



Het PGB in de Zorgverzekeringswet

Evaluatierapport

Het PGB in de Zorgverzekeringswet

oktober 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Het persoonsgebonden budget	11
1.3 Doelstellingen	12
1.4 Methodiek	12
1.4.1 Evaluatiekader	12
1.4.2 Informatieverzameling	14
1.5 Leeswijzer	14
2. Het PGB-experiment	15
2.1 Besluitvorming	15
2.2 Doelstelling	15
2.3 Wettelijk kader PGB	16
2.3.1 Voorwaarden PGB Visuele hulpmiddelen	17
2.3.2 Voorwaarden PGB GGZ	17
2.3.3 Rolverdeling uitvoering en toezicht PGB-experiment	18
3. Het PGB in de praktijk	19
3.1 Inleiding	19
3.2 De vragers	19
3.2.1 De doelgroepen	19
3.2.2 De daadwerkelijke vraag	20
3.3 Het aanbod	21
3.3.1 De aanbodmarkt	21
3.3.2 Keuze- en bestedingsvrijheid	22
3.4 Uitvoering PGB door zorgverzekeraars	23
3.4.1 Aanvraagprocedure	23
3.4.2 Toekenning PGB	26
3.4.3 Controle en sanctionering	27
3.5 Transparantie van het PGB	28
3.5.1 Beschikbaarheid informatie voor verzekerden	28
3.5.2 Beschikbaarheid informatie voor andere partijen	29
3.6 Kosteneffecten	30
3.6.1 Zorgkosten	30
3.6.2 Administratieve lasten	30
4. Conclusie en aanbevelingen	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Conclusies	31
4.3 Aanbevelingen en acties NZa	33

Vooraf

Al geruime tijd vindt in Nederland een politieke en maatschappelijke discussie plaats over de dienstverlening in de gezondheidszorg. Het introduceren van een vorm van vraagsturing is een mogelijkheid om aanbieders van zorg beter in te laten spelen op de behoefte van de afnemers. Een Persoonsgebonden Budget (PGB) is zo'n vorm van vraagsturing.

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen verzekerden met een ernstige visuele beperking of een psychische aandoening waarbij de behandeling gericht is op herstel, een PGB aanvragen voor het inroepen van zorg. In het Thematisch onderzoek Zorgplicht heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangekondigd in 2008 een brede evaluatie te doen naar het PGB-experiment in de Zvw.

Deze evaluatie van het PGB in de Zvw is bedoeld als inventarisatie van de huidige stand van zaken van het experiment. Ook heeft de NZa deze evaluatie uitgevoerd om vast te stellen of de huidige invulling van het PGB een meerwaarde biedt boven natura of restitutie. Op basis van de bevindingen zijn knelpunten gesignaleerd en aanbevelingen gedaan aan veldpartijen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Voor deze evaluatie maakte de NZa gebruik van al beschikbare informatie, aangevuld met een enquête onder zorgverzekeraars. Bovendien zijn gesprekken gevoerd met diverse betrokken veldpartijen.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Vanaf 1 januari 2007 is het persoonsgebonden budget (PGB) bij wijze van driejarig experiment ingevoerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzekerden met een visuele beperking kunnen vanaf die datum een PGB aanvragen voor één of meer hulpmiddelen. Sinds 1 januari 2008 is het ook mogelijk om voor de geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een PGB aan te vragen. Op verzoek van de Minister van VWS heeft de NZa in de eerste helft van 2007 geëvalueerd of het PGB in de huidige vorm een meerwaarde heeft boven restitutie.¹ Destijds was alleen een beperkte evaluatie mogelijk, omdat het PGB pas begin 2007 was ingevoerd. Vanwege de bevindingen en de invoering van het PGB voor de GGZ in de Zvw achtte de NZa een bredere evaluatie noodzakelijk.

Het doel van deze evaluatie is ten eerste het inventariseren van de huidige stand van zaken van de invulling van het PGB uit zowel het perspectief van de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder/leverancier als de vragers. In de tweede plaats wordt bepaald of de huidige invulling van het PGB een meerwaarde biedt boven verstrekking in natura of via restitutie. Ten slotte dient deze evaluatie voor het signaleren van knelpunten en het doen van aanbevelingen aan veldpartijen en het Ministerie van VWS.²

De evaluatie is uitgevoerd aan de hand van een door de NZa opgezet evaluatiekader dat is ingedeeld in een viertal hoofdonderwerpen: betrokkenheid van partijen, voorwaarden voor een goede marktordening, organisatie van het experiment en informatievoorziening. Bij het verzamelen van de benodigde informatie heeft de NZa gebruik gemaakt van informatie die al in haar bezit was, aangevuld met een vragenlijst onder zorgverzekeraars. Ten slotte zijn bij het experiment betrokken partijen geïnterviewd.

Uit de evaluatie blijkt dat het aantal aangevraagde en daadwerkelijk verstrekte PGB's (peildatum juli 2008), zowel voor de GGZ als de visuele hulpmiddelen, erg klein is. Dit wil niet zeggen dat verzekerden geen behoefte hebben aan een PGB, maar deze situatie is het gevolg van elkaar versterkende factoren.

Prikkels en verwachtingen bij betrokken partijen

De prikkels die de betrokken partijen ervaren, komen niet overeen of zijn in bepaalde gevallen zelfs tegenstrijdig. Dit uit zich in de praktijk. De zorgverzekeraars hebben de taak gekregen het PGB-experiment uit te voeren, maar ervaren geen prikkels om zich met het PGB te profileren. Voor zorgverzekeraars die via naturapolissen inzetten op sturing van de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders, druist de werking van het PGB in tegen hun inkoopmacht. Zorgverzekeraars, die via restitutiepolissen inzetten op vrijheid bij de keuze van een zorgaanbieder, bieden naar hun mening al voldoende keuzevrijheid. Voor alle zorgverzekeraars betekent het PGB hogere uitvoeringskosten, terwijl zij geen meerwaarde verwachten van het PGB ten opzichte van de reguliere vormen van zorg. De verzekerden kunnen juist wel een prikkel ervaren om voor verstrekking via een PGB te kiezen. Dit biedt hen

¹ NZa, Thematisch onderzoek Zorgplicht: Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?, augustus 2007

² Deze evaluatie beperkt zich tot het PGB-experiment in de Zvw. Dit betekent dat de aanvullende verzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) buiten het bereik van de evaluatie vallen.

immers keuzevrijheid, de mogelijkheid maatwerk in te kopen en geeft een prikkel tot innovatie. Wanneer het PGB aanzet tot verbetering van het zorgaanbod, is dit ook in het voordeel van verzekerden die kiezen voor verstrekking via natura of restitutie. Voor zorgaanbieders biedt het PGB in principe de mogelijkheid zich te profileren op kwaliteit en om meer innovatieve producten aan verzekerden te kunnen verstrekken. In de praktijk is het aantal vragers daarvoor nog veel te klein. Er kan ook een prikkel aanwezig zijn bij zorgaanbieders om verzekerden aan te zetten tot het aanvragen van een PGB omwille van eigen financieel voordeel.

Beschikbaarheid van juiste en volledige informatie

Uit de evaluatie blijkt dat er een algemeen gebrek is aan informatie over de mogelijkheden van het experiment bij verzekerden, zorgaanbieders en, in mindere mate, bij zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen moeilijk volledige en juiste informatie achterhalen over het PGB. Behalve dat veel verzekerden überhaupt niet van het bestaan van een PGB afweten, ontmoedigt het gebrek aan informatie degenen die er wel naar informeren. Het uitgebreid informeren, al dan niet actief, over het PGB sluit niet aan bij het commercieel beleid van de zorgverzekeraars. Zij zullen dan ook niet snel geneigd zijn meer informatie te verschaffen over het PGB dan strikt noodzakelijk. Bovendien blijkt de informatie die desgevraagd wordt verstrekt aan verzekerden, lang niet altijd juist te zijn. Dit blijkt vooral bij telefonisch informeren het geval te zijn. Behalve via de zorgverzekeraar, zou de verzekerde ook informatie kunnen achterhalen bij belangen- en patiëntenorganisaties. Deze beschikken echter ook niet altijd over de juiste en volledige informatie. Dit geldt niet alleen voor het PGB-experiment, maar ook voor de kennis van de Zvw in het algemeen.

De omvang en geschiktheid van de doelgroepen

De praktijk leert dat de doelgroepen van de beide PGB-regelingen aanmerkelijk kleiner zijn dan bij de introductie werd verondersteld. Er is dus een kleine vraag naar het PGB. Een kleine groep vragers geeft te weinig prikkel aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te investeren in de behoefte van deze vragers. Verder zijn de doelgroepen die voor het experiment zijn gekozen, niet allemaal het meest geschikt. Het PGB zou meer geschikt kunnen zijn voor andere verstrekkingen, bijvoorbeeld assistentie voor hemodialyse.

Administratieve lasten

Het aanvragen van een PGB brengt, zowel voor de verzekerde als voor de zorgverzekeraar, meer administratieve lasten met zich mee dan verstrekking via natura of restitutie. De verzekerde krijgt met een aanvraagproces te maken, waarin hij in het algemeen meer moeite moet doen dan voor verstrekking op de reguliere manier. Ook moet hij zich verantwoorden over de besteding van het budget. De zorgverzekeraar is naar verwachting meer tijd kwijt met het beoordelen van een aanvraag voor een PGB dan voor verstrekking via natura of restitutie. Bovendien geldt dat hij zijn organisatie moet inrichten op een andere vorm van verstrekking, ongeacht of er daadwerkelijk aanvragen worden ingediend.

Invulling door zorgverzekeraar

Bij de uitvoering van het PGB houden zorgverzekeraars zich in het algemeen aan het wettelijk kader, maar er zijn aandachtspunten. Ten eerste moet een verzekerde bij het aanvragen van een PGB meer informatie verstrekken in verhouding tot verstrekking in natura of restitutie. Zo eist in geval van visuele hulpmiddelen de meerderheid van zorgverzekeraars een rapport van een Regionaal centrum, terwijl bij reguliere verstrekking een verklaring van de behandelend arts vaak

voldoende is. Bij een aanvraag voor een PGB GGZ moet bij veel zorgverzekeraars een behandelplan worden overlegd. Hoewel het voorstelbaar is dat de zorgverzekeraar bepaalde gegevens nodig heeft om de hoogte van het PGB vast te stellen, verhoogt dit wel de administratieve lasten tijdens het aanvraagproces. Dit kan een belemmering zijn voor verzekerden om een PGB aan te vragen. Ten tweede blijkt bij een gedeelte van de zorgverzekeraars niet duidelijk waar de verzekerde recht op heeft, wanneer hij zich met een PGB alsnog tot een gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend. Ten slotte blijkt dat de meeste zorgverzekeraars geen protocol hebben opgesteld hoe om te gaan met het risico op oneigenlijk gebruik of fraude met het PGB. Dit terwijl bijna alle zorgverzekeraars het risico wel groter of gelijk achten dan het risico bij verstrekking in natura of restitutie. In het algemeen krijgt dit onderdeel van de uitvoering in verhouding weinig aandacht.

Meerwaarde van het PGB

Net zoals de ervaren prikkels voor de betrokken partijen verschillend zijn, geldt dit ook voor de meerwaarde die het PGB biedt ten opzichte van verstrekking in natura en restitutie. De meerwaarde voor de consument van een goed werkende PGB-regeling zit vooral in de mate waarin een prikkel tot innovatie van het zorgaanbod wordt afgegeven en er keuze- en bestedingsvrijheid is. Innovatie van het zorgaanbod wordt echter nauwelijks geprikkeld. Verklaringen hiervoor zijn de kleine daadwerkelijke omvang van de doelgroep en de beperkte ruimte voor innovatie die mogelijk is op grond van de wettelijke aanspraak. In geval van hulpmiddelen voor verzekerden met een visuele beperking wordt wel meer ruimte voor innovatie gezien, maar de verwachting is dat het functioneel omschrijven van de aanspraak een grotere prikkel tot innovatie zal geven. Omdat zorgverzekeraars het PGB-experiment op een vrij strikte manier invullen, is de keuze- en bestedingsvrijheid van verzekerden met een PGB redelijk beperkt. Bij de GGZ wordt in veel gevallen door de zorgverzekeraar bepaald naar welke zorgaanbieder de verzekerde moet gaan met een PGB. Dit zijn veelal dezelfde zorgaanbieders waar een verzekerde zich ook via restitutie of natura toe kan wenden. Bij een PGB voor visuele hulpmiddelen heeft een verzekerde meer bestedingsvrijheid, hoewel toekenning van een budget in termijnen deze wel kan belemmeren.

Aanbevelingen

De PGB-regeling is nog maar kort geleden ingevoerd. Voor de GGZ is dit zelfs nog maar een half jaar geleden. Dit maakt het moeilijk iets over de effecten te concluderen.

De ervaringen tot nu toe geven echter weinig reden tot veel optimisme voor een positieve uitkomst van het experiment. In de huidige vormgeving van het experiment sluit het PGB niet aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in de huidige marktomgeving ervaren. Zolang dit het geval is, zal er weinig draagvlak voor het PGB bij zorgverzekeraars ontstaan. Draagvlak bij alle betrokken partijen is echter essentieel om het experiment kans van slagen te geven.

Gelet op het bovenstaande adviseert de NZa het experiment in de huidige vormgeving niet voort te zetten per 1 januari 2010. Als het PGB eventueel wordt voortgezet, beveelt de NZa aan de vormgeving van de regeling, in overleg met zorgverzekeraars en belangenorganisaties, aan te passen. Een gewijzigde vormgeving van het PGB-experiment of het aandragen van alternatieve mogelijkheden van vraagsturing valt buiten het bereik van deze evaluatie. Wel is op basis van de bevindingen van deze evaluatie een aantal randvoorwaarden te formuleren waaraan een PGB-experiment in elk geval zou moeten voldoen. Dit zijn mogelijk ook aandachtspunten voor alternatieve vormen van vraagsturing.

Een eerste randvoorwaarde is, zoals eerder vermeld, voldoende draagvlak bij betrokken partijen, vooral bij degenen die belast zijn met de uitvoering van het experiment.

Ten tweede is het noodzakelijk dat er voor betrokken partijen voldoende juiste en volledige informatie beschikbaar is over de mogelijkheden die het experiment biedt. Dit is voor verzekerden belangrijk om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor de verstrekking via het PGB of via de reguliere weg. Het is niet mogelijk een conclusie te trekken over de behoefte aan een PGB onder verzekerden, als de meeste verzekerden waarschijnlijk niet eens op de hoogte zijn van het bestaan ervan. De NZa adviseert het Ministerie van VWS daarom de informatievoorziening over het PGB bij één centraal loket onder te brengen. Daarnaast raadt zij belangenorganisaties aan zich goed op de hoogte te stellen van het wettelijk kader van het experiment, maar ook van de Zvw in het algemeen. Deze kennis is essentieel om verzekerden goed voor te kunnen lichten. Van zorgverzekeraars verwacht de NZa dat de informatie die zij geven, volledig en juist is. Dit betreft dus ook informatie over het PGB. Het is zeer onwenselijk als callcenters verzekerden hierover verkeerd informeren. Zij beveelt zorgverzekeraars aan hier aandacht aan te besteden.

Een andere randvoorwaarde is dat de gekozen doelgroep geschikt is voor het introduceren van meer vraagsturing. Dit omvat in elk geval dat de verzekerden die binnen de doelgroep vallen, voldoende zelfredzaam zijn. Ook moet de gekozen verstrekking ruimte bieden voor innovatie en extra keuze boven het reguliere zorgaanbod. Het verdient aanbeveling voor een verstrekking te kiezen die al goed is verankerd in de Zvw.

Ook is het belangrijk de administratieve lasten van een PGB, of andere vorm van vraagsturing, zoveel mogelijk te beperken en zeker niet onnodig te verhogen. Een belangrijk aandachtspunt hiervoor is de balans tussen controle vooraf, door het overleggen van informatie bij de aanvraag, en achteraf, door de verantwoording over de besteding van het budget. Voor de controle vooraf moet niet onredelijk veel informatie worden geëist ten opzichte van verstrekking in natura of restitutie, zoals het verplicht stellen van een advies van een Regionaal centrum. Ook is het niet de bedoeling dat de vooraf vereiste informatie strijdig is met het voorschotkarakter van een PGB, zoals mogelijk het geval is bij het verplicht overleggen van een behandelplan. De keuze van enkele zorgverzekeraars voor een startbudget voor het opstellen van een behandelplan, moedigt de NZa aan. Ten slotte vraagt de NZa zich af waaruit de toevoegde waarde van een vraag over schuldsanering op het aanvraagformulier bestaat.

Acties NZa

De NZa voert zelf een aantal acties uit die betrekking hebben op het toezicht op de invulling van het PGB-experiment door zorgverzekeraars. Ten eerste wijst de NZa zorgverzekeraars op een juiste berekening van de hoogte van het PGB, als de verzekerde zich met een PGB wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder. De NZa zal de zorgverzekeraar die heeft aangegeven in zo'n geval het PGB af te wijzen, erop aanspreken dat dit een onjuiste afwijzingsgrond is. Ten tweede treedt de NZa op tegen zorgverzekeraars die verzekerden onjuist informeren. Ten slotte zal de NZa de beleidsontwikkelingen rond het PGB blijven volgen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2007 is het PGB bij wijze van driejarig experiment ingevoerd in de Zvw. Verzekerden met een visuele beperking kunnen vanaf die datum een PGB aanvragen voor één of meer hulpmiddelen. Op verzoek van de Minister VWS heeft de NZa in de eerste helft van 2007 geëvalueerd of het PGB in de huidige vorm een meerwaarde heeft boven restitutie. Er was destijds alleen een beperkte evaluatie mogelijk van de praktische invulling, omdat het PGB pas begin 2007 was ingevoerd. Daarom heeft zij vooral gekeken naar de wijze waarop de zorgverzekeraars het PGB hadden vormgegeven in het reglement Hulpmiddelen.

De resultaten van die evaluatie zijn in augustus 2007 gepubliceerd in het rapport Thematisch onderzoek Zorgplicht.³ Vanwege deze bevindingen en de invoering van het PGB voor de GGZ in de Zvw per 1 januari 2008 vond de NZa een bredere evaluatie noodzakelijk. Bij een bredere evaluatie kan zij immers ook aandacht schenken aan andere randvoorwaarden dan meerwaarde boven restitutie, zoals de omvang van het PGB en de kwaliteitsborging. Zij heeft hiervoor vervolgens ook een verzoek van de Minister van VWS ontvangen.

1.2 Het persoonsgebonden budget

Al geruime tijd vindt in Nederland een politieke en maatschappelijke discussie plaats over de dienstverlening in de gezondheidszorg. Eén van de mogelijkheden om aanbieders van zorg beter in te laten spelen op de behoefte van de afnemers, is het introduceren van een vorm van vraagsturing.⁴ Een PGB is een vorm van vraagsturing.

Bij een PGB is sprake van een verstrekking van financiële middelen aan een individu of huishouden uit hoofde van een publieke doelstelling.⁵ Meer specifiek voor de Zvw geldt dat het PGB een bedrag is dat de verzekerde van de zorgverzekeraar krijgt, om zelf de zorg en diensten in te kopen die hij nodig heeft.

Een mogelijk positief effect van vraagsturing is het vergroten van dynamiek aan de aanbodzijde en het stimuleren van innovatie. Een ander effect is dat het kan leiden tot meer keuzevrijheid en daarmee tot grotere zelfredzaamheid en tevredenheid bij de afnemers. Ook zou vraagsturing kunnen leiden tot efficiency, omdat het aanbod dan beter aansluit bij de behoefte van de vrager. Vraagsturing brengt echter ook het risico op uitlokking van een latente vraag en oneigenlijk gebruik met zich mee. Daarnaast kan het hoge(re) uitvoeringskosten met zich meebrengen, bijvoorbeeld door extra controle.⁶

Het invoeren van vraagsturing hoeft niet automatisch succesvol te zijn. Hiervoor moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Baljé et

³ NZa, Thematisch onderzoek Zorgplicht: Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?, augustus 2007

⁴ Baljé, S. et al., Vragenderwijs: Vraagsturing in de praktijk, Ministerie van Economische Zaken, 18 februari 2003.

⁵ Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW), Vouchers en persoonsgebonden budgetten, maart 2001.

⁶ Baljé, S. et al., 18 februari 2003.

al. stelden bij een analyse van 47 binnenlandse en buitenlandse vraagsturingsprojecten vijf cruciale slaagfactoren vast:

- voldoende draagvlak;
- goede marktordening;
- goede organisatie;
- goede inbedding;
- voldoende informatie.

De slaagfactoren zijn betrokken in de opstelling van het evaluatiekader voor dit onderzoek (zie paragraaf 1.4).

Ook het inkopen van zorg door zorgverzekeraars kan gezien worden als een vorm van vraagsturing, te weten 'sturing op de vraag'. Hierbij is een zorgverzekeraar als het ware een tussenpersoon, die een collectieve vraag uitoefent uit naam van haar verzekerden.⁷

1.3 Doelstellingen

De evaluatie van het PGB in de Zvw kent drie doelstellingen. Ten eerste is het de bedoeling te inventariseren wat de huidige stand van zaken is omtrent de invulling van het PGB. Hoe zorgverzekeraars invulling geven aan het PGB-experiment vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Echter, voor een brede evaluatie moet de NZa ook kijken naar de praktijk van zorgaanbieders of hulpmiddelleveranciers en de vragers.

Ten tweede bepaalt de evaluatie of de huidige invulling van het PGB een meerwaarde biedt boven verstrekking in natura of via restitutie. Ten slotte dient deze evaluatie voor het signaleren van knelpunten en het doen van aanbevelingen aan veldpartijen en het Ministerie van VWS.

Deze evaluatie beperkt zich tot het PGB-experiment in de Zvw. Dit betekent dat de aanvullende verzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) buiten het bereik van de evaluatie vallen. Ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) blijft buiten beschouwing.⁸

1.4 Methodiek

1.4.1 Evaluatiekader

De evaluatie is uitgevoerd aan de hand van een door de NZa opgezet evaluatiekader. In het recente verleden zijn al toetsingscriteria ontwikkeld om instrumenten van vraagsturing te evalueren.⁹ De NZa heeft deze betrokken bij het opzetten van het evaluatiekader. Voornamelijk is gebruik gemaakt van het rapport 'Vragenderwijs' van het Ministerie van Economische zaken. Dit rapport benoemt vijf cruciale slaagfactoren en werkt deze uit in subfactoren. De inhoud van het evaluatiekader is, vanwege de leesbaarheid in beknopte vorm, zowel intern als extern voorgelegd ter consultatie.¹⁰ Naar aanleiding van de

⁷ Raad voor Volksgezondheid en Zorg, De rollen verdeeld. Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg, december 2000.

⁸ De AWBZ en de Wmo kennen beide ook een PGB-regeling. Hoewel in het rapport naar de AWBZ verwezen kan worden, waar van toepassing, worden beide regelingen als gegeven beschouwd en als zodanig niet geëvalueerd.

⁹ Zie bijvoorbeeld de rapportage van Baljé, S. et al., februari 2003, M.C.W. Janssen, E. Maasland, E. Mendys-Kamphorst, The Economics of Demand-Side Financing, 2004, en de evaluatie van het College voor Zorgverzekeringen van de experimenten PGB onder de Ziekenfondswet (2003).

¹⁰ Extern zijn de volgende partijen geconsulteerd over het evaluatiekader: GGZ-Nederland, CVZ, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland.

consultatie is het kader nog op een aantal onderdelen nader geconcretiseerd.

Het evaluatiekader is ingedeeld in een viertal hoofdonderwerpen, die hieronder worden toegelicht.¹¹ Ook is per onderwerp aangegeven welke aspecten onder meer zijn opgenomen in het evaluatiekader. Deze aspecten dienen ter illustratie en vormen zeker geen limitatieve opsomming.

Betrokkenheid van partijen

De veranderingen die gepaard gaan met vraaggestuurde zorg uit een PGB, vragen om een mentaliteitsverandering bij partijen. Voldoende betrokkenheid van alle partijen is daarbij een voorwaarde om zodoende de veranderingen die dit experiment met zich meebrengt, te kunnen overbruggen. In het evaluatiekader zijn bij dit onderwerp onder meer de volgende aspecten opgenomen:

- de mate waarin partijen zijn betrokken bij het experiment;
- de meerwaarde – voor- en nadelen – die partijen verwachten van het PGB-experiment.

Voorwaarden voor een goede marktordening

Voor een goede marktordening is het van cruciaal belang de 'publieke belangen' te definiëren. Duidelijkheid over deze belangen schept eenheid bij partijen: partijen zijn allemaal gefocust op dezelfde belangen en gedragen zich hiernaar. Verder is het van belang dat de markt is afgebakend en er voldoende toezicht op de uitvoering is. De beheersbaarheid van de markt ten slotte, is cruciaal voor de bureaucratie en het kostenaspect. De administratieve lasten mogen geen drempel vormen en de zorg moet betaalbaar blijven. Een aantal aspecten dat bij dit onderwerp hoort, is:

- mogelijke beperkingen van het zorgaanbod en/of belemmeringen bij zorgaanbieders;
- de mate van keuzevrijheid;
- innovatieve ontwikkelingen;
- beheersbaarheid van de administratieve lasten.

Organisatie van het experiment

Ondanks dat bij het PGB-experiment sprake is van vraagsturing, is er evengoed regulering vanuit de overheid. Om ervoor te zorgen dat het PGB-experiment het gewenste resultaat oplevert, met beperkte ongewenste neveneffecten, is het van belang het experiment goed te organiseren. Hierbij valt te denken aan de volgende aspecten:

- de belangen van partijen en de prikkels die zij ervaren, in relatie tot de publieke belangen;
- de organisatie van de indicatiestelling;
- de omvang van het experiment.

Informatievoorziening

Naast tussentijdse bijsturing is ook de informatievoorziening een belangrijke factor voor een geslaagde vraagsturing. Immers, om een kritische consument te kunnen zijn, moeten zorgvragers voldoende inzicht hebben in de producten en diensten die zij wensen af te nemen. Daarnaast geldt voor zorgaanbieders dat zij over informatie moeten kunnen beschikken om strategische keuzes te kunnen maken over het aanbod en de ontwikkelingen van producten en diensten. Ook verzekeraars hebben informatie nodig om hun aanbod af te stemmen op de vraag en controle te kunnen uitoefenen op de uitvoering van de PGB-experiment. Enkele aspecten behorend bij dit onderwerp zijn:

¹¹ Een bespreking van het evaluatiekader in detail voert te ver voor deze evaluatie. Voor meer details wordt verwezen naar het rapport van Baljé, S. et al, februari 2003.

- de bekendheid van de rechten en plichten bij partijen;
- de gevolgen van (on)voldoende informatievoorziening, onder meer op de mate waarin zorgvragers voor zichzelf kunnen opkomen.

Het doel van het evaluatiekader is om vast te stellen welke aspecten in de evaluatie aan de orde moeten komen. Op grond hiervan is bepaald welke informatie noodzakelijk was voor het uitvoeren van de evaluatie. Het is niet de bedoeling geweest om de aspecten uit het evaluatiekader te scoren om zo tot een eindoordeel te komen.

De evaluatie maakt waar nodig onderscheid tussen het PGB voor hulpmiddelen en het PGB voor de GGZ. Voor beide verstrekkingen is echter wel hetzelfde evaluatiekader gehanteerd.

1.4.2 Informatieverzameling

Bij het verzamelen van de benodigde informatie heeft de NZa gebruik gemaakt van de diverse informatiebronnen.

De NZa heeft zoveel mogelijk gebruik gemaakt van informatie die al in haar bezit was. Dit betrof een inventarisatie van de wijze waarop het PGB vormgegeven is in de modelovereenkomsten en reglementen van de zorgverzekeraars voor polisjaar 2008. Ook heeft zij geïnventariseerd in hoeverre zorgverzekeraars en andere partijen voorzien in informatieverstrekking over het PGB op de website. Ten slotte is gebruik gemaakt van bestaande literatuur, rapporten en onderzoeken.

Daarnaast heeft de NZa een vragenlijst uitgezet onder zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars hebben deze, al dan niet op concernniveau, ingevuld over de bekendheid met het PGB, de uitvoering, de kosten en controle en sanctionering.¹²

Ten slotte zijn betrokken partijen geïnterviewd. Van de kant van de vragers is gesproken met belangenverenigingen Balans, Per Saldo en Viziris. Ook is met een aantal individuele aanvragers van een PGB een panelgesprek gehouden bij de NZa of een telefonisch gesprek gevoerd. Van de kant van de zorgverzekeraars is gesproken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en een aantal individuele zorgverzekeraars. Ook is gesproken met aanbiederorganisatie GGZ-Nederland en met Optelec, een producent en leverancier van visuele hulpmiddelen. Ten slotte is gesproken met Bartimeüs, om meer inzicht te krijgen in de werkwijze van een regionaal centrum.

1.5 Leeswijzer

De bevindingen die uit bovenstaande informatiebronnen naar voren zijn gekomen worden in de volgende hoofdstukken uitgewerkt. In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond van het PGB-experiment en welk doel ermee wordt beoogd. Daarnaast wordt, door uitwerking van het wettelijk kader, inzicht gegeven in de rechten en plichten van betrokken partijen. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op het PGB-experiment in de praktijk. Hierbij wordt aandacht besteed aan de vragen aanbodkant. Daarnaast komt de uitvoering van het experiment door zorgverzekeraars aan bod, evenals de informatievoorziening over en de kosteneffecten van het PGB. Het rapport wordt besloten met de conclusies en aanbevelingen

¹² Er zijn in totaal vijftien vragenlijsten ingevuld geretourneerd. Deze beslaan alle statutaire zorgverzekeraars (n=32).

2. Het PGB-experiment

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond van het PGB-experiment en welk doel ermee wordt beoogd. Ook wordt het wettelijk kader rond het experiment uitgewerkt, om inzage te geven in de rechten en plichten van betrokken partijen.

2.1 Besluitvorming

Bij de politieke behandeling van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet in 2005 werd een amendement aangenomen waarmee bij wijze van driejarig experiment een PGB in de Zvw zou worden ingevoerd. Aanleiding voor dit amendement was de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de AWBZ naar de Zvw. Deze stond gepland op 1 januari 2007. Buiten de geneeskundige GGZ werden ook andere vormen van chronische zorg geacht in aanmerking te komen voor een PGB. Overleg met Per Saldo en ZN leidde echter niet tot een eenduidige uitkomst over welke vormen van zorg en overige diensten hiervoor zouden kunnen worden aangewezen. Besloten werd om het experiment eerst te beperken tot de geneeskundige GGZ.

In juni 2006 werd nogmaals een motie ingediend om het experiment uit te breiden.¹³ De Minister gaf in een reactie hierop aan zich om een aantal redenen tot de GGZ te willen beperken.¹⁴ Zo gaf hij aan dat een PGB voor één of meer hulpmiddelen was overwogen. Er was echter al een experiment uitgevoerd op dat terrein onder de Ziekenfondswet, met als uitkomst dat dit geen meerwaarde bood boven het restitutiesysteem. Ook voerde hij aan dat juist bij hulpmiddelen is gebleken dat zorgverzekeraars bij uitstek in staat zijn deze doelmatig in te kopen.

Uiteindelijk is het kabinet na beraad tot de conclusie gekomen dat het zinvol zou zijn bij wijze van experiment een PGB mogelijk te maken voor hulpmiddelzorg voor de doelgroep visueel gehandicapten. Het besluit is in september 2006 gepubliceerd.¹⁵

Met ingang van 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ daadwerkelijk overgeheveld naar de Zvw. Vanaf die datum kan een verzekerde ook een PGB aanvragen voor deze verstrekking. Het grootste gedeelte van de begeleiding voor GGZ-patiënten is echter binnen de AWBZ gebleven.

2.2 Doelstelling

Uit de verschillende toelichtingen op de PGB-regeling is een aantal met het experiment beoogde doelstellingen op te maken.¹⁶ Zo wordt aangegeven dat met het experiment ervaring kan worden opgedaan en dat na drie jaar wordt bezien of dit een aanvulling is gebleken bovenop de reguliere vormen van verstrekking binnen de Zvw, restitutie en natura. Het kabinet heeft aangegeven het van belang te vinden dat uit het experiment blijkt of het PGB een meerwaarde biedt boven restitutie.

¹³ Motie Schippers, juni 2006

¹⁴ Reactie Minister op amendement

¹⁵ Staatsblad, 2006, nr. 464. Nota van toelichting, p. 7

¹⁶ MvT bij amendement Schippers, 29 juni 2005, Staatsblad, 2006, nr. 464. Nota van toelichting, p. 7-9

Daarom vindt zij het noodzakelijk dat zorgverzekeraars een goede invulling geven aan het PGB en dat zij geen te beperkte uitleg aan het experiment geven. Het PGB moet immers innovatie mogelijk maken.

Behalve bijdragen aan innovatie van het zorgaanbod, moet het PGB ook grotere kansen bieden aan nieuwe toetreders. Tevens moet het de patiënt de mogelijkheid bieden om te investeren in langdurige, op maat gesneden relaties met zorgaanbieders. Ten slotte is ook aangegeven dat het PGB vooral bedoeld is voor vormen van chronische zorg.

2.3 Wettelijk kader PGB

Het bestaan van een PGB-regeling binnen de AWBZ was de aanleiding om het PGB-experiment binnen de Zvw uit te voeren. Het experiment is in de Zvw opgenomen in artikel 14a. Het eerste lid van dit artikel bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd aan de verzekerde een PGB verstrekt. Welke vormen zijn aangewezen, is uitgewerkt in artikel 2.16a van het Besluit zorgverzekering (Bz):

- hulpmiddelenzorg bestaande uit de op grond van artikel 2.9 Bz omschreven hulpmiddelen voor zover deze middelen aangewezen zijn ter compensatie van een ernstige visuele beperking;
- geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 2.10 Bz.

De Minister heeft de zorgverzekeraars nadrukkelijk ruimte gelaten om zelf invulling te geven aan het PGB. De zorgverzekeraars moeten wel aan de volgende voorwaarden voldoen:¹⁷

- het PGB wordt verstrekt in de vorm van een voorschot;
- de hoogte van het voorschot is afhankelijk van het soort zorgverzekering dat een verzekerde heeft. Als de verzekerde een zorgverzekering heeft waarbij hij zorg in principe moet betrekken van een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft hij recht op een voorschot gelijk aan het bedrag dat hij had gekregen als hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder zou zijn gegaan. Wanneer de verzekerde met een PGB vervolgens naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, krijgt hij alsnog het resterende bedrag vergoed;
- bij een zorgverzekering zonder achterliggende contracten is de hoogte van het PGB gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten;¹⁸
- als de verzekerde meer uitgeeft dan het budget toelaat, is het verschil voor eigen rekening van de verzekerde;
- als verzekerde minder kosten heeft gemaakt dan er aan voorschot is uitgekeerd of als er sprake is van oneigenlijk gebruik, moet de zorgverzekeraar het verschil als onverschuldigd betaald terugvorderen;
- de zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst duidelijk maken hoe hij vaststelt dat de verzekerde behoefte heeft aan de zorg waarvoor hij een PGB aanvraagt;
- bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de termijnen waarin het budget aan de verzekerde wordt betaald en de wijze waarop de verzekerde zich jegens de zorgverzekeraar

¹⁷ Artikel 14a Zvw, artikel 16a Bz, Staatsblad, 2006, nr. 464. Nota van toelichting, p. 9

¹⁸ De beschreven hoogte van het budget is behoudens wettelijke bijdragen die voor rekening van de verzekerde komen, ongeacht het type zorgverzekering.

over gebruik van het budget verantwoordt. De Minister heeft er, uit het oogpunt van de beperking van de administratieve lasten, voor gekozen het aan de zorgverzekeraars over te laten om deze zaken te regelen in de modelovereenkomst.

2.3.1 Voorwaarden PGB Visuele hulpmiddelen

Behalve een aantal voorwaarden die gelden voor het PGB-experiment in het algemeen, zijn er uit de wettelijke bepalingen en (latere) toelichting hierop nog een aantal andere voorwaarden af te leiden die specifiek voor het PGB visuele hulpmiddelen gelden:¹⁹

- de hulpmiddelen waarvoor verzekerden met een ernstige visuele beperking een PGB kunnen aanvragen zijn oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden;
- het PGB wordt verstrekt voor de aanschaf van een hulpmiddel met een bepaalde functie, waarvoor de indicatie geldt. Een PGB voor een geleidehond mag bijvoorbeeld niet worden besteed aan computerapparatuur;
- de verzekerde mag wel een andere uitvoering van een hulpmiddel met dezelfde functie kopen. Dit hulpmiddel hoeft niet genoemd te zijn in de Regeling zorgverzekering. Voorwaarde is dan wel dat het hulpmiddel dezelfde functie vervult als een wel genoemd hulpmiddel. Zo kan een verzekerde, die is geïndiceerd voor een blindengeleidehond, ervoor kiezen het PGB aan te wenden voor andere hulpmiddelen die zijn mobiliteit- en oriënteringsbeperking oplossen. Er is dus voor een meer functiegerichte dan productgerichte benadering van het PGB gekozen;
- de verzekerde mag substitueren binnen het hem toegekende budget als de indicatie geldt voor een combinatie van hulpmiddelen.²⁰ Hij mag dus bijvoorbeeld een dure taststok kopen en dan een wat goedkopere beeldschermloep.

2.3.2 Voorwaarden PGB GGZ

Ook voor het PGB GGZ is een aantal voorwaarden af te leiden uit de wetgeving en nadere toelichting, aanvullend op de voorwaarden die in het algemeen voor het PGB gelden:²¹

- het PGB kan worden aangevraagd voor de geneeskundige GGZ. Dit betreft zowel eerstelijns psychologische zorg als specialistische GGZ, tenzij sprake is van intramurale GGZ;
- de zorg waaraan het PGB wordt besteed moet op genezing zijn gericht. Dit impliceert een zekere kwalificatie van de zorgaanbieder. De Minister heeft zorgverzekeraars echter wel opgeroepen om in het kader van het experiment op zoek te gaan naar die vormen van zorg waar indien mogelijk ruimhartig met deze eis kan worden omgesprongen;
- voor verzekerden die op 31 december 2007 al een PGB ontvingen voor zorg, die met ingang van 1 januari 2008 is overgeheveld naar de Zvw en voor wie de looptijd van hun oorspronkelijke AWBZ-indicatie nog niet is verstreken, geldt een overgangstermijn van maximaal een jaar. Voor de duur van hun oude indicatie behouden ze hun PGB op

¹⁹ Bij de uitvoering van het PGB-experiment zijn vragen ontstaan bij de zorgverzekeraars en andere belanghebbende partijen over de reikwijdte van dit PGB. Naar aanleiding van overleg tussen verschillende betrokken partijen, waaronder VWS, CVZ, ZN en Per Saldo, is een concept-notitie opgesteld. Het CVZ heeft vervolgens op 19 juli 2007 de 'Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel gehandicapten' gepubliceerd.

²⁰ Een PGB kan echter ook aangevraagd worden voor een enkel hulpmiddel.

²¹ Artikel 16a Bz, brief van de minister, dd. 25 juni 2008, 'AO overheveling GGZ'.

grond van de AWBZ tot uiterlijk 1 januari 2009. De financiering en verantwoording lopen wel via de zorgverzekeraar.

2.3.3 Rolverdeling uitvoering en toezicht PGB-experiment

Bij het PGB-experiment en het toezicht hierop zijn diverse partijen betrokken. In de eerste plaats de zorgverzekeraars, die belast zijn met de uitvoering van het PGB-experiment richting verzekerden. Zij moeten zich houden aan de eerder genoemde voorwaarden. De wetgever schept primair deze voorwaarden.

Hoewel zorgverzekeraars het PGB-experiment moeten uitvoeren, neemt de verzekerde met de keuze voor een PGB ook een bepaalde verantwoordelijkheid op zich. Zo is een budgethouder in eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die hij inkoopt. Ten tweede is hij verantwoordelijk voor de besteding van het budget en de verantwoording hierover. Als de zorg die hij inkoopt gezien de inhoud niet past binnen de Zvw, heeft hij hiervoor geen aanspraak op een PGB en moet de zorgverzekeraar het budget terugvorderen.

Het CVZ kan indien nodig beoordelen of de zorg binnen de Zvw past of niet. Als pakketbeheerder bevordert het CVZ onder meer een eenduidige uitleg van het verzekerde pakket en kan zij richtlijnen geven aan zorgverzekeraars. Een voorbeeld hiervan is de Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel gehandicapten.²²

De NZa ziet toe op de naleving van de Zvw door zorgverzekeraars. Voor het PGB-experiment betekent dit dat zij erop toeziet dat zorgverzekeraars zich bij de uitvoering van het experiment houden aan bovengenoemd wettelijk kader. Uit hoofde van haar taken op de grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) ziet de NZa ook toe op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Informatie over de inhoud van de modelovereenkomsten en wijze van dienstverlening moet juist en volledig zijn. Dit betreft ook informatie over de wijze waarop de zorgverzekeraar het PGB uitvoert. De NZa heeft de bevoegdheid nadere regels te stellen betreffende de informatievoorziening door ziektekostenverzekeraars en deze te handhaven.

²² www.cvz.nl

3. Het PGB in de praktijk

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is toegelicht wat de doelstelling van het experiment is en wat de wettelijke (on)mogelijkheden van een PGB zijn. Dit hoofdstuk gaat in op hoe het experiment in de praktijk uitpakt. Hiertoe wordt aandacht besteed aan de vraag- en aanbodkant. Ook worden de bevindingen weergegeven van de uitvoering van het experiment door zorgverzekeraars en van een inventarisatie van de informatievoorziening over het PGB. Ten slotte komen de kosteneffecten van het PGB aan bod.

3.2 De vragers

3.2.1 De doelgroepen

Het PGB voor de GGZ werd bij invoering van de Zvw door de Tweede Kamer bij uitstek geschikt geacht voor langdurige behandelingen voor chronisch zieken, onder wie mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.²³ Bij het besluit tot invoering van het PGB voor visuele hulpmiddelen achtte de wetgever visueel gehandicapten een geschikte doelgroep. Als motivatie werd gegeven dat deze doelgroep behoefte heeft aan duurzame gebruiksartikelen die in principe de enige, of belangrijkste, behoefte aan zorg vormen. Verder bestaat de doelgroep uit een relatief groot deel jonge verzekerden die graag een eigen keuze maakt.²⁴

Voor beide vormen van zorg bestaat een omvangrijke zorgvraag. In Nederland wonen ongeveer 298.000 mensen met een visuele beperking. Het gaat om zowel blinden als slechtzienden. Het RIVM geeft aan dat één op de vier volwassenen een psychische stoornis heeft. Daarvan gaat een derde naar een zorgaanbieder. In 2006 maakten ongeveer 772.000 mensen gebruik van zorg aangeboden door een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, inclusief langdurig verblijf maar exclusief gebruik van vrijgevestigde behandelaren. Ongeveer 75% kreeg ambulante zorg.²⁵ De inschatting is dat het bij de overheveling van de GGZ naar de Zvw om ongeveer 600.000 patiënten gaat.

Uit de interviews met veldpartijen blijkt dat een PGB niet voor alle doelgroepen even geschikt is. In het algemeen is de mening van deze veldpartijen dat bij de invoering beter had moeten worden nagedacht over de doelgroepen voor dit experiment.

Over de doelgroep voor het PGB visuele hulpmiddelen zijn partijen het grotendeels eens. De zelfredzaamheid van de meeste visueel gehandicapten is minder groot dan bij de invoering van het PGB werd verondersteld. Het verzamelen van informatie gaat hen veelal niet zo goed af. De ingewikkelde PGB-regeling schrikt vervolgens zodanig af dat een hele kleine groep van volhouders de mogelijkheden van een PGB verkent.

²³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30124, nr. 18

²⁴ Staatsblad 2006, nr. 464

²⁵ Bron: GGZ-Nederland, 2008

Ook de doelgroep voor een PGB GGZ is veel kleiner dan de zorgvraag naar GGZ suggereert. Betrokken partijen geven aan dat een PGB voor bepaalde groepen GGZ-patiënten geschikter is dan voor andere. Het PGB wordt minder geschikt geacht voor ziektebeelden met een slechte prognose, waarbij een groter beroep op curatieve zorg op termijn voor de hand ligt. Het gaat dan bijvoorbeeld om schizofrenie. Als voorbeelden van zorg waarvoor een PGB geschikt kan zijn, komen naar voren:

- de behandeling van burn-out;
- ambulante gezinstherapieën;
- de behandeling van anorexia;
- internettherapieën, bijvoorbeeld voor alcoholverslaving.

De praktijk leert dat de doelgroepen van de beide PGB-regelingen aanmerkelijk kleiner zijn dan bij de introductie werd verondersteld. Ook blijkt het PGB niet bij uitstek geschikt te zijn voor de huidige doelgroepen. Uit de interviews komt echter ook naar voren dat andere doelgroepen wel geschikt zouden kunnen zijn om voor een PGB in aanmerking te komen. Suggesties waren een PGB voor de aanschaf van diabetesstrips en assistentie voor hemodialyse op niet-reguliere tijdstippen.

3.2.2 De daadwerkelijke vraag

Het aantal aanvragen van een PGB ten tijde van het experiment is voor zowel GGZ als hulpmiddelen zeer beperkt. Volgens opgaven van de zorgverzekeraars (peildatum juli 2008) gaat het om 46 aanvragen voor een PGB voor een visueel hulpmiddel. De meeste aanvragen komen bij de verzekeraars van de grote concerns binnen (Achmea, Menzis, UVIT). Verreweg de meeste aanvragen vonden in 2007 plaats. In 2008 is er bij de meerderheid van zorgverzekeraars nog geen aanvraag binnengekomen. Een PGB voor GGZ is nog minder aangevraagd. Hierbij gaat het om zeven aanvragen.

Alle aanvragen voor een PGB GGZ zijn toegekend. Zorgverzekeraars hebben 28 van de 46 aanvragen voor een PGB visuele hulpmiddelen toegekend. Veelgenoemde redenen voor het niet toekennen van een aanvraag zijn dat deze betrekking heeft op zorg die onder de AWBZ valt of op zorg die een gecontracteerde zorgaanbieder ook kan leveren. De laatstgenoemde reden is in zulke gevallen geen grond voor de zorgverzekeraar om het budget niet toe te kennen, maar wel voor de verzekerde om alsnog af te zien van een PGB. De aanvraag resulteert dan niet in een toekenning van een PGB, maar in verstrekking via de 'reguliere' weg.

Op vergelijkbare wijze komt het regelmatig niet eens tot een daadwerkelijke aanvraag. Vaak is sprake van een 'voortraject' waarin de verzekerde navraag doet naar de mogelijkheden van een PGB. De zorgverzekeraars wijst de verzekerde dan ook op de mogelijkheden van de bestaande manieren van het verstrekken van zorg (natura en restitutie). De zorgverzekeraars geven aan dat niet zelden de verzekerde dan alsnog afziet van het aanvragen van een PGB. Per Saldo is juist van mening dat zorgverzekeraars verzekerden sturen om af te zien van een PGB.

3.3 Het aanbod

3.3.1 De aanbodmarkt

Omdat de aanbodmarkt van de GGZ en van de visuele hulpmiddelen van elkaar verschillen, wordt in deze paragraaf afzonderlijk aandacht besteed aan deze markten.

GGZ

Het aanbod van curatieve geestelijke gezondheidszorg bestaat uit:

- vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten;
- instellingen voor geestelijke gezondheidszorg;
- eerstelijnspsychologen.

Verskillende respondenten verwachten niet dat het PGB in de huidige vorm een sterke prikkel zal zijn voor (verdere) innovatie in de zorg. De beroepsorganisatie geeft aan dat innovatie vanuit de beroepsgroep kan plaatsvinden. Bij bewezen succes wordt de behandeling opgenomen in het reguliere zorgaanbod. Een vorm van innovatie zijn internettherapieën die na een eerste face-to-face contact via het internet kunnen worden gevolgd, bijvoorbeeld voor problemen met alcohol, verslaving en gezinstherapieën.

Een belangenorganisatie binnen de GGZ geeft echter aan dat het voordeel van het PGB is dat het de mogelijkheid tot vraagsturing biedt, waar dit nu helemaal niet mogelijk is. Zij stelt dat het idealiter een tijdelijke regeling zou moeten zijn, tot ook verstrekking in natura voldoende vraaggericht is.

Zorgverzekeraars verwachten in het algemeen niet dat het PGB positieve effecten zal hebben op de innovatie van het zorgaanbod binnen de GGZ. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat de toegevoegde waarde van het PGB in dit opzicht klein is, omdat zij nagenoeg alle aanbieders contracteren. Zo bevatten verschillende polissen de mogelijkheid gebruik te maken van PsyQ, een innovatieve aanbieder van therapieën. Tevens biedt de functionele omschrijving van de aanspraak op geestelijke gezondheidszorg in de Zvw voor zorgverzekeraars de mogelijkheid om gevarieerd in te kopen.

Visuele hulpmiddelen

Het aantal aanbieders van visuele hulpmiddelen in Nederland is betrekkelijk gering, ongeveer tien. Voor enkele specifieke hulpmiddelen, zoals de blindengeleidehond, is het aantal aanbieders heel beperkt, ongeveer vijf. Innovatie in het aanbod vindt plaats, maar daarbij is eerder sprake van elkaar aanvullende dan vervangende producten. Uit de interviews komt naar voren dat de beperkte lijst van hulpmiddelen, die zorgverzekeraars hanteren, sturend heeft gewerkt voor de productie van de leveranciers. Van de zorgverzekeraars verwacht driekwart dat het PGB geen positief effect heeft op de innovatie van het hulpmiddelenaanbod. De zorgverzekeraars verwachten dat het functioneel omschrijven van de aanspraak op hulpmiddelen meer effect zal hebben.²⁶ Door deze functionele omschrijving zouden zij beter in staat worden gesteld om in te spelen op de wensen van verzekerden.

De toegang tot het aanbod wordt mogelijk beperkt doordat het merendeel van de aanvragers van een PGB visuele hulpmiddelen slechts

²⁶ Staatscourant 25 juli 2008, nr. 142, p.18. De Minister van VWS heeft aangekondigd dat een wijziging van een productgerichte omschrijving naar een functiegerichte omschrijving stapsgewijs zal plaatsvinden en in 2011 zover mogelijk afgerond moet zijn. Per 1 januari 2009 worden oogprothesen, orthesen en gezichtshulpmiddelen al functiegericht omschreven.

inzicht krijgen in het aanbod via de Regionale centra. Deze hebben echter maar een beperkt aantal leveranciers waardoor de keuzemogelijkheden voor de patiënt kleiner worden. Slechtzienden zijn echter niet geheel afhankelijk van de Regionale centra. Zij kunnen ook terecht bij alternatieve verkoopadressen (ook via een website) of organisaties die hen helpen bij de aanschaf van een hulpmiddel.

Zowel de aanbieders van GGZ als de aanbieders van visuele hulpmiddelen kampen – zo blijkt uit de interviews – met een gebrek aan informatie over de mogelijkheden van een PGB.

3.3.2 Keuze- en bestedingsvrijheid

GGZ

De ruime meerderheid van de zorgverzekeraars verwacht niet dat het PGB voor de GGZ de keuzemogelijkheden van verzekerden vergroot. Van de zorgverzekeraars bepaalt 84% naar welke zorgaanbieder een verzekerde moet gaan met een PGB voor de GGZ. Bij 16% van de zorgverzekeraars is de verzekerde hierin vrij. Hierbij wordt wel vaak opgemerkt dat de verzekerde naar een zorgaanbieder moet gaan die bevoegd is tot het verlenen van zorg. Ongeveer een derde van de zorgverzekeraars stelt kwaliteitseisen aan de zorgaanbieder waar de verzekerden naar toe kan gaan. Bij de vraag tot welke zorgaanbieders een budgethouder zich in de praktijk mag wenden voor een behandeling, geven zorgverzekeraars aan dat budgethouders kunnen gaan naar:

- alleen die zorgaanbieders die worden genoemd in de modelovereenkomst (16 zorgverzekeraars);
- alleen die zorgaanbieders die worden genoemd in de modelovereenkomst en aanvullende verzekering (één zorgverzekeraar);
- alle BIG-geregistreerde aanbieders (vijf zorgverzekeraars);
- anders (tien zorgverzekeraars).

Als reden voor het bepalen waar de verzekerde met een PGB heen mag gaan, geven de zorgverzekeraars aan dat zij willen zekerstellen dat een bevoegde zorgverlener de zorg biedt. Omdat het om geneeskundige GGZ gaat, zien zij de mogelijkheden om hiervoor andere dan de aangewezen zorgaanbieder in te schakelen als beperkt. Voor vormen van begeleiding binnen de GGZ worden meer mogelijkheden tot een keuze buiten het reguliere aanbod gezien. Zoals eerder aangegeven is deze GGZ echter grotendeels binnen de AWBZ gebleven.

Sommige zorgverzekeraars uiten hun bezorgdheid dat individuele verzekerden de kwaliteit van een zorgaanbieder vooraf niet goed kunnen beoordelen. Dit zou immers al lastig genoeg zijn voor zorgverzekeraars. Uit de interviews blijkt dat de vragers het hier niet mee eens zijn. De verzekerde met langdurige ervaring in de zorg zou zelf ook goed kunnen beoordelen wat voor hem de meest geschikte zorg is. Per Saldo noemt het aanwijzen van een limitatieve lijst met zorgaanbieders door zorgverzekeraars beperkend voor de keuze- en bestedingsvrijheid met een PGB.

Visuele hulpmiddelen

Net als bij het PGB GGZ verwacht een ruime meerderheid van de zorgverzekeraars niet dat het PGB voor de hulpmiddelen de keuzemogelijkheden voor de verzekerden vergroot. Deze zorgverzekeraars geven vaak als toelichting aan dat zij al een uitgebreid pakket aan hulpmiddelen inkopen. Daardoor zou er geen sprake kunnen zijn van een vergroting van de keuzemogelijkheden door het PGB. Bijna zeventig procent van de zorgverzekeraars is echter wel van mening dat

een budgethouder in de praktijk ook hulpmiddelen kan aanschaffen die niet zijn omschreven in de Regeling zorgverzekering, maar die wel dezelfde functie vervullen. Desondanks beperkt ongeveer driekwart van de zorgverzekeraars de aanspraak op hulpmiddelen in de polisvoorwaarden tot de hulpmiddelen die staan beschreven in de Regeling zorgverzekering. De overige zorgverzekeraars omschrijven de aanspraak functiegericht en dus breder. Een functiegerichte omschrijving geeft de verzekerde meer vrijheid bij het besteden van het PGB, omdat hij dan niet gebonden is aan de limitatieve lijst uit de Regeling zorgverzekering.

Bij de besteding van het PGB voor hulpmiddelen hebben verzekerden meer vrijheid bij het besteden van hun budget dan bij het PGB voor de GGZ. Zo zijn verzekerden met een PGB voor hulpmiddelen vrij in de keuze van een leverancier. Ook stelt geen enkele zorgverzekeraar voorwaarden als een budget wordt aangevraagd voor meerdere hulpmiddelen. Ook zijn verzekerden in voorkomende gevallen niet verplicht een hulpmiddel in bruikleen af te nemen in plaats van het nieuw aan te schaffen.

De vrijheid om het PGB te besteden kan worden belemmerd wanneer het voorschot in termijnen wordt betaald. Dit zal vooral bij hulpmiddelen het geval zijn. Een hulpmiddel moet namelijk vaak ineens worden aangeschaft. Bij de toekenning in termijnen moet de verzekerde dan eerst een deel zelf betalen. Dit kan een belemmering vormen. Een toekenning in de vorm van vouchers of coupons kan ook de bestedingsvrijheid beperken als niet alle potentiële zorgaanbieders deze accepteren. Per Saldo pleit voor kleine coupures in plaats van een cheque met het totaalbedrag, zodat het budget ook bij verschillende behandelaren kan worden besteed. De wijze van toekenning door zorgverzekeraars wordt in paragraaf 3.4.2 verder uitgewerkt.

Een andere belemmering die verzekerden kunnen ervaren bij het besteden van een PGB, is de beperkte inkoopmacht die zij hebben. Zorgverzekeraars kunnen door de omvang van verzekerden, die zij vertegenwoordigen, een bepaalde prijs bij de zorgaanbieder of leverancier bedingen. Hiermee kan de zorgverzekeraar grotere doelmatigheid realiseren. Een individuele verzekerde heeft minder onderhandelingsmacht. Bij de hulpmiddelen kan dit tot gevolg hebben dat hij een hoger bedrag moet betalen voor een bepaald hulpmiddel dan de zorgverzekeraar.

Ten slotte komt uit interviews naar voren dat het niet gelijk lopen van indicaties het inkopen van hulpmiddelen voor verschillende functies met een PGB kan belemmeren. Een voorbeeld hiervan is dat een verzekerde al wel weer is aangewezen voor een mobiliteitshulpmiddel, maar nog niet voor een oriënteringshulpmiddel.

3.4 Uitvoering PGB door zorgverzekeraars

3.4.1 Aanvraagprocedure

In het wettelijk kader van het PGB-experiment is aangegeven dat de zorgverzekeraars desgevraagd aan de verzekerde een PGB verstrekt. Het gebruik van het woord 'desgevraagd' impliceert dat het initiatief tot het aanvragen van een PGB bij de verzekerde ligt.

Dit uitgangspunt komt overeen met de uitvoering van het experiment in de praktijk. Voor het verkrijgen van een PGB moet de verzekerde bij enkele zorgverzekeraarconcerns eerst telefonisch contact opnemen met de zorgverzekeraar. De aanvraag zelf moet bij alle zorgverzekeraars

schriftelijk worden ingediend. Bij deze aanvraag worden verschillende voorwaarden gesteld waaraan de verzekerde moet voldoen (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1. Voorwaarden aanvraag PGB (n=32)

Voorwaarden	Hulpmiddelen	GGZ
Verwijzing arts	15	32
Indicatie	21	31
Behandelplan	n.v.t	21
Aanvraagformulier/machtiging	17	11

Bron: Enquête onder zorgverzekeraars en modelovereenkomsten/reglementen, 2008

Zoals gedeeltelijk uit de bovenstaande tabel is op te maken, stellen niet alle zorgverzekeraars in dezelfde mate voorwaarden. Ook maakt het verschil of het PGB wordt aangevraagd voor de GGZ of voor hulpmiddelen.

GGZ

Alle zorgverzekeraars vragen een verwijzing van een arts dan wel een indicatie om te bepalen of iemand aanspraak maakt op een PGB voor geneeskundige GGZ. Dit is in overeenstemming met de situatie waarin deze zorg via de reguliere weg wordt afgenomen. Diverse zorgverzekeraars eisen daarnaast nog dat een ingevuld aanvraagformulier of een behandelplan wordt overlegd. De beoogde zorgaanbieder moet het behandelplan hebben opgesteld. Behalve gegevens over de zorgaanbieder, zoals de BIG-registratie, wordt ook gevraagd om de DBC-code van de zorg die men wil inkopen.

Hoewel het voorstelbaar is dat een zorgverzekeraar de gegevens nodig heeft om te beoordelen of de beoogde zorg binnen de Zvw past en om de hoogte van het PGB vast te stellen, is het de vraag in hoeverre zich dit met het karakter van het PGB verhoudt. Op deze manier moet immers een verzekerde al een zorgaanbieder hebben uitgekozen voor hij een PGB kan aanvragen. Ook moet de diagnose al zijn vastgesteld. Kenmerkend voor de problematiek in de GGZ is echter dat het meerdere sessies kan duren voor een diagnose is vastgesteld. Daarnaast kan het ook zijn dat een verzekerde na vaststelling van de diagnose en van het budget, zich tot een andere behandelaar wil wenden. Een aantal zorgverzekeraars heeft hier als oplossing voor bedacht dat voor bekostiging van het behandelplan een PGB voor kortdurende behandeling wordt verstrekt.

De NZa vindt het belangrijk dat er zorgvuldig wordt omgegaan met medische persoonsgegevens van verzekerden. Het is de vraag of een behandelplan niet meer informatie bevat dan noodzakelijk is voor het vaststellen van de hoogte van het voorschot.

Een opvallende vraag op een aanvraagformulier is of verzekerde onder schuldsanering valt. Hierbij merkt de NZa op dat als de verzekerde onder schuldsanering valt, dit geen reden is om de aanvraag van een PGB af te wijzen. De NZa vraagt zich de toegevoegde waarde af van een dergelijke vraag op het aanvraagformulier.

Visuele hulpmiddelen

Hoe verzekerden met een visuele beperking aannemelijk moeten maken dat zij aanspraak maken op een PGB verschilt tussen de zorgverzekeraars. Het verschil blijkt niet zozeer in de eis van een

verwijzing of een indicatie te zitten. Alle zorgverzekeraars eisen minimaal één van beide. Het hangt vooral af van hoe de zorgverzekeraars deze eis categoriseren in hun modelovereenkomst of reglement. Zo wordt een advies van het Regionaal centrum de ene keer onder verwijzing geschaard en een andere keer onder indicatiestelling. Ook is er een verschil in hoeverre een advies van het Regionaal centrum verplicht is.

Een beperkt aantal zorgverzekeraars neemt genoegen met een verwijzing of indicatie van de behandelend arts. Afhankelijk van het type hulpmiddel kan dit een huisarts, medisch specialist of oogarts zijn. Bij negen zorgverzekeraars geldt nog dat dit kan worden aangevuld met een advies van een Regionaal centrum voor blinden- en slechtzienden, als de zorgverzekeraar dit nodig acht. Dit hangt af van het type hulpmiddel of de complexiteit van de aanvraag. Negentien zorgverzekeraars stellen een advies van een Regionaal centrum verplicht. Omdat de Regionale centra een belangrijke rol blijken te vervullen bij de aanvraag van een PGB voor hulpmiddelen, wordt deze rol hieronder verder toegelicht.

Regionale Centra

Een Regionaal centrum is een organisatie die advies, ondersteuning, begeleiding en voorlichting geeft over wonen, werken, leren en dagelijks leven aan mensen met een visuele beperking. Er zijn drie grote organisaties die Regionale centra exploiteren: Bartiméus, Visio en Sensis.²⁷

Een adviestraject duurt ongeveer vier weken. Tijdens dit traject wordt bekeken wat de hulpvraag van cliënten is, onderverdeeld in drie categorieën: leeshulpmiddelen, computerhulpmiddelen en ergotherapeutische hulpmiddelen. Voor alle drie deze categorieën bepaalt het Regionaal centrum waar de beperkingen zitten en welk hulpmiddel het meest geschikt is voor de cliënt. Eén of meer van de benodigde hulpmiddelen kunnen in de zorgverzekering zijn opgenomen. Bij het advies maakt het Regionaal centrum vervolgens onderscheid tussen verstrekking van het hulpmiddelen in natura of via een PGB. Als het hulpmiddel in natura wordt aangevraagd, is het advies gericht op het hulpmiddel omdat dit voor zorgverzekeraars aansluit bij de vergoedingenlijst voor hulpmiddelen. Bij een PGB is het advies gericht op de functie, zodat de cliënt zelf de keuze kan maken voor een passend hulpmiddel. Een Regionaal centrum stelt geen beperkingen aan het advies als het gaat om geldigheid of samenloop met andere benodigde hulpmiddelen.

In principe is er geen directe relatie tussen een Regionaal centrum en zorgverzekeraars. Alle contacten lopen via de verzekerde, behalve als bijvoorbeeld een advies moet worden afgestemd met een zorgverzekeraar. Over de invoering van het PGB-experiment voor visueel gehandicapten en de verwijzing naar de centra voor een adviesvraag, is geen communicatie geweest tussen de centra en zorgverzekeraars.

Een Regionaal centrum wordt niet gefinancierd vanuit de Zvw, maar enkel vanuit de AWBZ. Regionale centra leveren AWBZ-zorg die valt onder de functie 'activerende begeleiding'. Dat houdt in dat zij alleen hun hulp kunnen aanbieden als cliënten voor deze functie zijn geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit betekent dat wanneer verzekerden zich tot een Regionaal centrum wenden als onderdeel van de PGB-aanvraag, zij hiervoor ook een indicatie bij het CIZ moeten aanvragen. Deze constructie heeft voor verwarring gezorgd bij

²⁷ De informatie die in deze paragraaf gegeven wordt over wat regionale centra doen en hoe zij werken, is gebaseerd op een gesprek met Bartiméus. De werkwijze zou kunnen afwijken bij de andere organisaties.

aanvragers van een PGB, vooral omdat zij het pas achteraf hebben vernomen door een brief van het CIZ. Volgens deze brief krijgen zij een aantal uur activerende begeleiding. Dit is in feite de tijd die het Regionaal centrum in het advies steekt.

De mening van geïnterviewde aanvragers en belangenorganisaties over de Regionale centra is verdeeld. Als positief wordt genoemd dat de centra kundig kunnen adviseren. Dit verkleint de kans dat de verzekerde een hulpmiddel kiest dat niet adequaat is en uiteindelijk in de kast blijft liggen. Daarentegen zou het aanbod van hulpmiddelen beperkt zijn en de procedures lang duren. Ook wordt betwijfeld of Regionale centra daadwerkelijk functiegericht voorschrijven.

Een verklaring waarom voor het PGB naar een Regionaal centrum wordt gewezen, ligt in de toelichting die gegeven is bij de aanpassing van het Bz: "deze personen bezoeken vaak een gespecialiseerd centrum of instituut, waar de indicatiestelling, te weten de objectieve beoordeling van de hulpmiddelenbehoefte, goed kan worden onderbouwd ter vaststelling van de hoogte van het PGB." Om echter een hulpmiddel te verkrijgen via natura of restitutie, is veelal een verklaring van de behandelend arts voldoende onderbouwing voor een zorgverzekeraar.²⁸ Deze behandelend arts wordt bovendien gefinancierd vanuit de Zvw, terwijl de Regionale centra nu alleen vanuit de AWBZ worden gefinancierd. Het is de vraag of de indicatiestelling van Zvw-zorg, ook niet vanuit de Zvw zou moeten worden gefinancierd.

3.4.2 Toekenning PGB

Als aannemelijk gemaakt is dat de verzekerde aanspraak maakt op de zorg waarvoor een PGB wordt aangevraagd, bepaalt de zorgverzekeraar vervolgens de hoogte van het budget. Hij doet dit aan de hand van de verwijzing en/of indicatie, vaak gecombineerd met het behandelplan of advies van het Regionaal centrum.

Zoals gesteld in hoofdstuk twee is de hoogte van het budget afhankelijk van het soort zorgverzekering dat een verzekerde heeft. Als de verzekerde een polis heeft waarbij de betreffende zorg is gecontracteerd, moet het voorschot gelijk zijn aan hetgeen hij zou hebben gekregen als hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder of leverancier gaat. De zorgverzekeraars hebben hiervoor in het algemeen een percentage tussen de 75% en 100% ingesteld van het Wmg-tarief of van een marktconform bedrag.²⁹ Voor hulpmiddelen die normaliter in bruikleen worden verstrekt, is in het grootste gedeelte van de modelovereenkomsten en reglementen niets geregeld. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat voor bruikleenhulpmiddelen het budget jaarlijks wordt uitgekeerd, ter hoogte van 80% van de gemiddelde jaarlijkse kosten.

Als een verzekerde zich met het PGB GGZ alsnog wendt tot een gecontracteerde aanbieder, blijkt bij een groot gedeelte van de zorgverzekeraars niet duidelijk waar verzekerde dan recht op heeft. Deze situatie is in de praktijk volgens alle zorgverzekeraars nog niet voorgekomen. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat in dat geval de betaling rechtstreeks via de zorgaanbieder verloopt en het PGB wordt teruggevorderd. Deze mogelijkheid is ook in de toelichting bij het amendement gegeven. Tien zorgverzekeraars geven echter ook aan dat

²⁸ In geval van een blindengeleidehond is wel altijd een verklaring van een regionaal centrum nodig.

²⁹ Zie ook monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008

de verzekerde in deze situatie slechts recht heeft op de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Dit is niet juist, aangezien de verzekerde in het geval hij zich alsnog wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder, recht heeft op aanvulling tot het gecontracteerde tarief. Hij mag immers niet meer of minder (vergoeding van kosten van) zorg krijgen dan bij reguliere verstrekking. Eén zorgverzekeraar geeft zelfs aan het PGB af te wijzen als verzekerde zich tot een gecontracteerde aanbieder wil wenden. Dit is een onterechte afwijzingsgrond.

Bij een PGB voor visuele hulpmiddelen lijkt er minder onduidelijkheid te zijn waar recht op bestaat wanneer de verzekerde zich alsnog tot een gecontracteerde zorgaanbieder wendt. Desondanks geeft nog steeds een derde van de zorgverzekeraars aan dat de verzekerde in deze situatie slechts recht heeft op de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Het is in de praktijk nog niet veel voorgekomen dat een verzekerde het PGB bij een gecontracteerde leverancier heeft besteed.

Het is voorstelbaar dat gedurende het behandelingstraject blijkt dat de verzekerde meer behandelingen GGZ nodig heeft dan aanvankelijk was ingeschat. Een vijftal zorgverzekeraars heeft niet duidelijk iets geregeld voor deze situatie. De overige zorgverzekeraars geven aan dat de verzekerde in dat geval opnieuw een aanvraag moet indienen of een bijgesteld behandelplan moet opsturen.

Driekwart van de zorgverzekeraars heeft de toekenning van een PGB procedureel vastgelegd. Vaak is dit gedaan in het Reglement Hulpmiddelen of GGZ van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars die al eens een PGB hebben toegekend doen er, zowel voor hulpmiddelen als de GGZ, gemiddeld tien à veertien dagen over om tot deze beslissing te komen. De wijze van toekenning is te vinden in onderstaande tabel.

Tabel 3.2. Wijze van toekenning PGB (n=32)

Wijze van toekenning	Hulpmiddelen	GGZ
Gehele bedrag ineens	22	5
In termijnen	10	15
In termijnen en vouchers	-	12

Bron: Enquête onder zorgverzekeraars en modelovereenkomsten/reglementen, 2008

Toekenning in vouchers of coupons is nog niet voorgekomen in de praktijk. Het is dus nog niet bekend wat deze vorm betekent voor de bestedingsvrijheid van de budgethouder. Ook merkt de NZa op dat het feit dat een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven in termijnen en/of vouchers te zullen toekennen, niet per se hoeft te betekenen dat zij dit ook daadwerkelijk altijd zullen doen. Een zorgverzekeraar lichtte toe dat er wel een voorbehoud was gemaakt voor toekenning in vouchers, maar dat dit in de praktijk waarschijnlijk te ingewikkeld zou worden.

3.4.3 Controle en sanctionering

Na toekenning van het PGB aan de verzekerde, moet worden gecontroleerd of het budget is besteed aan de zorg waarvoor het is toegekend. De zorgverzekeraar mag immers alleen (kosten van) zorg uit hoofde van de Zvw vergoeden, die onder de verzekerde aanspraak vallen. Bij bijna 70% van de zorgverzekeraars is vastgelegd op welke wijze controle en sanctionering van de besteding van het budget plaatsvindt. Dit staat vaak in de modelovereenkomst en/of reglementen van de zorgverzekeraar.

Verzekerden kunnen zich op verschillende manieren verantwoorden over de besteding van het PGB voor de GGZ. Bij ongeveer twee op de tien zorgverzekeraars moeten verzekerden zich verantwoorden door een overeenkomst tussen zorgaanbieder en de verzekerde. Bij ruim vier op de tien zorgverzekeraars moet worden verantwoord door een gespecificeerde declaratie. De overige zorgverzekeraars hebben hierover geen bepalingen opgenomen. Daarnaast hebben de meeste zorgverzekeraars niet bepaald welke verantwoordingstermijn geldt na besteding van het PGB. Bij de zorgverzekeraars waar wel een verantwoordingstermijn is bepaald, geldt vaak een periode van ongeveer vier weken.

Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars heeft in de modelovereenkomst of het reglement GGZ geen consequenties opgenomen van het niet of niet geheel rechtmatig besteden van het budget. De andere helft van de zorgverzekeraars vordert het door de verzekerde teveel ontvangen bedrag terug.

De wijze waarop verzekerden zich moeten verantwoorden over de besteding van het PGB voor visuele hulpmiddelen moet bij bijna alle zorgverzekeraars plaatsvinden door middel van het overleggen van de factuur. De termijn waarbinnen dit moet gebeuren, is minder eenduidig. Zo moet dit bij de ene zorgverzekeraar binnen een bepaalde termijn na verstrekking gebeuren, bijvoorbeeld zes maanden, en bij een andere zorgverzekeraar voor het eind van het jaar waarin het PGB is uitgekeerd. Als blijkt dat een verzekerde niet alles heeft besteed aan de benodigde hulpmiddelen of oneigenlijk gebruik heeft gemaakt van het PGB, vorderen bijna alle zorgverzekeraars het teveel betaalde geld terug.

De situatie kan zich voordoen dat een zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat er een groot risico bestaat dat de verzekerde het toegekende budget niet volledig zal gebruiken. Hoe een zorgverzekeraar in deze situatie moet handelen, kan worden vastgelegd in een protocol. Ongeveer driekwart van de zorgverzekeraars geeft aan niet over een dergelijk protocol te beschikken.

Ondanks het ontbreken van bovengenoemd protocol geeft 44% van de zorgverzekeraars in de vragenlijst aan dat ze de kans op oneigenlijk gebruik of fraude bij een PGB groter achten in vergelijking tot verstrekkingen in natura of restitutie. Hiernaast geeft 50% van de zorgverzekeraars aan dat ze de kans op fraude of oneigenlijk gebruik even groot acht en 6% van de zorgverzekeraars acht de kans kleiner. Geïnterviewde partijen geven aan dat de kans bestaat dat verzekerden het PGB oneigenlijk gebruiken, maar dat deze kans niet moet worden uitvergroet. De verzekerden die energie steken in het doorlopen van het aanvraagproces, zouden juist gemotiveerd zijn om het PGB goed te besteden. De kans dat zorgaanbieders verzekerden aanzetten tot het aanvragen van een PGB voor eigen financieel voordeel, wordt groter geschat.

3.5 Transparantie van het PGB

3.5.1 Beschikbaarheid informatie voor verzekerden

Zorgverzekeraars moeten in hun modelovereenkomst en reglementen de bepalingen over het PGB opnemen. Hieruit moet blijken waar de verzekerde onder welke voorwaarden recht op heeft. Naast de modelovereenkomsten en reglementen geeft 63% van de zorgverzekeraars aan verzekerden ook op andere manieren over het PGB

te informeren. Veelal gebeurt dit via het callcenter, via winkels of via de website van de zorgverzekeraar.

Echter, de verzekerden ervaren de informatieverstrekking van de zorgverzekeraars als onvoldoende. Voor de verzekerde is over het PGB, naast de bepalingen in de modelovereenkomsten en reglementen, weinig tot geen extra informatie beschikbaar. De meeste informatie over het PGB dat op internet is te vinden, gaat over de AWBZ. Verzekerden die een PGB willen aanvragen, hebben te maken met partijen die geen juiste en/of volledige informatie hebben over het PGB binnen de Zvw. Uit interviews is naar voren gekomen dat de verzekerde niet zelden verkeerde informatie krijgt als men telefonisch contact zoekt met de zorgverzekeraar. Er wordt dan bijvoorbeeld naar het zorgkantoor doorverwezen. Voor de verzekerden betekent dit een verhoging van de administratieve lasten en dat werkt demotiverend. Verzekerden zullen eerder besluiten de poging om een PGB aan te vragen te beëindigen.

Op de websites van de belangen- en patiëntenorganisaties is vooral informatie te vinden over het PGB hulpmiddelen, al is het zeer beperkt. De extra informatie voor de verzekerde over een PGB GGZ is nagenoeg nihil. Het verkrijgen van informatie verloopt voor de verzekerde moeizaam.

Op de vraag of het PGB een belangrijke rol speelt in het commerciële beleid gaven alle zorgverzekeraars aan dat dit niet het geval is. Een aantal zorgverzekeraars geeft hiervoor als reden aan dat ze geen meerwaarde zien in het PGB omdat alle zorg ook al is te verkrijgen via de diverse zorgverzekeringen die zij aanbieden. Omdat het voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk is om zichzelf te profileren met het PGB, zullen ze niet snel geneigd zijn meer informatie te verschaffen over het PGB dan strikt noodzakelijk.

3.5.2 Beschikbaarheid informatie voor andere partijen

Bijna 90% van de zorgverzekeraars geeft aan dat het voor hen voldoende duidelijk is welke aanspraak een verzekerde heeft op grond van het PGB-experiment. Het CVZ heeft in 2007 voor de zorgverzekeraars een Richtlijn PGB Hulpmiddelen voor visueel gehandicapten opgesteld. In deze richtlijn is de reikwijdte van het experiment voor deze doelgroep aangegeven. Meer dan 90% van de zorgverzekeraars geeft aan dat ze bekend zijn met deze richtlijn.

Daarentegen blijkt dat de belangen- en patiëntenorganisaties minder bekend zijn met wat wel en niet mogelijk is op grond van de PGB-regeling in de Zvw. Veel belangen- en patiëntenorganisaties zijn niet vooraf betrokken bij het opstellen van het experiment. Deze organisaties geven ook aan weinig informatie te hebben ontvangen over het PGB van zowel de wetgever als de zorgverzekeraars. Hierdoor beschikken deze organisaties niet altijd over juiste en volledige informatie. Zij kunnen zich dan ook niet adequaat voor hun leden inzetten.

Ten slotte merkt de NZa op dat om het PGB-experiment goed te kunnen begrijpen, een bepaalde basiskennis van de Zvw noodzakelijk is. Tijdens het onderzoek bleek dat deze basiskennis niet altijd bij de diverse partijen aanwezig was. Zo bestond veel onduidelijkheid over de mogelijkheid van een verzekerde met een polis met gecontracteerde zorg om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden.

Aanvragers verkeerden in de veronderstelling dat dit alleen mogelijk was met een PGB, niet door middel van restitutie.³⁰

3.6 Kosteneffecten

3.6.1 Zorgkosten

Door de heel beperkte omvang van het aantal verstrekte PGB's is het effect op de zorgkosten nog nauwelijks meetbaar.

In totaal hebben zorgverzekeraars voor ongeveer € 42.000 uitgekeerd voor de PGB's visuele hulpmiddelen. Voor PGB's GGZ is ongeveer € 1.400 ingezet. Dit bedrag blijft nogal achter bij de verwachting van zorgverzekeraars. Zo blijkt uit het feit dat een aantal zorgverzekeraars ongeveer € 18,5 miljoen voor het PGB GGZ voor 2008 heeft geraamd. Deze zorgverzekeraars hebben een gezamenlijk marktaandeel van 27%. De overige zorgverzekeraars hebben geen kosten geraamd.³¹

3.6.2 Administratieve lasten

Omdat zorgverzekeraars nog weinig aanvragen voor PGB's hebben gekregen is het voor hen moeilijk aan te geven hoe hoog de uitvoeringskosten zijn.³² Wel schatten zij in grote meerderheid in dat deze kosten aanzienlijk hoger zijn dan bij de verstrekking van zorg via een natura- of restitutieverzekering. De reden daarvan kan zijn dat:

- een aanvraagprocedure moet worden afgehandeld;
- een beoordeling door een medisch adviseur nodig is;³³
- meer controlewerkzaamheden plaatsvinden.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat de uitvoeringskosten lager zouden kunnen zijn als het budget pas uitgekeerd hoeft te worden na ontvangst van de verantwoording. Er is dan minder controle vooraf nodig en de behandeling van de nota kan meelopen in processen die al zijn opgezet voor restitutie. De vraag is wel in hoeverre er dan nog verschil zit tussen een PGB en restitutie. Daarnaast heeft dit als nadeel dat verzekerde het bedrag eerst zelf moet voorschieten.

Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij voor de voorbereiding van de invoering van het PGB eenmalige kosten hebben gemaakt van € 1.500 tot € 3.375. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om extra informatievoorziening aan de verzekerden en het inrichten van de organisatie op een andere vorm van verstrekking.

³⁰ Eén van de verklaringen voor deze veronderstelling kan zijn dat de AWBZ, die al langer een PGB-regeling kent, wel alleen de mogelijkheid kent van zorg in natura of via een PGB, niet van restitutie.

³¹ Bron: CVZ, Tweede Kwartaalgegevens Zorgverzekeraars. Er moet uitdrukkelijk opgemerkt worden dat het een schatting van de zorgverzekeraars betreft.

³² De enkele zorgverzekeraars die wel gegevens hebben kunnen aanleveren rekenen voor de afhandeling van een aanvraag 1 uur tot 1,5 uur door een medewerker die € 50 - € 75 per uur kost. Uitgaande van 49 aanvragen zou het macrobedrag uitvoeringskosten dus tussen € 2.450 en € 5.512,50 liggen.

³³ Relatief eenvoudige aanvragen kunnen vaak door de betreffende afdeling verwerkt worden. Meer complexe aanvragen worden voorgelegd aan de medisch adviseur. Een aanvraag voor een PGB zien zorgverzekeraars als een meer complexe aanvraag.

4. Conclusie en aanbevelingen

4.1 Inleiding

Deze evaluatie van het PGB in de Zvw dient als inventarisatie van de huidige stand van zaken over het experiment. Daarnaast heeft de NZa deze evaluatie uitgevoerd om vast te stellen of de huidige invulling van het PGB een meerwaarde biedt boven natura of restitutie en welke knelpunten worden gesignaleerd. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste conclusies en geeft een aantal aanbevelingen aan veldpartijen en het Ministerie van VWS.

4.2 Conclusies

Het aantal aangevraagde en daadwerkelijk verstrekte PGB's, zowel voor de GGZ als de visuele hulpmiddelen, is tot nu toe (peildatum juli 2008) erg klein. Een makkelijke conclusie zou zijn dat dit kleine aantal aangeeft dat er geen behoefte is aan een PGB onder verzekerden. In werkelijkheid is deze conclusie niet zomaar te trekken, omdat de situatie een gevolg is van diverse elkaar versterkende factoren:

- onvoldoende prikkels en tegengestelde verwachtingen bij betrokken partijen;
- beschikbaarheid van juiste en volledige informatie;
- de omvang en geschiktheid van de doelgroepen;
- administratieve lasten;
- invulling door zorgverzekeraar;
- meerwaarde van het PGB.

Bovendien merkt de NZa op dat de korte looptijd van het experiment tot nu toe, vooral in geval van de GGZ, het moeilijk maakt iets over de effecten te concluderen.

Prikkels en verwachtingen bij betrokken partijen

De prikkels die partijen die betrokken zijn bij het PGB-experiment ervaren, komen niet overeen of zijn in bepaalde gevallen zelfs tegenstrijdig. Dit uit zich in de wijze waarop het PGB in de praktijk loopt.

De zorgverzekeraars hebben de taak gekregen het PGB-experiment uit te voeren, maar ervaren geen prikkels om zich te richten op het PGB naast de reguliere verstrekkingvormen, natura en restitutie. Voor zorgverzekeraars die via naturapolissen inzetten op sturing van de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders, druist de werking van het PGB in tegen hun inkoopmacht. Zorgverzekeraars, die via restitutiepolissen inzetten op vrijheid bij de keuze van een zorgaanbieder, bieden naar hun mening al voldoende keuzevrijheid. Voor alle zorgverzekeraars betekent het PGB hogere uitvoeringskosten, terwijl zij geen meerwaarde verwachten van het PGB ten opzichte van de reguliere vormen van zorg. Vanwege het voorgaande en het gegeven dat het om een beperkte doelgroep gaat, is er geen prikkel voor de zorgverzekeraar zich te profileren met het PGB.

Verzekerden kunnen juist wel een prikkel ervaren om voor verstrekking via een PGB te kiezen. Dit biedt hen immers keuzevrijheid, de mogelijkheid maatwerk in te kopen en geeft een prikkel tot innovatie. Als het PGB aanzet tot verbetering van het zorgaanbod, is dit ook in het voordeel van verzekerden die kiezen voor verstrekking via natura of restitutie.

Voor zorgaanbieders biedt het PGB in principe de mogelijkheid zich te profileren op kwaliteit en om meer innovatieve producten aan verzekerden te kunnen verstrekken. In de praktijk is het aantal vragers daarvoor nog veel te klein. Er kan ook een prikkel aanwezig zijn bij zorgaanbieders om verzekerden aan te zetten tot het aanvragen van een PGB vanwege eigen financieel voordeel.

Beschikbaarheid van juiste en volledige informatie

Er is een algemeen gebrek aan informatie over de mogelijkheden van het experiment bij verzekerden, zorgaanbieders en, in mindere mate, bij zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen moeilijk volledige en juiste informatie achterhalen over het PGB. Behalve dat veel verzekerden überhaupt niet van het bestaan van een PGB afweten, ontmoedigt het gebrek aan informatie degenen die er wel naar informeren.

Het uitgebreid informeren, al dan niet actief, over het PGB sluit niet aan bij het commercieel beleid van de zorgverzekeraars. Zij zullen dan ook niet snel geneigd zijn meer informatie te verschaffen over het PGB dan strikt noodzakelijk. Bovendien blijkt de informatie die zij desgevraagd verstrekken aan verzekerden, lang niet altijd juist te zijn, vooral bij telefonisch informeren.

Behalve via de zorgverzekeraar, zou de verzekerde ook informatie kunnen achterhalen bij belangen- en patiëntenorganisaties. Deze beschikken echter ook niet altijd over de juiste en volledige informatie. Dit geldt niet alleen voor het PGB-experiment, maar ook voor de kennis van de Zvw in het algemeen. Vooral het gebrek aan kennis over het onderscheid tussen een natura- en een restitutiepols bij verzekerden, is opvallend.

De omvang en geschiktheid van de doelgroepen

De praktijk leert dat de doelgroepen van de beide PGB-regelingen aanmerkelijk kleiner zijn dan bij de introductie werd verondersteld. Er is dus een kleine vraag naar het PGB. Een kleine groep vragers geeft te weinig prikkel aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te investeren in de behoefte van deze vragers. Verder zijn de doelgroepen die voor het experiment zijn gekozen, niet allemaal het meest geschikt. Het PGB zou meer geschikt kunnen zijn voor andere verstrekkingen, bijvoorbeeld assistentie voor hemodialyse.

Administratieve lasten

Het aanvragen van een PGB brengt meer administratieve lasten met zich mee dan verstrekking via natura of restitutie, zowel voor de verzekerde als voor de zorgverzekeraar. De verzekerde krijgt met een aanvraagproces te maken, waarbij hij in het algemeen meer moeite moet doen dan voor verstrekking op de reguliere manier. Daarnaast moet hij zich verantwoorden over de besteding van het budget. De zorgverzekeraar is naar verwachting meer tijd kwijt met het beoordelen van een aanvraag voor een PGB dan voor verstrekking via natura of restitutie. Bovendien geldt dat hij zijn organisatie moet inrichten op een andere vorm van verstrekking, ongeacht of er daadwerkelijk aanvragen worden ingediend.

Invulling door zorgverzekeraar

Bij de uitvoering van het PGB houden zorgverzekeraars zich in het algemeen aan het wettelijk kader. Er is echter wel een aantal aandachtspunten te noemen. Ten eerste moet een verzekerde bij het aanvragen van een PGB meer informatie verstrekken in verhouding tot verstrekking in natura of restitutie. Zo eist de meerderheid van zorgverzekeraars voor visuele hulpmiddelen een rapport van een

Regionaal centrum, terwijl bij reguliere verstrekking een verklaring van de behandelend arts vaak voldoende is. Bij een aanvraag voor een PGB GGZ moet de aanvrager bij veel zorgverzekeraars een behandelplan overleggen. Hoewel het voorstelbaar is dat de zorgverzekeraar bepaalde gegevens nodig heeft om de hoogte van het PGB vast te stellen, verhoogt dit wel de administratieve lasten tijdens het aanvraagproces. Dit kan een belemmering zijn voor verzekerden om een PGB aan te vragen. Ten tweede blijkt bij een gedeelte van de zorgverzekeraars niet duidelijk waar de verzekerde recht op heeft, wanneer hij zich met een PGB alsnog tot een gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend. Ten slotte blijkt dat de meeste zorgverzekeraars geen protocol hebben opgesteld hoe om te gaan met het risico op oneigenlijk gebruik of fraude met het PGB. Dit terwijl bijna alle zorgverzekeraars het risico wel groter of gelijk achten dan het risico bij verstrekking in natura of restitutie. In het algemeen krijgt dit onderdeel van de uitvoering in verhouding weinig aandacht.

Meerwaarde van het PGB

Net zoals de ervaren prikkels voor de betrokken partijen verschillend zijn, geldt dit ook voor de meerwaarde die het PGB biedt ten opzichte van verstrekking in natura en restitutie. De meerwaarde voor de consument van een goed werkende PGB-regeling is vooral gelegen in de mate waarin er een prikkel tot innovatie van het zorgaanbod wordt afgegeven en er keuze- en bestedingsvrijheid is.

Innovatie van het zorgaanbod wordt echter nauwelijks gestimuleerd. Verklaringen hiervoor zijn de kleine daadwerkelijke omvang van de doelgroep en de beperkte ruimte voor innovatie die mogelijk is op grond van de wettelijke aanspraak. Bij hulpmiddelen voor verzekerden met een visuele beperking wordt wel meer ruimte voor innovatie gezien, maar de verwachting is dat het functioneel omschrijven van de aanspraak een grotere prikkel tot innovatie zal geven.

Omdat het PGB-experiment op een vrij strikte manier wordt ingevuld door zorgverzekeraars, is de keuze- en bestedingsvrijheid van verzekerden met een PGB ook redelijk beperkt. Bij de GGZ wordt in veel gevallen bepaald naar welke zorgaanbieder de verzekerde moet gaan met een PGB. Dit zijn veelal dezelfde zorgaanbieders waar een verzekerde zich ook via restitutie of natura toe kan wenden. Bij een PGB voor visuele hulpmiddelen heeft een verzekerde meer bestedingsvrijheid, hoewel toekenning van een budget in termijnen deze wel kan belemmeren.

4.3 Aanbevelingen en acties NZa

De PGB-regeling is nog maar kort geleden ingevoerd. Voor de GGZ is dit zelfs nog maar een half jaar geleden. Zoals al opgemerkt maakt dit het moeilijk iets over de effecten te concluderen.

De ervaringen tot nu toe geven echter weinig reden tot veel optimisme voor een positieve uitkomst van het experiment door tekortkomingen in de regeling. Zoals uit de evaluatie van het experiment is gebleken zijn de prikkels voor partijen vaak afwezig en komen verwachtingen vaak niet overeen. Met de invoering van de Zvw is gekozen voor private zorgverzekeraars in een concurrerende marktomgeving. In de huidige vormgeving van het experiment sluit het PGB niet aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in deze marktomgeving ervaren. Zolang dit het geval is, zal er weinig draagvlak voor het PGB bij zorgverzekeraars ontstaan. Draagvlak bij alle betrokken partijen is echter essentieel om een experiment kans van slagen te geven.

Gelet op het bovenstaande, adviseert de NZa het experiment in de huidige vormgeving niet voort te zetten per 1 januari 2010. Wordt er eventueel voor gekozen het PGB voort te zetten, dan beveelt de NZa het Ministerie van VWS aan om in overleg met zorgverzekeraars en belangenorganisaties de vormgeving aan te passen. Het is aan te raden hierbij onderstaande randvoorwaarden en de mogelijkheden van alternatieve vormen van vraagsturing te betrekken. De NZa beveelt zorgverzekeraars en belangenorganisaties aan zich goed te oriënteren op mogelijke alternatieven voor de huidige vormgeving en een belangrijke bijdrage aan de discussie te leveren.

Een analyse van hoe een PGB-experiment zou moeten worden vormgegeven om dit te laten slagen of alternatieve mogelijkheden van vraagsturing te doen slagen, valt buiten het bereik van deze evaluatie. Wel is op basis van de bevindingen van deze evaluatie van de huidige stand van zaken een aantal randvoorwaarden te formuleren waar een PGB-experiment in elk geval aan zou moeten voldoen. Dit zijn mogelijk ook aandachtspunten voor alternatieve vormen van vraagsturing.

Een eerste randvoorwaarde is voldoende draagvlak bij betrokken partijen, vooral bij degenen die belast zijn met de uitvoering van de experiment. Voor het ontstaan van voldoende draagvlak is het noodzakelijk dat de vormgeving aansluit bij de prikkels die marktpartijen ervaren. Hiervoor is een duidelijk zichtbare meerwaarde nodig boven de reeds bestaande vormen.

Ten tweede is het noodzakelijk dat er voldoende juiste en volledige informatie beschikbaar is voor betrokken partijen over de mogelijkheden die het experiment biedt. Goede informatie over dit onderwerp is belangrijk voor verzekerden om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor ofwel verstrekking via het PGB of via de reguliere weg. Het is niet mogelijk een conclusie te trekken over de behoefte aan een PGB onder verzekerden, als de meeste verzekerden waarschijnlijk niet eens op de hoogte zijn van het bestaan ervan. De NZa beveelt daarom aan het Ministerie van VWS aan dat de informatievoorziening over het PGB bij één centraal loket wordt ondergebracht. Op die manier kan kennis over de mogelijkheden van een PGB worden gebundeld en wordt voorkomen dat partijen onevenredige moeite moeten doen om te investeren in het vergaren van die kennis. De NZa raadt belangenorganisaties aan zich goed op de hoogte te stellen van het wettelijk kader van het experiment, maar ook van de Zvw in het algemeen. Deze kennis is essentieel om verzekerden goed voor te kunnen lichten. Van zorgverzekeraars verwacht de NZa dat de informatie die zij geven volledig en juist is. Dit betreft dus ook informatie over het PGB. Het is zeer onwenselijk dat callcenters verzekerden hierover verkeerd informeren. Zij beveelt zorgverzekeraars aan hier aandacht aan te besteden.

Een andere randvoorwaarde is dat de gekozen doelgroep geschikt is voor het introduceren van meer vraagsturing. Dit omvat in ieder geval dat de verzekerden die binnen de doelgroep vallen, voldoende zelfredzaam zijn. Ook moet de gekozen verstrekking ruimte bieden voor innovatie en extra keuze boven het reguliere zorgaanbod. Het verdient aanbeveling voor een verstrekking te kiezen die al goed verankerd is in de Zvw.

Ten slotte is het belangrijk de administratieve lasten van een PGB, of een andere vorm van vraagsturing, zoveel mogelijk te beperken en zeker niet onnodig te verhogen. Een belangrijke aandachtspunt is de balans tussen controle vooraf, door het overleggen van informatie bij de aanvraag, en achteraf, door de verantwoording over de besteding van het budget.

Voor de controle vooraf vraagt de NZa speciale aandacht van zorgverzekeraars voor de informatie die verzekerden moeten verstrekken bij de aanvraag van een PGB. Zij zouden niet onredelijk veel informatie eisen ten opzichte van verstrekking in natura of restitutie, zoals het verplicht stellen van een advies van een Regionaal centrum. Ook is het niet de bedoeling dat de vooraf vereiste informatie strijdig is met het voorschotkarakter van een PGB, zoals mogelijk het geval is bij het verplicht overleggen van een behandelplan. De keuze van enkele zorgverzekeraars voor een startbudget voor het opstellen van een behandelplan, moedigt de NZa aan. Ten slotte vraagt de NZa zich af waar de toevoegde waarde van een vraag over schuldsanering op het aanvraagformulier uit bestaat.

Naast de aanbevelingen aan veldpartijen en het Ministerie van VWS, voert de NZa zelf ook een aantal acties uit. Deze acties hebben betrekking op het toezicht op de huidige invulling van het PGB-experiment door zorgverzekeraars. Ten eerste wijst de NZa zorgverzekeraars op een juiste berekening van de hoogte van het PGB, als de verzekerde zich met een PGB wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar die heeft aangegeven in zo'n geval het PGB af te wijzen, zal erop worden aangesproken dat dit een onjuiste afwijzingsgrond is. Ook treedt de NZa op tegen zorgverzekeraars die verzekerden onjuist informeren. Ten slotte zal de NZa de beleidsontwikkelingen rond het PGB blijven volgen.



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.