen. Wat bovenal nodig is, is een extra investering in de voorlichting aan de doelgroep. De verzekeraars zijn hier aan zet, maar ook verwijzers en hun cliënten kunnen beter geïnformeerd worden over de pgb-mogelijkheid middels bijvoorbeeld eenvoudig foldermateriaal.

Per Saldo en het LPGGz stellen concreet voor om binnen het experiment een pilot bij één of twee zorgverzekeraars uit te zetten. Deze verzekeraars kunnen samen met Per Saldo, LPGGz en regionale cliëntenorganisaties de pilot nader invullen. Enkele uitgangspunten voor de pilot zijn:

- het is een serieus experiment; er bestaat bereidheid bij betrokken partijen om nieuwe dingen uit te proberen, grenzen te verleggen;
- het pgb moet een substantieel grotere keuzevrijheid bieden dan de restitutiepolis;
- er zijn mogelijk beperkte randvoorwaarden om misbruik van het pgb of inkoop van zorg bij dubieuze behandelaars te voorkómen;
- er is sprake van actieve monitoring; de pilot moet relevante kennis opleveren over knelpunten en best practices; de monitoring betreft zowel het proces (procedures en praktijk bij aanvraag, toekenning en verantwoording van een pgb) als de inhoud (zorginkoop, beoordeling van kwaliteit).

Aangezien 2008 grotendeels als een verloren jaar moet worden beschouwd, en de verwachtingen voor 2009, het tweede jaar van het experiment, actueel niet hoog gespannen zijn, is het voorstel om het experiment (inclusief pilots bij één of twee zorgverzekeraars) te verlengen vanaf 1 januari 2010.

6.6 Oplossingen buiten kader experiment pgb-ggz

Er zijn meer wegen die naar Rome leiden. Ook buiten het huidige experiment om kunnen zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties samenwerken aan vergroting van keuzevrijheid, versterking van eigen regie en zorginnovatie. Tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars zijn hiervoor diverse ideeën ontstaan.

Zo bestaat er onder zorgverzekeraars behoefte om regelmatig overleg te voeren met landelijke en regionale cliëntenorganisaties ggz over hun zorginkoopbeleid. Daarbij kunnen interventies die vanuit cliënten- en familieorganisaties ontwikkeld zijn dan wel aanbevolen worden, ook een rol spelen. Ook bestaat belangstelling om op ervaringsdeskundigheid gebaseerde interventies in te passen in de DBC-structuur, zodat zij eenvoudiger vanuit de Zvw bekostigd kunnen worden.

Het voert te ver om deze ideeën op deze plaats verder uit te werken. Voor het merendeel gebeurt dit al in de rapportage van het project Op je Tellen Passen dat het Verwey-Jonker Instituut in opdracht van het LPGGz heeft uitgevoerd.

6.7 Tot slot

Deze rapportage is gebaseerd op de publieke informatie van en gesprekken met zorgverzekeraars en op signalen van de doelgroep die Per Saldo en LPGGz ontvingen via telefoon, mail en tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Ervaringen van mensen die een pgb-ggz aanvroegen, zijn er amper en er is nog onvoldoende onderzoek naar gedaan om er conclusies aan te verbinden die nog iets toevoegen aan deze rapportage. De ervaringen die bekend zijn bij Per Saldo doen ook helaas niets af aan deze rapportage.

Hoe verder?

De NZa heeft een evaluatie van het pgb-ggz experiment in de zorgverzekeringswet in voorbereiding. Zodra deze gepubliceerd is, zal Per Saldo het initiatief nemen tot een overleg met de landelijke partijen (VWS, ZN, NZa en CVZ en betrokken landelijke cliëntenorganisaties). Het is dan tijd om de (tussen)balans op te maken en te bekijken of en hoe het experiment alsnog vleugels kan krijgen.

Gezien de actueel voorgenomen pakketmaatregel AWBZ en mogelijk toekomstige stelselwijzigingen met mogelijk nieuwe overhevelingen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, is het zaak om goed naar het pgb in de Zvw te kijken. Het pgb moet verankerd worden in de Zvw, zoals ook de Sociaal-Economische Raad adviseerde in zijn advies over de toekomst van de AWBZ. Het experiment biedt een prima kans om ons daar gezamenlijk goed op voor te bereiden. Die kans mag niemand laten liggen.